

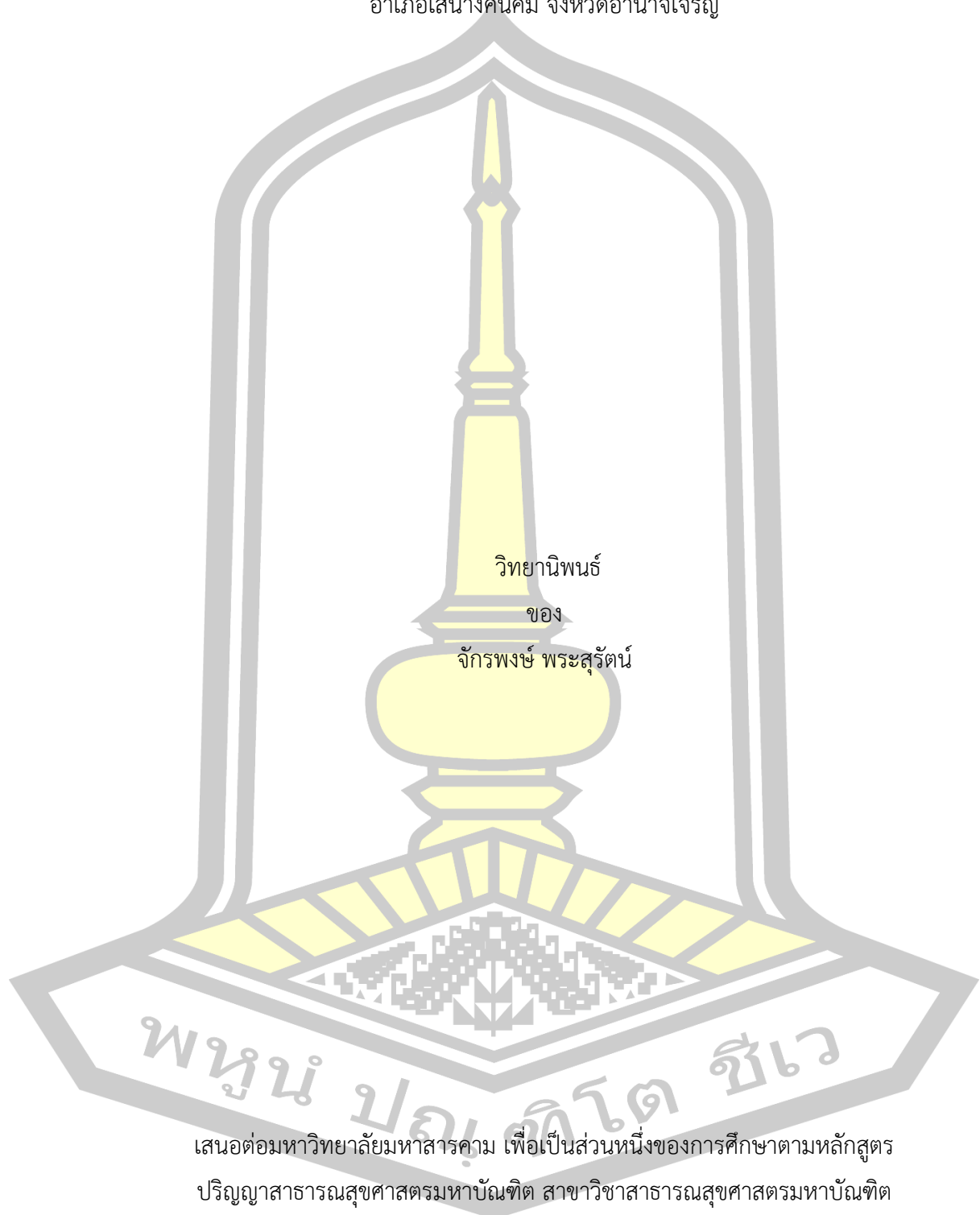
รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนบ้านหนองคู
อำเภอเสนางคนิคม จังหวัดอำนาจเจริญ

วิทยานิพนธ์
ของ
จักรพงษ์ พระสุรัตน์

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
กุมภาพันธ์ 2563

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนบ้านหนองคู
อำเภอเสนางคนิคม จังหวัดอำนาจเจริญ

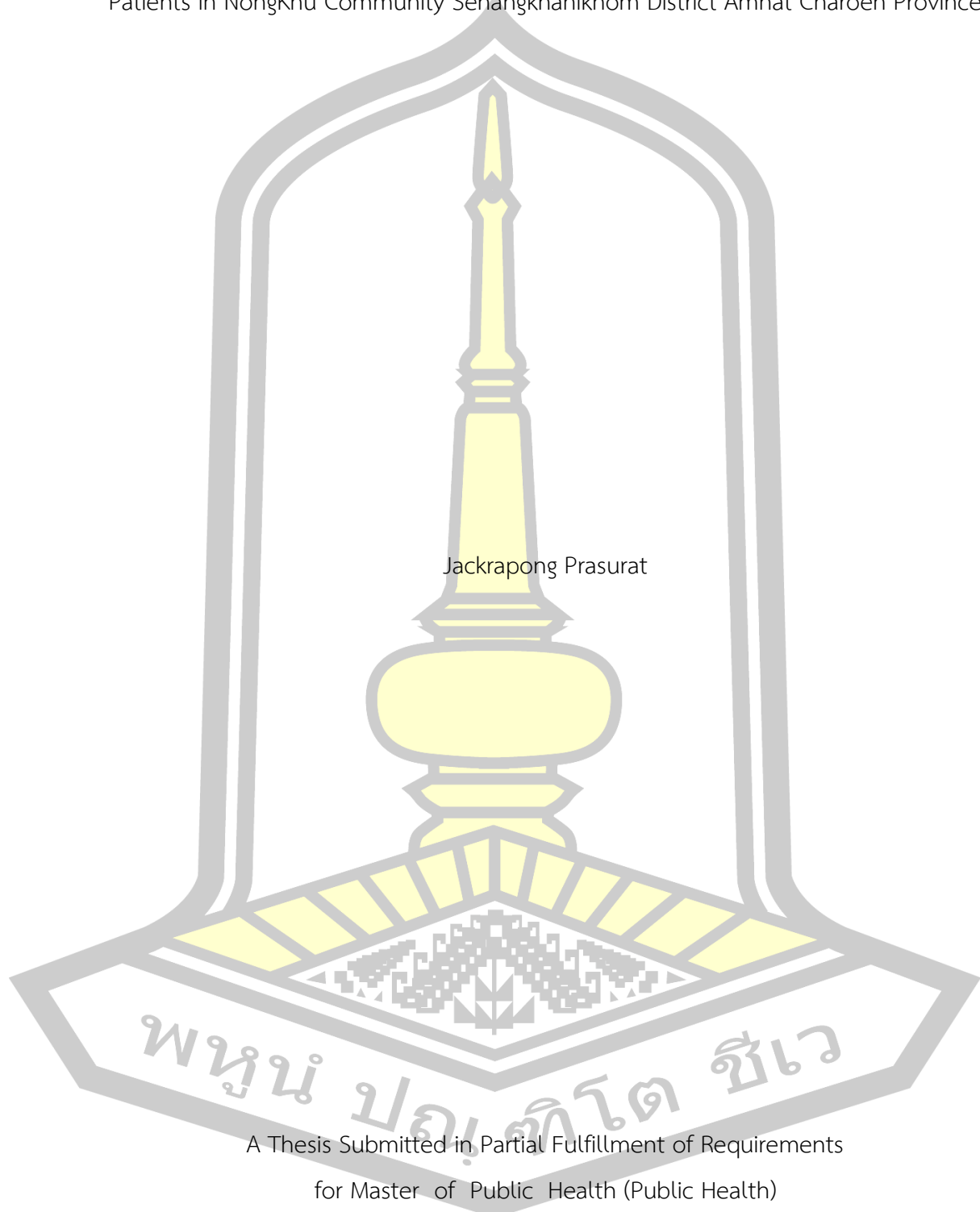


เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธรรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธรรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

กุมภาพันธ์ 2563

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Community Participation Model for Preventing Recurrent Symptoms of Schizophrenic
Patients in NongKhu Community Senangkhanikhom District Amnat Charoen Province



Jackrapong Prasurat

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for Master of Public Health (Public Health)

February 2020

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนายจักรพงษ์ พระสุรัตน์
แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(รศ. ดร. บัวรุณ ศรีชัยกุล)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผศ. ดร. วิรติ ปานศิลา)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(รศ. ดร. วรพจน์ พรหมสัตยพรต)

.....กรรมการ

(อ. ดร. เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์)

.....กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

(อ. ดร. สงัด เชื้อลิ้นฟ้า)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัย
มหาสารคาม

(รศ. ดร. วิทยา อยู่สุข)

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

(รศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชนบ้านหนองคู อำเภอนางรอง จ.บุรีรัมย์		
ผู้วิจัย	จักรพงษ์ พระสุรัตน์		
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิรัตน์ ปานศิลา รองศาสตราจารย์ ดร. วรพจน์ พรหมสัจยพรต		
ปริญญา	สาธารณสุขศาสตรมหา	สาขาวิชา	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีที่พิมพ์	2563

บทคัดย่อ

การศึกษการวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบปฏิบัติ (Practical Action Research) มีความมุ่งหมาย เพื่อศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนบ้านหนองคู ตำบลนาเวียง อำเภอนางรอง จ.บุรีรัมย์ พื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองคู ผู้วิจัยคัดเลือกประชากร โดยมีเงื่อนไขของการกำหนดคุณสมบัติของประชากรที่จะถูกเลือกมาศึกษา โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) และ เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) จำนวน 36 คน ประกอบด้วยกลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 12 คน กลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน จำนวน 24 คน เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสัมภาษณ์ ทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วย การจดบันทึก การสนทนากลุ่ม และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม นำข้อมูลจากการเก็บรวบรวมมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มี 7 กิจกรรม ได้แก่ 1) ศึกษาบริบทพื้นที่ 2) คัดเลือกผู้ร่วมวิจัยและแต่งตั้งคณะทำงาน 3) เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสัมภาษณ์สำหรับญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วย และแบบสัมภาษณ์สำหรับเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน วัดระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภท และระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 4) การวางแผนและจัดทำแผน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม อาศัยเทคนิค เทคโนโลยีการมีส่วนร่วม (Technology Of Participation) แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) วิธีการแก้ปัญหา (ORID Method) (ว่ามองเห็นอะไร รู้สึกอย่างไร คิดอย่างไร จะทำอะไรต่อไป) 2) การประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop Method) 3) การวางแผนปฏิบัติงาน (Action Planning Method) 5) นำแผนไปสู่การปฏิบัติ ได้แก่ โครงการอบรมเพื่อเพิ่ม

ศักยภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และโครงการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน 6) ติดตามผลการดำเนินงาน โดยประเมินผลตามแผนปฏิบัติการ (Action Plan) จากกิจกรรมที่ 1-5 และวัดผลหลังดำเนินกิจกรรม ได้แก่วัฒนระดับทัศนคติ ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนสำหรับกลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วย และกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน 7) สรุปผล ถอดบทเรียน จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อสะท้อนปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน หลังดำเนินการ พบว่า กลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมทุกกิจกรรม ร่วมรับฟัง แสดงความคิดเห็น เสนอตัวรับผิดชอบงาน ร่วมปฏิบัติ และร่วมสรุปและประเมินผล ทั้งกลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วย และกลุ่มสุขภาพจิตชุมชน มีระดับทัศนคติ ระดับความรู้ และระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มากกว่าก่อนดำเนินการ ซึ่งทำให้เกิดรูปแบบที่เหมาะสมในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ข้อเสนอแนะการวิจัย ควรนำกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมด้วยเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วมไปประยุกต์ใช้กับทุกเครือข่ายในชุมชน รวมทั้งทำการศึกษามากกว่า 1 วงรอบ เพื่อให้ชุมชนเกิดความเข้มแข็ง ในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

คำสำคัญ : เทคโนโลยีการมีส่วนร่วม, รูปแบบการป้องกันอาการกำเริบซ้ำ



TITLE	Community Participation Model for Preventing Recurrent Symptoms of Schizophrenic Patients in NongKhu Community Senangkhanikhom District Amnat Charoen Province		
AUTHOR	Jackrapong Prasurat		
ADVISORS	Assistant Professor Wirat Pansila , Ph.D. Associate Professor Vorapoj Promasatayaprot , Ph.D.		
DEGREE	Master of Public Health	MAJOR	Public Health
UNIVERSITY	Maharakham University	YEAR	2020

ABSTRACT

This research study is a practical action research To study the pattern of community participation in relapse prevention of schizophrenic patients in Ban Nong Khu Community, Na Wiang Sub-district, Senang Nikom District Amnat Charoen Province Responsibility area of Nong Khu Health Promotion Hospital The researcher selects the population. With the condition of determining the qualifications of the population that will be chosen to study There are 36 Inclusion Criteria and Exclusion Criteria. Consisting of 12 relatives / caregivers of schizophrenic patients, 24 community mental health network groups, quantitative data were collected through interview forms. Perform data analysis By distribution of frequency, percentage, standard deviation And collect quality data by recording group discussions And participatory observation Data were collected from content analysis.

The results of the research showed that The model of community participation in prevention of relapses of schizophrenic patients in the community has 7 activities which are 1) study the context of the area 2) select the research participants and appoint a working group 3) collect data By using the interview form for relatives / caregivers And interview forms for community mental health networks Level of knowledge about care for schizophrenic patients. Attitude level towards

schizophrenic patients And the level of participation in caring for schizophrenic patients 4) Planning and making plans By using the Technology Of Participation technique, divided into 3 steps which are 1 ORID method (what you see, feel, feel, how to do next) 2 Workshop Method 3 Action Planning Method 5) Implement the plan, which consists of a training program to increase the potential of care for schizophrenic patients in the community. And a project to monitor and treat schizophrenic patients in the community 6) Follow up on the results of operations By evaluating according to the action plan from activities 1-5 and evaluating after the activity Including attitude measurement Knowledge level about care for schizophrenic patients. And the level of participation in caring for schizophrenic patients in the community for relatives / caregivers And community mental health network groups. 7) Conclusion of lessons learned, organizing learning exchanges to reflect problems and obstacles in the operation. After the operation, it was found that relatives / caregivers of schizophrenic patients And community mental health network groups Participate in all activities, participate in and share opinions. Propose responsibility for joint operations and summarize and evaluate Both relatives / caregivers And Chi community health groups There were attitudes, knowledge, and participation in caring for schizophrenic patients in the community. More than before This creates a suitable model for preventing relapse of schizophrenia patients in the community.

Research suggestion Participatory learning processes with technology for participation should be applied to all networks in the community. Including studying more than 1 cycle to strengthen the community In the prevention and relapse of schizophrenia patients continuously and sustainably.

Keyword : Participation technology, Form of prevention of recurrent relapses

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้ความช่วยเหลือ และเอาใจอย่างดียิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิริติ ปานศิลา และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตตพรต ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำรวมทั้งเสียสละเวลา ในการตรวจทานแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่สนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์ ตลอดจนฝึกฝนผู้วิจัยให้มีกระบวนการคิดวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาและขอขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.บัววรรณ ศรีชัยกุล ประธานกรรมการ สอบวิทยานิพนธ์ อาจารย์ ดร.เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ อาจารย์ ดร.สัจด์ เชื้อลิ้นฟ้า ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก ที่ได้กรุณาให้ความรู้และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงให้ งานวิจัยสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้ให้ความกรุณาตรวจสอบเครื่องมือในการ ดำเนินการวิจัย ขอขอบพระคุณคณาจารย์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการ ระบบสุขภาพทุกท่านที่กรุณาประสิทธิ์ประสาทความรู้และประสบการณ์อันมีค่าแก่ศิษย์ ขอขอบพระคุณ คณะเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองคูทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการ ดำเนินการวิจัยเป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณทีมวิจัยภาคสนาม คณะทำงานในกลุ่มเครือข่าย สุขภาพจิตชุมชนบ้านหนองคู ตำบลนาเวียง อำเภอเสนางคณิศร จังหวัดอำนาจเจริญ ที่ได้ร่วมดำเนินการ ตามกระบวนการวิจัย และมีส่วนร่วมในการทำให้งานวิจัยสำเร็จได้ด้วยดี

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านที่มีส่วนทำให้การวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี และขอ มอบคุณค่าและประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการทำวิทยานิพนธ์นี้ แก่ทุกท่านที่อยู่เบื้องหลังความสำเร็จของ ผู้วิจัยในครั้งนี้

จักรพงษ์ พระสุรัตน์

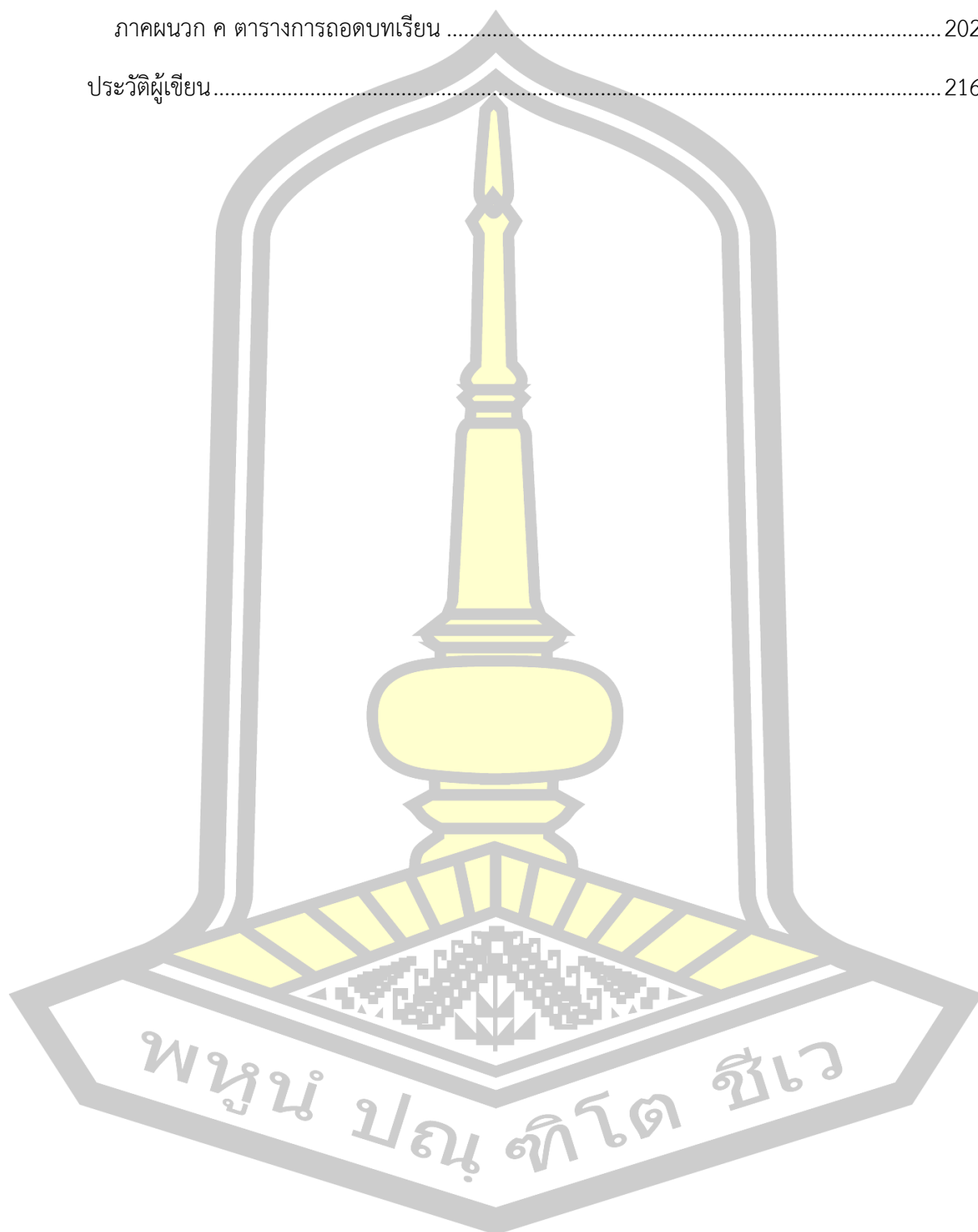
พนุน ปณ จิตโต ชีเว

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ณ
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพประกอบ.....	ด
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ภูมิหลังของการวิจัย	1
1.2 คำถามการวิจัย.....	5
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
1.4 ความสำคัญของการวิจัย.....	6
1.5 ขอบเขตของการวิจัย	6
1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ	7
บทที่ 2 ปรัชญาเอกสารข้อมูล	8
2.1 แนวคิดและหลักการ (หรือทฤษฎี) เกี่ยวกับการมีส่วนร่วม.....	8
2.2 แนวคิดเกี่ยวกับเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (Technology of Participation: TOP).....	20
2.3 แนวคิดและหลักการ (หรือทฤษฎี) การวิจัยเชิงปฏิบัติการ	30
2.4 แนวคิดสุขภาพแบบองค์รวม	41
2.5 ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท.....	47
2.6 การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน	54
2.7 แนวคิดการรักษาภายใต้การสังเกตโดยตรง (DOTS).....	60

2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	62
2.9 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	71
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	73
3.1 รูปแบบการวิจัย	73
3.2 พื้นที่ดำเนินการวิจัย	74
3.3 ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย	74
3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	75
3.5 ขั้นตอนดำเนินการวิจัย.....	80
3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล	84
3.7 การจัดกระทำกับข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล.....	84
3.8 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	85
3.9 จริยธรรมในการวิจัย.....	85
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	87
4.1 ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1.....	87
4.2 ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 2.....	125
4.3 ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 3.....	152
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	159
5.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	159
5.2 สรุปผลการวิจัย.....	160
5.3 อภิปรายผล.....	161
5.4 ข้อเสนอแนะ.....	165
บรรณานุกรม.....	166
ภาคผนวก.....	174
ภาคผนวก ก แผนปฏิบัติการ (Action Plan).....	175

ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	183
ภาคผนวก ค ตารางการถอดบทเรียน	202
ประวัติผู้เขียน	216



สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (N=12).....	89
ตารางที่ 2 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของผู้ป่วยจิตเภท (N=12).....	91
ตารางที่ 3 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชน (N=24).....	94
ตารางที่ 4 ความรู้รายข้อเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนเข้าร่วมกิจกรรม (N=12).....	99
ตารางที่ 5 ระดับคะแนนความรู้ของกลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนเข้าร่วมกิจกรรม (N=12)	100
ตารางที่ 6 ทศนคติของกลุ่มญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อผู้ป่วยจิตเภทก่อนเข้าร่วมกิจกรรม จำแนกรายข้อ (N=12).....	101
ตารางที่ 7 ระดับคะแนนทศนคติของกลุ่มญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทก่อนเข้าร่วมกิจกรรม จำแนกรายข้อ.....	102
ตารางที่ 8 ระดับทศนคติโดยรวมของกลุ่มญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	103
ตารางที่ 9 ข้อมูลการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนเข้าร่วมกิจกรรม จำแนกรายด้าน (N=12).....	104
ตารางที่ 10 ระดับคะแนนการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนเข้าร่วมกิจกรรม จำแนกรายข้อ.....	106
ตารางที่ 11 ระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	109
ตารางที่ 12 ความรู้รายข้อเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม (N=24).....	110
ตารางที่ 13 ระดับความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม (N=24)	112

ตารางที่ 14 ทักษะคิดของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน ที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม จำแนกรายข้อ (N=24)	113
ตารางที่ 15 ระดับทักษะคิดโดยรวมของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม (N=24)	114
ตารางที่ 16 ข้อมูลการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน ก่อนเข้าร่วม กิจกรรม จำแนกรายด้าน (N=24).....	115
ตารางที่ 17 ระดับคะแนนการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน ก่อน เข้าร่วมกิจกรรม จำแนกรายด้าน (N=24).....	119
ตารางที่ 18 ระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน ก่อนเข้า ร่วมกิจกรรม จำแนกรายด้าน (N=24)	123
ตารางที่ 19 ความรู้รายข้อเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังเข้าร่วมกิจกรรม (N=12)	127
ตารางที่ 20 ระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังเข้าร่วมกิจกรรม (N=12).....	128
ตารางที่ 21 แสดงผลเปรียบเทียบความรู้ของกลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิต เภทก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม (N=12)	129
ตารางที่ 22 ระดับคะแนนทัศนคติของกลุ่มญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท หลังเข้าร่วม กิจกรรม จำแนกรายข้อ (N=12).....	129
ตารางที่ 23 ระดับคะแนนทัศนคติของกลุ่มญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท	130
ตารางที่ 24 ระดับคะแนนทัศนคติโดยรวมของกลุ่มญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทหลัง เข้าร่วมกิจกรรม.....	131
ตารางที่ 25 แสดงผลเปรียบเทียบระดับทัศนคติของกลุ่มญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท	131
ตารางที่ 26 ระดับคะแนนการมีส่วนร่วมของกลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังเข้าร่วมกิจกรรม จำแนกรายด้าน (N=12)	132
ตารางที่ 27 ระดับคะแนนการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังเข้าร่วมกิจกรรม จำแนกรายข้อ	134
ตารางที่ 28 ระดับการมีส่วนร่วมของกลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังเข้าร่วมกิจกรรม	136

ตารางที่ 29 แสดงผลเปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมของกลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม (N=12)	136
ตารางที่ 30 ความรู้รายข้อเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน หลังเข้าร่วมกิจกรรม (N=24).....	137
ตารางที่ 31 ระดับความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน หลังเข้าร่วมกิจกรรม (N=24)	138
ตารางที่ 32 แสดงผลเปรียบเทียบความรู้ของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม (N=24)	139
ตารางที่ 33 ทักษะคติของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท หลังเข้าร่วมกิจกรรม จำแนกรายข้อ (N=24)	140
ตารางที่ 34 ระดับคะแนนทัศนคติของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท หลังเข้าร่วมกิจกรรม จำแนกรายข้อ (N=24).....	141
ตารางที่ 35 ระดับทัศนคติโดยรวมของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนต่อผู้ป่วยจิตเภท หลังเข้าร่วมกิจกรรม (N=24).....	141
ตารางที่ 36 แสดงผลเปรียบเทียบทัศนคติของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนต่อผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม (N=24).....	142
ตารางที่ 37 ข้อมูลการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชน หลังเข้าร่วมกิจกรรม จำแนกรายด้าน (N=24).....	143
ตารางที่ 38 ระดับคะแนนการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน หลังเข้าร่วมกิจกรรม จำแนกรายด้าน (N=24).....	147
ตารางที่ 39 ระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน หลังเข้าร่วมกิจกรรม จำแนกรายด้าน (N=24)	151
ตารางที่ 40 แสดงผลเปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม (N=24)	151

สารบัญภาพประกอบ

หน้า

ภาพที่ 1 รูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนตามแนวคิดของ Cohen and Uphoff	13
ภาพที่ 2 วงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart	33
ภาพที่ 3 กระบวนการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Coghlan & Brannick.....	35
ภาพที่ 4 กรอบแนวคิดในการวิจัย	72



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ภูมิหลังของการวิจัย

วิกฤตการณ์ต่าง ๆ ในสังคมปัจจุบัน เช่น การเกิดภัยพิบัติที่รุนแรงจากธรรมชาติ อุบัติการณ์ การเกิดโรคใหม่ๆ ที่มีความรุนแรงกว่าเดิม การเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยีให้ทันสมัย ภาวะค่าครองชีพ สูงขึ้นรวมทั้งเศรษฐกิจชะลอตัว สภาพความขัดแย้งทางสังคม และการใช้ความรุนแรง ตั้งแต่ระดับ ครอบครัวจนถึงระดับชาติส่งผลต่อสุขภาพจิตของคนในสังคมมากมาย จากผลการสำรวจปัญหา สุขภาพจิตของคนไทย พบประชากรไทยร้อยละ 20 หรือประมาณ 1 ใน 5 มีปัญหาสุขภาพจิต โรคจิต ยังคงเป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุด รองลงมาคือ โรควิตกกังวล ปัญหาสุขภาพจิตอื่น ๆ (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2554) องค์การอนามัยโลกจัดให้โรคจิตเภทเป็นอันดับหนึ่งในสามของโรคที่มีผลทำให้ สูญเสียสมรรถภาพ (Disabling effect) ของผู้ป่วยมากที่สุด (World Health Organization, 2011)

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่มีลักษณะการเจ็บป่วยทางจิต โดยมีผลกระทบต่อ จิตใจที่แปลกแยกชัดเจน มีความแปรปรวนของการรู้คิด (Cognition) ภาวะทางอารมณ์ (Emotion) รวมถึงด้านการรับรู้ (Perception) และพฤติกรรม (Behavior) (วัฒน์ แก้วมะไฟ, 2550) จะมีอาการ เป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน และต่อเนื่องมากกว่า 6 เดือน (นารณภา วงศ์ศีล, 2555) พบในช่วงอายุ 15-54 ปี ส่วนใหญ่เริ่มมีอาการช่วงวัยรุ่น หรือผู้ใหญ่ตอนต้น (มาโนช หล่อตระกูล, 2011) ปัจจัย สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการป่วยหรือกำเริบซ้ำ มี 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย ประกอบด้วย การปฏิเสธการเจ็บป่วย ขาดการรักษาที่ต่อเนื่อง ไม่ยอมรับประทานยาหรือปรับยาเอง ปัจจัยที่สองคือ ด้านผู้ดูแล ประกอบด้วย ผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ หรือผู้ดูแลไม่มีเวลาดูแลเท่าที่ควรเนื่องจากการประกอบ อาชีพ ผู้ดูแลขาดความรู้และทักษะในการดูแล รวมไปถึงมีทัศนคติด้านลบต่อการรักษาของผู้ป่วย คิดว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หาย และปัจจัยสุดท้ายคือด้านชุมชน ได้แก่ คนในชุมชนมีทัศนคติด้านลบกับ ผู้ป่วย เพิกเฉย คิดว่าผู้ป่วยไม่สามารถอยู่ในชุมชนได้ ต้องรักษาในโรงพยาบาลเท่านั้น จึงมีความ หวาดระแวงต่อการป่วยซ้ำ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

รายงานผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวช กรมสุขภาพจิต ภาพรวมทั้งประเทศ ในปี พ.ศ. 2558 – 2559 พบผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 455,118 ราย และ 580,181 ราย ตามลำดับ ซึ่งจาก รายงานดังกล่าว พบว่าจำนวนผู้ป่วยจิตเภทมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับสถิติจำนวนผู้ป่วยจิต เภทที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี ในปี พ.ศ. 2558 – 2560 ใน ภาพรวมของเขตสุขภาพที่ 10 ประกอบด้วย 5 จังหวัด ได้แก่ อุบลราชธานี ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ

ยโสธร และมุกดาหาร มีจำนวน 6,578, 6,745 และ 6,883 ราย และคิดเป็นอัตรา 1.85, 1.88 และ 1.89 ต่อประชากร 1,000 ราย จากสถิติจำนวนผู้ป่วยจิตเภทพบว่ามีจำนวนเพิ่มขึ้นตามลำดับ (โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2561)

สถิติจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเสนางคณิคม อำเภอสนางคณิคม จังหวัดอำนาจเจริญ มีจำนวน 383 คน ในปี 2559 ถึง ปี 2561 พบผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบซ้ำ ต้องกลับเข้ามารักษาซึ่งแพทย์จะรักษาโดยปรับขนาดยาและรักษาแบบผู้ป่วยใน จำนวน 4, 15 และ 18 คน คิดเป็น ร้อยละ 1.04, 3.91 และ 4.69 (โรงพยาบาลเสนางคณิคม อำเภอสนางคณิคม จังหวัดอำนาจเจริญ, 2561)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองคู ตำบลนาเวียง อำเภอสนางคณิคม จังหวัดอำนาจเจริญ รับผิดชอบ 4 หมู่บ้าน มีผู้ป่วยจิตเภทในเขตรับผิดชอบทั้งหมด จำนวน 19 คน การวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทตามระบบ ICD -10 (F20.0-F20.9) โดยได้รับการขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลเสนางคณิคม ผู้ป่วยที่มีอาการคงที่แล้วจะถูกตัวส่งกลับคืนสู่ชุมชน และนัดผู้ป่วยพบแพทย์เพื่อประเมินอาการและรับยาทุก 2 เดือน บ้านหนองคู หมู่ที่ 3 ตำบลนาเวียง อำเภอสนางคณิคม จังหวัดอำนาจเจริญ มีผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด จำนวน 12 คน ซึ่งเป็นหมู่บ้านที่มีผู้ป่วยจิตเภทมากที่สุด เกิดอาการกำเริบซ้ำเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ได้แก่ ปี 2559-2561 จำนวน 2, 3 และ 5 คน ซึ่งมีอาการกำเริบ ได้แก่ โวยวายส่งเสียงดังรบกวนผู้อื่น ขู่าฆาตจะทำร้ายผู้อื่น ลักขโมย ทำลายสิ่งของ ทารุณสัตว์เลี้ยง สร้างความเดือดร้อนรำคาญให้แก่เพื่อนบ้านและชุมชน

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองคู ออกติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภท ทั้ง 12 ราย พบว่า พฤติกรรมเสี่ยงต่อการกำเริบซ้ำ มี 3 ปัจจัยหลัก ได้แก่ ปัจจัยแรกคือ ตัวผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทรับประทานยาไม่ถูกต้อง และทานยาไม่ต่อเนื่องตามแผนการรักษาของแพทย์ ผู้ป่วยบางรายไม่ไปตรวจตามนัด เนื่องจากต้องทานยาหลายชนิด เกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ในการรักษา ปัจจัยที่สองคือ ญาติ/ผู้ดูแล พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทบางรายอาศัยอยู่กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือผู้ดูแลที่ไม่ได้อยู่ดูแลผู้ป่วยเป็นประจำทุกวัน จึงเป็นปัญหาในการกำกับกับการทานยาในแต่ละวัน นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเภทถูกชักชวนจากกลุ่มเพื่อนให้ดื่มสุรา และสารเสพติดชนิดอื่น ๆ ปัจจัยที่สาม คือ การขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแล โดยเฉพาะเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน ซึ่งเป็นคนในชุมชนเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภท พบว่าไม่ได้ห่วงใย หรือเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเท่าที่ควร ขาดความมั่นใจในการดูแล การดำเนินงานยังไม่เป็นระบบ โดยรอสั่งการและการประสานงานจากเจ้าหน้าที่ จึงส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนไม่ได้รับการดูแลเท่าที่ควร เกิดอาการกำเริบซ้ำเพิ่มมากขึ้น ต้องส่งตัวกลับไปรักษาแบบผู้ป่วยใน (Admitted) โรงพยาบาลเสนางคณิคม และโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ซึ่งแพทย์จะพิจารณาปรับเพิ่มขนาดยาตามอาการ เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ ไป

อยู่กับครอบครัวและชุมชนตามเดิม แต่หลังจากที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ในชุมชนไปได้ช่วงระยะหนึ่ง ผู้ป่วยก็เกิดอาการกำเริบซ้ำอีกครั้ง เนื่องจากปัญหาขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากพฤติกรรมเสี่ยงทั้งสามปัจจัย ปัญหาการขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน นับเป็นปัญหาที่มีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่มีคนคอยกำกับดูแลการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องตามแผนการรักษา จึงไม่สามารถแก้ปัญหาอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ จึงทำให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องเร่งรัดปรับปรุงแก้ไขและพัฒนากระบวนการดำเนินงานอย่างเร่งด่วน โดยการแสวงหาเทคนิคหรือวิธีการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนเข้ามาช่วย ซึ่งในปัจจุบันนี้ได้มีสถาบันต่าง ๆ ทำการสร้างและพัฒนาเทคนิคหรือกระบวนการเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่มีความเหมาะสมกับยุคสมัยและสถานการณ์ที่มีความหลากหลายของชุมชน เพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องยั่งยืน ด้วยการกระตุ้นให้ชุมชนได้เกิดความคิด ความรู้สึกเป็นเจ้าของและอยากมีส่วนร่วมในการพัฒนาบริการต่าง ๆ ตามแนวทาง และขั้นตอนการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ ก.พ.ร. ได้เสนอแนะไว้ 5 ระดับ ได้แก่ 1) การร่วมให้ข้อมูลข่าวสาร 2) การร่วมปรึกษาหารือ 3) การร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมตัดสินใจ 4) การร่วมดำเนินการ และ 5) การร่วมตรวจสอบและประเมินผล (วิริติ ปานศิลา, 2554)

เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (Technology Of Participatory : TOP) เป็นเทคนิคหนึ่งที่สถาบันพระปกเกล้า ได้ทำการพัฒนาขึ้นและแนะนำให้ใช้ในการสร้างเสริมกระบวนการกลุ่ม ที่ผ่านการทดสอบและปรับปรุงให้ดีขึ้นจากวิธีการเดิม ๆ มีผู้นำมาใช้ในการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนจนประสบผลสำเร็จมาแล้วหลายพื้นที่ เนื่องจาก เป็นเทคนิคที่มีวิธีการหรือขั้นตอนในการกระตุ้นให้ชุมชนได้เกิดความคิด ความรู้สึก มีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็นในมุมมองที่หลากหลาย ได้อย่างอิสระ โดยไม่เป็นการเผชิญหน้ากัน ทำให้เกิดปัญญารู้แจ้งโดยองค์รวมของชุมชนอย่างลึกซึ้ง ทำให้ได้มติ หรือข้อสรุปเกี่ยวกับการกระทำที่ชัดเจน ซึ่งผ่านการตีความ กระบวนการไตร่ตรอง และการตัดสินใจร่วมกัน ซึ่งน่าจะมีความเหมาะสมและสอดคล้องกับ ผลการศึกษาของ ภูมิพงษ์ ขุนฉนมฉำ (2548) ที่ได้นำเอาเทคนิค หรือวิธีการของเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (TOP) มาใช้ในการพัฒนากระบวนการเรียนรู้ เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนกับสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน บ้านจำ หูที่ 3, 7, 8, และ 9 ตำบลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด ปี พ.ศ. 2548 ที่พบว่า แกนนำชุมชนของตำบลเมืองสรวง มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาและกำหนดความต้องการในการพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชน รวมทั้งมีส่วนร่วมในการวางแผน การตัดสินใจการดำเนินงานตามแผน และการติดตามดูแลประเมินผลเป็นระยะ ๆ อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องการศึกษาของ ปานชีวา หนองคาย (2551) ที่ทำการศึกษาพัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานี โดยใช้กระบวนการตามเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (TOP) ได้แก่ การยกปัญหา การประชุมเชิงปฏิบัติการ และการจัดทำแผนปฏิบัติ ผลการศึกษาพบว่า

ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกระบวนการระดมสมอง และมีความคิดริเริ่ม เพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน อย่างแท้จริง ก่อให้เกิดแนวทางและร่วมการดำเนินงานตามที่กำหนด รวมทั้งการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์และมีส่วนร่วมในการประเมินผล ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ในทางที่ดีขึ้น และการศึกษาของศักรินทร์ ทอง ฤทธิ์ (2553) ทำการศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วม ในการพัฒนามาตรฐาน ศูนย์สุขภาพชุมชน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ใช้เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (Technology Of Participation : TOP) ของสถาบันพระปกเกล้า มาใช้ในการศึกษาร่วมกับกลุ่ม คณะกรรมการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชน ผลจากการวิจัยทำให้ได้รูปแบบการพัฒนามาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งเป็นรูปแบบที่มีประสิทธิภาพ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการตัดสินใจกำหนดเป็นนโยบายหรือแนวทางในการดำเนินการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชน ที่เป็นต้นแบบของการบริการด้านสุขภาพที่ได้มาตรฐานแก่ประชาชน สามารถนำไปใช้กับพื้นที่อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพรวมทั้ง เป็นการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างชุมชนกับศูนย์สุขภาพชุมชน อันจะนำไปสู่การจัดการความรู้เพื่อการพัฒนาการบริการสุขภาพแก่ประชาชนที่มีมาตรฐานอย่างยั่งยืน ร่วมกัน

ดังนั้น ผู้วิจัยได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงสนใจศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนบ้านหนองคู หมู่ที่ 3 อำเภอเสนาางนิคม จังหวัดอำนาจเจริญ ซึ่งการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท จึงจำเป็นต้องได้รับการมีส่วนร่วมจากทุกคนในชุมชนเพื่อดูแลซึ่งกันและกัน ซึ่งไม่ได้ดูแลแค่สุขภาพจิตเท่านั้น ควรดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา เพื่อให้เกิดรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อย่างเป็นระบบ มีความต่อเนื่องและยั่งยืน แต่เนื่องด้วย กลุ่มญาติ/ผู้ดูแล และกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน เป็นคนในชุมชนเดียวกันที่มีความใกล้ชิดคุ้นเคยกับผู้ป่วย และมีประสบการณ์ในการดูแลมาแล้ว ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาในกลุ่มดังกล่าว

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนบ้านหนองคู หมู่ที่ 3 อำเภอเสนาางนิคม จังหวัดอำนาจเจริญ โดยกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ กลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองคู พยาบาลจิตเวชโรงพยาบาลเสนาางนิคม จำนวน 36 คน ใช้กรอบแนวคิดกระบวนการมีส่วนร่วม เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (Technology Of Participation : TOP) ได้แก่ ร่วมให้ข้อมูล ร่วมรับฟัง ร่วมคิดและตัดสินใจ ร่วมลงมือปฏิบัติ ร่วมรับผลประโยชน์และรับผิดชอบ และการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบบปฏิบัติ (Practical Action Research) ดำเนินการเป็น

วงรอบ ประกอบด้วย ขั้นที่ 1 การวางแผน (Planning) ขั้นที่ 2 การปฏิบัติ (Action) ขั้นที่ 3 การสังเกต (Observe) และขั้นที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection) ซึ่งกระบวนการการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบปฏิบัติ (Practical Action Research) ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา มีส่วนร่วมคอยกระตุ้นและกำกับให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ ผู้ร่วมวิจัยมีส่วนร่วมนำเสนอความคิดต่อประเด็นปัญหาที่มาจากการปฏิบัติจริง ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ เกิดการร่วมคิด ร่วมปฏิบัติ ร่วมสังเกตผล และร่วมสะท้อนผล นอกจากนั้นกระบวนการ วิจัยแบบปฏิบัติ จะส่งเสริมให้ผู้ร่วมวิจัยวิเคราะห์ สะท้อนปัญหา พัฒนาปรับปรุงการปฏิบัติงานของตนเอง สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ได้

