

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังโดยเครือข่ายชุมชน: นวัตกรรม "4 สร้าง 2 ใช้" ตำบลนาเลียว อำเภอเมืองชัยภูมิ

ดาวรุ่ง พิมพ์แสงศิลป์, พย.บ.*¹

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 (สวนสมาธิชุมชน, 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

¹ผู้ประพันธ์บทความ: 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.^{*1}

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

^{*}Registered Nurse, Professional Level, Nasiew Sub-district Health Promoting Hospital, Mueang District, Chaiyaphum Province

¹Corresponding author: Doawrung Pimsaengsil, E-mail: rungpim29@gmail.com

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาสุขภาพจิตเป็นภาระสำคัญของระบบสุขภาพทั่วโลก⁽¹⁾ โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนาที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและการเข้าถึงบริการ⁽²⁾ ในประเทศไทย ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขพบว่าผู้ป่วยจิตเวชมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยโรคเสพสุรา โรคซึมเศร้า และโรคจิตเภทเป็นปัญหาหลัก⁽²⁻³⁾

ตำบลนาเสียว อำเภอเมืองชัยภูมิ เป็นตัวอย่างของชุมชนชนบทที่เผชิญความท้าทายด้านสุขภาพจิต โดยมีประชากร 7,195 คน กระจายใน 12 หมู่บ้าน มีลักษณะโครงสร้างประชากรแบบ "ปิระมิดประชากรทรงกระปุกคว่ำ" ด้วยสัดส่วนผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 21.6 และเด็กเยาวชนเพียงร้อยละ 11.0 จากข้อมูลเบื้องต้น พบว่าแม้จะมีการครอบคลุมการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าเกินร้อยละ 100 แต่ช่องว่างของการเข้าถึงการรักษาในกลุ่มที่ติดสารเสพติด และผู้ป่วยจิตเวช ยังสูงถึงร้อยละ 83.5 ซึ่งสะท้อนปัญหาความไม่ต่อเนื่องในการดูแล⁽⁴⁾

ระบบการดูแลสุขภาพจิตแบบเดิมที่เน้นการรักษาในสถานพยาบาลมีข้อจำกัดในการเข้าถึงและความยั่งยืน โดยเฉพาะในชุมชนชนบทที่มีข้อจำกัดด้านระยะทางและทรัพยากร แนวคิดการดูแลสุขภาพจิตชุมชน (Community Mental Health) จึงได้รับความสนใจมากขึ้น เนื่องจากเน้นการใช้ทรัพยากรท้องถิ่นและการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน⁽⁵⁻⁶⁾

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

ความสำคัญของการศึกษานี้อยู่ที่การสร้างแบบจำลองการดูแลสุขภาพจิตที่ยั่งยืนและสามารถขยายผลได้ โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน ลดการพึ่งพาระบบสุขภาพแบบเดิม และสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนในการดูแลสมาชิกของตนเอง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนโดยการบูรณาการแนวคิด "4 สร้าง 2 ใช้" เข้ากับการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวอย่างยั่งยืนของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในพื้นที่ตำบลนาเสียว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ
2. เพื่อประเมินผลลัพธ์และผลกระทบของรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยนี้มีรากฐานจากการบูรณาการทฤษฎีพื้นฐานสามกลุ่มหลัก ได้แก่

แนวคิด Recovery-Oriented Care⁽⁷⁾ ที่เน้นการสร้าง ความหวัง ความปลอดภัย และการมีส่วนร่วม ทฤษฎี การสนับสนุนทางสังคมของ Cohen และ Wills (1985)⁽⁸⁾ และแนวคิด Asset-Based Community Development ของ Kretzmann และ McKnight (1993)⁽⁹⁾ ควบคู่กับแนวคิดการมีส่วนร่วมที่ ประกอบด้วย Peer Support ของ Davidson และ คณะ (2012)⁽¹⁰⁾ และ Participatory Action Research ของ Nieweglowski et.al. (2024)⁽¹¹⁾ พร้อมทั้ง หลักฐานเชิงประจักษ์จาก Cuijpers (2011)⁽¹²⁾

ทฤษฎีเหล่านี้ถูกแปลงเป็นนวัตกรรม "4 สร้าง 2 ใช้" ที่ประกอบด้วยการสร้าง 4 องค์ประกอบ หลัก คือ ความปลอดภัย ความสงบ ความหวัง และ โอกาสใหม่ ร่วมกับการใช้ศักยภาพและสาย สัมพันธ์ในชุมชน โดยดำเนินการผ่านกระบวนการ 3 ระยะ ได้แก่ การวิเคราะห์ชุมชน การออกแบบ

และทดสอบ และการประเมินผล ภายใต้บริบท ชุมชนไทยที่เน้นการใช้ทรัพยากรท้องถิ่นและภูมิ ปัญญาไทย

กรอบแนวคิดนี้มุ่งเข้าไปที่กลุ่มผู้ป่วยจิต เวชเรื้อรัง ผู้ดูแล และเครือข่ายชุมชน เพื่อให้เกิด ผลลัพธ์ในการลดคะแนน PHQ-9 การเพิ่มการมี ส่วนร่วมของชุมชน และการสร้างระบบดูแลที่ ยั่งยืน โดยมีปัจจัยความสำเร็จสี่ประการคือ การมี ส่วนร่วมของชุมชน การใช้ทรัพยากรท้องถิ่น การ สร้างเครือข่ายสังคม และการประเมินผลอย่าง ต่อเนื่อง ซึ่งนำไปสู่ความยั่งยืนในการดำเนินงาน ระยะยาว กรอบแนวคิดนี้แสดงให้เห็นการเชื่อมโยง ระหว่างทฤษฎีและการปฏิบัติอย่างเป็นระบบ โดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นกลไกสำคัญในการ สร้างการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนในการดูแลสุขภาพจิต ชุมชนไทย ดังแสดงใน Figure 1

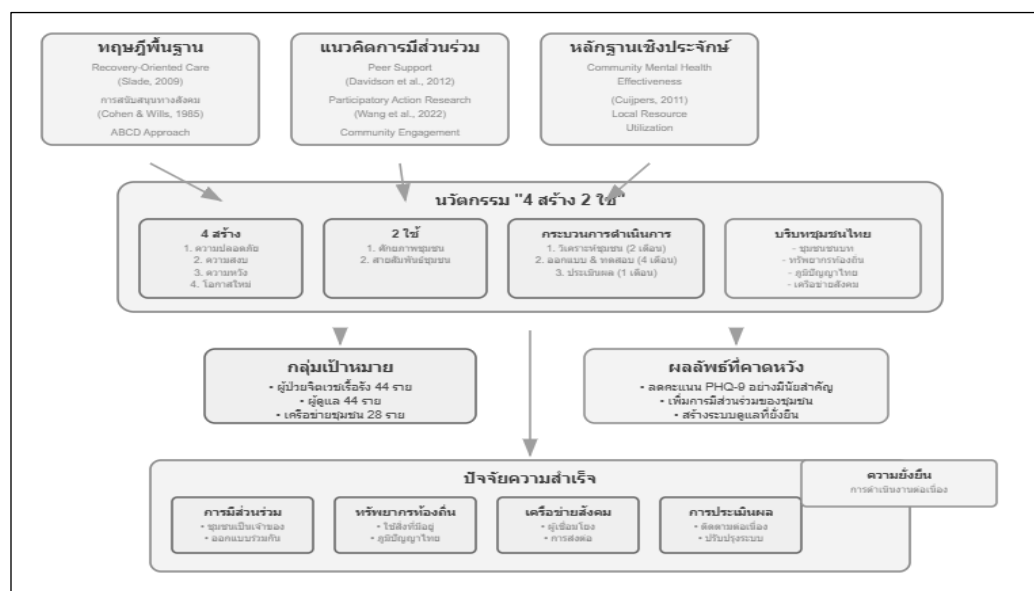


Figure 1: Conceptual Framework for the Research.