ดังนั้น จึงควรหารูปแบบที่เหมาะสมในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนบ้านหนองคู อำเภอสว่างคันคม จังหวัดอำนาจเจริญ

1.2 คำถามการวิจัย

รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนบ้านหนองคู อำเภอสว่างคันคม จังหวัดอำนาจเจริญ ที่เหมาะสมเป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนบ้านหนองคู อำเภอสว่างคันคม จังหวัดอำนาจเจริญ

1.3.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อศึกษา

1.3.2.1 บริบทการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนบ้านหนองคู พื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองคู ตำบลนาเวียง อำเภอสว่างคันคม จังหวัดอำนาจเจริญ

1.3.2.2 รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนบ้านหนองคู พื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองคู ตำบลนาเวียง อำเภอสว่างคันคม จังหวัดอำนาจเจริญ

1.3.2.3 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนบ้านหนองคู พื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองคู ตำบลนาเวียง อำเภอสว่างคันคม จังหวัดอำนาจเจริญ

1.4 ความสำคัญของการวิจัย

1.4.1 ได้รูปแบบที่ดีในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

1.4.2 ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้รับการดูแล จากการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

1.5 ขอบเขตของการวิจัย

เพื่อให้การศึกษาตรงตามประเด็นที่กำหนดและเหมาะสมกับเวลาที่ทำการศึกษา ผู้ศึกษาจึงกำหนดขอบเขตการวิจัยไว้ดังนี้

1.5.1 ขอบเขตด้านพื้นที่

พื้นที่ในการศึกษา คือ บ้านหนองคู หมู่ที่ 3 เป็นพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองคู ตำบลนาเวียง อำเภอสว่างคันคม จังหวัดอำนาจเจริญ มีระยะเวลาทำการศึกษาดังแต่ วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2562 ถึงวันที่ 31 ตุลาคม 2562

1.5.2 ขอบเขตด้านประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกประชากร โดยมีเงื่อนไขของการกำหนดคุณสมบัติของประชากรที่จะถูกเลือกมาศึกษา โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) และเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) โดยมีประชากรเข้าร่วมจำนวนทั้งสิ้น 36 คน จำแนกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1.5.2.1 กลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท บ้านหนองคู หมู่ที่ 3 จำนวน 12 คน

1.5.2.2 กลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนบ้านหนองคู หมู่ที่ 3 ประกอบด้วย

- 1) ผู้นำชุมชนบ้านหนองคู หมู่ที่ 3 จำนวน 4 คน
- 2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมู่ที่ 3 จำนวน 18 คน
- 3) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองคู จำนวน 1 คน
- 4) พยาบาลจิตเวชโรงพยาบาลเสนาณรงค์ จำนวน 1 คน

รวมกลุ่มเป้าหมายที่จะศึกษาทั้งสิ้น 36 คน

1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.6.1 ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึงผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทตามระบบ ICD -10 (F20.0-F20.9) โดยได้รับการขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลเสนางคนิคม และพักอาศัยอยู่ในบ้านหนองคู หมู่ที่ 3 ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองคู

1.6.2 ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ที่พักอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกับผู้ป่วยจิตเภท มีหน้าที่หลักในการการดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้านความเป็นอยู่ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านอารมณ์ จิตใจ ด้านการรักษา และด้านการปรับตัวและการช่วยเหลือตนเอง

1.6.3 เครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน ประกอบไปด้วย กลุ่มผู้นำชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองคู และพยาบาลจิตเวชโรงพยาบาลเสนางคนิคม

1.6.4 รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง การที่คนในชุมชนบ้านหนองคู มีความจริงใจเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยตกลงใจร่วมรับฟัง ให้ข้อมูล ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมลงมือปฏิบัติ ร่วมรับผลประโยชน์ และร่วมรับผิดชอบ โดยได้นำแนวคิด ทฤษฎีเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (Technology of Participation: TOP) ประกอบด้วย 3 วิธี ได้แก่ วิธีการแก้ปัญหา (ORID) วิธีการประชุมเชิงปฏิบัติการ (WORK SHOP Method) และวิธีการวางแผนปฏิบัติการ (Action Planning Method) เป็นแนวคิด ทฤษฎีที่เอื้ออำนวยให้กลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

1.6.5 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ หมายถึง การศึกษารวบรวมหรือการแสวงหาข้อเท็จจริงโดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อสรุป ซึ่งเป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบปฏิบัติ (practical action research) มีแนวคิดสำคัญ คือ ผู้วิจัยมีส่วนร่วมในการวิจัย โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา คอยกระตุ้นและกำกับให้เกิดการร่วมคิด วางแผน ปฏิบัติ สังเกตผล และการสะท้อนผล โดยผู้วิจัยกำหนดขั้นตอนของการวิจัยและดำเนินการเป็นวงรอบ มี 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกต (Observe) และการสะท้อนผล (Reflection) นำไปสู่การป้องกันและแก้ปัญหาอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จนกระทั่งการศึกษาในรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนบ้านหนองคู บรรลุวัตถุประสงค์หรือแก้ไขปัญหาที่ประสบอยู่ได้สำเร็จ

บทที่ 2

ปริทัศน์เอกสารข้อมูล

การศึกษาเรื่อง รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนบ้านหนองคู หมู่ที่ 3 อำเภอเสนางคนิคม จังหวัดอำนาจเจริญ ผู้ศึกษาได้กำหนดแนวทาง ขอบเขตของการศึกษา โดยมีการทบทวนรวบรวม แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

- 2.1 แนวคิดและหลักการ(หรือทฤษฎี) การวิจัยเชิงปฏิบัติการ
- 2.2 แนวคิดและหลักการ(หรือทฤษฎี) เกี่ยวกับการมีส่วนร่วม
- 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (Technology of Participation: TOP)
- 2.4 แนวคิดสุขภาพแบบองค์รวม
- 2.5 ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท
- 2.6 การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
- 2.7 แนวคิดการรักษาภายใต้การสังเกตโดยตรง (DOT)
- 2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.9 กรอบแนวคิดการศึกษา

2.1 แนวคิดและหลักการ (หรือทฤษฎี) เกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

ปัจจุบัน ประชาชนมีส่วนร่วมโดยตรงในกระบวนการตัดสินใจของรัฐบาลที่มีผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชน ดังจะเห็นได้ในรัฐธรรมนูญ พ.ศ.2540 ที่ส่งผลให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนกว้างขวางขึ้น และได้มีความหมายเฉพาะการไปใช้สิทธิเลือกตั้งหรือร่วมรับประโยชน์เท่านั้น แต่ยังคงครอบคลุมถึงการร่วมรับรู้ ร่วมให้ความคิดเห็นในกระบวนการตัดสินใจของหน่วยงานของรัฐ และร่วมสนับสนุนติดตามการทำงานของภาครัฐ (อศิน รพีพัฒน์และคณะ, 2554) อย่างไรก็ตามเนื่องจากการมีส่วนร่วมมีหลายมิติ กิจกรรม เหตุการณ์ องค์ประกอบต่าง ๆ ซึ่งหลากหลาย ดังนั้น ความหมายของการมีส่วนร่วมจึงขึ้นอยู่กับลักษณะทางบริบทของการมีส่วนร่วม และต้องพิจารณาเฉพาะกรณีนั้น ๆ (นิธย์ ทศนิยม, 2555) ได้มีผู้ให้ความหมายของคำว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน หรือการมีส่วนร่วมของชุมชน (People Participation or Popular Participation or Community Involvement or Community Participation) ไว้มากมาย เช่น

Cohen, J.M., & Uphooff (1977) ได้ให้ความหมาย การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง กระบวนการที่ชุมชนได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การดำเนินการ การร่วมรับผลประโยชน์ และการประเมินผล

สิทธิรัฐ ประพุทธนิตินิสาร (2556) สรุปว่าการมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง กระบวนการของบุคคลครอบครัว หรือกลุ่มบุคคลในชุมชนมีปฏิสัมพันธ์กันในการที่จะดูแลสุขภาพ เพื่อให้เกิดความสุขและยังเป็นการ พัฒนาความสามารถของชุมชนเองในการที่จะเกื้อหนุนซึ่งกันและกันและยังรวมถึงการให้การ สนับสนุนสิ่งของการจัดองค์กรและการมีอำนาจ

อนงค์ พัฒนจักร (2535 อ้างถึงใน สิริกุล วงษ์สิริโสภาคย์ และคณะ, 2556) สรุปว่า ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชน มีความหลากหลายแต่จุดร่วมที่สำคัญและเป็นที่ยอมรับกันได้ คือการเปิดโอกาส ให้ประชาชนได้มีโอกาสร่วมตัดสินใจได้ในระดับหนึ่งที่มีผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของเขา ด้วย

เทิดศักดิ์ แก้วมกระโทก (2545 อ้างถึงใน สิริกุล วงษ์สิริโสภาคย์ และคณะ, 2556) ได้สรุปว่า การมีส่วนร่วมหมายถึง กระบวนการที่ประชาชนหรือชุมชนได้พัฒนาขีดความสามารถของตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อเข้ามามีบทบาทในการ วางแผน การจัดการดำเนินงาน ควบคุมกำกับ ติดตามผล และรับผลประโยชน์ในการดำเนินกิจกรรม ที่เป็นประโยชน์ต่อการดำรงชีพในสังคม หรือชุมชนนั้นอย่างมีศักดิ์ศรี การมีส่วนร่วมนั้นประชาชน จะได้รับการพัฒนาด้านการรับรู้ สติปัญญา อันจะนำไปสู่การตัดสินใจดำเนินการด้วยตนเองต่อไป

นรินทร์ชัย พัฒนพงศา (2546 อ้างถึงใน สิริกุล วงษ์สิริโสภาคย์ และคณะ, 2556) การมีส่วนร่วม คือ การที่ฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดที่ไม่เคยได้เข้าร่วม ในกิจกรรมต่าง ๆ หรือเข้าร่วมการตัดสินใจ หรือเคยเข้าร่วมด้วยเล็กน้อยได้เข้าร่วมด้วยมากขึ้น เป็นไปอย่างมีอิสรภาพเสมอภาค มิใช่เพียงมีส่วนร่วมอย่างผิวเผินแต่เข้าร่วมด้วยแท้จริงยิ่งขึ้น และการเข้าร่วมนั้นต้องเริ่มตั้งแต่ขั้นแรกจนถึงขั้นสุดท้ายของโครงการ

อรทัย ก๊กผล (2546 อ้างถึงใน สิริกุล วงษ์สิริโสภาคย์ และคณะ, 2556) การมีส่วนร่วมของประชาชน คือกระบวนการซึ่งประชาชนหรือผู้มี ส่วนได้ส่วนเสียได้มีโอกาสแสดงทัศนะแลกเปลี่ยนข้อมูลและความคิดเห็น เพื่อแสวงหาทางเลือก และการตัดสินใจต่าง ๆ เกี่ยวกับโครงการที่เหมาะสมและเป็นที่ยอมรับร่วมกัน ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องจึง ควรเข้าร่วมในกระบวนการนี้ตั้งแต่เริ่มจนกระทั่งถึงการติดตามและประเมินผล เพื่อให้เกิดความเข้าใจและการรับรู้-เรียนรู้ การปรับเปลี่ยนโครงการร่วมกันซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อทุกฝ่าย

คณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) ได้กำหนดการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการพัฒนาการบริการออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ (วิริติ ปานศิลา, 2554))

ระดับที่ 1 ซึ่งถือว่าเป็นระดับการมีส่วนร่วมน้อย คือ การแจ้งข้อมูลให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียรับทราบ ระดับนี้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอาจร่วมให้ข้อมูลได้บ้างเท่านั้น

ระดับที่ 2 เป็นการมีส่วนร่วมระดับที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นผู้ให้ข้อมูล ด้วยการร่วมปรึกษาหรือเป็นการร่วมคิดร่วมให้ความเห็น

ระดับที่ 3 เป็นการมีส่วนร่วมระดับร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมตัดสินใจ

ระดับที่ 4 เป็นระดับการมีส่วนร่วมโดยร่วมลงมือปฏิบัติการหรือร่วมกันดำเนินการ

ระดับที่ 5 เป็นการมีส่วนร่วมระดับสูงสุด คือ การร่วมตรวจสอบและประเมินผล การดำเนินงานตามกิจกรรมในระดับที่ 4 ถือว่าเป็นระดับของการมอบอำนาจให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้ตัดสินใจอย่างแท้จริง ดังภาพประกอบ 2 (วิริติ ปานศิลา, 2554)

จากความหมายดังกล่าว จึงสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง การที่ประชาชนมีโอกาสร่วมในการดำเนินงานพัฒนา ตั้งแต่กระบวนการเริ่มต้นจนกระทั่งถึงกระบวนการสิ้นสุด โดยที่การเข้าไปมีส่วนร่วมอาจเป็นขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งหรือครบทุกขั้นตอนก็ได้ ประชาชนที่มีส่วนร่วมนั้นอาจเป็นทั้งรายบุคคลกลุ่มคน หรือองค์กร ที่มีความคิดเห็นสอดคล้องกัน มีความรับผิดชอบร่วมกันเพื่อดำเนินการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ต้องการ โดยกระทำผ่านกลุ่มหรือองค์กร เพื่อให้บรรลุการเปลี่ยนแปลงที่พึงประสงค์

2.2.1 ทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

ทฤษฎีการกระทำทางสังคม (The Theory of Social Action) ของ เยาวมาลย์ จ้อยจุฬี (2542) ได้อธิบายถึงการกระทำของมนุษย์ (Action of Human) ในลักษณะที่สามารถนำไปปรับใช้ทางสังคมทั่วไป กล่าวคือ การกระทำใด ๆ ของมนุษย์จะขึ้นอยู่กับความสนใจและระบบค่านิยมของบุคคล

1. บุคลิกภาพของแต่ละบุคคล (Personality)
2. ระบบสังคมที่บุคคลนั้นเป็นสมาชิกอยู่ (Social System)
3. วัฒนธรรม (Culture) ในสังคมที่บุคคลนั้นเป็นสมาชิกอยู่และวัฒนธรรมนี้จะเป็นตัวกำหนดเกี่ยวกับความคิด ความเชื่อถือ (Idea of Believes) ความสนใจ (Primary of Interest) และระบบค่านิยมของบุคคล (Ystem of Value Orientation)

จำนง อติวัฒนสิทธิ์ (2532) ได้ศึกษาเรื่องการกระทำของมนุษย์ (Human Action) โดยให้กำหนดความการกระทำว่าเป็นพฤติกรรมของมนุษย์ทั้งที่เป็นแบบเปิดและลึกลับซึ่งบุคคลผู้ทำกำหนดให้มีความหมายเป็นส่วนตัว ความเข้าใจในระบบความหมายเกิดขึ้นได้ 2 ประการกล่าวคือ

1. ความหมายส่วนตัวจากการกระทำของบุคคลหนึ่งสามารถเข้าใจได้จากการสังเกตโดยตรง

2. มีการเข้าใจสิ่งเร้า เราสามารถแสดงความรู้สึกออกมาด้วยตัวเราเองในการให้เหตุผลซึ่งเป็นวัตถุประสงค์ของผู้นำหรือถ้าการกระทำของบุคคลไม่มีเหตุผลแล้วอาจจะเข้าในส่วนประกอบแห่งอารมณ์ที่มีการกระทำเกิดขึ้น โดยอาศัยการเข้าไปมีส่วนร่วมที่มีความเห็นอกเห็นใจต่อมนุษย์ผู้สังเกต ไม่จำเป็น ต้องเห็นด้วยกับแนวทฤษฎีหรือจุดมุ่งหมายขั้นสูงสุดหรือค่านิยมของผู้นำ แต่โดยสติปัญญาแล้วเราอาจเข้าใจสถานการณ์และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง อีกนัยหนึ่งการกระทำบางอย่างเกิดขึ้นจากแรงกระตุ้นสามารถถือได้ว่าการอธิบายที่แท้จริงของการกระทำเพราะแรงกระตุ้นจะมีอยู่ในส่วนลึกของจิตใจผู้กระทำและสำหรับผู้สังเกตนั้น แรงกระตุ้นเป็นพื้นฐานที่เหมาะสมสำหรับการศึกษาพฤติกรรม และเวเบอร์ ได้กล่าวว่า การกระทำทางสังคม 4 ชั้น คือ

2.1 การกระทำที่มีเหตุผลเป็นการกระทำที่ใช้วิธีการอันเหมาะสมในอันที่จะบรรลุวัตถุประสงค์ที่เลือกไว้อย่างมีเหตุผล การกระทำดังกล่าวมุ่งไปในด้านการเมือง เศรษฐกิจและสังคม

2.2 การกระทำที่เกี่ยวกับค่านิยม เป็นการกระทำเช่นนี้มุ่งไปในด้านจริยธรรมและศีลธรรมอย่างอื่น เพื่อดำรงไว้ซึ่งความเป็นระเบียบในชีวิตทางสังคม

2.3 การกระทำตามประเพณี เป็นการกระทำที่ไม่เปลี่ยนแปลง โดยยึดแบบอย่างที่ทำกันมาในอดีตเป็นหลัก พฤติกรรมการกระทำตามประเพณีที่ไม่คำนึงถึงเหตุผล

2.2.2 ลักษณะและรูปแบบของการมีส่วนร่วม

แอนดรูว์ และสติเฟิล (Andrew & Stiefel, 1980 อ้างถึงใน ทานตะวัน อินทร์จันทร์, 2546) ได้กล่าวถึงลักษณะของการมีส่วนร่วมไว้ 4 ประการ คือ

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
2. การมีส่วนร่วมในชั้นปฏิบัติการ
3. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์
4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล

อิระวัชร จันทระประเสริฐ (2541 อ้างถึงใน ณรงค์ วาธีล, 2551) กล่าวว่า ลักษณะของการมีส่วนร่วมคือ

1. การมีส่วนร่วมในลักษณะตัวบุคคล ให้ความสำคัญกับปัจเจกบุคคลที่เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ
2. การมีส่วนร่วมในลักษณะของกลุ่มขบวนการ ที่มุ่งสร้างพื้นฐานอำนาจจากการสร้างกลุ่มและโครงสร้างภายในหน่วยงาน
3. การมีส่วนร่วมในลักษณะโครงการ ให้ความสำคัญที่การจัดโครงการอันก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมที่ดี เน้นกลุ่มเป้าหมาย การถ่ายทอดระบบเทคนิค ความรู้ การกระจายอำนาจสู่ประชาชน

4. การมีส่วนร่วมในลักษณะสถาบัน ให้ความสำคัญในแง่ของการก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสถาบัน มีการถ่ายทอดหรือขยายโครงการสร้างอำนาจของกลุ่ม ผลประโยชน์และชนชั้นทางสังคม

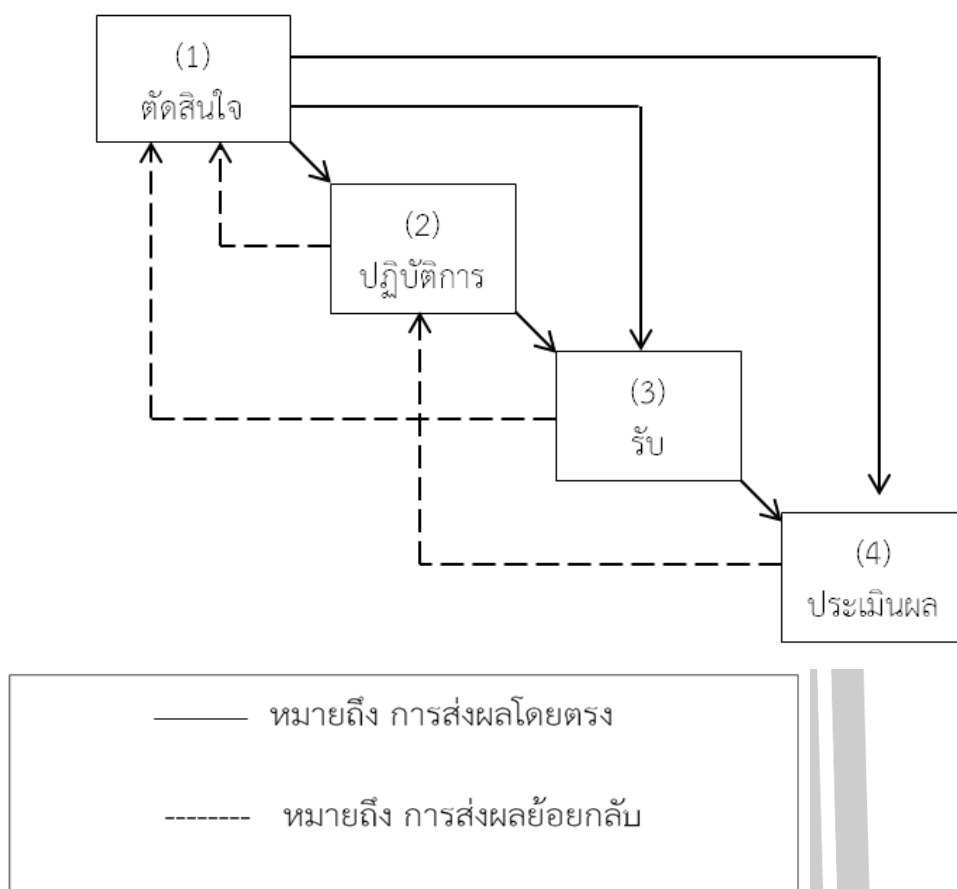
5. การมีส่วนร่วมในลักษณะนโยบาย เน้นเรื่องหลักการยอมรับการมีส่วนร่วมของประชาชนและผู้เสียเปรียบในสังคม และนำมากำหนดนโยบายและแผนงานระดับชาติ

แชพิน (Chapin อ้างถึงใน ยุพิน ระบุพิพันธุ์, 2544) ได้ทำการศึกษาแบบของการมีส่วนร่วมและแบ่งการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 แบบ ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมร่วมประชุม
2. การมีส่วนร่วมออกเงิน
3. การมีส่วนร่วมเป็นกรรมการ
4. การมีส่วนร่วมเป็นผู้นำ

โคเฮน และอัฟฮอฟฟ์ (Cohen, J.M., & Uphooff, 1977) ได้อธิบายและวิเคราะห์รูปแบบการมีส่วนร่วมโดยสามารถแบ่งออกเป็น 4 รูปแบบ ได้แก่

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ริเริ่มตัดสินใจ ดำเนินการตัดสินใจและตัดสินใจลงมือปฏิบัติการ
2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (Implementation) ประกอบไปด้วยการสนับสนุนทางด้านทรัพยากร การเข้าร่วมในการบริหารและการประสานขอความร่วมมือ
3. การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (Benefits) ทางด้านต่าง ๆ ประกอบไปด้วยผลประโยชน์ทางด้านวัสดุ ผลประโยชน์ทางสังคมและผลประโยชน์ส่วนบุคคล
4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) เกี่ยวกับการควบคุมและการตรวจสอบการดำเนินกิจกรรมทั้งหมดและเป็นการแสดงถึงการปรับตัวในการมีส่วนร่วมต่อไปรูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนที่ โคเฮน และอัฟฮอฟฟ์ (Cohen, J.M., & Uphooff, 1977) เสนอไว้สรุปได้ดังภาพที่ 1 ที่แสดงให้เห็นว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนในขั้นการตัดสินใจมีความสำคัญมากสาเหตุว่าการตัดสินใจจะส่งผลต่อการปฏิบัติการ และการปฏิบัติการจึงมีผลต่อไปยังการรับผลประโยชน์และการประเมินผลในขณะเดียวกัน เพราะฉะนั้นการตัดสินใจจะมีผลโดยตรงต่อการรับผลประโยชน์และการประเมินผลด้วย



ภาพที่ 1 รูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนตามแนวคิดของ Cohen and Uphoff

2.2.3 ขั้นตอนของการมีส่วนร่วม

จอห์น และอัฟฮอฟ (Cohen, J.M., & Uphoff, 1977) ได้แบ่งการมีส่วนร่วมเป็น 4 ชนิด คือ

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (ว่าควรทำอะไร)
2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (Implementation) ประกอบด้วยการสนับสนุนด้านทรัพยากรการบริหารและการประสานความร่วมมือ
3. การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (Benefits) อาจจะเป็นผลประโยชน์ทางด้านวัตถุ ผลประโยชน์ทางสังคม หรือผลประโยชน์ส่วนบุคคล
4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation)

2.2.4 ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม

รีดเดอร์ (Reeder, 1963 อ้างถึงใน ปรีดา เจษฎาวรางกุล, 2550) ได้สรุปปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการรักษาการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ 11 ประการ ดังนี้

1. การปฏิบัติตนให้สอดคล้องตามความเชื่อถือพื้นฐาน กล่าวคือ บุคคลและกลุ่มบุคคลเหมือนจะเลือกแบบวิถีการปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องและคล้ายคลึงกับความเชื่อพื้นฐานของตนเอง
2. มาตรฐานคุณค่า บุคคลและกลุ่มบุคคลดูเหมือนจะปฏิบัติในลักษณะที่สอดคล้องกับมาตรฐานคุณค่าของตนเอง
3. เป้าหมาย บุคคลและกลุ่มบุคคลดูเหมือนจะส่งเสริมป้องกันและรักษาเป้าหมายตน
4. ประสบการณ์ที่ผิดปกติธรรมดา พฤติกรรมของบุคคลหรือกลุ่มบุคคลบางครั้งมีรากฐานมาจากประสบการณ์ที่ผิดปกติธรรมดา
5. ความคาดหวัง บุคคลและกลุ่มบุคคลจะประพฤติตามแบบที่ตนคาดหวังว่า จะต้องประพฤติในสถานการณ์เช่นนั้น ทั้งยังชอบปฏิบัติต่อผู้อื่นในลักษณะที่ตนคาดหวังจากผู้อื่นด้วยเช่นกัน
6. การมองแต่ตนเอง บุคคลและกลุ่มบุคคลมักจะทำสิ่งต่าง ๆ ซึ่งคิดว่าตนเองสมควรกระทำเช่นนั้น
7. การบีบบังคับ บุคคลและกลุ่มบุคคลมักจะทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยความรู้สึกว่าตนถูกบังคับให้ทำ
8. นิสัยและประเพณี บุคคลและกลุ่มบุคคลมักจะทำสิ่งต่าง ๆ ซึ่งเรามีนิสัยชอบกระทำอยู่ในสถานการณ์นั้น ๆ
9. โอกาส บุคคลและกลุ่มบุคคลมักจะเข้ามามีส่วนร่วมในรูปแบบการปฏิบัติของสังคมโดยเฉพาะในทางที่เกี่ยวข้องกับจำนวนและชนิดของโอกาส ซึ่งโครงการของสังคมเอื้ออำนวยเข้ามามีส่วนร่วมกันในการกระทำเช่นนั้นเท่าที่พวกเขาได้รับรู้
10. ความสามารถ บุคคลและกลุ่มบุคคลมักจะเข้ามามีส่วนร่วมกันในกิจกรรมบางอย่างที่ตนเห็นว่าสามารถทำในสิ่งที่ต้องการให้เขาทำในสถานการณ์เช่นนั้น
11. การสนับสนุน บุคคลและกลุ่มบุคคลมักจะเริ่มปฏิบัติเมื่อเขาารู้สึกว่าเขาได้รับการสนับสนุนที่ดีพอให้กระทำการเช่นนั้น

นิวสตรอม (Newstorm, 1993 อ้างถึงใน ณรงค์ วารีชล, 2551) พบว่าปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วม คือ

1. ลักษณะขององค์กร โครงสร้างขององค์กร วัฒนธรรมขององค์กร หากองค์กรมีโครงสร้างใหญ่ มีขั้นตอนการปฏิบัติมาก เช่น ระบบราชการ จะเป็นอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมได้

2. นโยบายองค์กรที่ขาดความชัดเจน จะทำให้บุคลากรไม่แน่ใจเป้าหมาย
แนวทางการปฏิบัติ จึงเกิดความลังเลที่จะเข้าไปมีส่วนร่วม

3. ภาวะผู้นำ ซึ่งถ้าหากว่าผู้นำเชื่อว่าผู้ใต้บังคับบัญชาเป็นผู้ไม่มีศักยภาพ
ไม่มีความก้าวหน้า ขาดความกระตือรือร้นในการทำงาน งานจะสำเร็จได้ต้องควบคุม ภาวะผู้นำ
ประเภทนี้จะเป็นอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมได้

4. ลักษณะงาน ซึ่งหากว่างานที่สามารถทำสำเร็จได้ด้วยตัวเอง เช่น
งานในห้องทดลองลักษณะงานเช่นนี้จะทำให้บุคลากรไม่เห็นถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วม

5. ความแตกต่างระหว่างบุคคล เช่น ระดับการศึกษา วิชาชีพ โดยถ้าหาก
บุคลากรที่มีระดับการศึกษาที่สูงอยู่ในตำแหน่งหน้าที่ความรับผิดชอบมาก ก็จะแสวงหาการมีส่วนร่วม
มากกว่าบุคลากรที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า และหน้าที่ความรับผิดชอบที่น้อยกว่าด้วย

โคเฮน และอัฟฮอฟฟ์ (Cohen & Uphoff, 1980 อ้างถึงใน ณรงค์ วารีชล, 2551)
กล่าวว่าปัจจัยหลายอย่างที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม ได้แก่

1. เพศ
2. อายุ
3. สถานภาพสมรส
4. ระดับการศึกษา
5. อาชีพ
6. รายได้
7. ระยะเวลาที่อยู่ในท้องถิ่น
8. สถานภาพการทำงาน

2.2.5 รูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชน

การมีส่วนร่วมที่ดำเนินอยู่โดยทั่วไป สามารถสรุปได้เป็น 5 รูปแบบ คือ

1. การรับรู้ข่าวสาร (Public Information) การมีส่วนร่วมในรูปแบบนี้ ประชาชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จะต้องได้รับการแจ้งให้ทราบถึงรายละเอียดของโครงการที่จะดำเนินการรวมถึงผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ดังนั้นการได้รับการแจ้งข่าวสารดังกล่าวจะต้องเป็นการแจ้งก่อนที่จะตัดสินใจดำเนินการ

2. การปรึกษาหารือ (Public Consultation) การปรึกษาหารือ เป็นรูปแบบการมีส่วนร่วมที่มีการจัดการหารือ ระหว่างผู้ดำเนินการโครงการกับประชาชนที่เกี่ยวข้อง และได้รับผลกระทบ เพื่อที่จะรับฟังความคิดเห็นและตรวจสอบข้อมูลเพิ่มเติม หรือประกอบการจัดทำรายงานการศึกษา ผลกระทบสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้การปรึกษาหารือยังเป็นอีกช่องทางหนึ่งในการกระจาย

ข้อมูลข่าวสารไปยังประชาชนทั่วไปและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความเข้าใจในโครงการ และกิจกรรมมากขึ้น และเพื่อให้มีการให้ข้อเสนอแนะ เพื่อประกอบทางเลือกในการตัดสินใจ

3. การประชุมรับฟังความคิดเห็น (Public Meeting) การประชุมรับฟังความคิดเห็นมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ประชาชนและฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับโครงการหรือกิจกรรม และผู้มีอำนาจตัดสินใจในการทำโครงการหรือกิจกรรมนั้น ได้ใช้เวทีสาธารณะในการทำความเข้าใจและค้นหาเหตุผลที่จะดำเนินโครงการหรือกิจกรรมในพื้นที่นั้นหรือไม่ การประชุมรับฟังความคิดเห็นมีหลายรูปแบบที่พบเห็นกันบ่อยได้แก่

3.1 การประชุมในระดับชุมชน (Community Meeting) การประชุมในลักษณะนี้จะต้องจัดขึ้นในชุมชนที่ได้รับผลกระทบจากโครงการ โดยเจ้าของโครงการหรือกิจกรรมจะต้องส่งตัวแทนเข้าร่วม เพื่ออธิบายให้ที่ประชูทราบถึงลักษณะโครงการ และผลกระทบที่คาดว่าจะการประชุมรับฟังความคิดเห็นในเชิงวิชาการ (Technical Hearing) สำหรับ โครงการที่มีข้อโต้แย้งในเชิงวิชาการ จำเป็นจะต้องมีการจัดประชุมรับฟังความคิดเห็นในเชิงวิชาการ โดยเชิญผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาจากภายนอก มาช่วยอธิบายซักถาม และให้ความเห็นต่อ โครงการ การประชุมอาจจะจัดในที่สาธารณะทั่วไป ผลการประชุมจะต้องนำเสนอต่อสาธารณะ และผู้เข้าร่วมประชุมต้องได้รับทราบผลดังกล่าวด้วย

3.2 การประชาพิจารณ์ (Public Hearing) เป็นการประชุมที่มีขั้นตอนการดำเนินงาน ชัดเจนมากยิ่งขึ้น เป็นเวทีในการเสนอข้อมูลอย่างเปิดเผยไม่มีการปิดบัง ทั้งฝ่ายเจ้าของโครงการและฝ่ายผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากโครงการการประชุมและคณะกรรมการจัดการประชุมต้องมีองค์ประกอบของผู้เข้าร่วมที่เป็นที่ยอมรับ มีหลักเกณฑ์และประเด็นในการพิจารณาที่ชัดเจน และแจ้งให้ทุกฝ่ายทราบทั่วกัน ซึ่งอาจมาจากการร่วมกันกำหนดขึ้น ทั้งนี้รูปแบบการประชุมไม่ควรจะเป็นทางการมากนัก และไม่เกี่ยวข้องกับนัยของกฎหมายที่จะต้องมีการชี้ขาดเหมือนการตัดสินใจทางกฎหมาย การจัดประชุมจึงอาจจัดในหลายวันและไม่จำเป็นต้องจัดเพียงครั้งเดียวหรือสถานที่เดียวตลอดไป

4. การร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) เป็นเป้าหมายสูงสุดของการมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งในทางปฏิบัติที่จะให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจต่อประเด็นปัญหานั้น ๆ ไม่สามารถดำเนินการให้เกิดขึ้นได้ง่าย ๆ อาจดำเนินการให้ประชาชนที่ได้รับผลกระทบ เลือกตัวแทนของตนเข้าไปทั้งในคณะกรรมการใดคณะหนึ่ง ที่มีอำนาจตัดสินใจ รวมทั้งได้รับเลือกในฐานะที่เป็นตัวแทนขององค์กรที่ทำหน้าที่เป็นตัวแทนประชาชนในพื้นที่ ซึ่งประชาชนจะมีบทบาทขึ้นำการตัดสินใจได้เพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบของคณะกรรมการพิเศษนั้น ๆ ว่าจะมีการวางน้ำหนักของประชาชนไว้เพียงใด

5. การใช้กลไกทางกฎหมาย รูปแบบนี้ไม่ถือว่าเป็นการมีส่วนร่วมของประชาชนโดยตรง ในเชิงการป้องกันแก้ไข แต่เป็นลักษณะของการเรียกร้องและป้องกันสิทธิของตนเอง อันเนื่องมาจากการไม่ได้รับความเป็นธรรม และเพื่อให้ได้มาซึ่งผลประโยชน์ที่ตนเองคิดว่าจะได้รับ ซึ่งประชาชนสามารถใช้สิทธิของตนได้ตามรัฐธรรมนูญ ทั้งในรูปของปัจเจก และในรูปขององค์กร ตามที่ได้ระบุไว้ในพระราชบัญญัติต่าง ๆ ที่ได้บัญญัติขึ้นจากมาตราดังกล่าวข้างต้น เช่น พระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารทางราชการ พ.ศ. 2540 และพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2535 เป็นต้น อย่างไรก็ตามการใช้กลไกทางกฎหมายนี้ จะทำให้เกิดความยืดเยื้อต่อการดำเนินโครงการหรือยุติโครงการ รวมทั้งมีการค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น

สรุปได้ว่า รูปแบบเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาของชุมชนนั้น สามารถจัดได้หลายรูปแบบด้วยกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของผู้ดำเนินการ ซึ่งอาจเปิดโอกาสการมีส่วนร่วมของประชาชนจากระดับต่ำไปจนถึงระดับสูงสุด นั่นคือการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ สามารถดำเนินการเพียงรูปแบบเดียว หรือหลายรูปแบบก็ได้ เพื่อให้สามารถบรรลุตามวัตถุประสงค์ แต่สำหรับโครงการที่มีความซับซ้อน ควรดำเนินการในลักษณะบูรณาการจากหลาย ๆ รูปแบบเข้าไว้ด้วยกัน เพื่อความสำเร็จของโครงการ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ตรงกับปัญหา และความต้องการที่แท้จริง

ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนนั้นอาจจะมีปัจจัยร่วมด้วยกับการศึกษาของ **เอ็ดการ์เดล** ที่ได้เสนอทฤษฎีเกี่ยวกับกรวยประสบการณ์ (Cone of Experience) ซึ่งกรวยประสบการณ์ ของเอ็ดการ์เดล ได้แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างสื่อโสตทัศนูปกรณ์ต่างๆ และขั้นตอนของประสบการณ์การเรียนรู้และการใช้สื่อแต่ละประเภท ดังนี้ กรวยประสบการณ์ (Cone of Experience) ลักษณะ Cone of Experience ของ Dale เป็นรูปแบบที่รวมทฤษฎีมากมายที่เกี่ยวข้องกับ การออกแบบการเรียนการสอนและกระบวนการเรียนรู้ ในช่วงทศวรรษที่ 1960 เอ็ดการ์เดลตั้งทฤษฎี ว่าผู้เรียน"ท า" ตรงข้ามกับสิ่งที่ "ได้ยิน", "อ่าน" หรือ "สังเกต" งานวิจัยของเขานำไปสู่การพัฒนากรวย ประสบการณ์ ในขณะที่ "การเรียนรู้ด้วยการลงมือทำ" กลายเป็นที่รู้จักกันในชื่อ "การเรียนรู้จาก ประสบการณ์" หรือ "การเรียนรู้เชิงปฏิบัติการ" Dale, Edgar. Audio-Visual Methods in Teaching, 3rd ed., Holt, Rinehart & Winston, New York, 1969, p.108

เอ็ดการ์ เดลีย์ (Dale, 1969) ได้กำหนดให้การศึกษานอกสถานที่ เป็นประสบการณ์ที่เป็น รูปธรรมประเภทหนึ่งในลำดับขั้นของกรวยประสบการณ์ (Cone of Experience) และกล่าวว่า การศึกษาออกสถานที่ เป็นการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันในประสบการณ์การเรียนรู้ที่หลากหลายที่นำไปสู่ความสมบูรณ์ชัดเจนในเรื่องต่าง ๆ ประสบการณ์ตรงที่มีคุณค่า สามารถเกิดขึ้นได้ในระหว่างศึกษาออกสถานที่ โดยตัวของกิจกรรมการศึกษาออกสถานที่นั้น คือการดำเนินการสังเกต ใน

สิ่งต่างๆ ซึ่งเป็นจริงที่ผู้เรียนได้เข้ามามีส่วนร่วมทางกายภาพที่สมบูรณ์ในเหตุการณ์ต่าง ๆ เป็นต้น
ขั้นตอนของประสบการณ์การเรียนรู้และการใช้สื่อแต่ละประเภท ดังนี้

ขั้นที่ 1 ประสบการณ์ตรง (Direct or Purposeful Experiences) เป็นประสบการณ์ ที่เป็นรูปธรรมมากที่สุด สื่อการสอนที่สร้างประสบการณ์ให้ผู้เรียนสามารถรับรู้และเรียนรู้ได้ด้วย ตนเอง ลงมือปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเอง เข้าไปอยู่ในสถานการณ์จริงและได้สัมผัสด้วยตนเองจาก ประสบาสัมผัสทั้งห้า ตัวอย่างเช่น การทดลองผสมสารเคมี การฝึกหัดทำอาหาร การฝึกหัดตัดเย็บเสื้อผ้า เป็นต้น หรือ เป็นประสบการณ์ที่ผู้เรียนได้รับจากความเป็นจริงด้วยตัวของตัวเองโดยตรง ผู้รับประสบการณ์นี้ ได้เห็น ได้รับ ได้ชิม ได้รู้สึก ได้ดมกลิ่นจากของจริงในชีวิตของตน

ขั้นที่ 2 ประสบการณ์จำลอง (Contrived experience) เป็นสื่อการสอนที่ผู้เรียนเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริงที่สุดแต่ไม่ใช่ความเป็นจริง อาจเป็นสิ่งของจำลอง หรือสถานการณ์จำลอง เป็นกรณีที่ประสบการณ์หรือของจริง มีข้อจำกัดจำเป็นต้องจำลองสิ่งต่าง ๆ เหล่านั้นมาศึกษาแทน เช่น หุ่นจำลอง ของตัวอย่าง การแสดงเหตุการณ์จำลองทางดาราศาสตร์ เป็นต้น

ขั้นที่ 3 ประสบการณ์นาฏการหรือการแสดง (Dramatized Experience) เป็นสื่อการสอนที่ผู้เรียนเรียนรู้จากประสบการณ์ ในการแสดงบทบาทสมมติ หรือการแสดงละคร เป็นประสบการณ์ที่จัดขึ้นแทนประสบการณ์ตรงหรือเหตุการณ์จริงที่เกิดขึ้นในอดีตหรืออาจเป็นความคิดที่เป็นนิยายใช้สอนในเนื้อหาที่มีข้อจำกัดเรื่องยุคสมัยหรือเวลา

ขั้นที่ 4 การสาธิต (Demonstration) เป็นสื่อการสอนที่ผู้เรียนเรียนรู้จากการดูการแสดง หรือการกระทำประกอบคำอธิบาย เพื่อให้เห็นลำดับขั้นตอนของการกระทำนั้น ๆ เช่น การสาธิตการ อาบน้ำเด็กแรกเกิด การสาธิตการผายปอด การสาธิตการแกะสลักผลไม้ เป็นต้น

ขั้นที่ 5 การศึกษานอกสถานที่ (Field Trip) การพานักเรียนไปศึกษาแหล่งความรู้ นอกห้องเรียนในสภาพจริง เพื่อเปิดโอกาสให้นักเรียนรู้หลาย ๆ ด้าน ได้แก่ การศึกษาความรู้ จากสถานที่ สำคัญ เช่น โบราณสถาน โรงงาน อุตสาหกรรม เป็นต้น

ขั้นที่ 6 นิทรรศการ (Exhibition) คือ การจัดแสดงสิ่งต่าง ๆ รวมทั้งมีการสาธิตและการฉายภาพยนตร์ประกอบเพื่อให้ประสบการณ์ในการเรียนรู้ด้วยการดู แก่ผู้เรียนหลายด้าน ได้แก่ การจัดป้ายนิทรรศการ การจัดแสดงผลงานนักเรียน