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ที่ใช้วิธีการแบบผสมผสานวิธี (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 และประชาชนชาวบ้าน คัดแบบเฉพาะเจาะจง รวม 28 คน

วิธีดำเนินการวิจัย

กระบวนการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะรวม 7 เดือน เริ่มด้วย

ระยะที่ 1: การประเมินและวิเคราะห์ชุมชนใช้เวลา 2 เดือน โดยดำเนินการสำรวจชุมชนผ่าน Community Walk การสัมภาษณ์กลุ่มผู้มีส่วนได้เสีย พร้อมทั้งทำการสำรวจเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถามความต้องการในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า (PHQ-9) ในกลุ่มผู้ป่วยจิต

เวชเรื้อรัง 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 สำหรับประเมินภาวะซึมเศร้าจากการทดสอบนักร้อง ได้ค่าความเชื่อมั่น $\alpha = 0.89$ และแบบสอบถามความต้องการด้านสุขภาพจิตที่พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน (IOC = 1.00) สำหรับการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับผู้นำชุมชนและผู้มีส่วน

ได้เสียเป็นรายบุคคล และแนวทางการจัด Focus Group Discussion สำหรับการสนทนากลุ่ม

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการใน
ระยะเวลา 2 เดือนแรก และหลังดำเนินการ โดยเริ่ม
จากการสำรวจด้วยแบบสอบถามในชุมชน จากนั้น
ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มผู้มีส่วนได้เสีย
จำนวน 8-10 ราย โดยใช้เวลาราย 45-60 นาที และ
จัด Focus Group Discussion ในกลุ่มผู้มีส่วนได้เสีย
กลุ่มละ 6-8 คน ใช้เวลากลุ่มละ 90-120 นาที พร้อม
ทั้งบันทึกเสียงและจดบันทึกประเด็นสำคัญ ข้อมูล
ทั้งหมดจะถูกเก็บรักษาความลับและใช้เฉพาะใน
งานวิจัยเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

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

ในส่วน ของ ข้อมูลเชิงคุณภาพ 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 "ปิระมิดทรงกระบอกคว่ำ"
ประกอบด้วยเด็กและเยาวชน (0-14 ปี) ร้อยละ 11.0
วัยทำงาน (15-64 ปี) ร้อยละ 67.4 และผู้สูงอายุ (65
ปีขึ้นไป) ร้อยละ 21.6 โดยสัดส่วนผู้สูงอายุสูงกว่า
เกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (WHO) ขณะที่เด็ก
และเยาวชนต่ำกว่ามาตรฐานของประเทศกำลัง
พัฒนา สร้างความท้าทายด้านอัตราการพึ่งพิงที่สูง
ถึง 48.3 ต่อ 100 คนวัยทำงาน และแนวโน้มการ
ลดลงของอัตราการเกิดที่จะส่งผลกระทบต่อ
โครงสร้างประชากรในอนาคต

สถานการณ์ด้านสุขภาพจิตในพื้นที่:
ข้อมูล เมื่อ ปี พ.ศ.2566 พบว่า โรคสมาธิสั้นในพื้นที่
พบผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 4 คน คิดเป็นอัตราป่วย
56.07 ต่อแสนประชากร ขณะที่ ภาวะสมองเสื่อมใน
พื้นที่พบในระดับที่ค่อนข้างต่ำ โดยมีผู้ป่วยเพียง 1
คน และจุดอ่อนที่สำคัญสุดของระบบสุขภาพจิตใน
ตำบลนาเลี้ยว คือ การคัดกรองความเครียดที่มีอัตรา
ต่ำมากในทุกกลุ่มเป้าหมาย ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
จำนวน 1,472 คน อัตราการคัดกรองร้อยละ 0.1
กลุ่มผู้สูงอายุ ร้อยละ 0.05 และหญิงตั้งครรภ์ ร้อยละ
4.6 อัตราการคัดกรองที่ต่ำทุกกลุ่มนี้ สะท้อนให้เห็น
ถึงปัญหาระบบบริการที่ขาดการบูรณาการ และ
ความไม่เพียงพอของบุคลากรด้านสุขภาพจิต

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

กว่า 10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 75.0 และพบว่าความต้องการสนับสนุนด้านสุขภาพจิตสูงสุดสามอันดับแรก 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 (sd.)	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 การเยี่ยมบ้านโดยบุคลากรสาธารณสุข	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.บทบาทเครือข่ายชุมชน จัดหากิจกรรมฟื้นฟูสภาพจิตใจ	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

การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง

จากข้อมูลสถานการณ์สุขภาพจิตและความต้องการในพื้นที่ตำบลนาเสียว อำเภอเมืองชัยภูมิ ได้ถูกนำมาวิเคราะห์ SWOT โดยกลุ่มผู้มีส่วนได้เสียในการดำเนินการ พบว่าชุมชนมีจุดแข็งในเรื่องของความตระหนักและให้ความสำคัญกับสุขภาพจิตเป็นอย่างดี รวมถึงมีความเข้าใจในบทบาทของเครือข่ายชุมชนอย่างชัดเจน และพร้อมที่จะรับการพัฒนาระบบสุขภาพจิตให้ดีขึ้น ส่วนในด้านจุดอ่อน

นั้น พบว่าระบบการดูแลสุขภาพจิตยังไม่เป็นรูปธรรมมากนัก และอาจมีข้อจำกัดด้านบุคลากรที่เชี่ยวชาญ รวมถึงการประสานงานในระดับชุมชนยังไม่เพียงพอ

และโอกาสในการพัฒนา ชุมชนมีความตระหนักในเรื่องสุขภาพจิตอย่างสูง ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีสำหรับการพัฒนาและสามารถนำไปเป็นต้นแบบโครงการในระดับจังหวัดได้อีกทั้งยังมีศักยภาพในการเสริมสร้างเครือข่ายชุมชนให้

เข้มแข็งมากขึ้น แต่ในขณะเดียวกัน ก็ยังเผชิญกับอุปสรรคด้านข้อจำกัดงบประมาณและทรัพยากร รวมถึงความไม่ต่อเนื่องในการดำเนินงาน และการ

ขาดแคลนบุคลากรด้านสุขภาพจิต 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 โดยเริ่มจากการสร้างความรู้สึกลดอคติผ่านการจัดตั้ง Safe Space Café ทุกวันพุธ

และเสาร์ ควบคู่กับโครงการเพื่อนบ้านดูแลกันและการฝึกอบรม Mental Health First Aid ให้อาสาสมัคร ต่อด้วยการสร้างความรู้สึกลดอคติผ่าน “สวนสมาธิชุมชน” ทุกเช้าวันอาทิตย์และโยคะยามเย็นทุกวันพฤหัสบดีเพื่อผ่อนคลาย ถัดมาคือการสร้างความหวังผ่านเวทีประชาคมเดือนละครั้ง และโครงการ “พี่เลี้ยงใจ” ที่จับคู่คนที่ผ่านปัญหาเดียวกันให้ความช่วยเหลือกัน สุดท้ายคือการสร้างโอกาสและลดอคติด้วยแคมเปญ “ลบความอับอาย” เพื่อลดการตีตรา นอกจากนี้ ยังมีเวทีเสวนาผู้เชี่ยวชาญ และการสร้างโอกาสความมั่นคงโดยผ่านกลุ่มออมทรัพย์ในหมู่บ้านเพื่อแก้ปัญหาเศรษฐกิจ

ส่วนแนวทาง “2 ใช้” ประกอบด้วยการใช้ศักยภาพของชุมชนผ่านการสำรวจทักษะ และฝึกอบรมอาสาสมัครสุขภาพจิต ร่วมกับการใช้สายสัมพันธ์ในชุมชนผ่าน Social Network Mapping

ครอบคลุม 12 หมู่บ้าน การฝึกอบรม Community
Connector 12 คน และจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