ขั้นที่ 7 โทรทัศน์และภาพยนตร์ (Television and Motion Picture) เป็นประสบการณ์ที่ให้ทั้งภาพเคลื่อนไหวและเสียงประกอบ แต่โทรทัศน์มีความเป็นรูปธรรมมากกว่า ภาพยนตร์ เนื่องจากโทรทัศน์สามารถนำเหตุการณ์ที่กำลังเกิดขึ้น ในขณะนั้นมาให้ชมได้ในเวลาเดียวกันที่เรียกว่า “การถ่ายทอดสด” ในขณะที่ภาพยนตร์เป็นการบันทึกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และต้องผ่านกระบวนการล้างและตัดต่อฟิล์มก่อนจึงจะนำมาฉายให้ชมได้

ขั้นที่ 8 การบันทึกเสียง วิทยู และภาพนิ่ง เป็นประสบการณ์ที่รับรู้ได้ทางใดทางหนึ่ง ระหว่างการฟังและการพูด ซึ่งนับเป็นนามธรรมมากขึ้น ได้แก่ เทปบันทึกเสียง แผ่นเสียง ซึ่งต้องอาศัย เรื่องการขยายเสียง ส่วนภาพนิ่ง ได้แก่ รูปภาพทั้งชนิดโปร่งแสงที่ใช้กับเครื่องฉายภาพข้ามศีรษะ สไลด์ภาพนิ่งจากคอมพิวเตอร์ และภาพบันทึกเสียง ที่ใช้กับเครื่องฉายภาพทึบแสง เป็นต้น

ขั้นที่ 9 ทศณสัญลักษณ์ (Visual Symbol) เป็นสัญลักษณ์ที่สามารถรับรู้ได้ด้วยระบบประสาทสัมผัสทางตา มีความเป็นนามธรรมมากขึ้น จำเป็นที่จะต้องคำนึงถึงประสบการณ์ของผู้เรียน เป็นพื้นฐาน ในการเลือกนำไปใช้ สื่อที่จัดอยู่ในประเภทนี้ คือ แผนภูมิ แผนสถิติ ภาพโฆษณา การ์ตูน แผนที่ และสัญลักษณ์ต่าง ๆ เป็นต้น สื่อเหล่านี้เป็นสื่อที่มีลักษณะเป็นสัญลักษณ์สำหรับถ่ายทอด ความหมายให้เข้าใจได้รวดเร็วขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม สำหรับผู้ที่ไม่มีความรู้พื้นฐานทางรูปธรรมดีมาก่อน อาจ เข้าใจได้ยากเพราะทศณสัญลักษณ์เหล่านี้ เป็นการสมมุติกันขึ้นมา ใช้แทนความหมายที่เป็นข้อเท็จจริง แนวความคิดเท่ากับเป็นภาษาใหม่อีกภาษาหนึ่ง คือภาษาทศณสัญลักษณ์

ขั้นที่ 10 วจนสัญลักษณ์ (Verbal Symbol) เป็นสัญลักษณ์ทางภาษา เป็นประสบการณ์ ขั้นสุดท้าย ซึ่งเป็นนามธรรมมากที่สุด ได้แก่ การใช้ตัวหนังสือแทนคำพูด ได้แก่ คำพูด คำอธิบาย หนังสือ เอกสาร แผ่นปลิว แผ่นพับ ที่ใช้ตัวอักษร ตัวเลข แทนความหมายของสิ่งต่าง ๆ ถือเป็น ประสบการณ์ที่เป็นนามธรรมมากที่สุด หรือเป็นประสบการณ์ที่มีลักษณะเป็นนามธรรมมากที่สุด คือ เป็นทั้งภาษาพูดและภาษาเขียน ซึ่งการจะสื่อความหมายให้ได้ผลนั้นจะต้องอาศัยปัจจัยหลายอย่าง เช่น ทักษะทางภาษาของผู้รับและผู้ส่ง ประสบการณ์เดิม และองค์ประกอบอื่น ๆ เพื่อใช้ในการแปล ความหมาย เป็นต้น กรวยประสบการณ์แห่งการเรียนรู้ สามารถจำแนกระดับการจดจำได้ดังนี้

ระดับที่ 1 สามารถจดจำได้ 10% จากสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการอ่าน

ระดับที่ 2 สามารถจดจำได้ 20% จากสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการฟัง

ระดับที่ 3 สามารถจดจำได้ 30% จากสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการฟังและการมองเห็น

ระดับที่ 4 สามารถจดจำได้ 50% จากสิ่งที่ได้เห็นจากการสาธิต

ระดับที่ 5 สามารถจดจำได้ 70% จากสิ่งที่ได้เมื่อมีการส่วนร่วมในการอภิปรายกลุ่ม

ระดับที่ 6 สามารถจดจำได้ 90% จากสิ่งที่ตนนำไปสอนคนอื่น หรือใช้ความรู้ทันที

กล่าวโดยสรุป การมีส่วนร่วมคือการมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สภาพปัญหาและตัดสินใจมีส่วนร่วมในการวางแผนตั้งแต่เริ่มต้นจนครบกระบวนการทั้งหมด ร่วมกับนำแนวคิดของเอ็ดการ์เดล ที่ได้ เสนอแนวคิดเกี่ยวกับกรวยประสบการณ์ (Cone of Experience) มาประยุกต์ในขั้นตอนการมีส่วนร่วม เพื่อรับผลประโยชน์ร่วมกัน และการมีส่วนร่วมในการติดตามควบคุม กำกับ ประเมินผล จึงจะทำให้งานนั้น ๆ ประสบความสำเร็จ จนสามารถค้นหาปัจจัยแห่งความสำเร็จ (Key Success Factor) แต่ละงานได้

2.2.6 การวัดการมีส่วนร่วม

สำหรับมาตรวัดการมีส่วนร่วมนั้น Chapin F Staut (อ้างใน เจียรชัย บุรพชนก, 2532) ได้สร้างแนวทางและวิธีการวัดการมีส่วนร่วมทางสังคมโดยใช้หลักและลักษณะการมีส่วนร่วมมากน้อย ซึ่งมีการให้คะแนนมากน้อยต่างกัน โดยถ้าเป็นสมาชิกให้ 1 คะแนน การเข้าร่วมกิจกรรม 2 คะแนน การออกเงิน 3 คะแนน การเป็นคณะกรรมการ 4 คะแนน และเป็นประธานให้ 5 คะแนน

จากการศึกษาการมีส่วนร่วม สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่กลุ่มบุคคลหรือประชาชนมีแนวคิดหรือจุดมุ่งหมายที่เหมือนกัน เข้ามาดำเนินการร่วมกันจนสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย แล้วรับผลประโยชน์ร่วมกัน โดยเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล

กล่าวโดยสรุป การมีส่วนร่วมของประชาชน ถือเป็นกระบวนการสานสัมพันธ์ระหว่างภาครัฐและประชาชนเพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกัน เพื่อตอบสนองความต้องการและประโยชน์สุขของประชาชน โดยคำนึงถึงการตัดสินใจที่ดีที่สุด เพื่อแสวงหาทางเลือกที่ดีที่สุด ทุกฝ่ายยอมรับมากที่สุด

สรุปการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้นำแนวคิด ทฤษฎีการมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การรับรู้ข่าวสาร (Public Information) การปรึกษาหารือ (Public Consultation) การประชุมรับฟังความคิดเห็น (Public Meeting) การร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) และการใช้กลไกทางกฎหมาย ทำให้เปิดโอกาสให้เครือข่ายในชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนบ้านหนองคู อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดอำนาจเจริญ

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (Technology of Participation: TOP)

การมีส่วนร่วมของประชาชนจะได้ผลดีก็ต้องอาศัยวิธีการที่มีประสิทธิภาพ หากปราศจากวิธีการเหล่านี้แล้ว การมีส่วนร่วม ก็อาจเปลี่ยนไปสู่สถานการณ์ที่ทุกคนต่างพูดต่างทำสิ่งที่ตัวเองรู้สึกว่าจะเหมาะสม ซึ่งมักจะลงเอยที่การไม่ได้ทำอะไรสำเร็จเป็นมรรคผลนอกจากการเสียเวลาและพลังงานอันมีค่า วิธีการที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้การเข้ามามีส่วนร่วมเกิดเป็นประสบการณ์ที่สร้างสรรค์ให้ผลดีและเพิ่มขวัญและกำลังใจ เมื่อหน่วยงานยอมรับให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมมีส่วนร่วมมากขึ้นในการดำเนินกิจกรรมและการงานต่าง ๆ หน่วยงานไม่ได้ละทิ้งหรือโยนความรับผิดชอบในการจัดหาบริการขั้นพื้นฐานแก่ประชาชน ในความเป็นจริง หน่วยงานหรือองค์กรเพียงแต่กำลังหาทางแก้ปัญหาให้ดีกว่าแต่ก่อน มองหาแผนงานที่ดีกว่าแต่ก่อนในการแก้ปัญหาและหาวิธีใหม่ ๆ ที่จะนำแผนงานไปปฏิบัติ กล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ การดึงชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมอย่างกว้างขวางในกระบวนการทำงานตลอดจนการระดมและชี้แนะกลุ่มต่าง ๆ ให้ได้เข้ามาแก้ปัญหาสถานการณ์และประเด็นต่าง ๆ ร่วมกัน ก็เท่ากับว่าหน่วยงานหรือองค์กรได้ช่วยให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมกับสถานการณ์ที่พวกเขาประสบอยู่

การเอื้ออำนวยให้เกิดการทำกิจกรรมกลุ่มร่วมกันจึงเป็นการปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้นำที่มีประสิทธิผล

ค่านิยมพื้นฐานของภาวะผู้นำที่เอื้ออำนวยให้ตั้งอยู่บนค่านิยมพื้นฐาน ที่เกี่ยวข้องและสัมพันธ์กันอย่างชัดเจน มี 6 ประการ ได้แก่

การมีส่วนร่วม (PARTICIPATION) ภาวะผู้นำที่เอื้ออำนวยยอมรับว่าสมาชิกแต่ละคนของกลุ่มต่างมีส่วนช่วยกลุ่มได้เป็นอย่างดีเหมือนกับว่าสมาชิกแต่ละคนเป็นชิ้นส่วนต่อจิ๊กซอว์ หากขาดตัวใดตัวหนึ่งไป การต่อตัวปริศนาก็จะทำไมสำเร็จ ภาวะผู้นำที่เอื้ออำนวยให้สมาชิกทุกคนของกลุ่มได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ

การทำงานเป็นทีม (TEAMWORK) ภาวะผู้นำที่เอื้ออำนวยเริ่มจากการยึดถือว่าความพยายามของทั้งทีมเป็นสิ่งที่ขาดไม่ได้ การทำงานเป็นทีมจะส่งผลให้เกิดความรู้สึกสามัคคีซึ่งจะทำให้การปฏิบัติภารกิจที่ได้รับมอบหมายลุล่วงไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากที่สุด

การสร้างสรรค์ (CREATIVITY) ภาวะผู้นำที่เอื้ออำนวยจะช่วยดึงเอาสมรรถภาพในการคิดด้วยเหตุผลและการใช้สัญชาตญาณ (Intuition) ของกลุ่มออกมาใช้สมาชิกของกลุ่มแต่ละคนได้รับการสนับสนุนให้คิดด้วยใจและรู้สึกด้วยหัว (สมอง) ในการแก้ไขปรับปรุงสถานการณ์

การเห็นพ้องต้องกัน (CONSENSUS) ภาวะผู้นำที่เอื้ออำนวยส่งเสริมให้สมาชิกแต่ละคนของกลุ่มมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์การกำหนดว่าความเห็นต้องร่วมกัน (หรือฉันทานุมัติ) ควรจะมีขอบเขตที่ตรงไหน ภาวะผู้นำที่เอื้ออำนวยมีแนวโน้มเอียงไปที่การสร้างมติที่สมาชิกทุกคนของกลุ่มมีส่วนร่วมตัดสินใจ ซึ่งเกิดจากการเชื่อว่ามติที่เกิดจากความเห็นพ้องร่วมกันจะทำให้กลุ่มรวมพลังเป็นหนึ่งเดียวในการลงมือกระทำตามมตินั้น

การไตร่ตรอง (REFLECTION) ภาวะผู้นำที่เอื้ออำนวยมีจุดหมายอยู่ที่การช่วยกลุ่มให้บรรลุถึงมติที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ แต่กลุ่มก็ต้องการเวลาไตร่ตรองทบทวนมติที่เห็นพ้องร่วมกันเพื่อการยืนยันในความแน่วแน่ เกิดการเล็งเห็นถึงความสำคัญของการนำไปสู่การปฏิบัติร่วมกันทั้งกลุ่ม

การนำไปปฏิบัติ (ACTION) ภาวะผู้นำที่เอื้ออำนวยไม่ได้อยู่ที่การนำไปสู่การลงมติเท่านั้น ที่สำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากันคือการโน้มน้าวเอียงไปสู่การปฏิบัติ ด้วยเหตุนี้ ภาวะผู้นำที่เอื้ออำนวยจะกำหนดท่าทีให้กลุ่มได้ลงมือกระทำให้เกิดเป็นรูปธรรมตามมติที่เห็นพ้องร่วมกัน

เมื่อมีค่านิยมพื้นฐานเหล่านี้ ภาวะผู้นำที่เอื้ออำนวยจะต้องฝึกการใช้ทักษะและศิลปะในการเอื้ออำนวยกระบวนการกลุ่ม การเอื้ออำนวยกระบวนการกลุ่มเป็นเรื่องของการช่วยให้กลุ่มต่าง ๆ หันมารวมกันและทำงานร่วมกันเพื่อการบรรลุเป้าหมายและจุดประสงค์เฉพาะอย่าง มีประเด็นที่ผู้เอื้ออำนวยกระบวนการกลุ่มต้องตระหนัก คือ

2.3.1 วิธีการพื้นฐาน

วิธีการพื้นฐาน 3 วิธีสำหรับการเอื้ออำนวยการใช้กระบวนการกลุ่ม วิธีเหล่านี้ได้รับการทดสอบและปรับปรุงให้ดีขึ้นจากการนำไปใช้ในสถานการณ์ที่หลากหลาย และเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ที่แตกต่างกัน

วิธีการแรก ได้แก่ วิธีการสนทนาแบบมีส่วนร่วม เป็นการเอื้ออำนวยให้กลุ่มได้พบปะสนทนา ซึ่งการสนทนาจะช่วยให้กลุ่มเกิดปัญญาและเกิดความคิดสร้างสรรค์อย่างลึกซึ้งในหัวข้อหรือประสบการณ์ร่วมกัน สมาชิกจะได้แลกเปลี่ยนมุมมองที่หลากหลายมากมายโดยปราศจากการเผชิญหน้า วิธีการนี้ยังช่วยให้กลุ่มมองเห็นว่าจะยินยอมให้ความเห็นพร้อมกันว่าจะมีขอบเขตอยู่ที่ตรงไหน

วิธีการที่สอง ได้แก่ วิธีการประชุมเชิงปฏิบัติการ เป็นการเอื้ออำนวยให้กลุ่มได้ใช้กำลังความคิดโดยคำนึงถึงหัวข้อเฉพาะหัวข้อใดหัวข้อหนึ่ง จนสามารถพัฒนาไปเป็นมติและปฏิบัติการ วิธีการนี้เหมาะมากสำหรับการสร้างความเห็นพร้อมกันของกลุ่มจนนำไปสู่ความมุ่งมั่นและปฏิบัติการร่วมกัน

วิธีการที่สาม ได้แก่ วิธีการวางแผนปฏิบัติการ เป็นวิธีการที่รวมเอาวิธีการสนทนาและวิธีการประชุมเชิงปฏิบัติการเข้าด้วยกันจนเกิดเป็นโครงสร้างที่ช่วยผลักดันกลุ่มให้เคลื่อนจากการมีความคิดที่ดีไปสู่แผนปฏิบัติการที่เป็นรูปธรรมภายในกรอบเวลาที่แน่นอน พร้อมกับการกำหนดภารกิจและความรับผิดชอบที่วางโครงสร้างไว้อย่างชัดเจน

วิธีการเหล่านี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับสถานการณ์และเป้าหมายอย่างไม่จำกัดจำนวน หากนำไปผสมผสานและปรับใช้อย่างสร้างสรรค์ วิธีการเหล่านี้จะเป็นเครื่องมือที่ทรงพลังในการเพิ่มพูนประสบการณ์กลุ่มที่น่าพึงพอใจและสร้างขวัญและกำลังใจได้เป็นอย่างดี

2.3.2 วิธีการสนทนาแบบมีส่วนร่วม (DISCUSSION – ORID - METHOD)

วิธีการสนทนาแบบมีส่วนร่วมจะช่วยให้เรามีโครงสร้างสำหรับการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพภายในกลุ่มซึ่งจะ

1. ทำให้สมาชิกกลุ่มได้มีส่วนร่วมและเสนอความคิดเห็น
2. เป็นเวทีสำหรับการสนทนาที่รวมศูนย์และคุ้มค่า
3. เปิดให้แสดงมุมมองหลากหลายในหัวข้อที่กำหนดอย่างไม่เผชิญหน้ากัน
4. ทำให้ปัญญารู้แจ้งโดยองค์รวมของกลุ่มลึกซึ้งมากขึ้น
5. มีผลให้เกิดเป็นความคิดและข้อสรุปที่ชัดเจน
6. นำกลุ่มให้สามารถลงมติเกี่ยวกับแนวทางการกระทำและความมุ่งมั่นที่ชัดเจน

วิธีการสนทนาเริ่มจากการตระหนักอย่างดีว่าจิตใจทำงานได้อย่างไร กระบวนการคิดตามธรรมชาติจะเริ่มจากการกระตุ้นโดยสิ่งเร้าทางประสาทสัมผัสก่อนเสมอ กระทำเรื่อยไปจนถึงการออกแรงกระทำ การที่เราตื่นนอนในตอนเช้าจะเป็นผลมาจากแสงอาทิตย์ส่องเข้ามาทางหน้าต่างของเรา เราคงรู้สึกต่อต้านความสว่างจากแสงแดดยามเช้าเพราะเรายังรู้สึกอยากนอนต่ออีก แต่เมื่อเราเริ่มคิดได้ว่ามีงานคอยอยู่มากมายที่จะต้องทำในตอนกลางวันเราก็ค่อยๆ ขยับตัวยืดอาดในช่วงแรก ลากตัวเองออกจากเตียงและเริ่มเตรียมตัวเผชิญกับวันอันยาวนานข้างหน้า

กระบวนการคิดตามธรรมชาติที่เริ่มจากสิ่งเร้าทางประสาทสัมผัสไปจนถึงการกระทำ อาจนำไปประยุกต์กับกระบวนการกลุ่ม สิ่งเร้าทางประสาทสัมผัสที่เราคุ้นเคย อาจเป็นหัวข้อ ประเด็น หรือเหตุการณ์ที่กลุ่มได้ประสพร่วมกันหรือที่จะต้องแก้ไข เพื่อเป็นการเอื้ออำนวยให้เกิดปฏิบัติการกลุ่มที่เป็นหนึ่งเดียวและความมุ่งมั่นที่แน่วแน่ เราน่าจะต้องจัดโครงสร้างการสนทนาตามแนวทางที่เราเรียนรู้จากกระบวนการคิดตามธรรมชาติ นี่คือการสนทนาแบบมีส่วนร่วมจะช่วยให้เราทำสำเร็จได้

วิธีการสนทนาแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วยชุดคำถามที่นำกลุ่มเดินไปตามเส้นทางของการสนทนา คำถามเหล่านี้จะพากกลุ่มผ่านระดับความสำนึก 4 ระดับ ได้แก่ วัตถุประสงค์ (Objective) ไตร่ตรอง (Reflective) ตีความ (Interpretative) และตัดสินใจ (Decisional) รวมเรียกสั้น ๆ ว่า ORID โครงสร้างนี้ช่วยให้กลุ่มเคลื่อนผ่านจากการสนทนาในระดับพื้นผิวไปสู่การเข้าถึงความหมายและปัญญาที่แจ่มชัดอย่างลึกซึ้ง วิธีการสนทนาจะ

- กำกับความคิดของกลุ่ม
- ใช้คำถามที่เรียงลำดับโดยเฉพาะ
- เริ่มจากคำถามที่ง่ายที่สุด (วัตถุประสงค์) จนถึงยากที่สุด (ตัดสินใจ)
- ปลอ่ยให้จิตสำนึกโดยรวมก้าวเดินไปข้างหน้าอย่างระมัดระวัง
- ปรับตัวได้กับทุกสถานการณ์และกลุ่ม

การจัดโครงสร้างการสนทนาแบบมีส่วนร่วม กลุ่มจะทำให้กลุ่มมีโอกาสสำรวจความสำคัญของหัวข้อ ประเด็นหรือประสบการณ์ร่วมกันแม้ว่าจะมีเวลาอยู่อย่างจำกัด วิธีการสนทนาแบบมีส่วนร่วมช่วยให้กลุ่มเข้าใจหัวข้อที่สนทนาในมุมมองที่ถูกต้องจนสามารถตอบสนองได้อย่างสร้างสรรค์ เนื่องจากว่ากลุ่มได้แลกเปลี่ยนและทำให้ข้อมูลและความคิดกระจ่างชัด ในระดับความลึกที่ไม่เพียงแต่น่าพึงพอใจ แต่ยังช่วยให้เกิดความกลมเกลียวเป็นหนึ่งเดียวที่แนบแน่นภายในกลุ่ม ที่ดีที่สุดก็คือ วิธีการสนทนาแบบมีส่วนร่วม จะช่วยให้สมาชิกทั้งหมดของกลุ่มได้ริเริ่มและเข้าร่วมในกระบวนการสนทนาแลกเปลี่ยนกันอย่างแท้จริง วิธีการสนทนาแบบมีส่วนร่วมจึงเป็นฐานสำหรับ

- เก็บรวบรวมข้อมูล ทิศนะความเห็นและแนวความคิดอย่างกว้างขวาง
- ถกประเด็นที่ยุ่งยาก

- ทบทวนไตร่ตรองเหตุการณ์และประสบการณ์สำคัญ
- ทำความเข้าใจประเด็นและปัญหาให้มากขึ้น
- ตัดสินเลือกแนวทางการปฏิบัติที่กลุ่มควรทำ

ขั้นตอนของวิธีการสนทนาแบบมีส่วนร่วม

นิยามวัตถุประสงค์

ก่อนอื่นใดทั้งหมด จะต้องกำหนดก่อนว่าการสนทนามีจุดหมายที่จะทำอะไรให้สำเร็จ ซึ่งจะต้องระบุออกมาเป็นวัตถุประสงค์เชิงเหตุผลและประสบการณ์

วัตถุประสงค์เชิงเหตุผลจะครอบคลุมถึง

- สิ่งที่กลุ่มจะต้องรู้ เข้าใจหรือตัดสินใจ
- ประสบการณ์หรือประเด็นร่วมกันที่ทางกลุ่มจะต้องพิจารณาในทางลึก

วัตถุประสงค์เชิงประสบการณ์จะครอบคลุมถึง

- สิ่งที่กลุ่มจะต้องประสบร่วมกัน อาจเป็นความตื่นเต้น การรับทราบทัศนคติที่หลากหลายความเห็นที่แตกต่างกัน ปฏิบัติการร่วมกันที่ทุกคนยอมรับแม้จะมีความหลากหลายเป็นต้น
พึงจำไว้ว่าการมีวัตถุประสงค์ที่แจ่มชัดจะช่วยให้ท่านเตรียมคำถามนำและช่วยเหลืออำนวยความสะดวกการสนทนาให้ดำเนินไปได้ด้วยดี

บริบท/ เปิดเวที

ต้องสร้างบรรยากาศที่เปิดเผยให้เกิดขึ้นในกลุ่ม โดยผู้เข้าร่วมสามารถมองเห็นหน้าผู้อื่นทุกคน ทำให้แน่ใจว่าจะต้องไม่มีการขัดจังหวะแม้แต่ก่อนช่วงกระบวนการกลุ่มจะเริ่มขึ้น กล่าวต้อนรับผู้เข้าร่วม และเชิญเชิญให้ร่วมเสนอความคิดเห็น ทำบริบทให้ปรากฏว่าสิ่งที่เรากำลังทำอยู่มีความสำคัญ

ระดับวัตถุประสงค์

ตั้งคำถามระดับวัตถุประสงค์วิสัยแรกของท่านให้แม่นยำและเฉพาะเจาะจงให้มากที่สุด ท่านอาจจะถามคำถามแต่ละคำถามให้กับสิ่งที่พวกเขาได้เห็น ได้ยินหรือจำได้ว่าได้เกิดขึ้น ถ้าท่านกำลังนำการสนทนาเกี่ยวกับเหตุการณ์หนึ่ง ท่านอาจจะขอให้เล่าเหตุการณ์ตามลำดับเวลาที่เกิดขึ้น การถามเพื่อให้ได้คำตอบเพียงคำตอบเดียว (หรือแม้แต่คำตอบที่เป็นคำเดียว) จะช่วยให้การสนทนาเริ่มต้นด้วยความกระชับรวดเร็ว และการมีส่วนร่วมมีกว้างขวางมากที่สุดเท่าที่จะทำได้

สิ่งสำคัญคือท่านจะต้องให้ทุกคนได้พูดในระดับวัตถุประสงค์ เนื่องจากคำตอบต่อคำถามในระดับวัตถุประสงค์เป็นผลมาจากความทรงจำในข้อมูลสิ่งเร้าทางประสาทสัมผัส จึงเป็นคำถามค่อนข้างตรงแม้ว่าจะมาจากหลายแห่ง ดังนั้นการได้เข้าร่วมในระดับนี้สมาชิกกลุ่มจะรู้สึกว่าคุณค่าคำตอบของตนอาจจะมีปัญหา ในความเป็นจริงทางกลุ่มอาจจะรู้สึกประหลาดใจที่สามารถขจัดความเข้าใจผิดไปได้อย่างมากเพียงแค่ทำ “ข้อเท็จจริง” ให้ปรากฏชัด

อีกอย่างที่น่าจะเป็นประโยชน์ คือการไล่ถามทุกคนให้ตอบในระดับวัตถุดิบ ท่านอาจจะแจ้งให้กลุ่มทราบว่าท่านจะเข้าหาทุกคนตั้งแต่ก่อนที่ท่านจะเริ่มทำอย่างนั้นอย่างนั้นจริง ๆ เพื่อป้องกันความจำเจ อาจจะเตรียมคำถามระดับวัตถุดิบไว้หลาย ๆ คำถามล่วงหน้า

2.3.3 วิธีการประชุมเชิงปฏิบัติการ (WORKSHOP METHOD)

วิธีการประชุมเชิงปฏิบัติการเป็นกระบวนการที่

- ช่วยให้สมาชิกกลุ่มทั้งหมดได้เสนอแนะและมีส่วนร่วม
- ปลดปล่อยความคิดสร้างสรรค์และความกระตือรือร้นในเวลาอันสั้น
- กระตุ้นความคิดเชิงบูรณาการที่เป็นองค์รวมของกลุ่ม
- สร้างความเห็นพ้องร่วมกันของกลุ่มที่นำไปปฏิบัติได้
- เอื้ออำนวยในการสร้างคำตอบที่แปลกใหม่ และสร้างสรรค์เพื่อการแก้ปัญหา

และคลี่คลายประเด็น

วิธีการประชุมเชิงปฏิบัติการ เป็นกระบวนการ 5 ขั้นตอน เพื่อการบริหารกลุ่มนำไปสู่การแลกเปลี่ยน และการสร้างความเข้าใจของกลุ่มที่ลึกซึ้ง จนสามารถตัดสินใจเป็นความเห็นพ้องร่วมกันสำหรับปฏิบัติการกลุ่มที่เหมาะสม ขั้นตอนแรกได้แก่ บริบท (CONTEXT) ที่กำหนดขอบเขตการถกเถียงของกลุ่ม โดยปกติจะอยู่ในรูปคำถามรวมศูนย์ (focus question) ที่ทางกลุ่มต้องการคำตอบ จากนั้นก็ทำตามด้วยการระดมสมอง (BRAINSTORM) ซึ่งเป็นการระดมข้อมูลและความคิดจาก 3 ระดับ คือ ระดับตัวบุคคล กลุ่มขนาดเล็ก และที่ประชุมเต็มคณะ เมื่อได้ความคิดจากการระดมสมองแล้ว ขั้นตอนต่อไปจะขอให้กลุ่มจัดหมวดหมู่ (CLUSTER) ความคิดเหล่านี้

เมื่อความคิดถูกจัดเป็นหมวดหมู่ตามความคล้ายคลึงกันแล้ว กลุ่มก็จะตั้งชื่อ (TITLE) กลุ่มความคิด แต่ละหมวดหมู่ที่ตอบสนองหรือขานรับโดยตรงต่อคำถามรวมศูนย์ที่พวกเขาต้องการหาคำตอบ ในท้ายที่สุดแล้ว เมื่อความเห็นพ้องร่วมกันของกลุ่มได้ถูกประกาศให้ทราบ ก็จะมีการปิดการประชุมเชิงปฏิบัติการด้วยการจัดช่วงไตร่ตรอง (REFLECT) ร่วมกันสั้น ๆ เพื่อทำการทบทวนและยืนยันผลพวงที่จะตามมาของหัวข้อที่เห็นพ้องร่วมกัน

เนื่องจากกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการพากลุ่มออกเดินทางจากความคิดที่ได้จากการระดมสมองเป็นรายบุคคลไปสู่ความเห็นพ้องร่วมกันที่ยอมรับกันอย่างกว้างขวาง ว่าด้วยคำถามรวมศูนย์ วิธีการประชุมเชิงปฏิบัติการจึงใช้ได้ดีผลดีที่สุด ในสถานการณ์ที่ต้องการคำตอบอย่างสร้างสรรค์ต่อสถานการณ์ ประเด็นหรือปัญหา หรือในสถานการณ์ที่ต้องการการตัดสินใจที่ชาญฉลาด และการวางแผนเชิงนวัตกรรม กระบวนการวิธีการประชุมเชิงปฏิบัติการดึงเอาพลังงานสร้างสรรค์ของสมาชิกกลุ่มแต่ละคนออกมา แล้วจัดแถวให้พุ่งเป้าไปที่จุดรวมศูนย์เดียวกัน การกระทำต่อกันเชิงพลวัตในลักษณะดังกล่าวนี้ อันเป็นผลมาจากการทำตามขั้นตอนที่ละขั้นตอนของวิธีการประชุมเชิง

ปฏิบัติการจะเป็นประสบการณ์ที่สร้างความภูมิใจ นำความพึงพอใจและเพิ่มความแข็งแกร่งให้แก่สมาชิกกลุ่มได้เป็นอย่างดี

2.3.4 ขั้นตอนและวิธีการประชุมเชิงปฏิบัติการ

นิยามวัตถุประสงค์

ก่อนอื่นใดทั้งหมด จะต้องกำหนดก่อนว่าการประชุมมีจุดหมายที่จะทำอะไรให้สำเร็จ ซึ่งจะต้องระบุออกมาเป็นวัตถุประสงค์เชิงเหตุผลและประสบการณ์

วัตถุประสงค์เชิงเหตุผลจะครอบคลุมถึง

- สิ่งที่กลุ่มจะต้องรู้ เข้าใจหรือตัดสินใจ
- ประสบการณ์หรือประเด็นร่วมกันที่ทางกลุ่มจะต้องพิจารณา

วัตถุประสงค์เชิงประสบการณ์จะครอบคลุมถึง

• สิ่งที่กลุ่มจะต้องประสบร่วมกัน อาจเป็นความตื่นเต้น การรับทราบเข้าใจทัศนคติที่หลากหลาย ความเห็นที่แตกต่างกัน การกระทำร่วมกันที่ทุกคนต้องยอมรับแม้จะมีความเห็นหลากหลายเป็นต้น พึงจำไว้ว่าการมีวัตถุประสงค์ที่แจ่มชัดจะช่วยให้ท่านเตรียมตัวในการเอื้ออำนวยความสะดวกให้ดำเนินไปได้ด้วยดี

บริบท

ต้องสร้างบรรยากาศที่เปิดเผยให้เกิดขึ้นในกลุ่มโดยที่ผู้เข้าร่วมสามารถมองเห็นหน้าผู้อื่นทุกคน จะต้องไม่มีการขัดจังหวะแม้แต่ก่อนช่วงกระบวนการกลุ่มจะเริ่มขึ้น กล่าวต้อนรับผู้เข้าร่วมและเชื้อเชิญให้ร่วมเสนอความเห็น ทำบริบทให้ปรากฏว่าสิ่งที่เรากำลังทำอยู่มีความสำคัญอธิบายให้รับทราบทั่วกันว่าการประชุมน่าจะให้อะไร ที่สำคัญยิ่งกว่านั้นคือ ให้พูดถึงกระบวนการทำการประชุมว่าพวกเขาจะต้องมีส่วนร่วมอย่างไรและพูดถึงบทบาทของตัวเองในท้ายที่สุด แจ้งให้ทุกคนทราบอย่างชัดเจนว่าทางกลุ่มมีเวลาในการปฏิบัติการกิจกรรมนี้ให้ลุล่วงร่วมกันนานเท่าใด การกำหนดบริบทจะช่วยสร้างอารมณ์ร่วมเพื่อการเข้ามามีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ สิ่งที่สำคัญจึงอยู่ที่ท่านต้องทำให้กลุ่มมองเห็นอย่างชัดแจ้งว่า ผลผลิตจากการประชุมสามารถนำไปประสานเข้าด้วยกันอย่างคุ้มค่ากับกิจกรรมในแต่ละวันของพวกเขาได้อย่างไร อันจะเป็นการสร้าง ความมั่นใจและความคาดหวังจะได้สถานการณ์ใหม่ที่ดีกว่าเก่า

ระดมสมอง

กล่าวริเริ่มกระบวนการระดมสมองด้วยการอ่านคำถามรวมศูนย์อีกครั้ง ยกตัวอย่างให้เห็น 2 – 3 กรณีเพื่อเป็นการกระตุ้นจินตนาการของสมาชิกกลุ่ม ขอให้ผู้เข้าร่วมประชุมจดความคิดเห็นของตนเอง (ให้เวลาพวกเขาได้คิดด้วยตนเอง)

แบ่งกลุ่มออกเป็นกลุ่มถกปัญหาที่แตกตัวออกไป กลุ่มย่อยเหล่านี้ต้องมีขนาดเล็กพอที่จะทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันที่จริงจังและต้องหลากหลายพอที่จะทำให้เกิดการแลกเปลี่ยน

ความคิดอย่างน่าพึงพอใจ จำนวนสูงสุดของกลุ่มย่อยน่าจะอยู่ที่ 10 คน เมื่อแบ่งกลุ่มเรียบร้อยแล้วก็ให้เริ่มเดินเครื่องกระบวนการระดมสมองโดยองค์รวม กล่าวคือ ขอให้สมาชิกท่านหนึ่งเริ่มกระบวนการด้วยการแลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็นสิ่งที่สำคัญที่สุดในรายชื่อของเขา ต่อไปทุกคนอาจวนกันแสดงความคิดเห็นของตนจนหมดพร้อมกับพิจารณาความคิดเห็นของกันและกัน จากนั้นกลุ่มก็ทำซ้ำกระบวนการนี้เพื่อพิจารณาความคิดเห็นอื่นทั้งหมดที่อยู่ในรายชื่อของทุกคน เมื่อเสร็จสิ้นแล้วให้คัดเลือกความคิดเห็นที่ดีที่สุด 5 - 7 ข้อ จากความคิดเห็นทั้งหมดที่ได้ถกกัน สุดท้ายให้จดความคิดเห็นที่ดีที่สุดเหล่านั้นลงบนบัตรความคิด เมื่อสิ้นสุดการบันทึกความคิดเห็นของตนลงบนบัตร ให้แต่ละกลุ่มคลี่บัตรเหล่านั้นไว้บนโต๊ะข้างหน้า ขอให้พวกเขาเลือกความคิดเห็นที่ดีที่สุดสองข้อแล้วส่งต่อออกไป

ในขณะที่บัตรความคิดถูกส่งต่อไปข้างหน้าให้อ่านบัตรทุกใบและติดบัตรเหล่านั้นไว้บนกระดาน กล่าวรับรองความคิดเห็นทั้งหมดที่ส่งออกมา พร้อมกับบอกว่าไม่มีคำตอบใดที่ถือว่า “ผิด” รับฟังคำถามที่ขอให้ชี้แจงความคิดเห็นที่กำลังอ่านให้ได้ยินและติดอยู่บนกระดาน ต้องระมัดระวังให้เป็นการถามกลุ่ม ไม่ใช่ถามผู้เป็นเจ้าของความคิดเห็น เพื่อให้ตอบคำถามที่มีผู้ถาม ถ้าตัวท่านเองไม่เข้าใจความคิดในบัตรไหน จงถามแทนที่จะตีความเข้าใจของกลุ่มเสียเอง จำไว้ว่าขั้นตอนการระดมสมองนี้เป็นวิธีการทำให้เกิดคำตอบและความคิดเห็นที่เกี่ยวกับประเด็น ๆ หนึ่ง อย่างรวดเร็ว เป็นวิธีการที่ได้ผลดีในการให้ผู้เข้าร่วมทุกคนมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นเพื่อช่วยกระบวนการกลุ่ม ขั้นตอนระดมสมองทั้งสามขั้นคือ ตัวบุคคล กลุ่มขนาดเล็ก และกลุ่มเต็มคณะ เป็นการกลั่นกรองความรู้ความเห็นที่ดีที่สุดของกลุ่มต่อคำถามรวมศูนย์ที่พวกเขาได้ตั้งใจที่จะหาคำตอบตั้งแต่แรก

จัดหมวดหมู่

ช่วยกลุ่มจัดความคิดที่ได้ช่วยกันระดมและติดอยู่บนกระดานโดยเตือนให้ทุกคนระลึกถึงคำถามรวมศูนย์ที่การประชุมต้องการคำตอบ ขอให้ผู้เข้าร่วมช่วยกันทบทวนความคิดเห็นที่ติดอยู่บนกระดานเงียบ ๆ และเร็ว ๆ จากนั้นขอให้กลุ่มช่วยจัดความคิดเห็นที่ตอบสนองต่อคำถามรวมศูนย์อย่างใกล้เคียงกัน ถ้าท่านสามารถคิดล่วงหน้าไปก่อนว่าอาจจะจัดความคิดเหล่านั้นได้อย่างไรก็น่าจะเป็นประโยชน์ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะของคำถามรวมศูนย์ที่นิยามไว้ตั้งแต่แรก เป็นปฏิบัติการที่คล้ายคลึงกันหรือเปล่า เจตนาที่คล้ายคลึงกันหรือเปล่า ความสำเร็จที่คล้ายคลึงกันหรือเปล่า

อีกวิธีที่ใช้ได้ดีคือ สุ่มเลือกบัตรความคิดหนึ่งใบแล้วขอให้กลุ่มระบุบัตรอื่นทั้งหมดที่คล้ายคลึงกับบัตรที่ท่านดึงออกมา จากนั้นใช้บัตรชื่อหนึ่งใบเขียนป้ายด้วยคำ 1 - 2 คำที่แสดงข้อตกลงของกลุ่มว่าหมวดหมู่นั้นควรเป็นอะไร

จัดหมวดหมู่ไปเรื่อย ๆ จนกระทั่งบัตรความคิดได้ทั้งหมดที่ติดอยู่ได้ถูกจัดเป็นหมวดหมู่เรียบร้อยแล้วทุกกลุ่มมีป้ายชื่อติดเรียบร้อยแล้ว ท่านอาจจะต้องระวังให้จำนวนบัตรความคิดในแต่ละหมวดหมู่มีสมดุลที่พอดีเมื่อเทียบกับหมวดหมู่อื่น บางหมวดหมู่อาจมีบัตรมากกว่าหมวดหมู่อื่น

ในจำนวนที่มากผิดปกติ สถานการณ์เช่นนี้แสดงว่ามีเหตุอย่างใดอย่างหนึ่งในสองอย่าง อาจเป็นไปได้ว่าความคิดเดียวกันได้มีการคิดและจัดลำดับโดยกลุ่มย่อยหลายกลุ่มซึ่งแสดงว่ามีความเห็นพ้องกันอย่างกว้างขวาง ในอีกทางหนึ่ง หมวดย่อยที่มีขนาดใหญ่อาจแตกออกเป็นสองหมวดที่เล็กลงหรือมากกว่านั้น การปล่อยให้กลุ่มรักษาหมวดหมู่ใหญ่เอาไว้ก็เท่ากับว่าต้องสูญเสียความรู้ความเข้าใจย่อยที่อาจฝังตัวอยู่ในหมวดหมู่ใหญ่นั้น สถานการณ์นี้หลีกเลี่ยงได้โดยการช่วยให้กลุ่มทำความเข้าใจให้กระจ่างว่าทำไมจึงจัดบัตรเข้าเป็นหมวดหมู่นั้น และต้องทำให้แน่ใจว่าข้อบ่งชี้ที่ติดอยู่กับหมวดหมู่แต่ละหมวดเขียนขึ้นอย่างแม่นยำและเจาะจง

ขั้นตอนการจัดหมวดหมู่ของกระบวนการนี้เป็นขั้นตอนที่ทางกลุ่มได้ร่วมกันนิยามความสัมพันธ์ใหม่ระหว่างความคิดที่ได้ร่วมกันระดมออกมา จัดเป็นวิธีการที่ได้ผลดียิ่งในการค้นความรู้สึกของกลุ่มออกมา ทำให้มองเห็นประเด็นที่กลุ่มเห็นพ้องกันและที่แตกแยกกัน และอาจเปิดเผยให้เห็นว่าจะยังมีความต้องการข้อมูลและความคิดในจุดใดอีก

ตั้งชื่อ

เริ่มกระบวนการตั้งชื่อจากหมวดหมู่ที่มีจำนวนบัตรมากที่สุดเพราะแสดงว่าได้เกิดมีความคิดร่วมกันมากที่สุด อ่านบัตรทุกบัตรที่อยู่ในหมวดหมู่นั้น เดือนที่ประชุมให้นำระดมสมองถึงคำถามรวมศูนย์ของการประชุมแล้วถามผู้เข้าร่วมว่าบัตรความคิดเหล่านั้นของกลุ่มจะนำไปสู่ความเข้าใจอะไร วิธีการตั้งชื่ออีกทางหนึ่งได้แก่ การตั้งคำถามที่ประชุมว่าพวกเขาเห็นว่าอะไรสำคัญขอให้ที่ประชุมแสดงความคิดเห็นที่เฉพาะเจาะจง ด้วยเหตุที่ว่าทุกหมวดหมู่จะพยายามชี้ไปที่ด้านใดด้านหนึ่งของคำถามรวมศูนย์ ดังนั้น ทุกหมวดหมู่จะเป็นการแสดงความเห็นความกังวลที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน

ในการช่วยกระบวนการค้นหาความเห็นพ้องร่วมกันในทางกว้าง ท่านอาจลองรวบรวมความคิดที่หลากหลายที่สมาชิกกลุ่มต่าง ๆ ได้สื่อออกมาเข้าเป็นวลีเดียวที่รองรับได้ทั้งหมด พึงจำไว้ว่าวลีที่รองรับได้ดีที่สุดจะต้องตอบสนองหรือขานรับโดยตรงต่อคำถามรวมศูนย์ของที่ประชุม

จำไว้ว่าขั้นตอนของการตั้งชื่อในกระบวนการนี้เป็นขั้นตอนที่ที่ประชุมเริ่มแยกแยะมองเห็นความเห็นพ้องร่วมกันของกลุ่ม ในกรณีเช่นนี้ ทางกลุ่มหรือที่ประชุมต้องมีโอกาสที่จะถกกันออกมาให้ชัดเจนว่า ความเห็นที่พ้องตรงกันนั้นเป็นเช่นไรกันแน่ เมื่อทำได้ดังนั้นก็เท่ากับว่าได้ทำให้เกิดการเป็นเจ้าของและเป็นหุ้นส่วนร่วมกันในทางกว้างในประเด็นที่เห็นพ้องร่วมกันที่ได้แสดงออกมานั้น

ไตร่ตรอง

จบการประชุมเชิงปฏิบัติการด้วยการทำการไตร่ตรองสั้น ๆ ในหัวข้อความเห็นพ้องร่วมกันที่เพิ่งกล่าวแสดงออกมา การจบในแบบนี้อาจทำได้หลายวิธี เช่น ท่านอาจขอให้กลุ่มจัดลำดับชื่อหมวดหมู่ตามความสำคัญหรือความจำเป็นเร่งด่วนก่อนหลัง ท่านอาจขอให้กลุ่มเชื่อมโยงชื่อหมวดหมู่เข้าด้วยกันหรือแม้กระทั่งขอให้กลุ่มสร้างมิติความสัมพันธ์โดยวาดรูปภาพประกอบชื่อแต่ละชื่อ

ขั้นตอนนี้ของกระบวนการมีเจตนาที่จะช่วยให้กลุ่มระลึกถึงฉันทานุมัติหรือความเห็นพ้องร่วมกันของกลุ่มได้อย่างง่ายดาย ด้วยเหตุนี้สิ่งสำคัญที่ท่านพึงทำคือ ควรจะได้คิดล่วงหน้ามาก่อนว่าน่าจะใช้หนทางใดจึงจะดีที่สุดในการช่วยให้กลุ่มได้ร่วมยืนยันความมุ่งมั่นใหม่ที่ได้ร่วมกันคิดออกมา และก็เช่นเดียวกัน การจะทำเช่นนี้ได้ขึ้นอยู่กับพิจารณาบทบาทหน้าที่ของคำถามรวมศูนย์ของการประชุมว่าควรจะมีขอบเขตเท่าใด กว้างขนาดไหน

ในท้ายสุด ขอให้กลุ่มได้ร่วมกันอภิปราย ORID อย่างสั้น ๆ ว่าด้วยผลลัพธ์โดยรวมของการประชุมเชิงปฏิบัติการ ผลที่จะตามมาและขั้นตอนต่อไปที่ต้องให้ความสนใจและลงมือปฏิบัติในทันที

จำไว้ว่า ขั้นตอนการไตร่ตรองของกระบวนการเป็นจุดที่กลุ่มใช้ฝึกความมุ่งมั่นของกลุ่มที่มีต่อหัวข้อต่าง ๆ ที่กลุ่มเห็นพ้องร่วมกันเป็นหนึ่งเดียว เป็นจุดที่กลุ่มร่วมกันชื่นชมผลผลิตที่พวกเขาได้ร่วมกันทำให้เกิดขึ้น

วิธีการวางแผนปฏิบัติการใช้ได้ผลดีที่สุด สำหรับการวางแผนรองรับเหตุการณ์หรือกิจกรรม กระบวนการนี้สูงยิ่งในการ

- สร้างความรู้สึกเป็นหุ้นส่วนในกิจกรรมที่วางแผน
- ทำให้เกิดความรู้สึกผูกมัดทุ่มเทจากรายบุคคลและเป็นองค์รวมต่อความสำเร็จของกิจกรรม

- ระบุความรับผิดชอบและการต้องอธิบายชี้แจงของสมาชิกกลุ่มทุกคน
- ตัดสินใจเรื่องการจัดสรรทรัพยากรเพื่อการดำเนินกิจกรรมที่วางแผนเอาไว้

ปฏิสัมพันธ์อันทรงพลังที่เกิดจากการดำเนินการตามกระบวนการที่ละขั้นตอนของวิธีการวางแผนปฏิบัติการเป็นประสบการณ์ที่สร้างแรงจูงใจ น่าพึงพอใจและสร้างขวัญและกำลังใจ ไม่เพียงแต่ในบริบทของการสร้างแผนสำหรับทำกิจกรรม แต่ที่น่าจะสำคัญยิ่งกว่านั้นก็คือ ในบริบทของกิจกรรมที่ได้ปฏิบัติแล้วด้วยความสำเร็จ

จากข้อมูลข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (Technology of Participation: TOP) เป็นกระบวนการใช้เทคนิคการมีส่วนร่วมอย่างเป็นขั้นตอน สำหรับประกอบการฝึกทักษะการสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ประกอบด้วย วิธีการพื้นฐาน 3 วิธี สำหรับการเอื้ออำนวยการใช้กระบวนการกลุ่ม วิธีการแรก ได้แก่ วิธีการสนทนาแบบมีส่วนร่วม เป็นการเอื้ออำนวยให้กลุ่มได้พบปะ และสนทนา จะช่วยให้กลุ่มเกิดปัญญาและเกิดความคิดสร้างสรรค์ในหัวข้อหรือประสบการณ์ร่วมกัน สมาชิกจะได้แลกเปลี่ยนมุมมองที่หลากหลายโดยปราศจากการเผชิญหน้า ช่วยให้กลุ่มยินยอมให้ความเห็นพ้องร่วมกันว่าจะมีขอบเขตอยู่ที่ตรงไหน วิธีการที่สอง ได้แก่ วิธีการประชุมเชิงปฏิบัติการ เป็นการเอื้ออำนวยให้กลุ่มได้ใช้กำลังความคิดโดยคำนึงถึงหัวข้อเฉพาะหัวข้อใดหัวข้อหนึ่ง จนสามารถพัฒนาไปเป็นมติและปฏิบัติการ วิธีการนี้เหมาะมากสำหรับการสร้างความเห็นพ้องร่วมกันของกลุ่มจน

นำไปสู่ความมุ่งมั่นและปฏิบัติการร่วมกัน วิธีการที่สาม ได้แก่ วิธีการวางแผนปฏิบัติการ เป็นวิธีการที่รวมเอาวิธีการสนทนาและวิธีการประชุมเชิงปฏิบัติการเข้าด้วยกันจนเกิดเป็นโครงสร้างที่ช่วยผลักดันกลุ่มให้เคลื่อนจากการมีความคิดที่ดีไปสู่แผนปฏิบัติการที่เป็นรูปธรรมภายในกรอบเวลาที่แน่นอน พร้อมกับการกำหนดภารกิจและความรับผิดชอบไว้อย่างชัดเจน

สรุปการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้นำแนวคิด ทฤษฎีเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (Technology of Participation: TOP) ประกอบด้วย 3 วิธี ได้แก่ วิธีการสนทนาแบบมีส่วนร่วม วิธีการประชุมเชิงปฏิบัติการ และวิธีการวางแผนปฏิบัติการ เป็นแนวคิด ทฤษฎีที่กระตุ้นให้เกิดการให้ข้อมูล การแสดงความคิดเห็น การสะท้อนปัญหา และเกิดการเรียนรู้อย่างมีระบบ ซึ่งเอื้ออำนวยให้คนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนบ้านหนองคู อำเภอสว่างคันคม จังหวัดอำนาจเจริญ

2.3 แนวคิดและหลักการ (หรือทฤษฎี) การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

2.3.1 ความหมาย ความสำคัญ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เป็นที่รู้จักอย่างกว้างขวาง มีการนำไปใช้เป็นเครื่องมือสำหรับการพัฒนาในชุมชน สถานศึกษา สถาบัน หรือองค์กรต่าง ๆ ทั้งในภาครัฐและเอกชนของประเทศไทยมากยิ่งขึ้นเป็นลำดับ ซึ่งได้มีนักวิชาการให้ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการไว้ดังต่อไปนี้

เคมมิส และแมคแทกกาท (Kemmis, K. and McTaggart, 1998) กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นรูปแบบหนึ่งของการวิจัยที่ไม่ได้แตกต่างไปจากการวิจัยอื่น ๆ ในเชิงเทคนิค แต่แตกต่างกันด้านวิธีการ ซึ่งวิธีการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ การทำงานที่เป็นการสะท้อนผลการปฏิบัติงานของตนเองที่เป็นวงจรแบบขดลวด (Spiral of Self-Reflecting) โดยเริ่มต้นที่ขั้นตอนการวางแผน (planning) การปฏิบัติ (action) การสังเกต (observing) และการสะท้อนกลับ (reflecting) เป็นการวิจัยที่จำเป็นต้องอาศัยผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการสะท้อนกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อให้เกิดการพัฒนาปรับปรุงการทำงานให้ดีขึ้น

จอห์นสัน (Johnson, D.W. & Johnson, 2008) ให้ความหมายการวิจัยเชิงปฏิบัติการว่า เป็นการวิจัยระหว่างการทำงานเพื่อแก้ปัญหาที่ผู้ปฏิบัติงานกำลังเผชิญอยู่ โดยเป็นกระบวนการศึกษาสภาพหรือสถานการณ์ที่เป็นจริงของสถานศึกษาเพื่อทำความเข้าใจและพัฒนาปรับปรุงคุณภาพของการปฏิบัติงาน

องอาจ นัยพัฒน์ (2548) กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการวิจัยที่ทำโดยนักวิจัยและคณะบุคคลที่เป็นผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน องค์กร หรือชุมชน โดยมีจุดมุ่งหมายหลักเพื่อนำผลการศึกษาวิจัยที่ค้นพบหรือสรรค์สร้างขึ้นไปใช้ปรับปรุงแก้ปัญหา หรือพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานได้อย่างทันต่อเหตุการณ์ สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่ต้องการแก้ไข รวมทั้งกลมกลืนกับโครงสร้างการบริหารงาน ตลอดจนบริบททางด้านสังคมและวัฒนธรรมและด้านอื่น ๆ ที่แวดล้อมหรือเกิดขึ้นในสถานที่เหล่านั้น

ชยุต ชำนาญเชาว์ (2557) ให้ความหมายการวิจัยเชิงปฏิบัติการว่า เป็นรูปแบบของวิธีการศึกษาค้นคว้าแบบสะท้อนตนเองเป็นหมู่คณะของกลุ่มปฏิบัติงานเพื่อให้ได้รูปแบบหรือแนวทางไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานและในขณะเดียวกันก็เป็นการพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติงานนั้น ๆ ให้สอดคล้องกับภาวะของสังคมและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง

จากความหมายและความสำคัญที่กล่าวมาสรุปได้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการศึกษารวบรวมหรือการแสวงหาข้อเท็จจริงโดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อสรุปอันจะนำไปสู่การแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ ทั้งในด้านประสิทธิภาพและประสิทธิผลของงานในขอบข่ายที่รับผิดชอบ โดยผู้วิจัยสามารถดำเนินการได้หลายๆ ครั้ง จนกระทั่งผลการปฏิบัติงานนั้นบรรลุวัตถุประสงค์หรือแก้ไขปัญหาที่ประสบอยู่ได้สำเร็จ โดยกำหนดขั้นตอนของการวิจัยประกอบด้วย การวางแผน (plan) การปฏิบัติ (action) การสังเกต (observation) และการสะท้อนกลับ (reflection)

2.1.2 ประเภทของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

การวิจัยปฏิบัติการเชิงเทคนิค (Technical Action Research) เป้าหมายของการวิจัยเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพของการปฏิบัติงาน โดยอาศัยบุคคลภายนอกเป็นผู้วิจัย (Outsider) ผู้วิจัยนำแนวคิด แผนงาน โครงการ ที่คิดหรือจัดทำขึ้นแล้วนำไปให้ผู้ปฏิบัติทำ ผู้ปฏิบัติจะอยู่ภายใต้การควบคุมกำกับของนักวิจัยภายนอก เป็นการปฏิบัติแบบบนลงล่าง (Top down) โดยผู้ปฏิบัติไม่ค่อยมีบทบาทในการนำเสนอ ความคิดเห็นหรือวิธีการต่าง ๆ

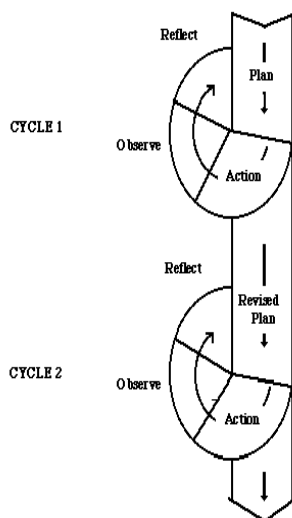
การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบปฏิบัติ (Practical Action Research) มีแนวคิดสำคัญ คือผู้วิจัยมีส่วนร่วมในการวิจัยมากขึ้น ไม่นำแนวคิด แผนงาน โครงการ ของตนไปให้ปฏิบัติตามแบบแรก แต่จะทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา คอยกระตุ้นและกำกับให้เกิดการร่วมคิด ปฏิบัติ สังเกตผล และการสะท้อนผล กระบวนการวิจัยแบบปฏิบัติ จะส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติสะท้อนปัญหา วิเคราะห์พัฒนาปรับปรุงการปฏิบัติงานของตนเอง ดังนั้นผู้ปฏิบัติ จึงมีโอกาสเรียนรู้กระบวนการวิจัย และมีส่วนร่วมในการนำเสนอความคิดต่อประเด็นปัญหาการวิจัยที่มาจากการปฏิบัติจริง และสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ได้

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบอิสระ (Participatory Action Research) มีแนวคิดสำคัญคือเกิดความร่วมมือกัน (Collaboration) ประชากรผู้ทำการวิจัย ได้เปลี่ยนจากผู้วิจัยภายนอก โดยให้ประชาชนในชุมชนได้มีโอกาสเข้ามาเป็นนักวิจัยร่วมกันในการร่วมคิด วางแผนและตัดสินใจในการวิจัย ในลักษณะความเท่าเทียมกัน (Equally) การมีส่วนร่วมจากเดิมมีขอบเขตอยู่ในวงจำกัดเพียงบางขั้นตอนมาสู่การมีส่วนร่วมตลอดกระบวนการวิจัย ตั้งแต่การศึกษาชุมชน วิเคราะห์ปัญหา วางแผน ลงมือปฏิบัติ และติดตามประเมินผล มีความเป็นประชาธิปไตยจะเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากการมีส่วนร่วมขอประชาชนในชุมชนก่อให้เกิดการพัฒนาที่มาจากชุมชนเอง ลดการพึ่งพิงจากสังคมภายนอก ประชาชนตัดสินใจร่วมกัน ชาวบ้านเป็นศูนย์กลาง ก่อให้เกิดการพึ่งตนเองได้ในที่สุด เกิดการสร้างองค์ความรู้ เนื่องจากการผสมผสานความรู้ของนักวิชาการกับความรู้พื้นบ้าน ให้เกิดความรู้ใหม่ ซึ่งเป็นการเรียนรู้ร่วมกัน และการผสมผสานความรู้จากทฤษฎีและการปฏิบัติเข้าด้วยกัน ความรู้ที่ประชาชนได้รับ เป็นการปฏิบัติที่ไม่ใช่การเข้าใจเพียงอย่างเดียวดังการวิจัยที่ผ่านมา หากแต่ต้องลงมือกระทำให้ความเข้าใจที่เป็นนามธรรมออกมาสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมและพัฒนาความรู้ที่ได้รับอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้การวิจัยนำไปสู่การพัฒนา PAR เป็นการวิจัยที่นำไปสู่การพัฒนาทั้งวิธีการวิจัยและการพัฒนามนุษย์

2.3.2 กระบวนการหรือขั้นตอนการวิจัย

เนื่องด้วยการวิจัยเชิงปฏิบัติการได้รับพัฒนามาจากฐานคติความเชื่อที่มุ่งเน้น การเชื่อมโยงบูรณาการความรู้ หรือทฤษฎีเชิงปฏิบัติการที่ได้จากการทำวิจัยกับการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้นจริง ในสถานที่ปฏิบัติงานจริงผสมผสานเข้าด้วยกัน โดยอาศัยการสะท้อน ความคิดใคร่ครวญไปมาในเชิงวิพากษ์ผลการปฏิบัติงานที่ได้ลงมือปฏิบัติตามแผนการที่วางไว้ว่าจะสามารถแก้ไขปัญหาได้สำเร็จหรือไม่ อย่างไร รวมทั้งมีปัจจัยเกื้อหนุนและขัดขวาง ความสำเร็จในการแก้ปัญหาอย่างไรบ้าง และจะต้องดำเนินการอย่างไร จึงจะนำไปสู่ สภาวะการณ์ที่นำความสำเร็จนั้นมา ดังนั้นกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการจึงประกอบด้วย ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยที่มีลักษณะเป็นเกลียวเวียนหรือวงจรต่อเนื่องกันไป (spiral of steps) โดยมีผู้ศึกษาไว้ดังต่อไปนี้

กระบวนการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart กระบวนการดำเนินงานการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis, K. and McTaggart (1998) ประกอบด้วยกิจกรรมการวิจัยที่สำคัญ 4 ขั้นตอนหลัก คือ 1 การวางแผนเพื่อไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (planning) 2 ลงมือปฏิบัติการตามแผน (action) 3 สังเกตการณ์ (observation) และ 4 สะท้อนกลับ (reflection) กระบวนการ และผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และปรับปรุงแผนการปฏิบัติงาน (re - planning) ดังแสดงตามแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 2 วงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart

กิจกรรมการวิจัยหลักที่หมุนเคลื่อนไปเป็นวัฏจักรของ กระบวนการวิจัยดังกล่าว จึงเป็นเสมือนแหล่งที่ก่อให้เกิดความรู้เชิงปฏิบัติการและกลไก การนำความรู้ที่ได้รับไปใช้แก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า เป็นการดำเนินงานวิจัยที่ไม่แยกกิจกรรมการสืบค้นหาความรู้ ความจริงออกจากกิจกรรม กิจกรรมการวิจัยหลักแต่ละขั้นตอนมี รายละเอียดดังต่อไปนี้

การวางแผน (Planning) เป็นการกำหนดแนวทางปฏิบัติการไว้ก่อนล่วงหน้า โดยอาศัยการคาดคะเนแนวโน้มของผลลัพธ์ที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ ประกอบกับการระลึกถึงเรื่องราวหรือเหตุการณ์ในอดีตที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไข ตามประสบการณ์ทั้งทางตรงและทางอ้อมของผู้วางแผน ภายใต้การไตร่ตรองถึงปัจจัยสนับสนุนขัดขวางความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาการต่อต้าน รวมทั้งสภาวะการณ์ หรือเงื่อนไขอย่างอื่น ที่แวดล้อมปัญหาอยู่เวลานั้น การวางแผนจะต้องคำนึงถึงความ ยืดหยุ่น ทั้งนี้เพื่อจะสามารถปรับเปลี่ยนให้เข้ากับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในอนาคต

การปฏิบัติการ (Action) เป็นการลงมือดำเนินงานตามแผนที่กำหนดไว้อย่างระมัดระวัง และควบคุมการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามแผนที่ระบุไว้ แต่การปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้มีโอกาสเปลี่ยนไปตามเงื่อนไขและข้อจำกัดของสภาวะการณ์เวลานั้นได้ ด้วยเหตุนี้แผนปฏิบัติการที่ดีจะต้องมีลักษณะเป็นเพียงแผน ชั่วคราว ซึ่งเปิดช่องให้ผู้ปฏิบัติการสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามเงื่อนไข และปัจจัยที่เป็นอยู่ ในขณะนั้น การปฏิบัติการที่ดีจะต้องดำเนินไปอย่างต่อเนื่องเป็นพลวัตรภายใต้การใช้ดุลยพินิจในการตัดสินใจ

การสังเกตการณ์ (Observation) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ กระบวนการ และผลที่เกิดขึ้นจากการลงมือกระทำลงไป รวมทั้งสังเกตการณ์ ปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยอุปสรรค การดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ ตลอดจนประเด็น ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างปฏิบัติการตามแผน ว่ามีสภาพหรือลักษณะเป็นอย่างไร การสังเกตการณ์ที่ดีจะต้องมีการวางแผนไว้ก่อนล่วงหน้าอย่าง คร่าวๆ โดยจะต้องมีขอบเขตไม่แคบ หรือจำกัดจนเกินไป เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการสะท้อนกลับ กระบวนการ และผลการปฏิบัติที่จะเกิดขึ้นตามมา

การสะท้อนกลับ (Reflection) เป็นการให้ข้อมูลถึงการกระทำตามที่บันทึก ข้อมูลไว้ จากการสังเกตในเชิงวิพากษ์กระบวนการ และผลการปฏิบัติงานตามที่วางแผนไว้ ตลอดจนการ วิเคราะห์เกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยอุปสรรคการพัฒนา รวมทั้ง ประเด็นปัญหาต่าง ๆ ที่ เกิดขึ้นว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือไม่ การสะท้อนกลับ โดยอาศัยกระบวนการกลุ่มในลักษณะ วิพากษ์วิจารณ์ หรือประเมินผลการปฏิบัติงาน ระหว่างบุคคลที่มีส่วนร่วมในการวิจัย จะเป็นวิธีการ ปรับปรุงวิธีการปฏิบัติงานตามแนวทาง ดังเดิมไปเป็นการปฏิบัติงานตามวิธีการใหม่ ซึ่งใช้เป็นข้อมูล พื้นฐานสำหรับการทบทวน และปรับปรุงวางแผนปฏิบัติการในวงจรกระบวนการวิจัยในรอบหรือ เกลียวต่อไป

กระบวนการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Stringer (1999) ได้แบ่ง กระบวนการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการออกเป็น 3 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ 1) การวินิจฉัยวิเคราะห์ (มอง) 2) การคิดวิเคราะห์ (คิด) และ 3) การปฏิบัติการ (ปฏิบัติ) กิจกรรมหลักทั้ง 3 ขั้นตอนนี้ เกิดขึ้นอย่าง ต่อเนื่องเป็นวัฏจักรซ้ำกันหลายรอบ (Recycling Set of Activities) การดำเนินกิจกรรมการวิจัยใน ขั้นตอนแรกมีจุดมุ่งหมาย สำคัญเพื่อช่วยให้บุคคลทุกฝ่ายที่มีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยได้เข้าใจ สภาพปัญหา ปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยอุปสรรคการปรับปรุงแก้ไขปัญหาและบริบทอื่น ๆ ที่แวดล้อม ปัญหาที่ต้องการแก้ไขอย่างถ่องแท้และชัดเจน เพื่อที่จะได้คิดหาหนทางที่จะนำไปสู่การ บรรลุ จุดมุ่งหมายดังกล่าวนี้ นักวิจัยที่เป็นบุคคลภายนอกจะเป็นผู้คอยให้ความช่วยเหลือ และอำนวยความสะดวก ในการทำการวิจัย บุคคลภายในองค์กรหรือชุมชนทำหน้าที่นิยาม ปัญหาที่เกิดขึ้น ตลอดจน พรรณนารายละเอียดเกี่ยวกับบริบทแวดล้อมองค์กรหรือชุมชน และสถานการณ์เงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับ ปัญหา นอกจากนี้ยังร่วมมือกันเก็บรวบรวมข้อมูล ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาและบริบทแวดล้อม โดยใช้วิธีการสังเกตการณ์ สัมภาษณ์ หรือ การศึกษาเอกสาร ส่วนการดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนที่ 2 ได้แก่ การตีความและวิเคราะห์ข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาได้จากขั้นตอนแรก โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อสร้าง ความชัดเจนและ ขยายความเข้าใจเกี่ยวกับประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขมากยิ่งขึ้น รวมทั้งการ กำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับลำดับขั้นตอนการปฏิบัติงานในขั้นตอนที่ 3 ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อลงมือ ปฏิบัติการแก้ไขปัญหามาให้สำเร็จลุล่วงไปตามที่ได้คิดวิเคราะห์ไว้โดยมีการประเมินผล การปฏิบัติงาน

เป็นกลยุทธ์สำคัญ เพื่อการระบุความสำเร็จของการแก้ไขปัญหาว่าอยู่ใน ระดับใด มีประเด็นใดบ้างที่จะต้องทำการแก้ไขในวงจรต่อไป

กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Coghlan & Brannick ตามแนวคิดของ (Coghlan, D. & Brannick, 2001) ได้แบ่งกระบวนการวิจัย เชิงปฏิบัติการเป็นขั้นตอนเบื้องต้น 1 ขั้นตอน คือ การทำความเข้าใจบริบทของปัญหาที่ ต้องการแก้ไขและการกำหนดจุดมุ่งหมายการปฏิบัติการ และมีขั้นตอนหลัก 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวินิจฉัย (diagnosing) 2) การวางแผนปฏิบัติการ (planning) 3) การลงมือ ปฏิบัติการ (taking action) 4) การประเมินผลการปฏิบัติการ (evaluation action)

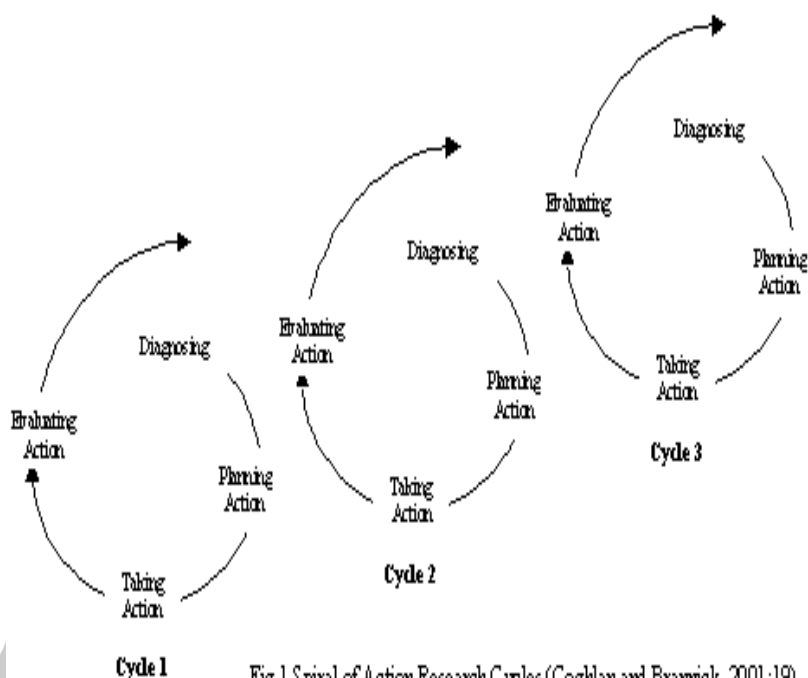


Fig 1 Spiral of Action Research Cycles (Coghlan and Brannick, 2001:19)

ภาพที่ 3 กระบวนการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Coghlan & Brannick

กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก เริ่มต้นจาก การวินิจฉัย สภาวะการณ์ของปัญหาที่จำเป็นต้องแก้ไข รวมทั้งการระบุกรอบแนวคิดทฤษฎี และหลักการพื้นฐาน สำหรับใช้รองรับการปฏิบัติงาน จากนั้นจึงทำการวางแผนปฏิบัติการตามจุดมุ่งหมายของการ แก้ปัญหาหรือโครงการพัฒนาที่กำหนดไว้ โดยอาศัยข้อมูลจากผล การวินิจฉัยในขั้นตอนแรกและ ความร่วมมือร่วมใจของบุคลากรฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการประเมิน แล้วจึงลงมือปฏิบัติการตาม แผนการที่วางไว้ทีละขั้นตอน เสร็จแล้วจึงทำ การประเมินผลการปฏิบัติงานทั้งที่เกิดขึ้นโดยตั้งใจและ

ไม่ตั้งใจ เพื่อตรวจสอบดูความถูกต้องและความเหมาะสมของการวินิจฉัยและการปฏิบัติการตามแผนสารสนเทศที่ได้จาก การประเมินผลในขั้นตอนนี้จะนำไปสู่การดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการในวงจรต่อไป

กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ตามแนวคิดของ องอาจ นัยพัฒน์ (2548) ได้สรุปกระบวนการของกิจกรรมการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็น 10 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. ระบุแนวคิดและนิยามปัญหาอย่างชัดเจน
 2. รวบรวมข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องเพื่ออธิบายข้อเท็จจริงของสถานการณ์ที่เป็นปัญหา ซึ่งต้องได้รับการแก้ไขปรับปรุง หรือพัฒนา
 3. วางแผนเพื่อกำหนดยุทธวิธีปฏิบัติการแก้ไขปัญหา
 4. นำยุทธวิธีปฏิบัติที่วางไว้ไปลงมือปฏิบัติจริง
 5. สังเกตการณ์ ติดตามตรวจสอบ และประเมินผลการปฏิบัติงานตามยุทธวิธีปฏิบัติที่ได้ลงมือกระทำไปแล้ว
 6. สะท้อนกลับผลของการนำยุทธวิธีปฏิบัติที่ได้ลงมือปฏิบัติแล้ว โดยอาศัย การคิดในเชิงวิพากษ์ด้วยทัศนะอันหลากหลายจากนักวิจัยเชิงปฏิบัติการและผู้มีส่วนร่วม ในการวิจัย บนพื้นฐานของข้อมูลหลักฐานร่องรอยต่าง ๆ ที่ได้รับจากขั้นตอนที่ 5
 7. ทบทวนและปรับปรุงแผนยุทธวิธีปฏิบัติการแก้ไขปัญหา
 8. นำแผนยุทธวิธีปฏิบัติที่ปรับแล้วไปลงมือปฏิบัติจริง
 9. สะท้อนกลับผลของการนำยุทธวิธีปฏิบัติที่ปรับและลงมือปฏิบัติแล้ว
 10. ดำเนินการเช่นนี้ต่อไปเรื่อยๆ จนกระทั่งนักวิจัยเชิงปฏิบัติการและผู้มีส่วน ร่วมในการวิจัยมีความเห็นร่วมกันอย่างสอดคล้องว่า สถานการณ์ที่เป็นปัญหานั้นได้ ได้รับการปรับปรุงแก้ไขจนอยู่ในระดับที่พอใจ ภายใต้ข้อจำกัดทางด้านเวลาและทรัพยากร ของการวิจัย จากแนวคิดที่เกี่ยวกับกระบวนการหรือขั้นตอนของการวิจัยเชิงปฏิบัติการดังที่ กล่าวมา เมื่อนำมาประยุกต์ใช้กับการพัฒนาคุณภาพการจัดการเรียนการสอน และการบริหารจัดการการศึกษา สามารถสรุปเป็นขั้นตอนที่สำคัญได้ดังนี้
1. การตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพการจัดการเรียนการสอน การบริหารจัดการ ซึ่งถือได้ว่าเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุดของกระบวนการ เนื่องจากเป็นจุด เริ่มต้นของการดำเนินงาน ถ้าผู้วิจัยขาดความตระหนักในความสำคัญของการพัฒนา คุณภาพการจัดการเรียนการสอน และการบริหารจัดการแล้ว กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ จะไม่สามารถเกิดขึ้น

2. การศึกษา สํารวจ วิเคราะห์สภาพการปฏิบัติงาน เพื่อกําหนดจุดที่จะพัฒนา ผู้วิจัยจะดําเนินการศึกษาสภาพปัญหาหรือประเด็นที่คิดว่าควรจะได้รับการพัฒนา ซึ่ง ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยสามารถใช้เครื่องมือต่าง ๆ มาทำการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ เช่น การสังเกต สัมภาษณ์ บันทึก เหตุการณ์ ตรวจสอบเอกสาร การทดสอบ ฯลฯ

3. นำสภาพปัญหาหรือจุดที่จะพัฒนาไปปรึกษากับกลุ่ม เนื่องจากหลักการ สําคัญ ประการหนึ่งของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ การดําเนินงานร่วมกันของกลุ่ม ดังนั้น เมื่อผู้วิจัยสามารถ กําหนดปัญหาหรือจุดที่จะพัฒนาได้แล้ว ก็นำไปให้กลุ่มได้พิจารณา ความเหมาะสมและความเป็นไป ได้ร่วมกัน

4. การวางแผนเพื่อแก้ปัญหาหรือเพื่อการพัฒนา ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยจะกําหนด แผนงาน ที่จะนำไปใช้ ซึ่งประกอบด้วยวัตถุประสงค์ของแผน ขั้นตอน วิธีการ เครื่องมือใน การแก้ปัญหา/ พัฒนาและวิธีการประเมินผลความก้าวหน้า

5. นำแผนงานไปปรึกษากับกลุ่ม เพื่อวิเคราะห์จุดเด่น จุดด้อยรวมทั้งคํานะแนะ นำไปใช้สำหรับการปรับปรุง แก้ไขแผนงานให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

6. การปรับปรุง แก้ไข ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะที่ได้จากกลุ่ม ตามขั้นตอนที่ 5 ไป ปรับปรุงแก้ไขแผนงาน

7. การปฏิบัติงานตามแผนงาน ผู้วิจัยนำแผนงานที่จัดทำขึ้นไปปฏิบัติใน สถานการณ์ ที่ประสบอยู่

8. การประเมินผล เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างและภายหลังการ ดําเนินการตามแผน วิธีการที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลนั้นอาจจะใช้วิธีการให้ได้มาซึ่ง ข้อมูลในเชิง ปริมาณ เช่น การใช้แบบสอบถาม แบบสํารวจ แบบทดสอบ หรือข้อมูลเชิง คุณภาพ เช่น การสังเกต การสัมภาษณ์ ฯลฯ ก็ได้ ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์มากที่สุด เพื่อใช้ในการประเมินผลการ ดําเนินงาน

หลังจากที่ผู้วิจัยทำการประเมินผลการปฏิบัติงานตามแผนที่กําหนดไว้แล้ว ผู้วิจัย สามารถดําเนินการได้ใน 2 ลักษณะ คือ 1) ในกรณีที่แผนงานนั้นสามารถแก้ไขปัญหา หรือพัฒนาใน สิ่งที่ต้องการได้สำเร็จก็ยุติได้ 2) ในกรณีที่แผนงานนั้นไม่สามารถแก้ไขปัญหาหรือพัฒนางานได้ตาม วัตถุประสงค์ ผู้วิจัยต้องย้อนกลับไปเริ่มต้นดําเนินการศึกษาวิจัยใหม่ตั้งแต่ขั้นตอนที่ 2 อีกครั้ง

2.3.3 ขั้นตอนของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

กระบวนการวิจัย เมื่อกล่าวในเชิงการนำไปใช้เพื่อพัฒนาและปรับปรุงการปฏิบัติงานใน โรงเรียน สามารถอธิบายวิธีการดําเนินการตามวงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการได้ดังนี้

1. การจําแนกหรือพิจารณาปัญหาที่ประสงค์จะศึกษา ผู้วิจัยและกลุ่มที่ทำการวิจัย จะต้องศึกษารายละเอียดของปัญหาที่จะศึกษาอย่างชัดเจน ปัญหาที่เกิดขึ้นในโรงเรียนที่จะทำการ

วิจัยเชิงปฏิบัติการจะต้องศึกษาค้นคว้า แสวงหาหลักการและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้น ๆ ให้กว้างขวางพอสมควร

2. เลือกปัญหาสำคัญที่เป็นสาระควรแก่การศึกษาวิจัย โดยอาศัยพื้นฐานจากหลักการและทฤษฎีมาใช้ในการวิเคราะห์ลักษณะของปัญหา แล้วสร้างวัตถุประสงค์และสมมติฐานของการวิจัย ในรูปแบบของข้อความที่แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ของปัญหากับหลักการหรือทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

3. เลือกเครื่องมือดำเนินการวิจัยที่จะช่วยให้ได้คำตอบของปัญหาตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยเครื่องมือที่จะใช้ในการวิจัยมีอยู่ 2 ลักษณะ คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองปฏิบัติหรือการฝึกหัดตามวิธีการ และเครื่องมือที่ใช้สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เป็นผลจากการปฏิบัติการ เช่น แบบทดสอบ แบบสังเกตพฤติกรรม เป็นต้น

4. บันทึกเหตุการณ์อย่างละเอียดในแต่ละขั้นตอนของการวิจัย ทั้งส่วนที่เป็นความก้าวหน้าและที่เป็นอุปสรรคตามวงจรของการปฏิบัติการทั้ง 4 ขั้นตอน โดยจะต้องเก็บสะสมข้อบันทึกต่าง ๆ ไว้เพื่อใช้ในการปรับปรุงวงจรปฏิบัติในรอบต่อไป และเพื่อเป็นการรวบรวมข้อมูลสำหรับใช้วิเคราะห์หาคำตอบของสมมติฐาน

4.1 ขั้นวางแผน (Planning) เริ่มด้วยการสำรวจปัญหาร่วมกันระหว่างบุคลากรภายในโรงเรียน เพื่อให้ได้ปัญหาที่สำคัญที่ต้องการให้แก้ไข ตลอดจนการแยกแยะรายละเอียดของปัญหานั้น เกี่ยวกับลักษณะของปัญหา เกี่ยวข้องกับใคร แนวทางแก้ไขอย่างไร และจะต้องปฏิบัติอย่างไร

4.2 ขั้นปฏิบัติการ (Action) เป็นการนำแนวคิดที่กำหนดเป็นกิจกรรมในขั้นวางแผนมาดำเนินการ โดยวิเคราะห์วิจารณ์ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นร่วมกันของทีมงานประกอบไปด้วย เพื่อทำการแก้ไขปรับปรุงแผน ฉะนั้นแผนที่กำหนดควรจะมีคามยืดหยุ่นปรับได้

4.3 ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) เป็นการศึกษาความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นด้วยความรอบคอบ ซึ่งอาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งที่คาดหวังและไม่คาดหวัง โดยต้องอาศัยเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ เข้าช่วย

4.4 ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติการ (Reflection) ซึ่งเป็นขั้นสุดท้ายของวงจรการทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยทำการประเมินหรือตรวจสอบกระบวนการแก้ปัญหาหรือสิ่งที่เป็นข้อจำกัดอันเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติการ ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มผู้เกี่ยวข้องจะต้องตรวจสอบปัญหาที่เกิดขึ้นในแง่มุมต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กับสภาพสังคม สิ่งแวดล้อม และระบบการศึกษาของโรงเรียนที่ประกอบกันอยู่ โดยผ่านการร่วมอภิปรายปัญหาและการประเมินโดยกลุ่ม ซึ่งจะทำให้ได้แนวทางของการพัฒนาและขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม เพื่อจะได้ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่นำไปสู่การปรับปรุงและวางแผนการปฏิบัติต่อไป

5. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ในด้านต่าง ๆ ของข้อมูลที่ได้รวบรวมไว้ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ ทำการตรวจสอบรายละเอียดของข้อมูลเพื่อให้มั่นใจในความถูกต้อง แสดงรายละเอียดในการอธิบายเหตุการณ์ต่าง ๆ จัดหมวดหมู่และแยกประเภทของกลุ่มข้อมูลตามหัวข้อที่เหมาะสม เปรียบเทียบข้อแตกต่างและความคล้ายคลึงของข้อมูลแต่ละประเภทโดยการวิเคราะห์อย่างลึกซึ้งร่วมกับกลุ่มผู้วิจัย

6. ตรวจสอบข้อมูลที่กลุ่มผู้วิจัยได้ร่วมกันพิจารณาไว้แล้วอีกครั้งหนึ่ง เพื่อสรุปหาคำตอบที่เป็นสาเหตุ วิธีการแก้ปัญหา และผลที่ได้รับ ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยที่ได้กำหนดไว้ ซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดหากผู้วิจัยสามารถทำการประมวลและสรุปเป็นหลักการ (principle) รูปแบบ (model) ของการปฏิบัติ ข้อเสนอเชิงทฤษฎี (proposition) หรือทฤษฎี (theory) ของปฏิบัติการแก้ปัญหานั้น ๆ ได้ ทั้งนี้ ต้องอาศัยหลักตรรกวิทยาโดยวิธีอุปนัย (induction) และความรู้เชิงทฤษฎีของผู้วิจัยเป็นสำคัญ

2.3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

1. การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลในการวิจัยเชิงปฏิบัติการส่วนใหญ่ เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยวิธีการสังเกต การสัมภาษณ์เชิงลึก การประชุมกลุ่ม การบันทึกเสียง การบันทึกภาพ เป็นต้น เพื่อหาคำตอบที่อธิบายสถานการณ์ หรือธรรมชาติของกิจกรรมนั้น ๆ ทำให้เข้าใจสถานการณ์อย่างถ่องแท้เข้าใจโครงสร้างวิธีการปฏิบัติ หลักการและเหตุผลที่เกี่ยวข้อง ความสัมพันธ์ของบุคคลต่าง ๆ ในสังคมนั้น โดยเน้นความเข้าใจ ความรู้สึก คุณค่า ความหมาย วิธีการปฏิบัติ และบทบาทของบุคคล นอกจากความเข้าใจในสถานการณ์แล้ว การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ยังต้องมีความรู้เกี่ยวกับวิวัฒนาการกิจกรรมในสถานการณ์นั้น ๆ มีความเข้าใจในธรรมชาติของการเปลี่ยนแปลง การดำเนินการให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้เทคนิค การรวบรวมข้อเท็จจริงก่อน แล้วจึงสรุปเป็นหลักการทั่ว ๆ ไป เป็นการสรุปจากสิ่งที่เป็นนามธรรม ให้เป็นรูปธรรมการวิเคราะห์ข้อมูลเกิดขึ้นทุก ๆ ขั้นตอนของวงจรการวิจัย รวมทั้งวิเคราะห์ขั้นสุดท้าย เพื่อการสรุปเขียนรายงานการวิจัยเทคนิคสำคัญที่ต้องใช้ คือ เทคนิคการประชุมกลุ่ม เพื่อสะท้อนการปฏิบัติและวิเคราะห์สถานการณ์อย่างลึกซึ้ง โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. อธิบายสถานการณ์
2. ตรวจสอบข้อมูลให้แน่ใจว่าข้อมูลถูกต้อง
3. จัดหมวดหมู่และแยกประเภทกลุ่มข้อมูลตามหัวข้อที่เหมาะสม
4. เปรียบเทียบข้อแตกต่าง หรือคล้ายคลึงของข้อมูลแต่ละประเภท โดยการวิเคราะห์ วิเคราะห์อย่างลึกซึ้งกับกลุ่มผู้ร่วมวิจัย
5. สรุปประมวลเป็นหลักการหรือข้อเสนอเชิงทฤษฎี