โดยรวมแล้ว แนวทางนี้คือชุมชนออกแบบ
กิจกรรมเอง ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ ทำให้เกิดความ
ยั่งยืน 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	• สร้างพื้นที่ปลอดภัย (กาย+ใจ) • พัฒนาศักยภาพช่วยเหลือเบื้องต้น	• Safe Space Café • โครงการเพื่อนบ้านดูแลกัน • การฝึกอบรม Mental Health First Aid	• ความไว้วางใจต้องใช้เวลาสร้าง (2-3 เดือนแรก) • การมีพื้นที่ปลอดภัยลดความเครียดลงได้ • เครือข่ายเพื่อนบ้านช่วยป้องกันปัญหาฉุกเฉิน
2. สร้างความรู้สึกสงบ	• การใช้กิจกรรมผ่อนคลายและลดความเครียด • การผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่นกับวิธีการสมัยใหม่ • การสร้างพื้นที่ธรรมชาติเพื่อการฟื้นฟู	• สวนสมาธิชุมชน (ทุกอาทิตย์) • โยคะยามเย็น (ทุกพฤหัสบดี)	• กิจกรรมกลางแจ้งได้ผลดีกว่าในห้องปิด • การรวมกลุ่มตามความสนใจเพิ่มความยั่งยืน
3. สร้างความหวัง	• การแบ่งปันเรื่องราวแห่งความสำเร็จ • การสร้างระบบพี่เลี้ยงและการสนับสนุนเพื่อนต่อเพื่อน • การส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต	• เวทีแบ่งปันเรื่องราวดี (1 ครั้ง/เดือน) • โครงการ "พี่เลี้ยงใจ" • กิจกรรมการเรียนรู้ตลอดชีวิต	• เรื่องราวเล็ก ๆ มีพลังมากกว่าที่คิด • การช่วยเหลือจากคนที่ผ่านปัญหามาแล้วมีประสิทธิภาพสูง • การเรียนรู้ร่วมกันสร้างพลังชุมชน
4. สร้างความเข้าใจและให้โอกาส	• การลดการตีตราและอคติ • การสร้างโอกาสใหม่สำหรับผู้ที่เคยมีปัญหา	• แคมเปญ "ลบความอับอาย" • เวทีเสวนาสุภาพจิต (1 ครั้ง/เดือน) • โครงการ "โอกาสใหม่ในชุมชน"	• การเปลี่ยนทัศนคติต้องใช้เวลา (6+ เดือน) • การมีโอกาสนานช่วยฟื้นฟูความมั่นใจ • เวทีเสวนาสร้างความเข้าใจได้ดี
1. ใช้ศักยภาพชุมชน	• การสำรวจและจัดทำฐานข้อมูลทรัพยากรชุมชน • การพัฒนาศักยภาพอาสาฯ และผู้นำ • การใช้องค์ความรู้พื้นบ้านผสมผสาน	• Skills and Assets Inventory • ฝึกอบรมอาสาสมัครสุขภาพจิต • Train the Trainer • การสร้างกลุ่มช่วยเหลือตนเอง	• ชุมชนมีทรัพยากรมากกว่าที่คิด • อาสาสมัครท้องถิ่นมีประสิทธิภาพสูงกว่าผู้เชี่ยวชาญนอก • ภูมิปัญญาท้องถิ่นสามารถนำมาใช้ได้จริง
2. ใช้สายสัมพันธ์ในชุมชน	• การวิเคราะห์เครือข่ายสังคมในชุมชน • การพัฒนาผู้เชื่อมโยงชุมชน (Community Connector) • การสร้างระบบการส่งต่อและประสานงาน	• Social Network Mapping • ฝึกอบรม Community Connector • สร้างระบบการส่งต่อ • Mentorship Network	• เครือข่ายความสัมพันธ์เดิมเป็นรากฐานสำคัญ • ผู้เชื่อมโยงมีบทบาทสำคัญในการขยายผล • ระบบส่งต่อลดเวลาการเข้าถึง

การประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินงาน

1. ทดสอบคะแนนประเมินโรคซึมเศร้า PHQ-9 ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในพื้นที่ตำบลนาเสียวจำนวน 44 ราย ผลการศึกษา พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนน PHQ-9 ก่อนการดำเนินการพัฒนารูปแบบ

ตามแนวทาง "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) ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

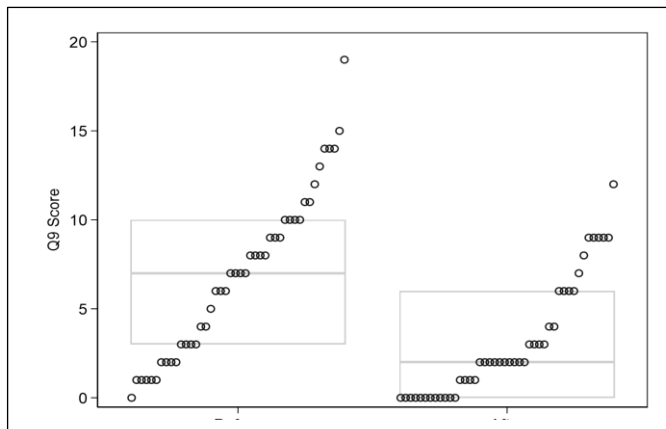


Figure 3: Average PHQ-9 Scores Before and After Implementing the "4 Build, 2 Use" Care Model Development