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ในส่วนที่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ตัวเลขที่แสดงจำนวนนับ เช่น คะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการอบรม การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และตัวแทนองค์กรในชุมชน และระดับของการเข้าร่วมกิจกรรมจำแนกตามประเภทกิจกรรม ซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสัมภาษณ์และการสังเกต น้ำหนักตัว ส่วนสูง ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เก็บรวบรวมจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 เหล่านี้เป็นต้น เพื่อนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังการดำเนินงาน อันจะแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของเครื่องมือที่นำมาใช้ในกิจกรรมการพัฒนา

3. สรุปลักษณะการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีลักษณะดังต่อไปนี้

1. เป็นการพัฒนากิจกรรมโดยการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง
2. เป็นการวิจัยที่อาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงาน
3. เป็นการทดลองปฏิบัติ โดยอาศัยเทคนิคการสะท้อนของบุคลากรหรือกลุ่ม ในกระบวนการวางแผน ปฏิบัติ สังเกต สะท้อนการปฏิบัติ และปรับปรุงแผนการพัฒนาให้ดีขึ้นในวงจรต่อไป การทดลองปฏิบัตินี้ ทดลองปฏิบัติในสภาพแวดล้อมธรรมชาติ
4. เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์อย่างลึกซึ้ง เพื่อความเข้าใจในสถานการณ์อย่างแท้จริงตามธรรมชาติของสถานการณ์นั้น ๆ ไม่ใช่เพื่อแก้ปัญหาย่างผิวเผิน
5. เป็นกระบวนการเรียนรู้อย่างเป็นระบบเรียนรู้เกี่ยวกับกิจกรรมที่ศึกษาเรียนรู้วิธีการที่จะพัฒนากิจกรรม
6. เป็นกระบวนการทางการเมือง เพราะการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง มักจะมีการต่อต้านเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ การต่อต้านนี้เกิดขึ้นกับทั้งผู้วิจัยและผู้ปฏิบัติงาน
7. เป็นการบันทึกความก้าวหน้า การบันทึกการสะท้อนการปฏิบัติของกลุ่ม อย่างเป็นระบบ เกี่ยวกับกิจกรรมที่ศึกษาและวิธีการที่ศึกษา
8. เป็นการสร้างทฤษฎี โดยการหาเหตุผลของการปฏิบัติ จากปรากฏการณ์ที่ ศึกษาแล้วนำมาประมวลเป็นข้อเสนอเชิงทฤษฎีและสรุปเป็นหลักการภายหลัง
9. เป็นการศึกษาที่เริ่มจากวงเล็ก (กลุ่มเล็ก หรือแม้แต่ผู้วิจัยเพียงผู้เดียว) แล้วจึงขยายเป็นวงใหญ่ (กลุ่มใหญ่ เช่น กลุ่มผู้ป่วย ชุมชน หมู่บ้าน/ชุมชน องค์กร เป็นต้น)

2.3.5 การวิเคราะห์ข้อมูลของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิเคราะห์ข้อมูลของการวิจัยเชิงปฏิบัติการจะใช้วิธีการของการวิจัยเชิงคุณภาพหรือการแจกแจงข้อค้นพบที่สำคัญเชิงอธิบายความ ซึ่งจะนำไปสู่การสรุปเป็นผลงานวิจัย และแสดงให้เห็นแนวทางหรือรูปแบบการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เพื่อการแก้ไขปัญหาของสิ่งที่ศึกษานั้น

จากการศึกษาการวิจัยเชิงปฏิบัติการ สามารถสรุปได้ดังนี้ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นวิธีการแสวงหาความรู้ ความจริง มาใช้ในการแสวงหาข้อมูล ข้อเท็จจริง หรือข้อสรุปที่ต้องการ โดยนำเอากระบวนการทางวิทยาศาสตร์มาใช้ จากนั้นจึงนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้ในการแก้ปัญหาหรือพัฒนางานที่ปฏิบัติอยู่ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อลดช่องว่างระหว่างทฤษฎีไปใช้ในการปฏิบัติงานในสถานการณ์ที่เป็นจริง รวมทั้งมุ่งพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานที่หน่วยงานหรือบุคลากรนั้น ๆ ได้รับผิดชอบอยู่ ขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีลักษณะเช่นเดียวกับกระบวนการวิจัยประเภทอื่น ๆ โดยมีขั้นตอนที่สำคัญ คือ เริ่มต้นด้วยการวางแผน การนำแผนไปปฏิบัติ และการประเมินผล แต่สิ่งที่จะกล่าวได้ว่าเป็นความแตกต่างกับการวิจัยแบบอื่น ๆ คือ ผู้วิจัยจะดำเนินการวิจัยด้วยการใช้รูปแบบบันไดเวียน (spiral) เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ นั่นคือ ถ้าผลการวิจัยสามารถแก้ไขปัญหหรือพัฒนาหน่วยงาน ผลผลิตได้ตามที่ต้องการก็ถือว่าสิ้นสุดขั้นตอนการวิจัย แต่ถ้าผลการวิจัยยังไม่สามารถแก้ไขปัญหหรือพัฒนาสิ่งที่ต้องการได้ ผู้วิจัยสามารถนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินผลไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนใหม่ นอกจากนี้ขณะดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยสามารถปรับปรุงแก้ไขแผนงานได้ตลอดเวลา เพื่อให้แผนงานมีความเหมาะสมกับสภาพจริงของการปฏิบัติงาน

สรุปได้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนางานให้เป็นไปในทิศทางที่ต้องการ โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทำให้ได้ข้อมูลที่ละเอียด สามารถอธิบายสถานการณ์ ทำให้เกิดความเข้าใจอย่างชัดเจนเกิดการเรียนรู้วิธีการเพื่อพัฒนาหรือแก้ปัญหาสถานการณ์ต่าง ๆ ให้ดีขึ้น ซึ่งเป็นวัตถุประสงค์ที่สำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยในการศึกษาคครั้งนี้ ได้นำแนวคิดและหลักการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการมาส่งเสริมและจัดให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ เพื่อให้ชุมชนได้พัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนบ้านหนองคู อำเภอนาคู จังหวัดอำนาจเจริญ

2.4 แนวคิดสุขภาพแบบองค์รวม

2.4.1 ความหมายสุขภาพ (Health)

สุขภาพ หมายถึง ภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ และการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วยดี ไม่ใช่เพียงแต่ความปราศจากโรค หรือทุพพลภาพเท่านั้น (Health is defined as a state complete physical, mental and social well-being and merely the absence of disease infirmity: World Health Organization - WHO (องค์การอนามัยโลก) สุขภาพจึงมีความหมายที่เน้นความเป็นอยู่ที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม นั่นคือ ต้องมีสุขภาพกาย สุขภาพจิต และสุขภาพทางสังคมครบทุกด้าน และในที่ประชุมสมัชชาองค์การอนามัยโลก เมื่อเดือน

พฤษภาคม พ.ศ. 2541 ได้ตกลงเติมคำว่า “Spiritual Well-being” หรือสุขภาวะทางจิตวิญญาณเข้าไป ในคำจำกัดความของสุขภาพเพิ่มเติม จึงกล่าวได้ว่า สุขภาพ หมายถึง ภาวะของการดำรงชีวิตที่มีความสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ รวมทั้งการอยู่ร่วมกันในสังคมได้ด้วยดี อยู่บนพื้นฐานของคุณธรรมและการใช้สติปัญญา

ปัจจุบัน คำว่า **สุขภาพ** มิได้หมายความว่าเฉพาะสุขภาพกายและสุขภาพจิตเท่านั้น แต่ยังได้รวมถึงสุขภาพสังคม และสุขภาพจิตวิญญาณอีกด้วย จึงสามารถสรุปได้ว่าในความหมายของ “สุขภาพ” มีองค์ประกอบ 4 ส่วน ด้วยกันคือ

1. สุขภาพกาย (Physical Health) หมายถึง สภาพที่ดีของร่างกาย กล่าวคือ อวัยวะต่าง ๆ อยู่ในสภาพที่ดี มีความแข็งแรงสมบูรณ์ ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ร่างกายสามารถทำงานได้ตามปกติ และมีความสัมพันธ์กับทุกส่วนเป็นอย่างดี และก่อให้เกิดประสิทธิภาพที่ดีในการทำงาน

2. สุขภาพจิต (Mental Health) หมายถึง สภาพของจิตใจที่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ มีจิตใจเบิกบานแจ่มใส ไม่เกิดความคับข้องใจหรือขัดแย้งในจิตใจ สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีความสุข สามารถควบคุมอารมณ์ได้เหมาะสมกับสถานการณ์ต่าง ๆ ผู้ที่มีสุขภาพจิตดี ย่อมมีผลมาจากสุขภาพกายที่ดีด้วย ดังที่ John Lock ได้กล่าวไว้ว่า “A Sound mind is in a sound body” คือ “จิตใจที่แจ่มใส ย่อมอยู่ในร่างกายที่สมบูรณ์”

3. สุขภาพสังคม (Social Health) หมายถึง บุคคลที่มีสภาวะทางกายและจิตใจที่สุขสมบูรณ์ มีสภาพของความเป็นอยู่หรือการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ไม่ทำให้ผู้อื่น หรือสังคมเดือดร้อน สามารถปฏิสัมพันธ์และปรับตัวให้อยู่ในสังคมได้เป็นอย่างดีและมีความสุข

4. สุขภาพจิตวิญญาณ (Spiritual Health) หมายถึง สภาวะที่ดีของปัญญาที่มีความรู้ทั่ว รู้เท่าทันและความเข้าใจอย่างแยกได้ในเหตุผลแห่งความดีความชั่ว ความมีประโยชน์และความมีโทษ ซึ่งนำไปสู่ความมีจิตอันดีงามและเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่

ในองค์ประกอบสุขภาพทั้ง 4 ด้าน แต่ละด้านยังมี 4 มิติ ดังนี้

1. การส่งเสริมสุขภาพ เป็นกลไกการสร้างเสริมความเข้มแข็งให้แก่สุขภาพกาย สุขภาพจิต สุขภาพสังคม และสุขภาพจิตวิญญาณ

2. การป้องกันโรค ได้แก่ มาตรการลดความเสี่ยงในการเกิดโรค รวมทั้งการสร้างภูมิคุ้มกันเฉพาะโรค ด้วยวิธีการต่าง ๆ นานา เพื่อมิให้เกิดโรคร่างกาย โรคจิต โรคสังคม และโรคจิตวิญญาณ

3. การรักษาโรค เมื่อเกิดโรคขึ้นแล้ว เราต้องเร่งวินิจฉัยโรคว่าเป็นโรคอะไร แล้วรีบให้การรักษาด้วยวิธีที่ได้ผลดีที่สุดและปลอดภัยที่สุด เท่าที่มนุษย์จะรู้และสามารถให้บริการรักษาได้ เพื่อลดความเสียหายแก่สุขภาพ หรือแม้แต่เพื่อป้องกันมิให้เสียชีวิต

4. การฟื้นฟูสภาพ หลายโรคเมื่อเป็นแล้วก็อาจเกิดความเสียหายต่อการทำงานของระบบอวัยวะหรือทำให้พิการ จึงต้องเริ่มมาตรการฟื้นฟูให้กลับมามีสภาพใกล้เคียงปกติที่สุดเท่าที่จะทำได้

ทั้ง (1) การส่งเสริมสุขภาพ และ (2) การป้องกันโรคนี้ เราเรียกรวมกันว่า "การสร้างสุขภาพ" เป็นการทําก่อนเกิดโรค ส่วน (3) การรักษาโรค และ (4) การฟื้นฟูสภาพนี้ เราเรียกรวมกันว่า "การซ่อมสุขภาพ" เป็นการทําลงจากเกิดโรคแล้ว และเป็นที่เชื่อกันว่า "การสร้างสุขภาพ" มีประสิทธิผลดีกว่า และเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่า "การซ่อมสุขภาพ" เนื่องจาก "การสร้างสุขภาพ" เป็นสิ่งที่ประชาชนสามารถทำได้ด้วยตัวเอง ส่วน "การซ่อมสุขภาพ" ต้องอาศัยหน่วยงานด้านการแพทย์เป็นหลัก

2.4.2 ความสำคัญของสุขภาพ

สุขภาพเป็นสิ่งสำคัญ และจำเป็นยิ่งต่อความเจริญงอกงามและพัฒนาการทุก ๆ ด้าน ในตัวบุคคล สุขภาพเป็นรากฐานที่สำคัญของชีวิต โดยเริ่มมาตั้งแต่มีการปฏิสนธิในครรภ์มารดา วยทารก วยผู้ใหญ่ จนถึงวัยชรา พระพุทธเจ้าได้ตรัสไว้เป็นพระพุทธสุภาษิตว่า “อโรคยา ปรมาลาภา” ซึ่งแปลว่า “ความไม่มีโรคเป็นลาภอันประเสริฐ” พระพุทธภาษิตข้อนี้ แม้แต่ชาวอารยประเทศทางตะวันตกก็ยังยอมรับนับถือกัน และเห็นพ้องต้องกันว่า “สุขภาพคือพรอันประเสริฐสุด (Health is the greatest blessing of all)” นอกจากนี้ยังมีสุภาษิตของชาวอาหรับโบราณกล่าวไว้ว่า “คนที่มีสุขภาพดีคือคนที่มีความหวัง และคนที่มีความหวังคือคนที่มีทุกสิ่งทุกอย่าง (He who has health has hope and he who has hope has everything)” ซึ่งนั่นก็หมายความว่าสุขภาพจะเป็นเสมือนหนึ่งวิถีทางหรือหนทางซึ่งจะนำบุคคลไปสู่ความสุขและความสำเร็จต่าง ๆ นานาได้

ชีวิตเป็นสิ่งที่ค่ายิ่งกว่าทรัพย์สินใด ๆ ทุกคนย่อมรักษาและวางแผนชีวิตของตนเองปรารถนาให้ตนเองมีชีวิตที่อยู่เย็นเป็นสุข จึงจำเป็นต้องรักษาสุขภาพอนามัยให้แข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอ การมีสุขภาพดี ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บหรือการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุต่าง ๆ มีกล้ามเนื้อที่ทำงานได้ดี สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ร่างกายสามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ดี ไม่มี ความวิตกกังวล ไม่ถูกความเครียดมารบกวน สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ย่อมเป็นสิ่งที่ปรารถนาของมนุษย์ทุกคน สุขภาพจึงเปรียบเสมือนวิถีแห่งชีวิต ที่จะนำไปสู่ความสุขและความสำเร็จต่าง ๆ ในชีวิตได้

ประสิทธิภาพในการทำงานของประชาชนในทุกสาขาอาชีพจะต้องอาศัยสุขภาพที่ดีแข็งแรงสมบูรณ์เป็นปัจจัยสำคัญ การพัฒนาประเทศจะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับสุขภาพที่ดีของคนในชาติเป็นสำคัญ ประเทศที่ประชาชนมีสุขภาพดี มีสติปัญญา มีคุณธรรมและจริยธรรม มีความสามารถในการประกอบอาชีพเพื่อเลี้ยงตนเองและครอบครัวได้ ไม่เบียดเบียนและทำร้ายซึ่งกันและกัน ย่อมเกิดความสุข และความสงบสุข และเมื่อบุคคลในชาติมีสุขภาพกายและจิตดี มีมันสมองที่มีศักยภาพ ย่อมเป็นผู้ที่มี

ความสามารถเรียนรู้ และสร้างสรรค์สิ่งต่าง ๆ ได้ดี ซึ่งจะส่งผลต่อการพัฒนาทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศโดยรวม

2.4.3 หลักการสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ

“การสร้างสุขภาพ” เป็นสิ่งที่ประชาชนสามารถทำได้ด้วยตัวเอง ส่วน “การซ่อมสุขภาพ” ต้องอาศัยหน่วยงานด้าน การแพทย์เป็นหลัก ทำให้เกิดผลกระทบคือ ค่าใช้จ่าย ด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น ทำให้รัฐต้องให้ความสำคัญกับการสร้างเสริม สุขภาพ และการป้องกันโรค (อาภาพร เภาวัฒนา และคณะ, 2554) หลักการสำคัญการสร้างเสริมสุขภาพ คือ การเพิ่ม ศักยภาพของบุคคล และชุมชนในการควบคุมปัจจัยที่กำหนด ภาวะสุขภาพ การมีส่วนร่วมของสาธารณะ คือ การส่งเสริมให้บุคคลและชุมชน มีความสามารถในการมีส่วนร่วมในการ กำหนดปัญหา วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา วางแผนและดำเนินการ แก้ไขปัญหาที่มีผลต่อสุขภาพของตนและความเป็นอยู่ของชุมชน อีกทั้งการให้ความสำคัญกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและ สิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ ให้ความสำคัญภาค และเท่าเทียม กันในสังคม กระตุ้นให้เกิดความร่วมมือระหว่างภาคต่าง ๆ และ การมีส่วนร่วมของประชาชน การดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพ ของบุคคลและชุมชน

2.4.4 ยุทธศาสตร์ การสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย 5 ประการ ดังนี้

1. การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Building healthy public policy) เพื่อการบริการที่มี คุณภาพ ปลอดภัยและมีความเสมอภาค รัฐต้องสร้างสิ่งแวดล้อม ที่ให้ประชาชนเกิดความตระหนักเพื่อตัดสินใจด้านสุขภาพและ เกิดความรับผิดชอบด้านสุขภาพ (วนิดา ตรงกุลทิชัย และ คณะ, 2553) พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการจัดรูปแบบ การส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม สอดคล้องกับท้องถิ่น จัดระบบ บริการสุขภาพแบบบูรณาการ (Integrated health care system) เช่น การกำหนดนโยบายในชุมชนไม่ให้มีการทอดทิ้ง เด็ก หรือผู้สูงอายุในชุมชน นโยบายครอบครัวอบอุ่น เป็นต้น นอกจากนี้อาจมีบทบาทในการสร้างเสริมเทคนิคในการจัดการ หรือการจัดกิจกรรมร่วมกัน พัฒนาความร่วมมือระหว่าง เครือข่ายสุขภาพให้แน่นแฟ้นโดยจัดโอกาสให้มีการแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน ซึ่งอาจเป็นการ ประชุม การศึกษาดูงาน การจัดหาวิทยากรมาบรรยายหรือสาธิต เป็นต้น นอกจากนี้พยาบาลยังเป็นที่ปรึกษาในการจัดตั้งกลุ่ม หรือที่ปรึกษาเฉพาะทางด้านสุขภาพ เช่น วิธีการส่งเสริมสุขภาพ ด้วยอาหารท้องถิ่น วิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย การส่งเสริมสุขภาพทางเลือกอื่น ๆ เป็นต้น

2. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อสุขภาพ (Creating supportive environments) คือ การจัด สิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดีสอดคล้องเหมาะสมกับ วิธีการดำรงชีวิต การทำงาน และการพักผ่อน รวมไปถึง เสริมสร้างสังคมให้เอื้อต่อสุขภาพที่ดี (พัฒนา มูลพฤกษ์, 2550) พยาบาลสามารถพัฒนาแนวทางและสร้างสิ่งแวดล้อมที่ เอื้ออำนวยต่อสุขภาพให้เกิดขึ้นได้ ยกตัวอย่างเช่น การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพผู้สูงอายุ สิ่งแวดล้อมในที่นี้อาจ จะเป็นสิ่งแวดล้อมที่เป็นรูปธรรม หรือ

นามธรรม เช่นครอบครัว ซึ่งจะต้องให้ความรักความเอาใจใส่ มีการเกื้อหนุนดูแลผู้สูงอายุ ขณะเดียวกันต้องมีปฏิสัมพันธ์ในเชิงรุก มีความเข้าใจกัน ชุมชน ก็เป็นสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบ ๆ ตัว ผู้สูงอายุนั้นเอง ซึ่งต้องมีส่วนร่วม ในการดูแลผู้สูงอายุในทุก ๆ ด้าน การดูแลความเป็นระเบียบเรียบร้อยของบ้าน และสิ่งที่อยู่อาศัยรอบ ๆ บ้าน ก็จะทำให้ ผู้อยู่อาศัยรวมถึงผู้สูงอายุด้วยความอบอุ่น มีสุขภาพดี และ ปลอดภัยจากอุบัติเหตุต่าง ๆ ส่วนสิ่งแวดล้อมที่เป็นนามธรรม เช่น ความเคารพ กตัญญูต่อผู้สูงวัย ประเพณีรดน้ำสังกรานต์ เป็นต้น

3. การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง (Strengthening community action) คือ การส่งเสริม ศักยภาพ ความสามารถของชุมชนในการพึ่งตนเอง และให้ โอกาสในการตัดสินใจและ กระทำ พยาบาลต้องให้ผู้ป่วยเข้าถึง ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ได้รับโอกาสในการเรียนรู้ และ สนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งถือว่าเป็นการเพิ่มพลังอำนาจให้แก่ ชุมชน (Community empowerment) (ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน, 2553) ยกตัวอย่างเช่น การดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พยาบาลต้องรวบรวมปัญหา ต่าง ๆ นำมาวิเคราะห์วางแผน ดำเนินการ เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ให้เป็นผู้สูงอายุที่ สามารถแสดง ศักยภาพได้ตามความถนัด เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจ ในตนเอง เช่น การจัดให้มีการรวมกลุ่ม เพื่อให้ มีกิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กิจกรรมทางด้านประเพณีวัฒนธรรม ต่าง ๆ เช่น การฟันทะนัง, ฟังธรรม เป็นต้น

4. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Developing personal skills) เป็นการพัฒนาศักยภาพ ให้มีทักษะการเรียนรู้ เรื่องสุขภาพและปัญหาสุขภาพตนเอง โดยการให้ข้อมูลข่าวสาร บทบาทสำคัญ ของพยาบาล คือ การให้การปรึกษา คือ เพื่อให้ ผู้รับบริการเผชิญปัญหาเกี่ยวกับความเจ็บป่วย เพื่อ การ ส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม ช่วยให้บุคคล ครอบครัว กลุ่ม หรือ ชุมชนสามารถใช้ศักยภาพใน ตัวเองได้อย่างเต็มที่ ทำให้มีการ ดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขตามความต้องการ สามารถตัดสินใจ หา แนวทาง หรือรูปแบบในการทำให้ตนเองมีสุขภาพร่างกาย สมบูรณ์แข็งแรงยิ่งขึ้น และเสริมสร้าง ทักษะในการดำรงชีวิตตาม วิถีทางส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร ที่ ถูกต้อง มีทักษะในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นเป็นการเพิ่ม ทางเลือก สามารถปรับเปลี่ยนการดำเนินวิถีชีวิต หรือควบคุม ภาวะสุขภาพและสิ่งแวดล้อมด้วยตนเองมากขึ้น รู้จักแสวงหา และใช้ข้อมูลทางสุขภาพ ให้เป็นประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัว และชุมชน การพัฒนาทักษะบุคคลนี้สามารถจัดให้เกิดขึ้นได้ทั้ง ในโรงเรียน บ้าน ที่ทำงาน ภายในชุมชน ยกตัวอย่างเช่น พัฒนา ทักษะในการดูแลส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ โดยการให้ความรู้ ความเข้าใจแก่ผู้สูงอายุ บุคคลในครอบครัว และชุมชน ในเรื่อง การ เปลี่ยนแปลงทางสรีระต่าง ๆ ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงทาง ด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมของ ผู้สูงอายุ ตลอดจนแนวทาง การดูแลส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านสื่อต่าง ๆ

5. การปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ (Reorienting health services) หมายถึง องค์การสุขภาพต้องปรับ เปลี่ยนบริการเชิงรับที่เน้นการรักษาเฉพาะบุคคลมาเป็นเชิงรุก (อำพล จินดาวัฒนะ และคณะ, 2550) พยาบาลต้องเน้น การสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวม เพื่อมุ่งไปสู่ สุขภาพของ ประชาชน จากการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพพยาบาล จำเป็นต้องให้ความสำคัญ ในด้านวิจัยทางสาธารณสุขและ หลักสูตรการฝึกอบรมของบุคลากรสาธารณสุข เพื่อนำไปสู่ การปรับ เจตคติที่ถูกต้องทาง เน้นการมองปัญหาของบุคคล ในลักษณะองค์รวม ใช้การดูแลสุขภาพแบบ พหุลักษณะ คือ รวมการดูแลทั้งการแพทย์แบบตะวันตก การแพทย์พื้นบ้าน และภูมิปัญญาไทยที่มีอยู่ ให้เกิดประโยชน์ และให้ผู้เข้ารับบริการ สามารถพึ่งตนเองได้อย่างยั่งยืน

สรุป ตามหลักยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพ แนวใหม่ที่สานภูมิปัญญาไทยเข้ากับภูมิ ปัญญาสากล ได้ปรับ มุมมองคำว่า สุขภาพ โดยไม่เพียงแต่พิจารณาในแง่ทางกาย ใจ สังคม และจิต วิญญาณ แต่ได้พิจารณาโดยเชื่อมโยงกับเหตุ ปัจจัยอื่นที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ ได้แก่ ด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม การเมือง และสิ่งแวดล้อม พิจารณาปัจจัยที่มีผล ต่อสุขภาพอย่างเป็นระบบ โดย มิได้ให้ความสำคัญเฉพาะเรื่องโรคแต่เพียงอย่างเดียว เน้นเรื่องการ “การสร้างเสริมสุขภาพดี” แทน การ “ซ่อมแซมสุขภาพเสีย” ดังนั้นการดูแลสุขภาพบุคคล บุคลากรสาธารณสุขจะต้องให้การดูแล ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคมของผู้รับบริการ โดยให้การพยาบาลครบ ทั้ง 4 มิติ คือ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแล รักษา และการฟื้นฟูสภาพ ให้ประชาชนทุกระดับ มีความรู้ ความเข้าใจ เห็นความสำคัญของสุขภาพ และหันกลับมาดูแล เอาใจใส่เรื่องสุขภาพ ไม่ เพียงแต่การป้องกันตนเองไม่ให้เจ็บป่วย แต่จะมุ่งสร้างเสริมสุขภาพดีด้วยแนวทางต่าง ๆ พยาบาล ช่วยเหลือจัดการอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง เน้นการส่งเสริม สุขภาพเชิงรุกออกไปในสังคม และจัดการ ปัญหาสุขภาพได้อย่าง เหมาะสม

สรุป การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้นำแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม เน้นเรื่องการสร้าง เสริมสุขภาพดี แทนการซ่อมแซมสุขภาพเสีย ดังนั้นการดูแลสุขภาพบุคคล จะต้องให้การดูแล ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคมของผู้รับบริการ โดยให้การดูแลครบ ทั้ง 4 มิติ คือ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแล รักษา และการฟื้นฟูสภาพ ให้ประชาชนทุกระดับ มี ความรู้ ความเข้าใจ เห็นความสำคัญของสุขภาพ และหันกลับมาดูแลเอาใจใส่เรื่องสุขภาพ เป็น แนวคิดที่เอื้ออำนวยให้เครือข่ายในชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วย จิตเภทในชุมชนบ้านหนองคู อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดอำนาจเจริญ

2.5 ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

2.5.1 ความหมายของโรคจิตเภท

สมาคมจิตแพทย์อเมริกันให้คำนิยามตามแนวทางการจำแนกโรคของ DSM-IV (โสธยา ศุภโรจน์, 2554 อ้างอิงจาก *Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorder Forth Edition; DSM-IV, 1995*) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่าเป็นกลุ่มอาการของความผิดปกติทางจิตที่มีลักษณะอาการของความเจ็บป่วยและการทำหน้าที่ต่าง ๆ ลดลง รวมทั้งอาการด้านบวกและอาการด้านลบ อาการด้านบวกประกอบด้วยความคิดหลงผิด อาการประสาทหลอน ความผิดปกติของการพูดและความผิดปกติของพฤติกรรม ส่วนอาการด้านลบ เป็นภาวะที่ขาดในคนทั่ว ๆ ไปควรจะประกอบด้วยอารมณ์เฉยเมย พูดน้อยหรือไม่พูดและขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด ซึ่งผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีอาการทั้งด้านบวกและด้านลบติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือนและมีอาการในระยะอาการกำเริบชัดเจนอย่างน้อย 1 เดือน (โสธยา ศุภโรจน์, 2554 อ้างอิงจาก *American Psychiatric Association, 1995*)

โรคจิตเภท ตามความหมายของ ICD-10 เป็นโรคที่มีลักษณะที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ ด้านการรับรู้ และอารมณ์แบบไม่เหมาะสมหรือทื่อ (Blunted) สติสัมปชัญญะและเชาว์ปัญญามักยังดีอยู่ ถึงแม้จะมีการสูญเสียของการรับรู้ (Cognitive)

อรพรรณ สือบุญรัชชัย (2554) ได้อธิบายไว้ว่า โรคจิตเภท เป็นโรคที่มี อาการเด่นด้าน ความผิดปกติของความคิด ยังส่งผลถึงการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม โดยผู้ป่วยไม่มีอาการทางกาย หรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะทางสมองส่วนใด

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติในด้านอารมณ์ พฤติกรรม และการรับรู้ อาการแสดงที่สำคัญ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอาการด้านบวก และกลุ่มอาการด้านลบ การดำเนินโรค มีลักษณะค่อยเป็นค่อยไปแบบเรื้อรังและรุนแรง มี 3 ระยะ คือระยะที่มีอาการ (Prodromal phase) ระยะกำเริบ (active phase) และระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548) ซึ่งสอดคล้องกับ (กรมสุขภาพจิต, 2557) ที่ให้นิยามไว้ว่า โรคจิตเภทเป็นโรคจิตชนิดหนึ่ง แปรจากชื่อโรคในภาษาอังกฤษว่า “schizophrenia” เป็นโรคทางจิตที่มีความผิดปกติด้านความคิดลักษณะเด่น ทำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ พฤติกรรม การรับรู้ที่ผิดปกติจากคนทั่วไป มีอาการต่อเนื่อง 6 เดือนขึ้นไป

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากเป็นอันดับ 1 ที่มีกลุ่มอาการหลากหลาย มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม โดยผู้ป่วยไม่มีพยาธิสภาพทางกายหรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะส่วนใด เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่จะมีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ นับว่าเป็นโรคเรื้อรังโรคหนึ่งที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

2.5.2 สาเหตุของโรคจิตเภท

จากการศึกษาและงานวิจัยมากมาย ยังไม่สามารถสรุปสาเหตุที่ชัดเจนของโรคจิตเภทได้ โรคจิตเภทยังถือเป็นโรคที่ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด ในปัจจุบันได้มีการศึกษาถึงสาเหตุที่มีผลต่อการป่วยด้วยโรคจิตเภทไว้ มีหลายปัจจัย ได้แก่

1. ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological Factor)

พันธุกรรมการศึกษาพันธุกรรมของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยการศึกษาครอบครัวการศึกษาบุตรบุญธรรม และการศึกษาในคู่แฝด พบว่าพันธุกรรมเป็นสาเหตุสำคัญของโรคนี้ โดยการศึกษาในครอบครัวพบว่าญาติสนิทและบุตรของผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคถึงร้อยละ 5-10 สำหรับการศึกษาในบุตรบุญธรรมพบว่าบุตรบุญธรรมที่มีมารดาแท้เป็นโรคจิตเภท มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคจิตเภทมากกว่าบุตรบุญธรรมที่มีมารดาแท้ไม่ได้ป่วยเป็นโรคจิตเภท ส่วนการศึกษาในคู่แฝดพบว่าคู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคจิตเภทมากกว่าคู่แฝดที่เกิดจากไข่คนละใบถึง 4 เท่า และมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคมามากกว่าคนทั่วไปถึง 50 เท่า

2. ปัจจัยทางชีวเคมี (Biochemical Factor)

1) สมมติฐานโดปามีน (The Dopamine Hypothesis) สมมติฐานนี้เชื่อว่ามีสารโดปามีนหลั่งออกมามากเกินไปในสมอง ทำให้เกิดอาการทางจิตมีการศึกษาที่สนับสนุนสมมติฐานนี้ โดยพบว่าสารแอมเฟตามีน ทำให้เพิ่มการหลั่งของสารโดปามีนมากขึ้น ซึ่งก่อให้เกิดอาการทางจิต ในขณะที่ยาด้านโรคจิต เช่น Haloperidol, Chlopromazine มีผลต่อสารโดปามีนโดยการยับยั้งการจับกันของสารโดปามีน ซึ่งทำให้อาการทางจิตลดลง (Kaplan, H. I., & Sadock, 1998)

2) สมมติฐานทางชีวเคมีอื่น (Other Biochemical Hypothesis) จากการศึกษาพบว่าความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมองหลายตัวเป็นสาเหตุของโรคจิตเภทได้ เช่น นอร์อีพิเนฟริน (Norepinephrine) ซีโรโตนิน (Serotonin) อะเซทิลโคลีน (Acetylcholine) มีข้อสันนิษฐานว่าในโรคจิตเภทสมดุลของ Serotonin มีความผิดปกติ เนื่องจากยารักษาโรคจิตชนิดใหม่คือ Clozapine และ Risperidone มีความสัมพันธ์กับ Serotonin Receptors (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542)

3) ปัจจัยทางสรีรวิทยา เช่น การติดเชื้อไวรัส ความผิดปกติทางด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางเนื้อเยื่อ โรคบางอย่าง ทราบได้จากการศึกษาสมองในผู้ป่วยจิตเภทที่เสียชีวิตแล้ว พบว่าสมองมีการเปลี่ยนแปลงลักษณะคล้ายการติดเชื้อโรคบางชนิด เช่น เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อไวรัส ส่วนความผิดปกติของร่างกาย มีการศึกษาโดยใช้เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computed Tomography Scan) ตรวจที่สมองพบว่า Ventricular มีขนาดใหญ่ขึ้นและ Cerebellar มีขนาดเล็ก และจากการทำ MRI พบว่ามีความผิดปกติใน Hippocampus, Amygdala, Temporal Lobes, Basal Ganglia

3. ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological Factor) เป็นปัจจัยทางความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และปัจจัยทางด้านสังคมที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาบุคลิกภาพ โดยทฤษฎีจิตวิเคราะห์เชื่อว่า อาการของโรคจิตเป็นผลมาจากความผิดปกติในการทำหน้าที่ของ Ego และภาวะเครียดทางด้านจิตใจ ถือเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้พัฒนาเป็นโรคจิตเภทได้ (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2536)

4. ปัจจัยทางครอบครัว จากการศึกษา พบว่า การเกิดโรคจิตเภทเกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของระบบครอบครัวบกพร่อง โดยเฉพาะการขัดแย้งกันของสัมพันธภาพในชีวิตคู่ ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลภายในครอบครัว ทำให้เด็กเกิดความสับสนทางจิตใจ นอกจากนี้การที่ครอบครัวมีการสื่อสารแบบสองนัย ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อมีข่าวสารสองอย่างซึ่งส่งโดยบุคคลเดียวกันเวลาเดียวกันแต่ขัดแย้งกัน

5. ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม มีการศึกษาพบว่าภาวะทางสังคมและเศรษฐกิจ ชีวิตที่มีเหตุการณ์ความตึงเครียด อาจนำไปเป็นสาเหตุการเกิดโรคจิตเภทได้ โดยบุคคลที่มีภาวะสังคมและเศรษฐกิจต่ำ มีโอกาสเกิดโรคจิตเภทได้มากกว่าบุคคลที่มีภาวะสังคมและเศรษฐกิจสูง

6. ปัจจัยรวม สาเหตุการเกิดโรคจิตเภทยังไม่ชัดเจน ยังไม่มีทฤษฎีใดที่กล่าวได้อย่างชัดเจนว่าอะไรเป็นสาเหตุของการเกิดโรค จากการศึกษาพบว่าเกิดจากหลายปัจจัยรวมกัน เช่น ปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยทางจิตใจ ปัจจัยทางครอบครัว และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม

โดยสรุป สาเหตุของโรคจิตเภท (Schizophrenia) ยังไม่สามารถสรุปสาเหตุที่ชัดเจนของโรคจิตเภทได้ แต่พบว่าสาเหตุของโรคจิตเภทมีหลายปัจจัย คือ ปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยทางชีวเคมี ปัจจัยทางด้านจิตใจ ปัจจัยทางครอบครัว ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม และปัจจัยรวม เกิดจากหลายปัจจัยรวมกัน เช่น ปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยทางจิตใจ ปัจจัยทางครอบครัว และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม

2.5.3 อาการของโรคจิตเภท อาการแสดงของโรคจิตเภท สามารถแบ่งออกเป็น สองกลุ่ม คือ กลุ่มอาการด้านบวกและกลุ่มอาการด้านลบ ดังต่อไปนี้

1) กลุ่มอาการด้านบวก (Positive Symptoms) แสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร และพฤติกรรม ซึ่งแบ่งตามลักษณะของอาการออกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านอาการหลงผิดร่วมกับอาการประสาทหลอน (Psychotic Dimension) และพฤติกรรมที่ผิดปกติไปอย่างมาก และ ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอด อาการหลงผิด ชนิดที่พบบ่อยได้แก่ Persecutory Delusion, Delusion of Reference รวมทั้งอาการหลงผิด ส่วนอาการหลงผิดอื่น ๆ ที่พบอาการประสาทหลอน (Hallucination) ที่พบบ่อยเป็น Auditory Hallucination อาการประสาทหลอนชนิดอื่นอาจพบได้บ้าง เช่น Tactile หรือ Somatic Hallucination อาการประสาทหลอนที่มีน้ำหนักในการวินิจฉัย ได้แก่ Auditory Hallucination

2) กลุ่มอาการด้านลบ (Negative Symptoms) เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่วไปควรมี เช่น ในด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่าง ๆ อาการเหล่านี้ได้แก่ พุดน้อย (Alogia) เนื้อหาที่พุดมีน้อย (Affective Flattening) การแสดงออกทางด้านอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่สบตา (Avolition) ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ผู้ป่วยอาจนั่งอยู่เฉยๆ ทั้งวันโดยไม่ทำอะไร (A sociality) เก็บตัว เฉยๆ ไม่ค่อยแสดงออก หรือไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนานในระยะอาการกำเริบ อาการสำคัญส่วนใหญ่จะเป็นอาการในกลุ่มอาการด้านบวก ส่วนกลุ่มอาการด้านลบนี้นักพบในระยะหลังของโรค และไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาเหมือนกลุ่มอาการด้านบวก

สรุปได้ว่า อาการหลักที่พบในผู้ป่วยจิตเภทแบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ ๆ ได้เป็น 5 กลุ่มอาการ คือกลุ่มอาการด้านบวกหรือเรียกได้ว่าเป็นอาการที่ผู้ป่วยแสดงออกมามากกว่าคนปกติโดยทั่วไป ได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน กลุ่มอาการด้านลบหรือเรียกว่าเป็นภาวะของผู้ป่วยที่ขาดในสิ่งที่คนทั่วไปควรมี เช่น ด้านความรู้สึก การพูด หรือการทำการกิจกรรม กลุ่มอาการด้านการรับรู้และการจดจำ เช่น ไม่มีสมาธิ การตีความและการจดจำสิ่งต่าง ๆ บกพร่อง กลุ่มอาการด้านอารมณ์ ได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้า รู้สึกผิด วิตกกังวล หงุดหงิด ก้าวร้าว แต่อาการเหล่านี้ไม่มีน้ำหนักในการวินิจฉัยโรค และกลุ่มสุดท้ายคือกลุ่มอาการอื่น ๆ คือ ไม่ตระหนักว่าตนเองมีความผิดปกติหรือป่วยแม้จะเกิดอาการกำเริบหลายครั้งแล้วก็ตาม

2.5.3 การดำเนินของโรคจิตเภท

การดำเนินของโรคของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความแตกต่างกัน โดยบางคนอาจมีอาการเป็น ๆ หาย ๆ บางรายอาจมีอาการเรื้อรัง โดยทั่วไปอาการมักไม่หายเป็นปกติ โดยระยะแรกของโรคอาการด้านลบมักเด่นชัด ต่อมาจะมีอาการด้านบวก หากได้รับการรักษาอาการด้านบวกก็จะหายไปแต่อาการด้านลบจะคงอยู่และบางรายอาการด้านลบจะรุนแรงขึ้น (สุชาติา เวชการุณา, 2556 อ้างอิงจากสมภพ เรื่องตระกูล, 2545) โดยสามารถแบ่งการดำเนินโรคเป็น 3 ระยะ คือ

1) ระยะเริ่มมีอาการ (Prodromal Phase) เรียกว่า อาการทางจิตเฉียบพลัน (Acute Phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการเล็กน้อย มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ ความรับผิดชอบหรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงานเริ่มแย่ลง ชอบเก็บตัว ไม่สนใจสุขอนามัยหรือการแต่งกายอาจมีความสนใจด้านปรัชญา ศาสนา เชื่อเรื่องโชคลาง โสยศาสตร์ มีการใช้ส่ววนแปลก ๆ มีความหวาดระแวงกลัวคนแปลกหน้า ซึ่งระยะเวลาความผิดปกติไม่แน่นอน โดยเฉลี่ยประมาณ 1 ปี ตั้งแต่เริ่มมีอาการ และหากมีอาการเช่นนี้อยู่ยาวนานการดำเนินโรคจะไม่ดี

2) ระยะมีอาการกำเริบ (Active Phase) เรียกว่าระยะคงเสถียรภาพ (Stabilization Phase) เป็นช่วงที่ผู้เป็นโรคจิตเภท มีอาการทางจิตที่ลดลงหลังจากระยะอาการทางจิตเฉียบพลันอยู่ในช่วงระยะเวลา 6 เดือน หรือมากกว่า หลังจากได้รับการรักษาในระยะเวลาเฉียบพลัน

3) ระยะอาการหลงเหลือ (Residual Phase) เรียกว่า ระยะคงสภาพการรักษา (Stable Phase) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการคงที่ อาจพบอาการด้านบวกหรือด้านลบก็ได้ แต่อาการนั้นจะมีความรุนแรงน้อยกว่าระยะคงเสถียรภาพและอาจมีอาการอื่นที่ไม่ใช่อาการของโรคร่วมด้วย ได้แก่ การนอนหลับผิดปกติ แยกตัว วิดกกังวล หงุดหงิด คิดฟุ้งซ่าน อาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว ส่วนใหญ่หลังจากที่ทุเลาอาการจะยังคงจะยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างและมีอาการกำเริบเป็นช่วง ยิ่งเป็นบ่อยครั้งก็ยิ่งมีอาการหลงเหลือมากขึ้นหรือมีอาการเสื่อมลงเรื่อย ๆ โดยอาการบวกจะค่อย ๆ ลดความรุนแรงลง อาการในระยะหลังจะเป็นอาการด้านลบมากกว่า (สุชาติา เวชการุณา, 2556 อ้างอิงจาก มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548)

สรุปการดำเนินโรค แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเริ่มป่วย เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบต่อตนเอง หน้าที่การงาน หรือสังคมลดลงน้อยลง ระยะอาการกำเริบเป็นช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการลดลงจากระยะแรก และระยะอาการหลงเหลือ เป็นระยะที่อาการของผู้ป่วยเริ่มคงที่ อาจจะยังมีอาการด้านบวกหรือด้านลบก็ได้แต่ไม่รุนแรงเท่าระยะกำเริบ ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการเป็น ๆ หาย ๆ หรือในบางรายอาจมีอาการเรื้อรัง

2.5.4 การวินิจฉัยโรคจิตเภท

หลักการวินิจฉัยแยกโรคขององค์การอนามัยโลก (สุชาติา เวชการุณา, 2556 อ้างอิงจาก WHO, 1992) ใช้เกณฑ์การวินิจฉัย ICD -10 โดยผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการอย่างน้อย 1 อาการที่ชัดเจนถ้ามีอาการไม่ชัดเจนมากต้องมี 2 อาการหรือมากกว่า ตามอาการที่ระบุจาก 1-4 มีดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยมีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 2 อย่างโดยมีอาการเป็นเวลานาน 1 เดือน (ระยะเวลาอาจน้อยกว่า 1 เดือน ถ้าผู้ป่วยได้รับการรักษา (สุชาติา เวชการุณา, 2556 อ้างอิงจาก สมภพเรืองตระกูล, 2545)

- 1) มีอาการหลงผิด (Delusion)
- 2) มีอาการประสาทหลอน (Hallucination)
- 3) มีความผิดปกติของคำพูด (Disorganized Speech)
- 4) มีพฤติกรรมวุ่นวายหรืออาการคาทาทอนี (Grossly Disorganized Behavior or Catatonic Behavior)

5) มีอาการด้านลบ เช่น พูดน้อย เฉยเมย ไม่ทำกิจกรรมทุกชนิด หากมีอาการหลงผิดที่มีความแปลกประหลาด ได้แก่ อาการเชื่อความคิดของตนถูกดึงออกไปจากสมองหรือมีอาการหูแว่วเป็นเสียงวิจารณ์ตัวเอง หรือเสียงคนพูดคุยกันมีเพียงอาการเดียวก็ถือว่าเข้าเกณฑ์

2. อาการดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านอาชีพการงาน สัมพันธภาพกับผู้อื่น หรือการดูแลตนเอง

3. ผู้ป่วยมีอาการไม่สบายติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน

4. ผู้ป่วยไม่ได้มีอาการของโรคจิตชนิดอื่น

5. อาการไม่ได้เกิดจากยา ยาเสพติด หรือโรคทางกาย

การวินิจฉัยโรคจิตเภทจำแนกเป็น 2 ระบบ ได้แก่ ระบบ DSM IV ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันและระบบ ICD 10 ขององค์การอนามัยโลก โดยประเทศไทย ได้นำมาใช้ทั้ง 2 ระบบ บางสถาบันอาจใช้ DSM IV แต่ด้านสุขภาพจิตมักใช้ ICD 10 ทั้งสองระบบนี้มีความคล้ายคลึงกัน องค์การอนามัยโลก(ICD -10) ได้จำแนกโรคจิตเภทออกเป็น 9 ประเภท ดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2554)

1. โรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง (Paranoid Schizophrenia)
2. โรคจิตเภทชนิดเฮบิเฟรนิค (Hebephrenic Schizophrenia)
3. โรคจิตเภทชนิดคาทาโทนิค (Catatonic Schizophrenia)
4. โรคจิตเภทชนิดเรื้อรังที่มีอาการหลงเหลือ (Residual Schizophrenia)
5. โรคจิตเภทชนิดจำแนกไม่ได้ (Undifferentiated Schizophrenia)
6. โรคจิตเภทชนิดเศร้าภายหลัง (Post- Schizophrenia Depression)
7. โรคจิตเภทชนิดพฤติกรรมเสื่อมถอย (Simple Schizophrenia)
8. โรคจิตเภทอื่น ๆ (Other Schizophrenia)
9. โรคจิตเภทชนิดที่ไม่สามารถระบุได้ (Unspecified Schizophrenia)

2.5.5 การรักษาผู้ป่วยจิตเภท

การรักษาผู้ป่วยจิตเภทเป็นการรักษาทั้งด้านร่างกายและด้านจิตสังคม (มานโซ หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548) การรักษามีเป้าหมายดังนี้

1. รักษาอาการให้หายไปหรือบรรเทาลง
2. ป้องกันไม่ให้ป่วยอีก โดยการให้ยารับประทานหรือยาฉีด หรือทั้งสองอย่างติดต่อกันเพื่อหลีกเลี่ยงสาเหตุที่จะทำให้กลับมาป่วยซ้ำหรืออาการกำเริบ เฝ้ารวังและสังเกตอาการก่อนที่จะมีอาการกำเริบใหม่
3. การฟื้นฟูสภาพส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เช่น ฝึกทักษะการใช้ชีวิตในสังคม ทักษะในการสื่อสาร การฝึกทักษะการประกอบอาชีพ วิธีการรักษา ประกอบด้วยวิธีการ ดังนี้
 - 1) การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลกรณีที่มียพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น มีปัญหาอื่น ๆ ที่ต้องดูแลใกล้ชิด เช่น มีอาการอย่างรุนแรง ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยประมาณ 3-6 สัปดาห์ สังคม (มานโซ หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548)
 - 2) การรักษาด้วยยาซึ่งถือว่าเป็นหัวใจของการรักษา นอกจากจะควบคุมอาการด้านบวกแล้ว ยังสามารถลดการกำเริบหรือป่วยซ้ำของโรคได้ สังคม (มานโซ หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่กลับมีอาการกำเริบหรือป่วยซ้ำอยู่บ่อย ๆ นั้นส่วนใหญ่มีปัญหาจากการขาดยา การรักษานั้นแบ่งออกเป็น 3 ช่วง ได้แก่

(1) ระยะควบคุมอาการ (Active Phase) คือ การควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว การที่อาการรุนแรงหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยทั่วไปดีขึ้นตั้งแต่ระยะแรกนั้นเป็นผลมาจากฤทธิ์ทำให้สงบของยา ส่วนยาที่มีฤทธิ์ในการรักษาอาการของโรคจิตนั้นต้องใช้เวลาเป็นสัปดาห์จึงจะเห็นผล

(2) ระยะให้ยาต่อเนื่อง (Stabilization Phase) หลังจากมีอาการสงบลงแล้วผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอาการกำเริบหรือป่วยซ้ำ ขนาดของยาจะต่ำกว่าที่ใช้ในระยะแรก โดยจะค่อย ๆ ลดลงจนถึงขนาดต่ำสุดที่คุมอาการได้ ผู้ป่วยที่เป็นครั้งแรกนั้นหลังจากอาการโรคจิตดีขึ้นแล้วให้ยาต่อไปอีกประมาณ 1 ปี หากผู้ป่วยมีอาการกำเริบหรือป่วยซ้ำครั้งที่สองควรให้ยาต่อเนื่องไประยะยาว นานอย่างน้อย 5 ปี และหากเป็นบ่อยกว่านี้ควรให้ยาต่อเนื่องไปตลอดชีวิต สังคม (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548)

(3) ระยะอาการคงที่ (Maintenance Phase) เป็นช่วงที่อาการทุเลาลงแล้วแต่ยังคงต้องให้ยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันมิให้เกิดอาการกำเริบซ้ำ ยิ่งผู้ป่วยที่มีการพยากรณ์โรคไม่ดี การควบคุมด้วยยาเป็นสิ่งที่สำคัญ ขนาดยาจะต่ำกว่าที่ใช้ในระยะแรก แล้วจะค่อย ๆ ลดยาลงร้อยละ 20 ทุก 4-6 เดือนจนถึงขนาดต่ำสุดที่คุมอาการได้

2) การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy : ECT) ในผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นผลไม่ดีเท่าการรักษาด้วยยาโดยทั่วไปจะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา อาจใช้ในผู้ป่วยจิตเภทชนิดคาทาโทเนีย (Catatonic) รุนแรง (Mania) หรือผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยใช้การรักษาด้วยไฟฟ้าร่วมกับการรักษาด้วยยารักษาโรคจิต

3) การรักษาด้านจิตสังคม เป็นส่วนสำคัญของการบำบัดรักษาเนื่องจากอาการของผู้ป่วย มักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวผู้ป่วยกับสังคมรอบข้างแม้ในระยะอาการดีขึ้นบ้างแล้ว ปัญหาทางสังคมก็ยังคงมีอยู่ หากผู้รักษาไม่ได้สนใจแก้ไขรวมทั้งอาการทางลบ ภาวะท้อแท้หมดกำลังใจไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วยเพื่อที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยทุก ๆ ด้านการรักษาด้านจิตสังคมประกอบด้วย

(1) การบำบัดรักษาทางจิต (Psychotherapy) เป็นวิธีการบำบัดแบบประคับประคอง ผู้รักษาดึงเป้าหมายตามที่เป็นจริงและผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ ช่วยให้หาวิธีแก้ปัญหาในแบบที่ทำได้ ให้คำแนะนำต่อปัญหาบางประการในฐานะของผู้ที่มีความรู้มากกว่า ช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาความเครียดหรือความกดดันอะไรที่เขาค้นหาไม่ได้

(2) การให้คำแนะนำแก่ครอบครัว (Psychoeducation or Family Counseling) เป็นการให้ความรู้เรื่องโรค รวมทั้งการปฏิบัติต่อผู้ป่วย การแสดงอารมณ์เพื่อให้การทำหน้าที่ครอบครัวดีขึ้น

(3) กลุ่มบำบัด (Group Therapy) เป็นกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้ป่วย โดยส่งเสริมให้รู้สึกว่ามีเพื่อน มีคนเข้าใจ ไม่โดดเดี่ยว มีการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาและให้คำแนะนำแก่กัน ฝึกทักษะทางสังคม เน้นการสนับสนุนให้กำลังใจ

(4) นิเวศน์บำบัด (Milieu Therapy) เป็นการจัดสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล เพื่อช่วยส่งเสริมกระบวนการรักษา ประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ผู้ป่วยต้องช่วยในกิจกรรมต่าง ๆ เท่าที่ทำได้เพื่อเสริมความเชื่อมั่นของตนเอง ผู้ป่วยเกิดทัศนคติที่ดีต่อการรักษา ค้ำกันให้ผู้ป่วยปลอดภัยฝึกทักษะการอยู่ในสังคม และพัฒนาสร้างคุณค่าของตนเอง

สรุปได้ว่า โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากเป็นอันดับ 1 มีอาการหลากหลาย เช่น มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม สาเหตุการเกิดโรคจิตเภทมีหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยทางชีวเคมี ปัจจัยทางด้านจิตใจ ปัจจัยทางครอบครัว และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่จะมีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ เป็นโรคเรื้อรังโรคหนึ่งที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง การรักษาผู้ป่วยจิตเภทนั้นมีการรักษาที่หลากหลาย ขึ้นอยู่กับอาการหรือความรุนแรงของโรค และความเหมาะสมของผู้ป่วยในแต่ละราย การรักษาอาจต้องใช้หลายวิธีผสมผสานตามแผนการรักษาของจิตแพทย์ ได้แก่ การรักษาในโรงพยาบาล การรักษาด้วยไฟฟ้า การรักษาด้านจิตสังคม ในขั้นตอนการศึกษาบริบทพื้นที่และวิเคราะห์ปัญหาของบ้านหนองคู หมู่ที่ 3 พบว่า มีความสอดคล้องกับแนวคิด ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท กล่าวคือผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 9 ราย ส่วนใหญ่มีสาเหตุเกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่ พันธุกรรม เช่น พ่อ แม่ หรือญาติสายตรงมีประวัติการป่วยด้วยโรคจิตเภท ความเครียดในการดำเนินชีวิต ซึ่งอาการที่พบส่วนใหญ่เป็นลักษณะอาการทางบวก ได้แก่ อาการหูแว่วประสาทหลอน กล่าวคือ ได้ยินเสียงคนสั่งให้พูด หรือสั่งให้ทำกิจกรรมต่าง ๆ โดยไม่รู้ตัว เช่น ทำร้ายสัตว์เลี้ยง ทำลายสิ่งของ เป็นต้น หรือบางครั้งเกิดอาการหวาดระแวง คนมาทำร้ายก็มักจะแสดงอาการด้านลบ เช่น เก็บตัวหรือแยกตัว

สรุปการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้นำแนวคิด ความรู้เรื่องโรคจิตเภท ความหมาย สาเหตุ อาการ การดำเนินโรค และการรักษา ซึ่งเป็นแนวคิด ที่เอื้ออำนวยให้เครือข่ายในชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนบ้านหนองคู อำเภอเสนางนิคม จังหวัดอำนาจเจริญ

2.6 การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หมายถึง กิจกรรมการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ กิจกรรมการเยี่ยมบ้าน การดูแลให้ได้รับยาต่อเนื่อง การเฝ้าระวังและจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อการกำเริบ ส่งเสริมปัจจัยที่ทำให้ญาติ และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เชื่อมโยงข้อมูลการส่งต่อในกรณีที่มีภาวะ

ฉุกเฉิน ทั้งนี้เป็นการดำเนินงานภายใต้บริบทและสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย โดยมีทีมสุขภาพในชุมชน ร่วมกับเครือข่ายชุมชนในการดูแล (คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน, 2559)

2.6.1 บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

การเจ็บป่วยทางจิตต้องการการดูแลเอาใจใส่จากญาติหรือผู้ดูแลในครอบครัว การที่ผู้ป่วยจิตเภทจะอยู่ร่วมกับครอบครัว และชุมชนได้ตามปกตินั้น ครอบครัวและชุมชนจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา รวมทั้งต้องมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความเมตตา และอดทนต่อผู้ป่วย (สุวิมล สมัตถะ, 2541) กล่าวถึงการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องการได้รับการดูแลจากผู้ดูแลประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้

1) ด้านความเป็นอยู่ ส่วนใหญ่จะขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วย หากมีอาการทางจิตมากไม่สามารถดูแลตนเองได้ ผู้ดูแลต้องคอยให้ความช่วยเหลือ กระตุ้นเตือนให้ทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ดูแลรับประทานอาหารและการพักผ่อน

2) ด้านอารมณ์และจิตใจ ผู้ดูแลควรชมเชยให้กำลังใจ เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมที่เหมาะสมช่วยแก้ปัญหา ให้คำปรึกษา แนะนำ ไม่ดุด่าหรือแสดงอารมณ์ที่รุนแรงเพื่อลดความวิตกกังวลและสร้างความเชื่อมั่นในการปรับตัวให้กับผู้ป่วย

3) ด้านสังคม ผู้ที่มีพฤติกรรมเฉื่อยชา แยกตัวเอง ผู้ดูแลต้องกระตุ้นให้เข้าร่วมกิจกรรมในสังคมมากขึ้น เช่น การพูดคุยกับผู้อื่น เล่นกีฬา หรือร่วมงานต่าง ๆ ที่จัดขึ้นในชุมชน

4) ด้านเศรษฐกิจ ผู้ป่วยจิตเภทมีความเสื่อมทางบุคลิกภาพ อาจจะไม่สามารถประกอบอาชีพที่มั่นคงได้ ผู้ดูแลจึงเป็นผู้ที่ให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล

5) ด้านการรักษา ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นเตือนหรือดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและมาพบแพทย์ตามนัด พร้อมทั้งเป็นผู้ช่วยสนับสนุนการรักษาพยาบาลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

6) ด้านการปรับตัวและการช่วยเหลือตนเอง ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นและฝึกทักษะการปรับตัวให้กับผู้ป่วยให้สามารถรับผิดชอบและช่วยเหลือตนเองได้

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีความต้องการการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความอดทน มีการสังเกตที่ดี รู้จักวิธีที่จะเข้าหาผู้ป่วย เข้าใจสถานการณ์การเจ็บป่วย มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา สามารถให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทควรให้การดูแลผู้ป่วยตามความต้องการ การดูแลให้ครอบคลุมตามความต้องการของผู้ป่วยจิตเภท

2.6.2 ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน แบ่งเป็น 3 ระบบดังนี้

การป้องกัน (Prevention) ซึ่งประกอบด้วย Universal prevention หมายถึง การป้องกัน และรวมถึงการส่งเสริมสุขภาพจิต (Mental health promotion) โดยมีประชาชนทั่วไปทั้งหมดเป็นเป้าหมาย Selective prevention หมายถึง การป้องกันแนวทางต่าง ๆ กับประชากรกลุ่มเป้าหมาย เป็นรายบุคคลหรือกลุ่มย่อยที่มีความเสี่ยงต่อโรคทางจิตเวชมากกว่าประชากรทั่วไป เป้าหมายกลุ่มเสี่ยงสูงในชุมชน และ Indicated prevention หมายถึง การป้องกันบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการป่วยเป็นโรคจิตเวช อาจเป็นผู้ที่เริ่มมีอาการทางจิตเล็กน้อยแต่ยังไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเวช กลุ่มเป้าหมายคือประชากรที่เริ่มมีอาการแสดงทางจิตเวชแล้ว แต่ยังไม่ถึงระดับที่จะเรียกว่าป่วยเป็นโรค เช่น ผู้ที่เริ่มมีอาการซึมเศร้า หรือวิตกกังวล แต่อาการยังไม่รุนแรงพอที่จะวินิจฉัยว่าป่วย

การรักษา (Treatment) ซึ่งประกอบด้วยการค้นหาผู้ป่วย (Case identification) การวินิจฉัยที่เร็วตั้งแต่เริ่มมีอาการและนำไปสู่การรักษาที่ได้มาตรฐานและทันท่วงทีจะทำให้ผลการรักษาดี การให้การรักษาทันทีที่พบผู้ป่วย (early treatment) เพื่อแก้ปัญหาเรื้อรังของผู้ป่วย เช่น อาการก้าวร้าว การพยายามฆ่าตัวตาย และการรักษาตามมาตรฐาน (standard treatment)

การรักษาต่อเนื่อง (Continuing care) ซึ่งประกอบด้วยให้ผู้ป่วยมาติดตามผลการรักษาอย่างสม่ำเสมอและการป้องกันการกลับซ้ำ การฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งถือว่าเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวและสังคมได้ โดยถือว่าผู้ป่วยทางจิตเกิดจากความบกพร่องของการทำงานของสารสื่อประสาทในสมอง ดังนั้นเมื่อรักษาแล้วต้องมีการฟื้นฟูเหมือนกับโรคที่เกิดความบกพร่องของร่างกาย เช่น แขนขาพิการหรืออ่อนแรง เป็นต้น

2.6.3 วิธีการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน มีวิธีการ ดังนี้

1) การให้การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Home Care Services) โดยใช้การดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมที่อาจก่อปัญหา เพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุภาพขึ้น โดยผ่านผู้จัดการรายกรณี (Case manager) (พรทิพย์ วชิรดิolk และคณะ, 2549) หลังจากการดูแลในโรงพยาบาลแล้ว เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือเข้าสู่ระบบการรักษาเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น นอกจากนี้จากการศึกษาของเพลินพิศ จันทรงค์ดี และคณะ (2539) ในเรื่องการให้ความรู้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน พบว่าผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ แต่ถ้ามีการใช้คู่มือก็มีความยากในการทำซ้ำ

2) การให้การดูแลในชุมชน (Community Programs) รูปแบบการดูแลในชุมชนที่จะได้ผลต้องสามารถประเมินอาการผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว รวมทั้งต้องมีการดูแลที่สามารถส่งเสริมการทำหน้าที่สังคมและอาชีพของผู้ป่วยด้วย จึงจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิต อย่างปกติ เป็นการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชนเกี่ยวกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา รวมทั้งการติดตามอาการเปลี่ยนแปลง ให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของตนเองและการได้รับการรักษาที่

เหมาะสม และแนวทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ คำนึงถึงสาเหตุสำคัญของการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา 3 ปัจจัย คือฤทธิ์ข้างเคียงจากยา การขาดความรู้และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ (Ellice A. Forman, Norris Minick, 1993) และในประเทศไทยจากการศึกษาของ ศิริวรรณ เพียรสุข และคณะ (2543) โดยใช้การมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยผ่านการวางแผนอย่างมีส่วนร่วม (AIC) จากผู้ดูแลและผู้นำในชุมชน ได้ช่วยให้ชุมชนมีความพร้อม และทัศนคติต่อการดูแลในชุมชนดีขึ้น เช่นเดียวกับ สนาม บินชัย (2542) ใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน ช่วยในการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทพบว่า ช่วยญาติมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยถูกต้องเพิ่มขึ้น

3) การดูแลแบบครอบครัว ที่มีความเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาล บ้านและในชุมชน โดยใช้ระบบเครือข่าย (Net Work) โดยหลักการคือ ครอบครัวและสังคมจะยอมรับผู้ป่วยให้ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วยความสบายใจในชุมชนได้ ต้องมีศูนย์ใกล้บ้าน ให้บริการต่าง ๆ ที่ช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งในด้านคุณภาพและสังคม การดูแลแบบครอบครัวได้มีการพัฒนาเครือข่ายระบบการส่งต่องานโดยมีศูนย์ประสานงานสุขภาพจิตในโรงพยาบาล โดยมีผู้รับผิดชอบติดตามผู้ป่วยเมื่อกลับสู่ชุมชนโดยผ่านระบบการรักษาและเครือข่ายการดูแลสุขภาพตามสายงาน โดยผู้ที่ดูแลใกล้ชิดในชุมชนเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งดูแลการพยาบาลเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยและเฝ้าระวังส่งต่อการรักษา นอกจากนี้

4) แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัว (Psychoeducational Family Intervention Model) รูปแบบการให้บริการจึงจัดในรูปของโปรแกรมการให้ความรู้กับครอบครัวที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรัง ทั้งขณะเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล และเมื่อกลับสู่ครอบครัวและชุมชน เป็นการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษา โดยมีแนวคิดว่าการแสดงอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัว (Expressed Emotion) มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยมุ่งเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับลักษณะของโรคจิตเภท สาเหตุของโรค การรักษา และการพยากรณ์โรคแก่ครอบครัว การฝึกทักษะเกี่ยวกับแก้ปัญหา การอยู่ในสังคม การติดต่อสื่อสารแก่ครอบครัว รวมทั้งการควบคุมบำบัด อย่างไรก็ตามจะเห็นได้ว่า รูปแบบการให้บริการจะมุ่งผลการช่วยเหลือไปที่ผู้ป่วยอย่างเดียว โดยไม่ได้ให้ความสำคัญกับสภาพความเป็นอยู่และ ความต้องการของครอบครัว ดังนั้นครอบครัวยังอาจจะได้รับการตำหนิซ้ำ หากผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำอีก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kay (1998 อ้างถึงใน ศิริวรรณ เพียรสุข และคณะ, 2543) กล่าวว่า วิธีการให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท เพื่อวางแผนเพิ่มการปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา และวิธีการเผชิญความเครียด ร่วมกับการสนับสนุนจากทีมสุขภาพจิต เป็นวิธีการหนึ่งที่ช่วยให้ญาติผู้ป่วยมีความรู้ความสามารถในการดูแลส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาดีขึ้น ลดการกลับเป็นซ้ำ นอกจากนั้น วิธีการสอนที่ปฏิบัติในกลุ่มครอบครัวที่มีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จะทำให้แต่ละครอบครัวมีเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหาจะทำให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

สำหรับในประเทศไทยจากการศึกษา พบว่า ในปัจจุบันโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต ดำเนินงาน การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน เน้นการสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ซึ่งเป็นการสร้างแบบในการให้บริการการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน เพื่อให้เกิดกิจกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยและครอบครัว ให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ร่วมกับผู้ให้บริการสุขภาพระดับ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และสถานีนอมนาย ใช้การติดต่อประสานงานระหว่างโรงพยาบาล จิตเวชกับสถานีนอมนาย โดยใช้ระบบการส่งต่อ และการติดต่อสื่อสาร

2.6.4 ปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนมากจะมีอาการเรื้อรัง ขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ มีอารมณ์เฉื่อย ชา ไม่สนใจกิจกรรมใด ๆ รวมทั้งขาดมนุษยสัมพันธ์และแยกตัวอยู่ตามลำพัง ดังนั้นจึงตกเป็นภาระ ของญาติอย่างมาก และญาติมักแสดงปฏิกิริยาด้านลบต่อผู้ป่วย เกิดความเครียด ความเบื่อหน่าย ต่อ การดูแลผู้ป่วย สมภพ เรืองตระกูล (2547) ทิพย์สุภาพจำเป็นต้องความเข้าใจปัญหาของผู้ป่วย จิตเภท ขณะอยู่ในชุมชน เพื่อเป็นแนวทางในการจัดรูปแบบการดูแลที่เหมาะสมกับปัญหา ความต้องการของ ผู้ป่วยและครอบครัวต่อไป จากการทบทวนวรรณกรรม และจากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ บ้านของผู้ศึกษา พบว่าปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่ในชุมชนสามารถสรุปเป็นปัจจัย 4 ด้าน ดังนี้

1) **ด้านผู้ป่วย** ผู้ป่วยไม่ยอมรับในการบริการ ไม่รับประทานยาต่อเนื่อง และมีปัญหา ด้านเศรษฐกิจเนื่องจากมีความวิตกกังวล กลัวว่าสังคมจะไม่ยอมรับ ไม่ต้องการให้สังคมรู้ว่าป่วยเป็น โรคจิต คิดว่าตนเองหายดีแล้ว ซึ่ง มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์ (2558) กล่าวว่า ยา ด้านโรคจิตจะออกฤทธิ์ยับยั้งโดปามีนในสมอง ทำให้อาการแสดงของโรคลดลง ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยจิต เภทรับประทานยาได้สักระยะจนอาการทางจิตสงบ ก็หยุดรับประทานยา ผู้ป่วยจิตเภทบางรายเมื่อ รับประทานยาเกิดอาการข้างเคียงจากยา เช่น น้ำลายไหล มือสั่น กระวนกระวาย ปากแห้ง คอเอียง ผู้ป่วยจึงหยุดรับประทานยา หลังหยุดรับประทานยาอาการดีขึ้น ผู้ป่วยจึงไม่ยอมรับรับประทานยาต่อ ทำให้อาการกำเริบกลับมาซ้ำ ผู้ป่วยจิตเภทบางรายดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์จึง เป็นสิ่งกระตุ้นให้กลับมาซ้ำ เพราะเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ เป็นเครื่องดื่มที่กระตุ้นระบบ ประสาทให้ตื่นตัวมีผลทำให้เกิดปฏิกิริยาระหว่างเครื่องดื่มกลุ่มนี้กับยาต้านโรคจิต ทำให้ประสิทธิภาพ ของยาต้านโรคจิตลดลง ปัญหาทางเศรษฐกิจ เนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิตเภท เป็นการเจ็บป่วย เรื้อรังทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีงานทำ ขาดรายได้

2) **ด้านครอบครัว** ครอบครัวเกิดปัญหาทางด้านสังคมเศรษฐกิจและการดูแล คือ ไม่ ยอมรับในการให้บริการ เนื่องจากอายุเพื่อนบ้าน และสังคมที่เพ่งมองในแง่ลบ ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง เกินความสามารถของญาติที่จะดูแล ฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี เมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยต้องใช้ จ่ายเงินเป็นค่ารักษาพยาบาล รายได้ที่มีอยู่เดิมไม่เพียงพอ ครอบครัวจึงจำเป็นต้องทำงานหารายได้ เพิ่มเติม เมื่อไปให้บริการดูแลที่บ้านจึงไม่พบผู้ดูแล นอกจากนี้ ศึกษาความพร้อมของชุมชนในการ

ดูแลผู้ป่วยโรคจิตขณะอยู่บ้าน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคจิต ญาติซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิต เพื่อนบ้านและอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน พบว่า ญาติยังขาดความรู้เกี่ยวกับโรคจิต การศึกษาของไพรวัลย์ ร่มซ้ายและคณะ (2544) เกี่ยวกับการประเมินผลโครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนแบบครบวงจร อำเภовาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน ได้แก่พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค โรงพยาบาลวาริชภูมิ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข และญาติผู้ป่วยโรคจิตในเขตอำเภовาริชภูมิ พบว่า ญาติเกิดความเบื่อหน่ายกลัวอาการข้างเคียงของยา

3) ด้านหน่วยงาน เกิดจากปัญหานโยบาย โครงสร้างหน่วยงาน และกระบวนการทำงาน ผลการศึกษาของ กัลยาณี โนอินทร์ (2542) เรื่องการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดน่าน กลุ่มตัวอย่าง คือ แพทย์และพยาบาลที่ให้บริการดูแลที่บ้านของโรงพยาบาลชุมชน พบว่า นโยบายดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ไม่เขียนเป็นลายลักษณ์อักษร ไม่มีการประเมินผล สนับสนุน พื้นที่ในการให้บริการมีมากเกินไปและอยู่ห่างไกล ไม่มีมาตรฐานการให้บริการดูแลที่บ้าน การติดตามประเมินผล การให้บริการขาดความต่อเนื่องและไม่สม่ำเสมอ การศึกษาของ (สมสนุก พระอามาตย์ และคณะ, 2542) เกี่ยวกับประเมินผลโครงการพัฒนาการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชโดยเครือข่ายระบบส่งต่อสุขภาพจิตจังหวัดศรีสะเกษ พบว่า การจัดส่งข้อมูลข่าวสารล่าช้า ไม่ต่อเนื่อง ไม่ครบถ้วน การศึกษาของ สุคนธา รัตโน (2543) เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพในภาคใต้ประชากรศึกษา คือ พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบและปฏิบัติงานบริการสุขภาพที่บ้านในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้ พบว่า ไม่มีกรอบอัตรากำลังสำหรับพยาบาล ผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้าน ยานพาหนะอุปกรณ์การแพทย์มีไม่เพียงพอ

4) ด้านผู้ให้บริการ พบว่า ผู้ให้บริการสุขภาพมีไม่เพียงพอ ผู้รับผิดชอบมีงานประจำหลายอย่าง ขาดการเตรียมบุคลากร ผู้ให้บริการสุขภาพไม่เห็นความสำคัญ ไม่ให้ความร่วมมือ การศึกษาของ สุคนธา รัตโน (2543) พบว่า ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ไม่มีผู้ให้การปรึกษา ขาดแหล่งสนับสนุนด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ปฏิบัติงานไม่เต็มที่เนื่องจาก บ้านผู้ป่วยอยู่ในพื้นที่ทุรกันดาร การเดินทางไม่สะดวก ขาดความร่วมมือจากหน่วยงานที่ส่งต่อ ขาดขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน และการศึกษา โครงการระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบครบวงจรของ คปสอ. อำเภอกาฬสินธุ์ จังหวัดสกลนคร พบว่า ผู้ให้บริการสุขภาพขาดความรู้ ทักษะในการช่วยเหลือผู้ป่วย นอกจากนี้การศึกษาของ ไพรวัลย์ ร่มซ้ายและคณะ (2544) พบว่า ผู้ให้บริการสุขภาพในชุมชนไม่มีเวลาเยี่ยมผู้ป่วย

จากข้อมูลข้างต้น สามารถสรุปได้ว่าปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เกิดจากปัจจัย 4 ด้าน ได้แก่ ตัวผู้ป่วย ครอบครัว หน่วยงาน และผู้ให้บริการสุขภาพ สำหรับปัจจัยด้านหน่วยงานและผู้ให้บริการสุขภาพนั้น เกิดจากนโยบาย โครงสร้างหน่วยงาน กระบวนการทำงาน รวมทั้งผู้ให้บริการสุขภาพมีงานประจำหลายอย่าง และมีจำนวนไม่เพียงพอ แม้ว่าในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้เห็นความสำคัญและมอบนโยบายที่มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิ โดยจัดให้มีมาตรฐานการบริการ ได้แก่ HA มาตรฐาน รพ.สต.ติดดาว แต่อย่างไรก็ตาม บุคลากรที่ให้บริการยังไม่เพียงพอ มีงานประจำหลายอย่าง ยังคงเป็นปัญหาอยู่ ส่วนปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยและด้านครอบครัวนั้นเป็นปัญหาในชุมชน ถ้าคนชุมชนให้ความสำคัญเข้ามามีส่วนร่วม ร่วมรับฟัง ให้ข้อมูล ร่วมคิดและตัดสินใจ ร่วมลงมือปฏิบัติ ร่วมรับผลประโยชน์และรับผิดชอบ โดยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ดำเนินการเป็นวงรอบ ให้คนในชุมชนมีส่วนร่วม เกิดการเรียนรู้ร่วมวางแผน (Planning) ร่วมปฏิบัติ (Action) ร่วมสังเกต (Observe) และร่วมสะท้อนผล (Reflection) เพื่อให้เกิดรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอย่างเป็นระบบ มีความต่อเนื่องและยั่งยืน

สรุปการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้นำแนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งเป็นแนวคิดที่เอื้ออำนวยให้เครือข่ายในชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนบ้านหนองคู หมู่ที่ 3 อำเภอเสนางนิคม จังหวัดอำนาจเจริญ

2.7 แนวคิดการรักษาภายใต้การสังเกตโดยตรง (DOTS)

ศูนย์เอดส์รณรงค์การอนามัยโลก (WHO, 2015) ได้ให้ความหมาย DOTS (Directly Observed Treatment, Short Course) คือ การกำกับการกินยาโดยระบบที่เลี้ยงผู้ป่วยต้องกลืนยาต่อหน้าพี่เลี้ยงเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยรับประทานยาได้ถูกต้อง ทั้งชนิด ขนาด และระยะเวลา การรักษาแบบมีพี่เลี้ยงเป็นสิ่งจำเป็น อย่างน้อยการรักษาในระยะ 2 เดือนแรกของการรักษาควรมีพี่เลี้ยงกำกับการรับประทานยา หากผู้ป่วยขาดยาสามารถติดตามให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้และสามารถมั่นใจได้ว่าผู้ป่วยรับประทานยาได้ถูกต้อง ครบถ้วน สม่าเสมอ เนื่องจากมีผู้เฝ้าสังเกตการณ์รับประทานยาต่อหน้าและมีผู้ให้การดูแลรักษา บุคคลที่สามารถเป็นพี่เลี้ยงในการกำกับและให้การดูแลผู้ป่วย ได้แก่ เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำหมู่บ้าน และสมาชิกครอบครัวหรือญาติ ซึ่งพี่เลี้ยงจะได้รับการคัดเลือกจากเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย อาจเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ญาติผู้ป่วยหรือผู้นำชุมชนที่เชื่อถือได้ ซึ่งพี่เลี้ยงต้องเข้าใจประเด็นดังต่อไปนี้ ระยะเวลา และขนาดของยาที่ใช้รักษา วิธีการบันทึกในบัตรบันทึกการรับประทานยาเมื่อผู้ป่วยรับประทานยา

กำหนดการรับยาจากสถานบริการที่ให้การรักษา การแจ้งต่อสถานบริการที่ให้การรักษหากผู้ป่วยมีปัญหาในการรับประทานยา

หลักการสำคัญของ (DOT) มี 4 ประการ คือ (กระทรวงสาธารณสุข, 2541 อ้างถึงใน ไพฑูรย์ อุณบ้าน, 2559)

2.7.1 ความสะดวกของผู้รับบริการในการมารับบริการ การยอมรับการรักษาครบถ้วนของผู้ป่วยเป็นหัวใจสำคัญในการชี้วัดความสำเร็จของการควบคุมวัณโรค การเพิ่มการยอมรับในการรักษา ได้แก่ 1) บรรยากาศการรักษาที่ดี เห็นอกเห็นใจให้กำลังใจ 2) การบริการโดยรวดเร็ว 3) การรักษาแบบให้เปล่า 4) (DOT)

2.7.2 การกระจายการให้บริการไปยังสถานบริการใกล้ที่สุด การดูแลรักษาผู้ป่วยให้ได้รับความสะดวกในการรับบริการมากที่สุด คือ การให้ผู้ป่วยไปรับการรักษา ณ สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านมากที่สุด เช่น สถานีอนามัย ส่วนการตรวจวินิจฉัยยังคงไว้ที่โรงพยาบาลหรือสถานบริการที่มีศักยภาพ ซึ่งจะสามารถควบคุมคุณภาพได้ดีกว่าสถานีอนามัย มีเพียงหน้าที่จ่ายยาให้ผู้ป่วยภายหลังการตรวจวินิจฉัยที่โรงพยาบาลแล้วเท่านั้น

2.7.3 การมีส่วนร่วมของชุมชน ในชนบทห่างไกลแม้การเดินทางไปรับบริการที่สถานีอนามัย ยังมีความลำบากให้แก่ผู้ป่วยซึ่งบ้านอยู่ไกลจากสถานีอนามัย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนในโครงสร้างสาธารณสุขของประเทศ สามารถมีบทบาทในการจ่ายยาให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้ทุกวัน อสม. สามารถไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยได้ทุกวันตลอดระยะเวลาการรักษา ถ้า อสม.ไม่สามารถจ่ายยาให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้ทุกวัน สมาชิกครอบครัวจะทำหน้าที่นี้ได้โดยจะต้องมีการตรวจเยี่ยมบ้านผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ในเดือนแรกของการรักษา ผู้ที่ทำหน้าที่ตรวจเยี่ยมบ้านอาจเป็น อสม. หรือเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยก็ได้

2.7.4 การควบคุมคุณภาพ คุณภาพของการให้บริการการรักษาแก่ผู้ป่วยเกี่ยวข้องกับบุคลากรหลายฝ่าย เช่น สถานีอนามัย อาสาสมัครสาธารณสุข สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วย ทั้งนี้จะต้องมีการประสานงานที่เหมาะสมและมีการนิเทศงานอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงมีการสร้างผู้ประสานงานวัณโรคระดับอำเภอ ซึ่งจะทำหน้าที่นี้แทน ติดตาม กำกับแผนการดำเนินงานวัณโรค ระดับอำเภออย่างน้อยทุก 3 เดือน

สรุปได้ว่า แนวคิดการรักษาภายใต้การสังเกตโดยตรง (DOT) เป็นแนวคิดที่ออกแบบมาเพื่อการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งผู้ป่วยต้องได้รับการรับประทานยาอย่างถูกต้องครบถ้วนเป็นสำคัญ โดยให้ญาติ อสม. ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีบทบาทในการร่วมดูแลพร้อมทั้งมีการกำหนดระยะเวลาในการนิเทศติดตาม เช่นเดียวกับการศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนบ้านหนองคู ตำบลนาเวียง อำเภอเสนางนิคม จังหวัดอำนาจเจริญ ผู้ศึกษาวิจัยได้นำแนวคิด (DOT) มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

จากปัญหาผู้ป่วยจิตเภทรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง โดยกำหนดให้ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และ เครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน เป็นพี่เลี้ยงหรือผู้สังเกตการณ์รับประทานยา ทำการบันทึกการรับประทาน ยาของผู้ป่วยจิตเภทพร้อมลงชื่อกำกับในสมุดประจำตัวผู้ป่วยทุกครั้ง เป็นประจำทุกวัน อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ติดตามกำกับทุก 1 สัปดาห์ ผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทุก 2 สัปดาห์ เพื่อกำกับการรับประทานยา ให้ถูกต้องครบถ้วนและเป็นการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชนบ้านหนองคู อำเภอสว่างคันคม จังหวัด อำนาจเจริญ

2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วัฒนา บรรเทียงสุข (2546) ได้วิจัยเรื่อง “การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของ ประชาชนในกระบวนการถ่ายทอดภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านการใช้สมุนไพรในชุมชนบ้านชาดดับเต่า (ชื่อ สมมติ) จังหวัดระยอง” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ(1) ศึกษาปัญหา (2) หารูปแบบ และหาข้อสรุป เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการถ่ายทอดภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านการใช้สมุนไพร โดยใช้เทคนิควิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ประเด็นของการศึกษาเกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม ในการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น การฟื้นฟู การอนุรักษ์ และกระบวนการถ่ายทอดภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยศึกษากับบุคคลหลักในชุมชน จำนวน 59 คน ผลการวิจัยปรากฏว่าจุดอ่อนของชุมชน คือ ผู้นำใน ชุมชนไม่ได้ให้ความสำคัญกับภูมิปัญญาท้องถิ่น และปฏิบัติงานเอื้อต่อการพัฒนาชุมชนได้น้อย ประชาชนขาดแรงจูงใจในการพัฒนางานภูมิปัญญา และไม่มีรูปแบบการนำภูมิปัญญาท้องถิ่นของตน มาดำเนินการหารายได้ แต่จุดแข็งของชุมชน คือ ชุมชนมีทรัพยากรที่เป็นสมุนไพรหลายชนิด มีเอกลักษณ์อาหารจากภูมิปัญญาท้องถิ่น ครัวภูมิปัญญามีหลายกลุ่ม มีพื้นที่และแหล่งน้ำที่เอื้อต่อการ พัฒนาการเกษตร ในการวิจัยครั้งนี้ชุมชนได้เสนอให้นำทุนในชุมชนคือครัวภูมิปัญญาและผลผลิตที่เป็น อาหารสมุนไพรมาพัฒนา ในการดำเนินการพบว่าการใช้สมุนไพร จนกระทั่งสามารถพัฒนาเป็น ผลิตภัณฑ์เชิงเศรษฐกิจได้ มีการดำเนินการหลัก 15 ประการ คือ 1) รวมกลุ่มผู้สนใจที่มีแนวคิด เดียวกันและเอื้อต่อกันได้มากที่สุด 2) เลือกกิจกรรมที่ปฏิบัติได้ง่าย ใช้ทุนน้อย มาเป็นสื่อสร้างการมี ส่วนร่วมของประชาชน 3) สำรวจตลาดผู้บริโภคเพื่อหาความเป็นไปได้ของการผลิต 4) มีระเบียบการ ทำงานของกลุ่ม 5) มีกลุ่มเป้าหมายที่รองรับผลิตภัณฑ์ที่ชัดเจน 6) ทุกคนที่ทำงานต้องมีความรู้และ เข้าใจในสรรพคุณของผลิตภัณฑ์ 7) แบ่งหน้าที่รับผิดชอบโดยให้สมาชิกเลือกงานเอง 8) เลือกสถานที่ ที่เอื้อและสะดวกต่อการทำงานของสมาชิก 9) เริ่มงานจากจำนวนน้อย แล้วค่อยขยายตามความ ต้องการของผู้บริโภค 10) มีการประเมินผลการปฏิบัติงานและผลผลิตที่ตรงประเด็น 11) ให้ ความสำคัญและความเสมอภาคกับทุกคน 12) เมื่อพบปัญหาต้องสามารถปรับเปลี่ยนวิธีการได้ทันที