เมื่อจัดกลุ่มคะแนน PHQ-9 ตามระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า พบว่าการแทรกแซงให้ผลลัพธ์ที่น่าประทับใจ โดยกลุ่มที่มีอาการน้อยหรือไม่มีอาการ (คะแนนต่ำกว่า 7) เพิ่มขึ้นจาก 20 คน (ร้อยละ 45.4) เป็น 36 คน (ร้อยละ 81.8) คิดเป็นการเพิ่มขึ้นร้อยละ 80.0 ขณะที่กลุ่มอาการระดับน้อย (7-12 คะแนน) ลดลงจาก 18 คน (ร้อยละ 40.9) เป็น 8 คน (ร้อยละ 18.2) หรือลดลงร้อยละ 55.6

ส่วนกลุ่มที่มีอาการระดับปานกลาง (13-18 คะแนน) และรุนแรง (มากกว่า 19 คะแนน) มีการลดลงถึงร้อยละ 100.0 โดยไม่มีผู้ป่วยคงอยู่ในระดับเหล่านี้หลังการแทรกแซง ผลลัพธ์นี้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงจากระดับอาการที่รุนแรงกว่าไปสู่ระดับที่รุนแรงน้อยกว่า 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 ที่จัดขึ้นในรูปแบบ Focus Group เมื่อสิ้นสุดโครงการ โดยมีผู้เข้าร่วม 28 คน เมื่อทีมวิจัยนำเสนอผลการดำเนินงานที่แสดงการลดลงของคะแนนซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ ผู้เข้าร่วมประชุมแสดงความประทับใจและยืนยันว่าตัวเลขสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงที่พวกเขาสังเกตเห็นในชุมชน โดยผู้ใหญ่บ้านกล่าวว่า "คนในหมู่บ้านเริ่มออกมาคุยกันมากขึ้น ไม่เก็บตัวอยู่แต่ในบ้านเหมือนเดิม" และอาสาสมัครสาธารณสุขเสริมว่า "ก่อนหน้านี้ต้องใช้เวลานานกว่าผู้ป่วยจะเปิดใจคุย แต่ตอนนี้หลายคนเริ่มคุยเองก่อน"

การอภิปรายแต่ละองค์ประกอบของแนวทาง "4 สร้าง" ได้รับความคิดเห็นเชิงบวก โดยการสร้างความรู้สึกลดอคติผ่าน Safe Space Café ที่ศาลาวัดช่วยลดอุปสรรคทางจิตใจ เพราะเป็นสถานที่คุ้นเคยและไม่มีการตีตรา การสร้างความสงบผ่านกิจกรรมโยคะได้รับการตอบรับดีมาก ผู้สูงอายุเพราะช่วยลดอาการปวดและหลับง่ายขึ้น การสร้างความหวังผ่านเวทีประชาคมและโครงการ "พี่เลี้ยงใจ" ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่โดดเดี่ยวและเห็นแนวทางการฟื้นตัว ขณะที่การสร้างโอกาสผ่าน

กิจกรรม "ลบความอับอาย" ทำให้การพูดถึงปัญหาสุขภาพจิตเป็นเรื่องปกติมากขึ้น สำหรับการใช้ศักยภาพชุมชนช่วยค้นพบทักษะที่มีอยู่แล้ว เช่น การนวดแผนไทยและยาสมุนไพร ส่วนการใช้สายสัมพันธ์ผ่านโครงการ "เพื่อนบ้านดูแลกัน" สร้างความอบอุ่นและช่วยตรวจพบปัญหาได้เร็วขึ้น

แม้ผลการดำเนินงานจะดี แต่ผู้เข้าร่วมยังชี้ให้เห็นความท้าทายในการรักษาความต่อเนื่องเมื่อไม่มีทีมวิจัยสนับสนุน และเสนอแนะให้จัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพจิตชุมชนพร้อมแผนงานระยะยาวและงบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบล นอกจากนี้ยังเสนอให้ขยายแนวคิดไปยังกลุ่มอื่นในชุมชนเพื่อการป้องกัน 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 ทำให้ไม่สามารถระบุได้ว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เป็นผลจากการแทรกแซงเพียงอย่างเดียว หรือเป็นผลจากปัจจัยอื่น เช่น การฟื้นตัวตามธรรมชาติ (natural recovery) หรือผลของ Hawthorne effect⁽¹³⁾