13) หลีกเลี่ยงความขัดแย้งในกลุ่มและบุคคลที่เกี่ยวข้องทุกระดับ 14) พัฒนาปรับปรุงงานให้มีความสม่ำเสมอทั้งคุณภาพและปริมาณสอดคล้องกับความต้องการของผู้บริโภค 15) มีการสร้างขวัญและกำลังใจที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกคนทุกกลุ่มผลที่ได้รับจากกระบวนการวิจัย ปรากฏว่ากลุ่มที่ดำเนินการผลิตด้วยกระบวนการดังกล่าวสามารถดำเนินการบริหารจัดการพัฒนางานได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ชุมชนมีส่วนร่วมในกระบวนการสร้างงาน มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน และมีรายได้เพิ่มขึ้น

ภูวเดช ธนโชติธีรกุล (2547) ได้วิจัยเรื่อง “การลดปัญหานักเรียนติดยาเสพติดในโรงเรียนมัธยมศึกษา : กรณีศึกษาโรงเรียนเบญจมราชรังสฤษฎิ์ 3 จังหวัดฉะเชิงเทรา” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาสภาพและปัญหาของผู้ที่เกี่ยวข้องกับปัญหานักเรียนติดยาเสพติดในโรงเรียน วิธีดำเนินการของโรงเรียนในการช่วยเหลือนักเรียนกลุ่มเสี่ยง และ (2) แนวทางลดปัญหานักเรียนติดยาเสพติด กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนกลุ่มเสี่ยง (กลุ่มที่เคยติดยาและได้รับการบำบัดจนเข้าสู่สภาพปกติแล้ว แต่มีแนวโน้มที่จะกลับไปติดยาเสพติดอีก) จำนวน 3 คน ผู้ปกครองนักเรียน กลุ่มเสี่ยงจำนวน 3 คน และครูที่ทำหน้าที่ป้องกันแก้ไขปัญหานักเรียนติดยา จำนวน 3 คน วิธีดำเนินการวิจัยใช้วิธีการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม และการวิเคราะห์เอกสาร ผลการวิจัย ปรากฏว่านักเรียนกลุ่มเสี่ยงกลุ่มนี้ได้รับการชักชวนจากเพื่อนให้ทดลองเสพยาจนกระทั่งติดยา ในขณะที่ติดยามีปัญหาต่าง ๆ เกิดขึ้นมากมาย เช่น ขาดเงิน ผลการเรียนตกต่ำ เพื่อนบางคนเลิกคบ สุขภาพไม่ดีและเกิดปัญหาความสัมพันธ์กับครอบครัว ปัญหาด้านสุขภาพและปัญหาความสัมพันธ์กับครอบครัวเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้นักเรียนตัดสินใจเลิกยา ข้อมูลจากผู้ปกครอง พบว่า สภาพครอบครัวมีปัญหา มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการติดยาของนักเรียน ในส่วนของครู พบว่า การปฏิบัติหน้าที่ไม่ได้รับความร่วมมือระหว่างนักเรียน ครู และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

เพ็ญประภา มะลาไว (2550) ศึกษาสถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และเพื่อประเมินผลกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งมีการดำเนินการ 3 ระยะ คือระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในกลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแลกลุ่มละ 95 คน ระยะที่ 2 ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระดับที่ 1 จำนวน 7 คน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน จำนวน 25 คน และบุคลากรทางสาธารณสุข จำนวน 6 คน จากการที่ได้ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาจึงได้กำหนดโครงการเพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ 3 โครงการ คือ 1) โครงการอบรมให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย 2) โครงการสร้างแกนนำในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน 3) โครงการเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลจิตเวช ระยะที่ 3 เป็นการประเมินผลโครงการโดยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการได้รับโครงการ เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 1) แบบประเมินสมรรถภาพ ผู้ป่วยจิตเภท 2) แบบวัดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 3) แบบวัดความเครียดของผู้ป่วย

จิตเภท 4) แบบวัดความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และเจ้าหน้าที่ 5) แบบวัดเจตคติต่อผู้ป่วยจิตเภทของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งผลการวิจัย พบว่าผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วย มีเจตคติต่อผู้ป่วยเพิ่มขึ้นและมีระดับสมรรถภาพเพิ่มขึ้นจากก่อนการได้รับโครงการ ($p < .05$) ในขณะที่ผู้ดูแลมีภาระและความเครียดลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับโครงการ ($p < .05$) และแกนนำชุมชนสามารถติดตามอาการของผู้ป่วยและส่งต่อผู้ป่วยมารับการรักษาที่สถานบริการทางสาธารณสุขได้ ซึ่งในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ชุมชน และบุคลากรทางสาธารณสุข และหากมีการนำโครงการดูแลผู้ป่วยจิตเภทดูแลผู้ป่วยจิตเภทไปใช้ ควรมีการทดสอบประสิทธิภาพของโครงการกับกลุ่มผู้ป่วยระดับที่ 1 ที่อยู่ในชุมชน โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากขึ้น

ลักขมี ยศรารา (2550) ความรู้ ทักษะ ทักษะทัศนคติ แรงสนับสนุนทางสังคมและการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยจิตเภทของแกนนำเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชนตำบลหนองโน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการรับรู้ด้านความรู้ ทักษะทัศนคติ การตระหนักต่อบทบาท และแรงสนับสนุนทางสังคมของแกนนำเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชน ตำบลหนองโน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แกนนำเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชน หมู่ที่ 2, 3 และ 6 ของตำบลหนองโน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 34 คน โดยใช้แบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นใหม่ ทดสอบความเที่ยงตรงจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ปรับปรุงแก้ไขและนำไปทดลองกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยวิธีครอนบาช ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79 เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน มกราคม – กันยายน 2550 ผลการศึกษาพบว่า แกนนำเครือข่ายสุขภาพจิตมีความรู้ และทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภท อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.41, 3.46 ตามลำดับ เนื่องจากแกนนำเครือข่ายสุขภาพจิตได้ผ่านการอบรมเรื่องความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนความตระหนักในบทบาทการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของแกนนำเครือข่ายสุขภาพจิต อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 0.32 เนื่องด้วยแรงสนับสนุนทางสังคมมีระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.13 ซึ่งยังไม่เพียงพอต่อการดำเนินงานของแกนนำเครือข่ายสุขภาพจิต เช่น ตอบสนองมากในข้อ ท่านได้รับค่าตอบแทนเป็นแกนนำในการดูแลเครือข่ายสุขภาพจิต พบค่าเฉลี่ยเพียง 1.03 และชุมชนของท่านได้รับงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานจากองค์การบริหารส่วนตำบล เลือกตอบพบค่าเฉลี่ย 2.74 ข้อเสนอแนะ คือ ควรจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพให้กับ แกนนำเครือข่ายสุขภาพจิต โดยเน้นในเรื่องของการสร้างการตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล การให้ความรู้ความเข้าใจขั้นตอนการนำส่งโรงพยาบาลจิตเวช ควรสนับสนุนทางสังคมในด้านต่าง ๆ เพิ่มเติม แก่เครือข่ายสุขภาพจิต ทั้งด้านความรู้ ข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนตำบล นอกจากนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ควรติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอย่างต่อเนื่อง และควรศึกษาหาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเครือข่ายแกนนำสุขภาพจิตและศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อหารูปแบบการปฏิบัติงานของเครือข่ายแกนนำสุขภาพจิตในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

กรองจิต วลัยศรี (2551) ได้ศึกษา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชชุมชนโดยชุมชนมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชชุมชนที่มีปัญหาซับซ้อนจำนวน 3 ตำบล โดยใช้ทฤษฎีระบบเป็นกรอบแนวคิด การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านเป็นแนวคิดแก้ปัญหาและใช้กระบวนการมีส่วนร่วม AIC เป็นกลวิธีในการดำเนินการ ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชชุมชนโดยชุมชนมีดังนี้ การคัดกรองผู้ป่วยในพื้นที่เป้าหมาย โดยพยาบาลวิชาชีพ แกนนำ อสม โดยใช้แบบประเมินสมรรถภาพทางจิต โดยผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตและสมรรถภาพทางจิตระดับที่ 1 ให้การดูแลโดยพยาบาลจิตเวช ส่วนผู้ป่วยที่อาการไม่ซับซ้อน เป็นผู้ป่วยที่มีสมรรถภาพทางจิตระดับที่ 2 และ 3 โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน จากการติดตามหลังสิ้นสุดโครงการ พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการซับซ้อนทั้งหมด 12 คน มีอาการทางจิตในระดับทุเลามาก 3 คน ทุเลาปานกลางอีก 8 คน อีก 1 คน ยังมีอาการทางจิต ได้ส่งต่อที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ฐิตวันต์ หงษ์กิตติยานนท์ (2551) ได้ศึกษา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชชุมชนโดยชุมชนมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชชุมชนที่มีปัญหาซับซ้อนจำนวน 4 ตำบล ใช้กระบวนการมีส่วนร่วม AIC เป็นกลวิธีในการดำเนินการ ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชชุมชนโดยชุมชนมีดังนี้ การคัดกรองผู้ป่วยในพื้นที่เป้าหมาย โดยพยาบาลวิชาชีพ แกนนำ อสม. ซึ่งใช้แบบประเมินสมรรถภาพทางจิต โดยผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตและสมรรถภาพทางจิตระดับที่ 1 ให้การดูแลโดยพยาบาลจิตเวช ส่วนผู้ป่วยที่อาการไม่ซับซ้อนเป็นผู้ป่วยที่มีสมรรถภาพทางจิตระดับที่ 2 และ 3 โดยเจ้าหน้าที่ในศูนย์สุขภาพชุมชน จากการติดตามหลังสิ้นสุดโครงการ พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการซับซ้อนทั้งหมด 10 คน มีอาการทางจิตในระดับทุเลามาก 9 คน อีก 2 คน ยังมีอาการทางจิต ได้ส่งต่อที่โรงพยาบาลชัยภูมิสำหรับญาติพบว่าส่วนใหญ่มีความรู้เพิ่มมากขึ้น มีทัศนคติทางบวกต่อผู้ป่วยโรคจิตและมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลที่บ้าน รวมทั้งเจ้าหน้าที่ที่มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลที่บ้านเห็นด้วยต่อการดำเนินโครงการ

สำราญ สุมะหิงพันธ์ และคณะ (2554) ศึกษาศึกษาการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชน โดยมุ่งพัฒนาให้ผู้ดูแลมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เหมาะสม และภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนโดยจัดอบรมให้ความรู้ในกลุ่มผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชสาเหตุ อาการ การรักษา วิธีการดูแลผู้ป่วย ได้ชี้แนะถึงความรุนแรงของปัญหาผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ผู้ดูแล สังคม เชิงปรึกษาปัญหา และติดตามเยี่ยมโดยภาคีเครือข่าย ใช้แบบประเมินทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยอ้างอิงเนื้อหาคู่มือญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์เป็นเครื่องมือ ผลการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลมีทักษะในการ

ดูแลผู้ป่วยสูงขึ้น ($p < 0.001$) ในส่วนการติดตามเยี่ยมโดยภาคีเครือข่ายทำให้เครือข่ายมีส่วนร่วมในการดูแลร่วมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย มีการสนับสนุนการช่วยเหลือผู้ป่วย มีรถรับ-ส่งผู้ป่วยของ อบต. ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถเดินทางไปพบแพทย์ได้ โดยไม่ขาดยา ลดภาวะเครียดให้ผู้ดูแลไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย ดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ 22 ราย (จากเดิม 14 ราย) สามารถกลับไปทำงานที่ต่างจังหวัดได้ 2 ราย มีการถวายเป็นบุญกุศลเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแด่พระภิกษุที่วัดซึ่งมีผู้ป่วยอาศัยอยู่ 1 ราย ส่งผลให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสมจากพระภิกษุทุกรูปด้านการรับประทานยาปรับยาตามนัด และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

อรสา วัฒนศิริ และเสาวภา ศรีภูสิตโต (2556) การพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเภท โดยทีมสหสาขาและเครือข่ายผู้ดูแล โรงพยาบาลกำแพงเพชร การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์ของการใช้กระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาและเครือข่ายผู้ดูแลโรงพยาบาลกำแพงเพชร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภททุกคนที่อยู่ในเขตอำเภอเมืองและอำเภอโกสุมพินคร จำนวน 467 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบบประเมินความสามารถโดยรวม (GAF scale) และแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย เปรียบเทียบผลลัพธ์ ด้านต่าง ๆ ด้วยสถิติ Chi-square เปรียบเทียบระดับความสามารถโดยรวม และคุณภาพชีวิต ด้วยสถิติเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระจากกัน (t-test for dependent samples) ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการกำเริบซ้ำ และอาการกำเริบรุนแรงต้องส่งต่อลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลลัพธ์ของการใช้กระบวนการดูแลต่อเนื่อง ได้แก่ การรับประทานยาสม่ำเสมอ การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน ระดับความสามารถโดยรวม และคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการใช้จ่ายและสารเสพติดลดลงแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการวิจัยและพัฒนากระบวนการดูแลดังกล่าว ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีคุณภาพชีวิตและระดับความสามารถโดยรวมดีขึ้น ลดอาการกำเริบและการกลับเป็นซ้ำที่รุนแรง ดังนั้น ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปเป็นตัวอย่างกระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเภทในสถานบริการอื่น ๆ ทุกระดับ

เปรมฤดี คำรักษ์ และคณะ (2557) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน จากการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ (1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (2) กิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน โดยทีมวิจัยได้ดัดแปลงกิจกรรมย่อยบางส่วนจากรูปแบบกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนของโรงพยาบาลสุราษฎร์เพื่อความเข้าใจง่ายและความเหมาะสมตามบริบท ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น

เพศหญิง มีอายุระหว่าง 25-34 ปี นับถือศาสนาอิสลาม สถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาอาชีวศึกษา สถานภาพทางสังคมเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข รองลงมาคือความสัมพันธ์เป็นบิดา/มารดา ส่วนการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน 7 กิจกรรม สรุปได้เป็น 3 วงจร คือ วงจรที่ 1 เชื่อมโยงสายใย เป็นการถ่ายทอดตามเจตคติ ความรู้สึก ความคิดต่อผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน วงจรที่ 2 ร้อยใจร่วมกัน เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถ่ายทอดประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อนในชุมชน วงจรที่ 3 ผูกพันต้องใจ เป็นการค้นหาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน ในการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมวางแผน ร่วมกันเป็นเจ้าของ โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้เป็นรูปแบบหนึ่งที่เกิดขึ้นเพื่อให้เกิดพฤติกรรมกลุ่มในการดูแลรักษาและฟื้นฟูให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถช่วยเหลือตัวเองตามศักยภาพ ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ข้อเสนอแนะที่ 1 ควรพัฒนาโปรแกรมการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อนโดยชุมชน เพื่อเกิดรูปแบบแนวทางในการแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนที่สอดคล้องกับปัญหาในพื้นที่อย่างเหมาะสม ข้อเสนอแนะที่ 2 ศึกษาติดตามการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน และควรมีการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

ไพบุลย์ ดลเฉลิมยุทธนา (2557) ศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทผ่านการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่วิถีชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมระหว่างผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยความสะดวกในการทำงานร่วมกันระหว่างบุคลากรของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ กับภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอเมืองและอำเภอดอนจาน 30 คน ผู้ดูแลผู้ป่วย 52 คนและผู้ป่วยจิตเภท 16 คนรวม 98 คน โดยดำเนินการวิจัย 4 ขั้นตอนดังนี้ 1) วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจากผลการประเมินระดับคุณภาพชีวิต การสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม และการสังเกตแบบมีส่วนร่วมโดยใช้เครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยเปิดเวทีเสวนาและสะท้อนประสบการณ์พร้อมเปรียบเทียบตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข 2) วางแผนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโดยนำผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องมาผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่น 3) การปฏิบัติร่วมกันของหน่วยบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ ทติยภูมิ ปฐมภูมิ และภาคประชาชน 4) การประเมินผลทุกเดือนโดยการประชุมสะท้อนผลการปฏิบัติและปรับปรุงการปฏิบัติมุ่งสู่ผลลัพธ์ ผลการวิจัย พบว่า 1) รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผ่านการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่วิถีชีวิตชุมชนโดยพัฒนาศักยภาพ อสม. และผู้ดูแลในครอบครัว ให้สามารถสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย การออกแบบระบบการรับยาที่เอื้อให้ชุมชนเข้าถึงง่ายและชุมชนร่วมกำกับการใช้ยาของผู้ป่วย พัฒนาระบบสารสนเทศทางคลินิกเชื่อมโยงจากตติยภูมิถึงชุมชน เอื้อให้เกิดการตัดสินใจร่วมระหว่างชุมชนและบุคลากรสาธารณสุขอย่างทันท่วงที รวมทั้งมีการระดมทุนทางสังคมในชุมชนมาพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วย ได้แก่ การรักษา

แบบพื้นบ้าน การขอรับสวัสดิการจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น 2) ผลกระทบด้านสุขภาพเมื่อสิ้นสุดการดำเนินงาน 1 ปี มีผู้ป่วยกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน 3 คน (ร้อยละ 18.7) เนื่องจากกลุ่มเพื่อนยังใช้สารเสพติด ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่และดื่มสุราได้ และกลุ่มนี้เป็นผู้ที่ยังมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับไม่ดี เนื่องจากปัญหาว่างงานต้องพึ่งรายได้จากครอบครัว ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง 10 คน (ร้อยละ 62.6)ระดับดี 3 คน (ร้อยละ 18.7) โดยภาพรวมผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง

จิตวันต์ หงส์กิตติยานนท์ และคณะ (2558) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน จังหวัดนนทบุรี การศึกษานี้เป็นงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ ทั้งหมด 100 คน ใช้เวลาในการศึกษา 6 เดือน เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม แบบสังเกต ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.88 คือ แบบประเมินสมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเวช ส่วนค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.86 คือแบบสอบถามทัศนคติผู้ป่วยจิตเวช ส่วนค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.88 คือ แบบประเมินการรับรู้ของชุมชนต่อโครงการ และ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.87 คือแบบประเมินผลความพึงพอใจโครงการ สถิติที่ใช้คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานผลการศึกษการวิจัย พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยในชุมชน มี 2 องค์ประกอบคือ การมีอาจารย์/พยาบาลวิชาชีพและนักศึกษาพยาบาลวิชาชีพให้การดูแลที่บ้าน และเพื่อประเมินปัญหา และการจัดทำโครงการ ชีวิตสดใสและรณรงค์ไม่ให้ดื่มแอลกอฮอล์เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงทางสิ่งแวดล้อมในชุมชนการมีอาจารย์/พยาบาลวิชาชีพและนักศึกษาพยาบาลให้การดูแลที่บ้าน มีผู้ป่วยและครอบครัวเข้าร่วมโครงการ 10 ครอบครัว ผลการดำเนินงาน พบว่า ผู้ป่วย 8 คน มีการทำหน้าที่ทั่วไป และสมรรถภาพทางจิตดีขึ้น แต่มีผู้ป่วย 2 คน ดื่มแอลกอฮอล์ซ้ำ มีอาการทางจิตต้องส่งไปรักษาที่โรงพยาบาลศรีธัญญา เนื่องจากสภาพแวดล้อมในชุมชนเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ อันเนื่องจากการดื่มแอลกอฮอล์ ข้อเสนอแนะคือ รัฐบาลควรกำหนดนโยบายคุ้มครองให้ผู้ป่วยได้รับการรักษา โดยจัดให้มีทีม สหสาขาเช่น พยาบาลวิชาชีพ อาจารย์/นักศึกษาหรือให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยพยาบาลวิชาชีพ ควรได้รับคำตอบแทนจากระบบประกันสุขภาพ ในขณะที่เดียวกันควรมีมาตรการควบคุมการซื้อ-ขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงการดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชนอย่างเคร่งครัด

สุนทรีภรณ์ ทองไสย (2558) ศึกษาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในบริบทสังคมไทยอย่างยั่งยืน เนื่องจากปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเมื่อกลับสู่ชุมชนยังคงมีข้อจำกัดสำหรับบุคคลากรทางสุขภาพจิตและครอบครัวอยู่หลายด้าน จำเป็นที่จะต้องมีการระดมการดูแลผู้ป่วยในบริบทของครอบครัวที่มีประสิทธิภาพและต่อเนื่องภายใต้การวางแผนการดำเนินงานโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ตั้งแต่แรกเริ่มผู้ป่วยกลับจากโรงพยาบาลมาสู่สังคมเดิมของผู้ป่วย โดยที่ผู้ให้การดูแลจะต้องได้รับการเตรียมความ

พร้อมอย่างเป็นระบบ เพื่อเป็นการลดปัญหาต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นภายหลังจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มดังกล่าว ดังนั้นเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทภายใต้บริบทของสังคมไทยเกิดประสิทธิภาพสูงสุด และยั่งยืนทั้งต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและผู้ให้การดูแล นั่นคือ การส่งเสริมให้ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ความเข้าใจและทัศนคติที่ดีในการให้การดูแลผู้ป่วย เกิดเป็นพฤติกรรมกลุ่ม เครือข่ายของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่ไม่รู้สึกถึงการเป็นภาระในการดูแล แต่กลับรู้สึกถึงความมั่นคงและปลอดภัยญาติได้รับคำปรึกษาและคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยภายหลังจากการรับผู้ป่วยกลับมารักษาที่บ้าน ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามศักยภาพ ไม่รู้สึกเป็นภาระของครอบครัว ซึ่งเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถกลับคืนสู่ครอบครัว ชุมชน และสังคมของตนได้อย่างมีความสุขยิ่งขึ้นภายใต้บริบทการดูแลของสังคมไทยงานวิจัยในต่างประเทศ

เจนคอร์สกี (Jankowski, 2008 อ้างอิงจาก สุนทรีภรณ์ ทองไสย, 2558) แห่งแผนกวิชา ภูมิศาสตร์ มหาวิทยาลัย San Diego State ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้ทำการศึกษาการมีส่วนร่วมต่อการตัดสินใจของชุมชนโดยใช้ระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์ในการสร้างระบบข้อมูลต่าง ๆ เพื่อให้กลุ่มบุคคลในชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนและการตัดสินใจ และส่งเสริมการใช้ทรัพยากรในชุมชนของตนเองได้อย่างยั่งยืน เก็บข้อมูลโดยใช้วิธีการรวบรวมข้อมูลสารสนเทศที่ประชาชนใช้ในการสื่อสารและตัดสินใจร่วมกัน วิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยและนำเสนอเป็นภาพรวมของระบบสารสนเทศ ภูมิศาสตร์ผลจากการศึกษา พบว่า ชุมชนเกิดแนวคิดใหม่ขึ้น 2 แนวคิด คือ แนวคิดการวางแผนการใช้ ทรัพยากรทางน้ำร่วมกัน และแนวคิดการใช้คอมพิวเตอร์ในการค้นหาข้อมูลที่ทันสมัยขึ้น ซึ่งผลจากการศึกษาในเรื่องระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์นี้ จะช่วยให้ประชาชนสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับชุมชนและระบบข้อมูลต่าง ๆ ของพวกเขาได้ดีขึ้น

แมคแคนน์ และคณะ (McCann and others, 2008 อ้างอิงใน ฐิตวันต์ หงส์กิตติยานนท์ และคณะ, 2558) แห่งคณะพยาบาลและผดุงครรภ์ มหาวิทยาลัยวิกตอเรีย ประเทศออสเตรเลีย ได้ทำการศึกษาเชิงสำรวจเพื่อประเมินทัศนคติและข้อเสนอแนะของผู้มารับบริการด้านการแพทย์ที่ หน่วยบริการสุขภาพจิต โรงพยาบาลขนาดใหญ่ในประเทศออสเตรเลีย จำนวน 47 แห่ง โดยการสำรวจถูกออกแบบเพื่อให้ง่ายต่อการเก็บรวบรวมข้อมูล พบว่า ระยะเวลาในการให้บริการในคลินิก สุขภาพจิตและระยะเวลาในการทำงานของพยาบาล มีผลต่อความคิดและทัศนคติของผู้รับบริการ โดยผู้ป่วยเพศหญิงจะให้ความสนใจและเข้าร่วมในการบำบัดและรับคำแนะนำปรึกษาทางสุขภาพจิต มากกว่าผู้ป่วยเพศชาย บุคลากรแพทย์ผู้ที่มีประสบการณ์น้อย จะให้คำแนะนำและพัฒนาสุขภาพจิต แก่ผู้ป่วยมากกว่าบุคลากรแพทย์ผู้ที่มีประสบการณ์มาก ผลจากการวิจัยครั้งนี้ทำให้บุคลากรด้านการ แพทย์ส่วนใหญ่ต่างยอมรับในนโยบายการส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน และได้เข้าไปมีส่วนร่วมใน การบำบัดรักษาผู้ป่วยสุขภาพจิตร่วมกับชุมชนมากขึ้น

Marius (2005 อ้างถึงใน ฐิตวันต์ หงส์กิตติยานนท์ และคณะ, 2558) ทำการศึกษารูปแบบบริการชุมชนสำหรับโรคจิตเภท ซึ่งพบว่า โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่ทำให้เกิดอาการกำเริบและส่งผลต่อความเจ็บป่วยทางจิตที่มีมีความชุกในช่วงระหว่าง 0.40 ถึง 1.4 เปอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาที่หน่วยจิตเวชของโรงพยาบาลทั่วไปในท้องถิ่นเป็นระยะเวลาสั้นๆ เมื่อป่วยหนักด้วยแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นของการรักษาเช่นนี้ในโลก จึงมีการให้ความสำคัญกับการรักษาในชุมชนมากขึ้น ทีมสุขภาพจิตชุมชน (Community Mental Health Team : CMHT) เป็นรากฐานของการรักษาในชุมชน แม้ว่ารูปแบบและวิธีการดำเนินการจะแตกต่างกันไปตามความต้องการของผู้ป่วย แต่ผลลัพธ์ของรูปแบบบริการชุมชนสำหรับโรคจิตเภทให้ผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยมากกว่าผลลัพธ์ของการเข้าพักห้องพักในโรงพยาบาลระยะยาว สำหรับการจัดการรายกรณีพบว่าเป็นการจัดการที่ละเอียด ชัดเจนต่อปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย ทำให้ทราบแน่ชัดว่าผู้ป่วยแต่ละรายมีปัญหอะไร ความต้องการที่แท้จริงเป็นอย่างไร และผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่าอาจมีการใช้รูปแบบการให้บริการรับส่ง เช่น Just-in-Time (JIT) ในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท

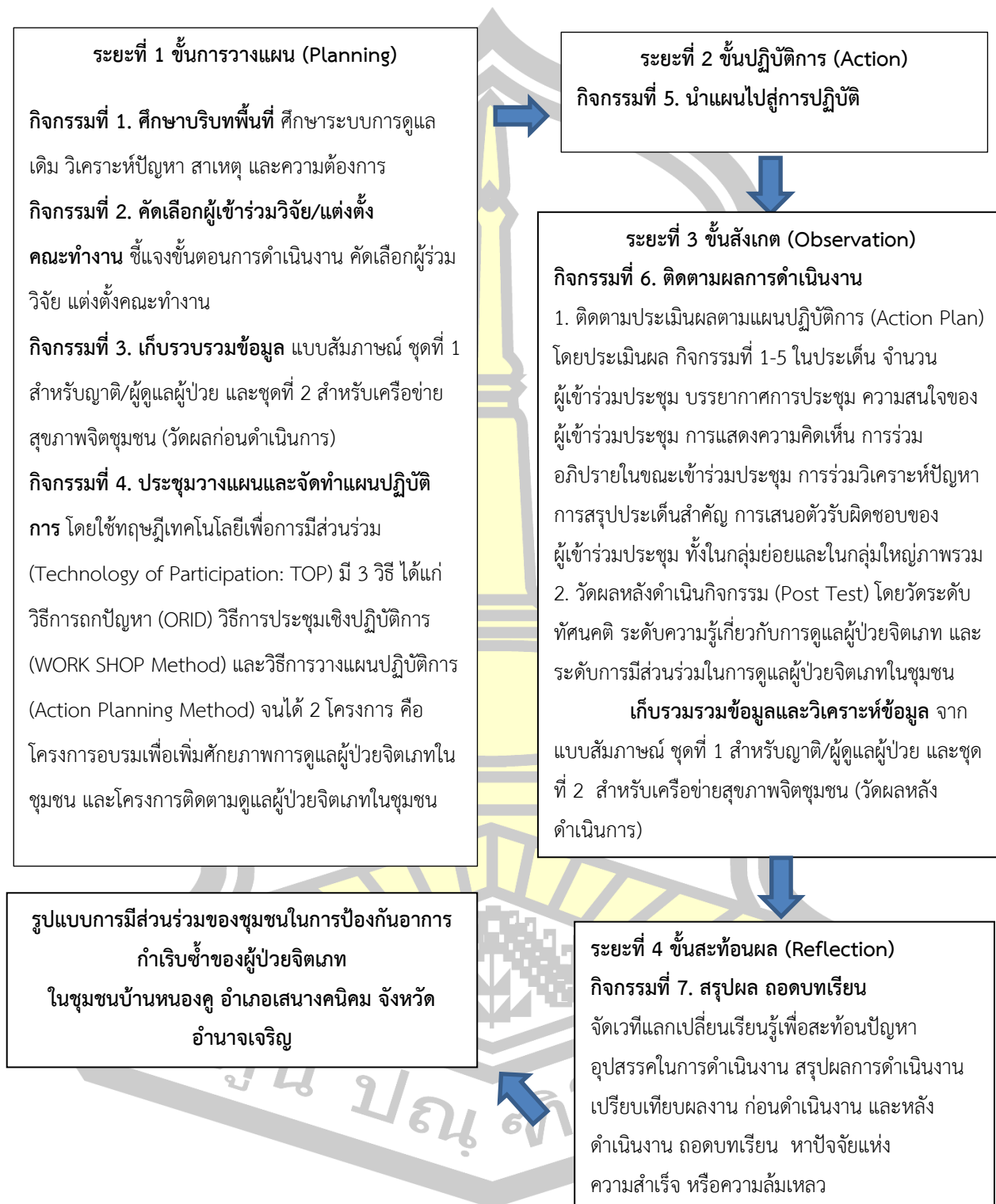
Eugenio และคณะ (2007 อ้างถึงใน ฐิตวันต์ หงส์กิตติยานนท์ และคณะ, 2558) ศึกษาโปรแกรมป้องกันการกำเริบของผู้ป่วยจิตเภทในเครือข่ายจิตเวชชุมชนของอิตาลี ซึ่งพบว่ามีกรณีปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง เป็นการเพิ่มความเสี่ยงในการรักษาในโรงพยาบาลและการเปลี่ยนหรือเพิ่มการรักษาเพื่อเป็นไปตามมาตรฐานการรักษา การกำกับให้รับประทานยาและการใช้สุขภาพจิตศึกษา มีส่วนช่วยในการเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา ผู้ศึกษาได้ดำเนินการในผู้ป่วยจิตเภท 50 คน มากกว่า 15 ศูนย์ในอิตาลี กลุ่มทดลองได้รับการรักษาด้วยยาและการใช้สุขภาพจิตศึกษาแบบเดิม ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับโปรแกรมรับยาและสุขภาพจิตศึกษาแบบเดิมมากกว่า 1 ปี ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีผลการปฏิบัติตัวดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในเกือบทุกชุดการประเมิน (BPRS, SAPS ของซิมป์สัน – Angus Scale, Lancashire QL Scale) และที่สำคัญกลับเข้านอนโรงพยาบาลและวันเข้าพักในโรงพยาบาลลดลง สอดคล้องกับวรรณกรรมนานาชาติที่ว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษากับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว สามารถลดการกำเริบของโรคได้

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปได้ว่า หลักการสำคัญของการดูแลผู้ป่วยจิตเภท คือ การรักษาและให้การดูแลต่อเนื่องในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาลที่ให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อลดอัตราการป่วยซ้ำที่อาจส่งผลต่อผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ เกิดรูปแบบหรือแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีความต่อเนื่องและยั่งยืน ซึ่งการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าว มีความสอดคล้อง สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนบ้านหนองคู หมู่ที่ 3 อำเภอสว่างคันฉิม จังหวัดอำนาจเจริญ

2.9 กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนบ้านหนองคู อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า จากปัญหาการขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน นับเป็นปัญหาที่มีความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพจิตในชุมชน ส่งผลให้ไม่สามารถแก้ปัญหาอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ จึงต้องปรับปรุงแก้ไขและพัฒนากระบวนการดำเนินงานอย่างเร่งด่วน โดยการแสวงหาเทคนิคหรือวิธีการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนเข้ามาช่วย เพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องยั่งยืน ด้วยการกระตุ้นให้ชุมชนได้เกิดความคิด ความรู้สึกเป็นเจ้าของและอยากมีส่วนร่วมในการพัฒนาการดูแลสุขภาพจิตในชุมชน ตามแนวทาง และขั้นตอนการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ ก.พ.ร. ได้เสนอแนะไว้ 5 ระดับ ได้แก่ 1) การร่วมให้ข้อมูลข่าวสาร 2) การร่วมปรึกษาหารือ 3) การร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมตัดสินใจ 4) การร่วมดำเนินการ และ 5) การร่วมตรวจสอบและประเมินผล (วิรัตน์ ปานศิลา, 2554)

แนวคิด ทฤษฎีเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (Technology of Participation: TOP) เป็นเทคนิคหรือวิธีการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนที่มีความเหมาะสมกับยุคสมัยและสถานการณ์ที่มีความหลากหลายของชุมชน ประกอบด้วย 3 วิธี ได้แก่ วิธีการถกปัญหา (ORID) (ว่ามองเห็นอะไร รู้สึกอย่างไร คิดอย่างไร จะทำอะไรต่อไป) วิธีการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Work Shop Method) และวิธีการวางแผนปฏิบัติการ (Action Planning Method) (มี 7 กิจกรรม คือ ศึกษาบริบทพื้นที่ คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย/แต่งตั้งคณะทำงาน เก็บรวบรวมข้อมูล ประชุมวางแผนและจัดทำแผนปฏิบัติการ ติดตามผลการดำเนินงาน และสรุปผล ถอดบทเรียน) ร่วมกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบปฏิบัติ (Practical Action Research) โดยผู้วิจัยมีส่วนร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา คอยกระตุ้นและกำกับให้เกิดการร่วมคิด วางแผน ปฏิบัติ สังเกตผล และการสะท้อนผล โดยกำหนดขั้นตอนการวิจัยเป็นวงรอบ แต่ด้วยข้อจำกัดด้านระยะเวลา ผู้วิจัยได้ศึกษาเพียง 1 วงรอบ มี 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นการวางแผน (Planning) ขั้นการปฏิบัติการ (Action) ขั้นสังเกต (Observation) และขั้นสะท้อนผล (Reflection) ทำให้ผู้ร่วมวิจัยเกิดการสะท้อนปัญหา เกิดการกระตุ้นการเรียนรู้ อย่างเป็นระบบ ซึ่งมีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ โดยมีการขับเคลื่อนร่วมกันแบบเครือข่าย ประกอบด้วย 3 เครือข่าย ได้แก่ ภาคประชาชน ภาคการเมือง และภาควิชาการ ตามแผนภูมิที่ 1



ภาพที่ 4 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยต้องการที่จะศึกษาการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนบ้านหนองคู อำเภอนางครี จังหวัดอำนาจเจริญ โดยมีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

- 3.1 รูปแบบการวิจัย
- 3.2 พื้นที่ดำเนินการวิจัย
- 3.3 ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย
- 3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.5 ขั้นตอนดำเนินการวิจัย
- 3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.7 การจัดกระทำกับข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล
- 3.8 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบปฏิบัติ (Practical Action Research) โดยกำหนดขั้นตอนการวิจัยเป็นวงจร P-A-O-R spiral Cycle แต่ด้วยข้อจำกัดด้านระยะเวลา ผู้วิจัยได้ศึกษาเพียง 1 วงรอบ มี 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นการวางแผน (Planning) ขั้นการปฏิบัติการ (Action) ขั้นสังเกต (Observation) และขั้นสะท้อนผล (Reflection) ซึ่งมีแนวคิดสำคัญ คือ ผู้วิจัยมีส่วนร่วมในการวิจัยมากขึ้น จะทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา คอยกระตุ้นและกำกับให้เกิดการร่วมคิด ปฏิบัติ สังเกตผล และการสะท้อนผล ร่วมกับการใช้แนวคิดกระบวนการมีส่วนร่วมโดยใช้ ทฤษฎีเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (Technology of Participation: TOP) ประกอบด้วย 3 วิธี ได้แก่ วิธีการแก้ปัญหา (ORID) (ว่ามองเห็นอะไร รู้สึกอย่างไร คิดอย่างไร จะทำอย่างไรต่อ) วิธีการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Work Shop Method) และวิธีการวางแผนปฏิบัติการ (Action Planning Method) (มี 7 กิจกรรม คือ ศึกษาบริบทพื้นที่ คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย/แต่งตั้งคณะทำงาน เก็บรวบรวมข้อมูล ประชุมวางแผนและจัดทำแผนปฏิบัติการ ติดตามผลการดำเนินงาน และสรุปผล ถอดบทเรียน) โดยจะส่งเสริมและกระตุ้นให้ชุมชนเกิดความคิด การสะท้อนปัญหา วิเคราะห์พัฒนาปรับปรุงการปฏิบัติงานของตนเอง จนเกิดการกระตุ้นการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ เพื่อค้นหารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันอาการ

กำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนบ้านหนองคู ตำบลนาเวียง อำเภอสว่างคันคม จังหวัดอำนาจเจริญ เมื่อได้รูปแบบที่ชุมชนและผู้วิจัยพึงพอใจแล้วจึงนำรูปแบบที่ได้ไปดำเนินการในชุมชน

3.2 พื้นที่ดำเนินการวิจัย

บ้านหนองคู หมู่ที่ 3 ตำบลนาเวียง อำเภอสว่างคันคม จังหวัดอำนาจเจริญ เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองคู อำเภอสว่างคันคม จังหวัดอำนาจเจริญ โดยผู้วิจัยร่วมกับชุมชน ดำเนินการศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ดังนั้นในการศึกษาวิจัยนี้ Unit of analysis คือ หมู่บ้าน (ไม่ใช่ individual)

3.3 ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย

3.3.1 ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้จำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน ประกอบด้วย คือ ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองคูซึ่งรับผิดชอบพื้นที่บ้านหนองคู พยาบาลจิตเวชโรงพยาบาลเสนางคันคม และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. ทั้งนี้เพื่อให้เกิดเป็นรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ และครอบคลุมทุกด้าน ผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกประชากร โดยมีเงื่อนไขของการกำหนดคุณสมบัติของประชากรที่จะถูกเลือกมาศึกษา โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) และเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่

1. ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในรายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (F20) และรับการรักษาที่โรงพยาบาลเสนางคันคม หรือโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ อาศัยอยู่ในพื้นที่บ้านหนองคู หมู่ที่ 3 เป็นระยะเวลาติดต่อกันอย่างน้อย 1 ปี
2. ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองคู พยาบาลจิตเวชโรงพยาบาลเสนางคันคม อาศัยอยู่ในพื้นที่ หรือปฏิบัติงานตลอดระยะเวลาทำการการศึกษาวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่

1. ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วย ในรายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตเวชแบบอื่น
2. ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วย ที่มีได้อาศัยอยู่ในพื้นที่ หรืออาศัยอยู่ในพื้นที่ แต่ระยะเวลาไม่ถึง 1 ปี
3. ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีได้อาศัยอยู่ในพื้นที่หรือปฏิบัติงานในพื้นที่
4. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานสุขภาพจิต จากหน่วยงานอื่น
5. ผู้ที่ปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย

จึงนำมาซึ่งจำนวนประชากรที่ศึกษา ดังนี้

ส่วนที่ 1 กลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว

- | | |
|---------------------------|-------------|
| 1. ญาติ/ดูแลผู้ป่วยจิตเภท | จำนวน 12 คน |
|---------------------------|-------------|

ส่วนที่ 2 กลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน

- | | |
|---|-------------|
| 2. ผู้นำชุมชน (ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน/กรรมการหมู่บ้าน | จำนวน 4 คน |
| 3. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน | จำนวน 18 คน |
| 4. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองคู | จำนวน 1 คน |
| 5. พยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลเสนางคนิคม | จำนวน 1 คน |

รวม 36 คน

3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แล้วนำมาประยุกต์สร้างเป็นเครื่องมือให้มีความสอดคล้องกับความมุ่งหมายของการวิจัย กรอบแนวคิดในการวิจัย และรูปแบบวิธีดำเนินการวิจัย โดยเครื่องมือแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

3.4.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ดังรายละเอียดตามแผนปฏิบัติการ มี 7 กิจกรรม ได้แก่ ศึกษาบริบทพื้นที่ คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย/แต่งตั้งคณะทำงาน เก็บรวบรวมข้อมูล ประชุมวางแผนและจัดทำแผนปฏิบัติการ นำแผนไปสู่การปฏิบัติ ติดตามผลการดำเนินงาน และสรุปผล ถอดบทเรียน