การเปรียบเทียบกับแนวทางการดูแลสุขภาพจิตชุมชนในบริบทอื่น

แนวทาง "4 สร้าง 2 ใช้" มีความสอดคล้องกับหลักการของ Community Mental Health โดยเฉพาะแนวคิด Recovery-Oriented Care⁽⁷⁾ ที่เน้นการสร้าง的希望 ความปลอดภัย และการมี

ส่วนร่วม ซึ่งสะท้อนในองค์ประกอบ "4 สร้าง" ที่ครอบคลุมการสร้างความปลอดภัย ความสงบ ความหวัง และโอกาสใหม่

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

เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในต่างประเทศ ผลการศึกษาของ Cuijpers (2011)⁽¹²⁾ พบว่าโปรแกรมสุขภาพสามารถลดระดับซึมเศร้าลงได้ ร้อยละ 25 แต่การศึกษานี้แสดงผลที่ดีกว่า (การลดลงประมาณร้อยละ 54) แต่ต้องพิจารณาว่าการศึกษาดังกล่าวใช้ระยะเวลาติดตามที่ยาวกว่าและมีกลุ่มควบคุม

ความสำเร็จของการมีส่วนร่วมของชุมชน

จุดแข็งที่สำคัญของการวิจัยนี้คือการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ตั้งแต่ขั้นตอนการประเมินความต้องการ การออกแบบกิจกรรม ตลอดจนการดำเนินการ การใช้เวลา 2 เดือนในระยะเวลาประเมินและวิเคราะห์ชุมชนสะท้อนถึงการให้ความสำคัญกับการสร้างความเข้าใจและความไว้วางใจ ซึ่งสอดคล้องกับหลักการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม⁽¹⁴⁾

การที่ชุมชนสามารถระบุและใช้ประโยชน์จากทรัพยากรที่มีอยู่ เช่น ทักษะการนวดแผนไทย ความรู้เรื่องสมุนไพร และสถานที่ในชุมชน แสดง

ให้เห็นถึงความเข้มแข็งของชุมชนและศักยภาพในการดำเนินการอย่างยั่งยืน⁽¹⁵⁾

ข้อจำกัดและความท้าทายในการอธิบายผล

การวิจัยนี้มีข้อจำกัดสำคัญหลายประการ ประการแรก คือการขาดกลุ่มควบคุม ทำให้ไม่สามารถแยกแยะได้ว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นผลจากการแทรกแซงหรือปัจจัยอื่น ประการที่สอง คือขนาดตัวอย่างที่ค่อนข้างเล็ก (n=44) ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อผลการศึกษาไปใช้กับกลุ่มประชากรที่กว้างขึ้น และประการที่สามคือการใช้เครื่องมือวัดเพียงชนิดเดียว (Q9)

แม้ว่าผลการศึกษานี้จะแสดงให้เห็นถึงความสำเร็จในระยะสั้น แต่ความยั่งยืนของโปรแกรมยังคงเป็นคำถาม⁽¹⁶⁾ การที่ผู้เข้าร่วม Focus Group แสดงความกังวลเกี่ยวกับการรักษาความต่อเนื่องหลังจากที่ทีมวิจัยถอนตัวออกไป สะท้อนถึงความท้าทายที่สำคัญในการพัฒนาโปรแกรมสุขภาพจิตชุมชน

สรุปผล

แนวทาง "4 สร้าง 2 ใช้" เป็นนวัตกรรมที่มีศักยภาพสูงในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตชุมชนของประเทศไทย การเน้นการใช้ทรัพยากรและความเข้มแข็งของชุมชนร่วมกับการสร้างการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนและมีประสิทธิผล แม้จะมีข้อจำกัดในด้านระเบียบวิธีวิจัย แต่ผลการศึกษานี้เป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญสำหรับการพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพจิตชุมชนที่เหมาะสมกับบริบทของ

สังคมไทย 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, Scondotto 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)