3.4.2 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย มีรายละเอียดดังนี้

1) แบบสัมภาษณ์ ผู้ศึกษาได้จำแนกแบบสัมภาษณ์ออกเป็น 2 ชุด ได้แก่ แบบสัมภาษณ์สำหรับกลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และแบบสัมภาษณ์สำหรับกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน ซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์ข้อมูลลักษณะทางประชากร ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทักษะที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท และการวัดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์สำหรับกลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร ผู้วิจัยได้ออกแบบเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนของผู้ดูแล มีข้อคำถาม 9 ข้อ เป็นข้อคำถามลักษณะทางประชากร จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ฐานะทางการเงินของครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และส่วนของผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ สาเหตุของการป่วย ระยะเวลาที่ป่วย ลักษณะโดยรวมของอาการ สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษาล่าสุดท้าย ความต่อเนื่องในการรักษาและการเดินทางไปพบแพทย์ตามนัด

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีจำนวนทั้งสิ้น 20 ข้อเป็นลักษณะให้เลือกตอบข้อคำถามที่คิดว่าถูกต้อง ซึ่งการให้คะแนนคำตอบที่ตอบถูก จะได้ 1 คะแนนตอบผิด จะได้ 0 คะแนน คะแนนความรู้เป็นคะแนนรวมมีค่าต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนนและมีค่าสูงสุด 20 คะแนน ผู้วิจัยได้กำหนดระดับความรู้ของกลุ่มประชากรโดยกำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายของคะแนนเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาใช้เกณฑ์ของ (Bloom, 1971) กำหนดให้ คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป มากกว่าหรือเท่ากับ 16 คะแนน มีความรู้ระดับดี คะแนนร้อยละ 60 – 79 12-15 คะแนน มีความรู้ระดับปานกลางคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน มีความรู้ระดับน้อย

ส่วนที่ 3 แบบประเมินทัศนคติที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยพัฒนาจากการศึกษาของ เพ็ญประภา มะลาไว (2550) มีจำนวน 10 ข้อ ผู้วิจัยได้ประยุกต์มาตราประมาณค่า (Rating Scale) มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยกำหนดให้

ข้อคำถามด้านบวก

เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 4 คะแนน

เห็นด้วย เท่ากับ 3 คะแนน

ไม่เห็นด้วย เท่ากับ 2 คะแนน

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 1 คะแนน

ข้อคำถามด้านลบ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 1 คะแนน

เห็นด้วย เท่ากับ 2 คะแนน

ไม่เห็นด้วย เท่ากับ 3 คะแนน

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 4 คะแนน

ผู้วิจัยได้กำหนดการแปลผลความหมายของระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มประชากรผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวโดยใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการแบ่งระดับทัศนคติโดยใช้หลักการแจกแจงแบบปกติเป็นเกณฑ์ตามแนวคิดของเบสท์ (Best, 1995: 19 อ้างถึงใน สุมัทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553)

$$\text{พิสัยของช่วงคะแนน} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับที่แบ่ง}} = \frac{4-1}{4} = 0.75$$

จากหลักเกณฑ์ดังกล่าวผู้วิจัยนำมาแบ่งระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็น 4 ระดับ

ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.00 หมายถึง การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 1.67 – 2.33 หมายถึง การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.66 หมายถึง การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย น้อยกว่า 1.00 หมายถึง การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระดับน้อยที่สุด

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์ สำหรับกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากรสำหรับกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนผู้วิจัยได้ออกแบบให้มีข้อความทั้งหมด 7 ข้อ เป็นข้อความลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความสัมพันธ์ผู้ป่วยจิตเภท และระยะเวลาที่รู้จักหรือมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีจำนวนทั้งสิ้น 20 ข้อ เป็นลักษณะให้เลือกตอบข้อความที่คิดว่าถูกต้อง ซึ่งการให้คะแนนคำตอบที่ตอบถูก จะได้ 1 คะแนน ตอบผิด จะได้ 0 คะแนน คะแนนความรู้เป็นคะแนนรวมมีค่าต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนนและมีค่าสูงสุด 20 คะแนนผู้วิจัยได้กำหนดระดับความรู้ของกลุ่มประชากรโดยกำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายของคะแนนเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาใช้เกณฑ์ของ (Bloom, 1971) กำหนดให้

คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป มากกว่าหรือเท่ากับ 16 คะแนน มีความรู้ระดับดี

คะแนนร้อยละ 60 – 79 12-15 คะแนน มีความรู้ระดับปานกลาง

คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน มีความรู้ระดับน้อย

ส่วนที่ 3 แบบประเมินทัศนคติที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยพัฒนาจากการศึกษาของ เพ็ญประภา มะลาไวย์ (2550) มีจำนวน 10 ข้อ ผู้วิจัยได้ประยุกต์มาตราประเมินค่า (Rating Scale) มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยกำหนดให้

ข้อความด้านบวก

เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 4 คะแนน

เห็นด้วย เท่ากับ 3 คะแนน

ไม่เห็นด้วย เท่ากับ 2 คะแนน

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 1 คะแนน

ข้อความด้านลบ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 1 คะแนน

เห็นด้วย เท่ากับ 2 คะแนน

ไม่เห็นด้วย เท่ากับ 3 คะแนน

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 4 คะแนน

ผู้วิจัยได้กำหนดการแปลผลของระดับทัศนคติของกลุ่มประชากรภาคีเครือข่ายในชุมชนโดยใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการแบ่งระดับทัศนคติโดยใช้หลักการแจกแจงแบบปกติเป็นเกณฑ์ตามแนวคิดของเบสท์ (Best, 1995: 19 อ้างถึงใน สมัทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553)

$$\text{พิสัยของช่วงคะแนน} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับที่แบ่ง}} = \frac{4-1}{4} = 0.75$$

จากหลักเกณฑ์ดังกล่าวผู้วิจัยนำมาแบ่งระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทเป็น 4 ระดับ

ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 3.27 – 4.00 หมายถึง ระดับทัศนคติที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 2.52 – 3.26 หมายถึง ระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทระดับค่อนข้างมาก

ค่าเฉลี่ย 1.76 – 2.51 หมายถึง ระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.75 หมายถึง ระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทระดับน้อย

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมาย แบ่งเป็น 5 ด้าน ตามระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ ก.พ.ร. แนะนำ (วิริติ ปานศิลา, 2554) ได้แก่

- 2.1.2.1 ด้านการร่วมรับรู้ข้อมูลข่าวสาร
- 2.1.2.2 ด้านการร่วมให้ข้อมูลข่าวสาร
- 2.1.2.3 ด้านการร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมตัดสินใจ
- 2.1.2.4 ด้านการร่วมดำเนินการ
- 2.1.2.5 ด้านการร่วมตรวจสอบและประเมินผล

และประยุกต์เข้ากับการศึกษาของ ดารุณี อ่างมัจฉา (2554) แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านอารมณ์ และจิตใจ และด้านการรักษา รวมเป็นจำนวน 20 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบมาตราประเมินค่า (Rating Scale) มีลักษณะแบบเลือกตอบ 3 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ไม่เคยปฏิบัติ กำหนดให้ 1 คะแนน

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง กำหนดให้ 2 คะแนน

ปฏิบัติเป็นประจำ กำหนดให้ 3 คะแนน

ผู้วิจัยได้กำหนดการแปลผลของระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มประชากร เครือข่ายดูแลสุขภาพในชุมชนโดยใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการแบ่งระดับการดูแลโดยใช้หลักการแจกแจงแบบปกติเป็นเกณฑ์ตามแนวคิดของเบสท์ (Best, 1995: 19 อ้างถึงใน สุมัทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553)

$$\text{พิสัยของช่วงคะแนน} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับที่แบ่ง}} = \frac{3-1}{3} = 0.66$$

จากหลักเกณฑ์ดังกล่าวผู้วิจัยนำมาแบ่งระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.00 หมายถึง การดูแลผู้ป่วยจิตเภทระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 1.67 – 2.33 หมายถึง การดูแลผู้ป่วยจิตเภทระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.66 หมายถึง การดูแลผู้ป่วยจิตเภทระดับน้อย

3.4.3 การสร้างและพัฒนาเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การสร้างเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยมี ขั้นตอนดังนี้

1. พิจารณารายละเอียดจากวัตถุประสงค์ของการวิจัย
2. ศึกษาจากทฤษฎีข้อบังคับระเบียบแผนการปฏิบัติงานและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
3. พิจารณารายละเอียดจากกรอบแนวคิดในการวิจัย
4. นำเครื่องมือเสนออาจารย์ที่ปรึกษา และนำเสนอแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญ

จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมครบถ้วน ตรงตามวัตถุประสงค์และเนื้อหาที่ต้องการวัด

5. นำเครื่องมือไปปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญในด้านความตรงเชิงเนื้อหา รูปแบบและความเหมาะสมของภาษา

6. นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้จำนวน 30 คนในหมู่บ้านโนนหนามแท่ง อำเภอเสนางนครินทร จัหวัดอำนาจเจริญ ทดสอบคุณภาพเครื่องมือทางสถิติ ปรับปรุงหาความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach 's Alpha Coefficient) ค่าความเที่ยงจากการวิเคราะห์ ซึ่งค่าความเที่ยงของแบบสอบถามในแต่ละด้าน แล้วนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขไปใช้ในการเก็บข้อมูล

3.5 ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านการตรวจสอบและแก้ไขแล้ว จึงดำเนินการศึกษาวิจัยตามขั้นตอนกระบวนการมีส่วนร่วมอาศัยเทคนิค เทคโนโลยีการมีส่วนร่วม (Technology Of Participation) แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) วิธีการถกปัญหา (ORID Method) (ว่ามองเห็นอะไร รู้สึกอย่างไร คิดอย่างไร จะทำอย่างไรต่อ) 2) การประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop Method) 3) การวางแผนปฏิบัติงาน (Action Planning Method) (มี 7 กิจกรรม คือ ศึกษาบริบทพื้นที่ คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย/แต่งตั้งคณะทำงาน เก็บรวบรวมข้อมูล ประชุมวางแผนและจัดทำแผนปฏิบัติการ ติดตามผลการดำเนินงาน และสรุปผล ถอดบทเรียน) ร่วมกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบปฏิบัติ (Practical Action Research) ดำเนินการเป็นวงรอบ ซึ่งมี 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกต (Observe) และการสะท้อนผล (Reflection) ได้แก่

3.5.1 ขั้นการวางแผน (Planning)

กิจกรรมที่ 1. ศึกษาบริบทพื้นที่ ศึกษาข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ปัญหาอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนบ้านหนองคู หมู่ที่ 3 สาเหตุอาการกำเริบซ้ำ และความต้องการของชุมชน

กิจกรรมที่ 2. คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย/แต่งตั้งคณะทำงาน ประสานงานผู้มีส่วนเกี่ยวข้องด้วยวาจาและทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลการวิจัย ชี้แจงขั้นตอนการดำเนินงาน คัดเลือกผู้ร่วมวิจัย แต่งตั้งคณะทำงาน

กิจกรรมที่ 4. เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลในชุมชน กับกลุ่มเป้าหมาย โดยใช้แบบสัมภาษณ์ชุดที่ 1 สำหรับญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และ ชุดที่ 2 สำหรับเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน (ทดสอบก่อนดำเนินการ)

กิจกรรมที่ 5. ประชุมวางแผนและจัดทำแผนปฏิบัติการ โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมาย จากการใช้เทคนิคเทคโนโลยีการมีส่วนร่วม (Technology Of Participation : TOP) ประกอบด้วย

1. วิธีการแก้ปัญหา (ORID Method) จะประกอบด้วยคำถามหลักจำนวน 4 ระดับ ได้แก่ **ระดับความมุ่งหมาย (Objective Level)** โดยจะเลือกคำถามที่ใช้ คือ มองเห็นอะไรเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท มองเห็นปัญหาอะไรเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เราจะทำอะไรเพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำ **ระดับไตร่ตรอง (Reflection Level)** โดยจะเลือกใช้คำถาม ได้แก่ ท่านรู้สึกอย่างไรกับอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ท่านรู้สึกอย่างไรที่เราจะทำโครงการหรือกิจกรรม ในการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน **ระดับตีความ (Interpretative Level)** โดยจะเลือกใช้คำถาม ได้แก่ เราจะได้ประโยชน์อะไรในการมาร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ ท่านคิดว่าปัญหาอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทสำคัญอย่างไร ท่านคิดว่าปัญหาดังกล่าวมีผลกระทบอย่างไรต่อชุมชน ถ้าชุมชนไม่เข้ามาดูแล ผลจะเป็นอย่างไร **ระดับการตัดสินใจ (Decisional Level)** โดยจะเลือกใช้คำถาม ได้แก่ ท่าน จะต้องทำอย่างไรต่อการป้องกันการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ท่านจะร่วมกันทำกิจกรรมอะไรเพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2. วิธีการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop Method) ประกอบด้วย ขั้นตอนหลัก 5 ขั้นตอน ได้แก่

a. การสร้างบริบท คำถามรวมศูนย์ เป็นการกล่าวนำเริ่มการประชุม อธิบายและเน้นย้ำคำถามรวมศูนย์เกี่ยวกับการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ขั้นตอนที่จะทำ ระบุดิถีการมีส่วนร่วม และเวลาที่ใช้ มีการเชื้อเชิญให้ร่วมแสดงพลังในการแก้ไขปัญหา

b. การระดมสมอง ให้สมาชิกเขียนแสดงความคิดของตนเองลงในแผ่นกระดาษ บัตรความคิด 2-3 ความคิดเห็น จัดกลุ่มถกเถียงขนาดเล็ก ให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน แล้วให้กลุ่มคัดเลือกความคิดที่สำคัญ 5-7 ข้อ นำบัตรความคิดจากทุกกลุ่ม ไปติดบนกระดาน ให้ทุกคนได้ศึกษาความคิดต่าง ๆ ที่ทุกกลุ่มย่อยได้ช่วยระดมความคิด ระดมสมอง

c. การจัดหมวดหมู่ สร้างความสัมพันธ์ใหม่ จัดความคิดที่คล้ายกัน ให้อยู่ในหมวดหมู่เดียวกัน

d. การตั้งชื่อ ดึงความเข้าใจ สื่อสารความเห็นพ้องร่วมกัน โดยยกไปที่ละหมวดหมู่ในที่ประชุมส่วนใหญ่ ว่ามีความคิดเห็นอย่างไร ที่ประชุมเห็นแสงสว่างทางปัญญาอะไรบ้าง แล้วให้ตั้งชื่อใหม่ใช้คำ 3-5 คำ

e. การไตร่ตรอง ยืนยันความมุ่งมั่นของกลุ่ม โดยอภิปรายความสำคัญของผลผลิตที่ได้จากการกระทำกระบวนการกลุ่ม (แผนโครงการที่ได้) ขอข้อเสนอแนะเพิ่มเติม และถกขั้นตอนที่จะทำต่อไปสั้นๆ ในขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยโดยใช้วิธีการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop Method) ซึ่งผู้วิจัยจะนำวิธีการนี้มาประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชน ในการจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการดังกล่าว เป็นการเน้นให้กลุ่มเป้าหมายเข้ามามีส่วนร่วมกระบวนการนี้

3. วิธีการวางแผนการปฏิบัติการ (Action Planning Method) ประกอบด้วย
ขั้นตอนหลัก 7 ขั้นตอน คือ

1. บริบท แนะนำเหตุการณ์ หรือ กิจกรรมที่จะร่วมกันวางแผน โดยมีการกล่าวนำเน้นย้ำข้อความสำคัญของกิจกรรมที่จะร่วมกันวางแผน โครงร่างขั้นตอนที่จะทำ โดยเชื้อเชิญ และกระตุ้นให้ร่วมกันคิดบอกลักษณะกิจกรรมที่จะทำ โดยมีประเด็นหัวข้อกิจกรรม ดังนี้

a. จะทำอะไร :การป้องกันอาการกำเริบซ้ำในชุมชน

b. จะทำเมื่อไหร่ :ส.ค - ต.ค.2562

c. จะทำที่ไหน :บ้านหนองคู หมู่ที่ 3 ตำบลนาเวียง

d. จะทำอย่างไร :โครงการอบรมเครือข่ายเพื่อเพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และโครงการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภท

e. จะทำโดยใคร :ญาติ/ผู้ดูแล และเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน

f. งบประมาณจากไหน :กองทุนสุขภาพตำบล

2. วงจรแห่งชัยชนะ ให้นิยามความสำคัญของกิจกรรม ถ้าทำแล้วสำเร็จพวกเรา รู้สึกอย่างไร ผู้คนในชุมชนพวกเขาจะเห็นอะไร จะได้ประโยชน์อย่างไรเมื่อทำกิจกรรมนี้ ผู้คนเขาจะว่าอย่างไร จะชื่นชมเราอย่างไร

3. สภาพความเป็นจริงในปัจจุบัน วิเคราะห์สภาพปัญหาการเฝ้าระวังในปัจจุบัน จุดแข็ง จุดอ่อน ผลดี ผลเสีย ที่จะเกิดผลมาจากการดำเนินงานตามแผนงานกิจกรรม/โครงการ

4. ข้อผูกมัด ทำเป็นประกาศพันธะสัญญาหรือสัญญาใจ ขอให้กลุ่มทุ่มเทความสำเร็จของโครงการ จัดข้อมูลผูกมัดลงไปในกระดาษ และติดที่กระดาน เพื่อประกาศเจตนารมณ์ของกลุ่มในภาพรวม

5. ประชุมปฏิบัติการ ระบุปฏิบัติการที่ต้องทำ และแต่งตั้งคณะทำงาน เป็นการระบุรายละเอียดกิจกรรมย่อย หรืองาน (ขั้นตอน/กระบวนการ) ที่ต้องทำในแผนงาน/โครงการ คัดเลือกคณะทำงานกันเอง เพื่อเปิดโอกาสให้เลือกที่เหมาะสมหรือผู้ที่ต้องการอาสารับผิดชอบ

6. ปฏิทินกิจกรรมและงานที่มอบหมาย เป็นการกำหนดภาพรวมของกิจกรรมทั้งหมด จะทำอะไร จะทำเมื่อไหร่ จะทำที่ไหน จะทำทำไม จะทำอย่างไร ตัวชี้วัดความสำเร็จ วิธีการตรวจสอบ งบประมาณเท่าไร งบประมาณจากไหน ใครเป็นคนรับผิดชอบ และกุญแจความสำเร็จคืออะไร (อะไรเป็นตัวบอกว่าทำกิจกรรมขั้นตอนนั้นสำเร็จ)

7. การไต่ตรอง ทำการสนทนาร่วมกันมีส่วนร่วมเพื่อร่วมกันตรวจสอบ และ ถกประเด็นในขั้นตอนต่อไปสั้น ๆ เพื่อปิดการวางแผนปฏิบัติการของชุมชน

3.5.2 ขั้นตอนการวิจัย (Action) ปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้ โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. โครงการอบรมเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีวิธีดำเนินการ คือ เชิญวิทยากรพยาบาลจิตเวชจากโรงพยาบาลเสนาณรงค์ม อบรมให้ความรู้ในประเด็น โรคจิตเภทคืออะไร ทักษะชีวิตที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท การรักษา การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (กลุ่มญาติ/ผู้ดูแล และเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน)

2. โครงการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีวิธีดำเนินการ คือผู้วิจัยและกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน ออกติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

3.5.3 ขั้นการสังเกต (Observation)

1. ติดตามประเมินผลตามแผนปฏิบัติการ (Action Plan) โดยประเมินผล กิจกรรมที่ 1-5 ในประเด็น จำนวนผู้เข้าร่วมประชุม บรรยากาศการประชุม ความสนใจของผู้เข้าร่วมประชุม การแสดงความคิดเห็น การร่วมอภิปรายในขณะเข้าร่วมประชุม การร่วมวิเคราะห์ปัญหา การสรุปประเด็นสำคัญ การเสนอตัวรับผิดชอบของผู้เข้าร่วมประชุม ทั้งในกลุ่มย่อยและในกลุ่มใหญ่ภาพรวม

2. วัดผลหลังดำเนินกิจกรรม (Post Test) โดยวัดระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทักษะชีวิตที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3.5.4 การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (Reflection) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยนำข้อมูลที่รวบรวมไว้ ตั้งแต่ขั้นการวางแผน (Planning) ขั้นการปฏิบัติการ (Action) ขั้นสังเกต (Observation) มาวิเคราะห์และพิจารณาร่วมกัน เพื่อสรุปผลการดำเนินงาน เปรียบเทียบผลงานก่อน-หลังการดำเนินงาน ถอดบทเรียน หาปัจจัยแห่งความสำเร็จหรือความล้มเหลว

3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เก็บข้อมูลในขั้นตอนวางแผน เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์วางแผนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยจัดทำหนังสือประสานงานจากคณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองคู อำเภอนางรอง จังหวัดอำนาจเจริญ เพื่อขอความอนุเคราะห์เป็นพื้นที่ทำการศึกษาวิจัย รับทราบรายละเอียดขั้นตอนการศึกษาวิจัย พร้อมทั้งจัดประชุมชี้แจงรายละเอียดและแนวทางการดำเนินการโครงการวิจัยแก่ผู้ร่วมวิจัย ศึกษาข้อมูลและวิเคราะห์สภาพการณ์ปัจจุบัน ดังนี้

1.1 การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเก็บข้อมูล โดยการสนทนากลุ่ม, การสังเกตแบบมีส่วนร่วม

1.2 การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเก็บข้อมูล โดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลจากผู้เกี่ยวข้อง เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลครบถ้วนแล้ว ผู้ศึกษาทำการตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้ง และบันทึกผลตามคู่มือการลงรหัสที่สร้างขึ้นเพื่อความสะดวกในการบันทึกข้อมูลในคอมพิวเตอร์

3.7 การจัดกระทำกับข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

1. ตรวจสอบความเรียบร้อยและความสมบูรณ์ของข้อมูลในเครื่องมือการวิจัย ที่รวบรวมมาจนครบทุกฉบับ

2. ลงรหัสข้อมูลในแบบสัมภาษณ์ ตามคู่มือการแปลงรหัสคำตอบลงในแบบสัมภาษณ์ ชุดที่ 1 และชุดที่ 2

3. ลงรหัสค่าคะแนนในแบบสัมภาษณ์ ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มเป้าหมาย ตามคู่มือการแปลงรหัสของคำตอบให้เป็นค่าคะแนน เพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

4. นำแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม และแบบสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม ที่ผ่านการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว นำมาประมาณการเป็นค่าคะแนน

5. นำแบบสัมภาษณ์ ชุดที่ 1 และชุดที่ 2 ที่ผ่านการแปลงค่าคะแนนและการลงรหัสเรียบร้อยแล้ว ทำการบันทึกข้อมูลลงในเครื่องคอมพิวเตอร์ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลแปลผล และสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล ตามวิธีการและลักษณะของข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

3.8 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

3.9 จริยธรรมในการวิจัย

ผู้วิจัยตระหนักและให้ความสำคัญเกี่ยวกับสิทธิส่วนบุคคล ความมีคุณค่า และศักดิ์ศรีของผู้เข้าร่วมการวิจัย ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง เพื่อป้องกันมิให้เกิดผลเสียแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงได้ขออนุญาตทำการศึกษาจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่การรับรอง 161/2562 พร้อมทั้งได้กำหนดแนวทางการปฏิบัติด้านจริยธรรมของการวิจัย ตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยให้ความสำคัญใน 3 ด้าน ดังต่อไปนี้

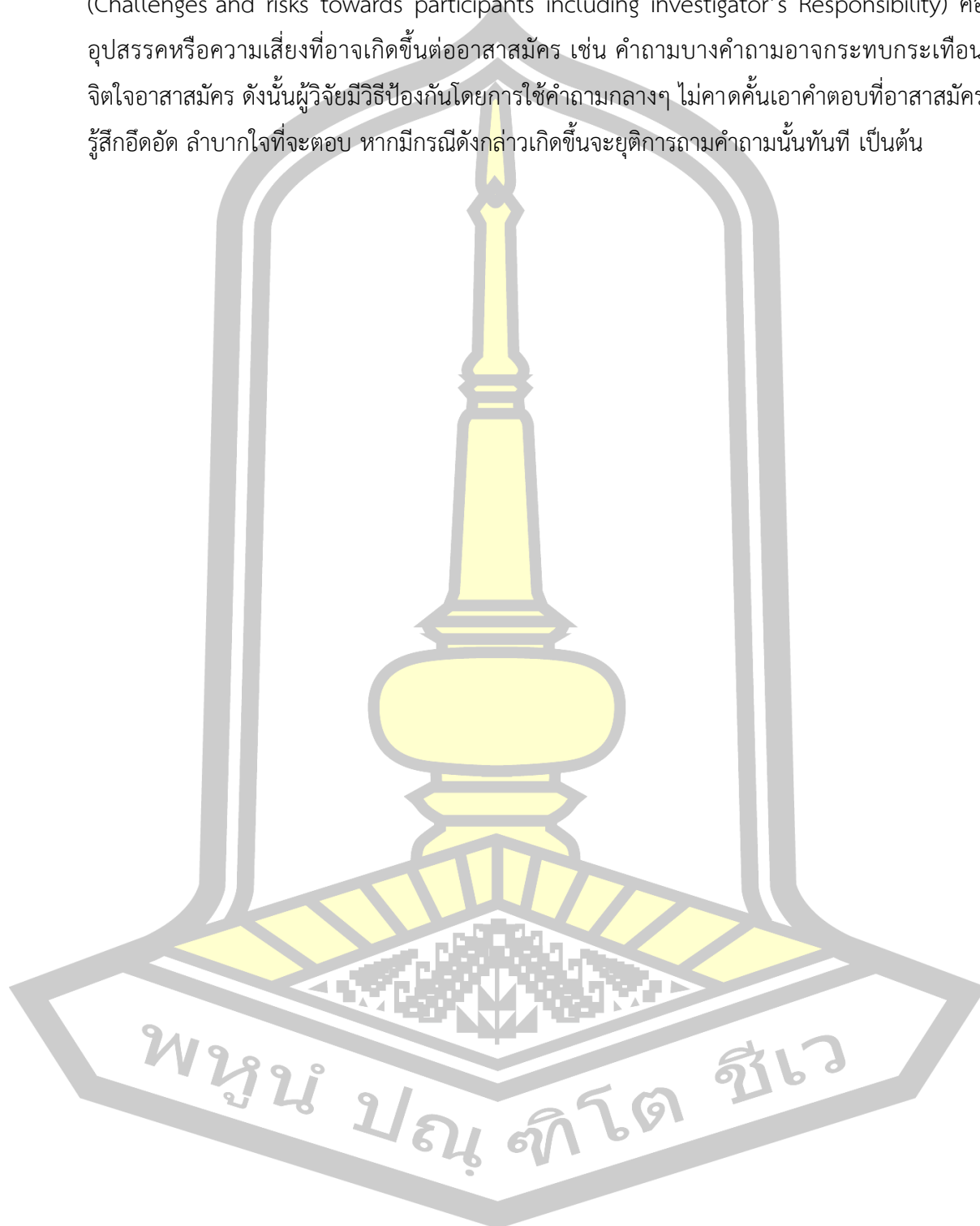
1. ด้านความเคารพในบุคคล โดยการใช้หลักเอกสิทธิ์ (Autonomy) คำนึงถึงความเป็นส่วนตัว ตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคล และเคารพการตัดสินใจของผู้ที่เข้าร่วมการวิจัย โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยมีอิสระในการตัดสินใจ และการให้ข้อมูล รวมทั้งการยินยอมให้บันทึกภาพ ผู้วิจัยจะไม่กระทำการใด ๆ ที่ก่อให้เกิดอันตรายหรือความต่อร่างกาย จิตใจ สังคม ของผู้ร่วมวิจัย โดยการให้ข้อมูลอย่างครบถ้วน จนอาสาสมัครเข้าใจเป็นอย่างดี และตัดสินใจอย่างอิสระในการให้ความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

2. ด้านการป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดกับผู้ร่วมวิจัย การศึกษาครั้งนี้ได้มีการทำหนังสือขออนุญาตทำการวิจัยจากมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อป้องกันมิให้เกิดผลเสียแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนในการดำเนินงาน ข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้จะนำไปใช้เพื่อการศึกษาวิจัยเท่านั้น และไม่มีการเปิดเผยนามผู้ให้ข้อมูล

3. ด้านความยุติธรรม ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิปฏิเสธ หรือยุติการเข้าร่วมกระบวนการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบต่อผู้ร่วมวิจัย ทั้งกลุ่มญาติผู้ดูแล และกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน

4. การรักษาความลับของอาสาสมัคร (Privacy and Confidentiality) โดยในแบบบันทึกข้อมูลจะไม่มี identifier ที่จะระบุถึงตัวอาสาสมัครได้

5. อุปสรรคและความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นต่ออาสาสมัครและความรับผิดชอบของผู้วิจัย (Challenges and risks towards participants including investigator's Responsibility) คือ อุปสรรคหรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นต่ออาสาสมัคร เช่น คำถามบางคำถามอาจกระทบกระเทือนจิตใจอาสาสมัคร ดังนั้นผู้วิจัยมีวิธีป้องกันโดยใช้คำถามกลางๆ ไม่คาดคั้นเอาคำตอบที่อาสาสมัครรู้สึกอึดอัด ลำบากใจที่จะตอบ หากมีกรณีดังกล่าวเกิดขึ้นจะยุติการถามคำถามนั้นทันที เป็นต้น



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยต้องการหารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบปฏิบัติ (practical action research) มีแนวคิดสำคัญ คือ ผู้วิจัยมีส่วนร่วมในการวิจัย โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา คอยกระตุ้นและกำกับให้เกิดการร่วมคิด วางแผน ปฏิบัติ สังเกตผล และการสะท้อนผล ซึ่งมี 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกต (Observe) และการ สะท้อนผล (Reflection) และใช้กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนด้วยอาศัยเทคนิค เทคโนโลยีการมีส่วนร่วม (Technology Of Participation) แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) วิธีการถกปัญหา (ORID Method) (ว่ามองเห็นอะไร รู้สึกอย่างไร คิดอย่างไร จะทำอย่างไรต่อ) 2) การประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop Method) 3) การวางแผนปฏิบัติงาน (Action Planning Method) (มี 7 กิจกรรม คือ ศึกษาบริบทพื้นที่ คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย/แต่งตั้งคณะทำงาน เก็บรวบรวมข้อมูล ประชุมวางแผนและจัดทำแผนปฏิบัติการ ติดตามผลการดำเนินงาน และสรุปผล ถอดบทเรียน) มีผู้ร่วมวิจัย ได้แก่ กลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 12 คน กลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน จำนวน 24 คน ประกอบด้วยผู้นำชุมชน (ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน/กรรมการหมู่บ้าน จำนวน 4 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 18 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองคู จำนวน 1 คน และพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลเสนางคนิคม จำนวน 1 คน รวมจำนวนผู้ร่วมวิจัยทั้งสิ้น จำนวน 36 คน เมื่อได้รูปแบบที่ชุมชนและนักวิจัยพึงพอใจแล้ว จึงนำรูปแบบที่ได้ไปดำเนินการในชุมชน โดยมีประเด็นในการนำเสนอ ดังนี้

4.1 ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1

เพื่อศึกษาบริบทการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนบ้านหนองคู พื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองคู ตำบลนาเวียง อำเภอเสนางคนิคม จังหวัดอำนาจเจริญ

ขั้นวางแผน (Planning)

4.1.1 กิจกรรมที่ 1 ศึกษาบริบท วิเคราะห์ปัญหา

ข้อมูลพื้นฐานหมู่บ้านที่ศึกษา

ข้อมูลพื้นฐานชุมชนหมู่บ้านที่ศึกษาได้จากจากประวัติหมู่บ้านที่ถูกรวบรวมไว้แล้ว และจากการสัมภาษณ์ผู้รู้ในชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน ผู้สูงอายุ ผู้ทรงคุณวุฒิ

บ้านหนองคู หมู่ที่ 3 ตำบลนาเวียง อำเภอสว่างคันคม จังหวัดอำนาจเจริญ อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองคู นับถือศาสนาคริสต์ นิกายโรมันคาทอลิก มีประชากรทั้งหมด 978 คน ชาย 477 คน หญิง 501 คน จำนวน 207 หลังคาเรือน มีอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จำนวน 18 คน ผู้ใหญ่บ้านคนปัจจุบัน ชื่อ นายพงษ์ศักดิ์ นิยมธรรม มีอาณาเขต ดังนี้

ทิศเหนือ	ติดต่อกับ บ้านโนนสูง ตำบลนาเวียง อำเภอสว่างคันคม
ทิศใต้	ติดต่อกับ บ้านโนนหนามแท่ง ตำบลนาเวียง อำเภอสว่างคันคม
ทิศตะวันออก	ติดต่อกับ บ้านโคกกลาง ตำบลนาเวียง อำเภอสว่างคันคม
ทิศตะวันตก	ติดต่อกับ บ้านหนองคู ตำบลนาเวียง อำเภอสว่างคันคม

ลักษณะภูมิประเทศ เป็นพื้นที่ดอนและที่ราบลุ่ม สภาพพื้นที่ส่วนใหญ่เหมาะในการทำการเกษตร ปลูกพืช และเลี้ยงสัตว์

ลักษณะภูมิอากาศ แบ่งออกเป็น 3 ฤดู ดังเช่นพื้นที่อื่น ๆ ในจังหวัดอำนาจเจริญ คือ ฤดูร้อน เริ่มตั้งแต่เดือน มีนาคม ถึงเดือน พฤษภาคม ฤดูฝน เริ่มตั้งแต่เดือน มิถุนายน ถึงเดือน ตุลาคม ฤดูหนาว เริ่มตั้งแต่เดือน พฤศจิกายน ถึงเดือน กุมภาพันธ์

อุณหภูมิโดยเฉลี่ย 26.5 องศาเซลเซียส โดยในช่วงเดือนเมษายน เป็นช่วงที่ร้อนที่สุดมีอุณหภูมิสูงสุดประมาณ 41.9 องศาเซลเซียส ในขณะที่เดือนธันวาคม ถึงมกราคมจะเป็นช่วงที่หนาวที่สุดมีอุณหภูมิต่ำสุดถึงประมาณ 7.3 องศาเซลเซียส ความชื้นสัมพัทธ์สูงสุด 100 ต่ำสุด 20

การเดินทาง จากหมู่บ้านถึงตัวอำเภอสว่างคันคม เป็นถนนลาดยางตลอดสายระยะทาง 17 กิโลเมตร ไม่มีรถโดยสารรับจ้างประจำทาง ถนนระหว่างหมู่บ้านเป็นถนนลาดยางติดต่อกันทุกหมู่บ้าน

ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพด้านการเกษตร ประมาณร้อยละ 85 เช่น ปลูกข้าว อ้อย มันสำปะหลัง และยางพารา อาชีพค้าขาย รับจ้าง ร้อยละ 10 ของจำนวนประชากรทั้งหมด อาชีพค้าขาย ร้อยละ 5 ของจำนวนประชากรทั้งหมด

ประชาชนนับถือศาสนาคริสต์ นิกายโรมันคาทอลิก ซึ่งประชาชนทุกคนจะมีการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในวันอาทิตย์ ประเพณีของหมู่บ้านที่ปฏิบัติสืบทอดกันมา มีดังนี้

เดือน มกราคม วันครอบครัว พบปะญาติพี่น้อง

เดือน กุมภาพันธ์ เริ่มเทศกาลมหาพรต (ถือศีลอด) จนถึง เดือน เมษายน

เดือน มีนาคม วันปัสกา เป็นวันพระเยซูเจ้าสิ้นพระชนบนไม้กางเขน ทำพิธีแห่

กางเขนจากหมู่บ้านเข้าสู่วัดพระวิสุทธิวงศ์

เดือน เมษายน วันผู้สูงอายุ วันฉลองสงกรานต์

เดือน สิงหาคม แห่พระรูปแม่พระ เพื่อระลึกถึงพระมารดาพระเยซู

เดือน ตุลาคม พิธีสวดเดือนแม่พระสายประจำ ตามคุ้มต่าง ๆ เป็นเดือนแม่พระ

เดือน พฤศจิกายน เป็นวันระลึกผู้ล่วงลับ ประเพณีเสกป่าศักดิ์สิทธิ์ กิจกรรม

ทำบุญระลึกถึงผู้ล่วงลับไปแล้ว

เดือน ธันวาคม วันที่ 25 ธันวาคม ของทุกปี เป็นวันพระคริสต์มาส

ข้อมูลลักษณะประชากรของผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และข้อมูลผู้ป่วยจิตเภท

ผู้วิจัยได้กำหนดความหมายของสัญลักษณ์ในตารางที่แสดงข้อมูล ดังนี้

n แทน จำนวนตัวอย่าง

-
x แทน ค่าเฉลี่ย (Mean)

S.D. แทน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

Min แทน ค่าต่ำที่สุด (Minimum)

Max แทน ค่าสูงที่สุด (Maximum)

ข้อมูลลักษณะทางประชากรจากการสัมภาษณ์กลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท บ้านหนอง

คู จำนวน 12 คน แสดงในตาราง 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (N=12)

ลักษณะทางประชากร		จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	ชาย	3 (25.0)
	หญิง	9 (75.0)
อายุ	ระหว่าง 40-49 ปี	3 (25.0)
	ระหว่าง 50-59 ปี	2 (16.7)
	ระหว่าง 60-69 ปี	3 (25.0)
	70 ปีขึ้นไป	4 (33.3)
	(Mean = 61.08 ปี, S.D. = 12.31 ปี, Min = 40 ปี, Max = 78 ปี)	

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (ร้อยละ)
สถานภาพ	
โสด	1 (8.3)
สมรส	6 (50.0)
หม้าย/หย่าร้าง	5 (41.7)
อาชีพ	
เกษตรกรรวม	11 (91.7)
รับจ้างทั่วไป	1 (8.3)
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา	11 (91.7)
มัธยมศึกษา	1 (8.3)
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	
ต่ำกว่า 1,000 บาท	2 (16.7)
รายได้ 1,001-2,000 บาท	4 (33.3)
รายได้ตั้งแต่ 2,001 บาทขึ้นไป	6 (50.0)
(Mean = 1,791.60 บาท, S.D. = 837.15 บาท, Min = 500 บาท, Max = 3,000 บาท)	

จากตารางที่ 1 พบว่า ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้งสิ้นจำนวน 12 ราย เป็นเพศหญิงร้อยละ 75.0 อายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไปมากที่สุดร้อยละ 33.3 รองลงมาอายุระหว่าง 60-69 ปี และอายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 25.0 และ 25.0 ตามลำดับ มีอายุเฉลี่ย 61.08 ปี (S.D.=12.31) อายุต่ำสุด 40 ปี อายุสูงสุด 78 ปี มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 50.0 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรวม ร้อยละ 91.7 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 91.7 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนตั้งแต่ 2,001 บาทขึ้นไป ร้อยละ 50.0 รองลงมา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 1,001-2,000 บาท ร้อยละ 33.3 ฐานะทางการเงินของครอบครัวมีพอกินพอใช้ ร้อยละ 66.7 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท พบมากที่สุด คือ บิดา มารดา หรือ พี่น้อง ร้อยละ 33.3 รองลงมา คือ คู่สมรส ร้อยละ 25.1 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาดูแลผู้ป่วยจิตเภทน้อยกว่า 21 ปี ร้อยละ 58.4 มีระยะเวลาดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 24.83 ปี (S.D.=15.96) ระยะเวลาดูแลต่ำสุด 2 ปี ระยะเวลาดูแลสูงสุด 49 ปี

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (ร้อยละ)
ฐานะทางการเงินของครอบครัว	
มีพอกินพอใช้	8 (66.7)
ไม่พอกินพอใช้	4 (33.3)
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท	
บิดา มารดา	4 (33.3)
พี่น้อง	4 (33.3)
คู่สมรส	3 (25.1)
เชย สะใภ้	1 (8.3)
ระยะเวลาดูแลผู้ป่วยจิตเภท	
น้อยกว่า 21 ปี	7 (58.4)
21-30 ปี	1 (8.3)
31 ปีขึ้นไป	4 (33.3)
(Mean = 24.83 ปี, S.D. = 15.96 ปี, Min = 2 ปี, Max = 49 ปี)	

ส่วนข้อมูลเชิงประชากรศาสตร์ของผู้ป่วยจิตเภท บ้านหนองคู ประกอบด้วย เพศ อายุของผู้ป่วยจิตเภท สถานภาพสมรส สาเหตุสำคัญที่ทำให้ป่วย สาเหตุสำคัญที่ทำให้ป่วย อาการโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบัน สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษาค้างสุดท้าย สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษาค้างสุดท้าย และ การเดินทางไปพบแพทย์ตามนัด แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของผู้ป่วยจิตเภท (N=12)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	7 (58.3)
หญิง	5 (41.7)
อายุ	
ระหว่าง 30-39 ปี	2 (16.7)
ระหว่าง 40-49 ปี	4 (33.3)

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (ร้อยละ)
ระหว่าง 50-59 ปี	1 (8.3)
60 ปีขึ้นไป	5 (41.7)
(Mean = 51.33 ปี, S.D. = 11.28 ปี, Min = 35 ปี, Max = 68 ปี)	
สถานภาพ	
โสด	7 (58.3)
สมรส	5 (41.7)
หม้าย/หย่าร้าง	
สาเหตุสำคัญที่ทำให้ป่วย (เลือกได้หลายข้อ N=15)	
ความเครียดในการดำเนินชีวิต	7 (46.7)
ประสบอุบัติเหตุ สมองได้รับกระทบกระเทือน	2 (13.3)
พันธุกรรม	1 (6.7)
อื่นๆ เช่น เสพยาเสพติด ดื่มสุรา และป่วยเป็นไขหวัด	5 (33.3)
ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท	
น้อยกว่า 11 ปี	4 (33.3)
ระหว่าง 11-20 ปี	3 (25.0)
21 ปีขึ้นไป	5 (41.7)
(Mean = 20.17 ปี, S.D. = 14.36 ปี, Min = 1 ปี, Max = 45 ปี)	

จากการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจิตเภทเป็นเพศชายร้อยละ 58.3 อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมากที่สุดร้อยละ 41.7 รองลงมาอายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 33.3 และอายุระหว่าง 30-39 ปี ร้อยละ 16.7 ตามลำดับ มีอายุเฉลี่ย 51.33 ปี (S.D.=14.36) อายุต่ำสุด 35 ปี อายุสูงสุด 68 ปี มีสถานภาพโสด ร้อยละ 58.3 สาเหตุสำคัญที่ทำให้ป่วยมากที่สุด คือ ความเครียดในการดำเนินชีวิต ร้อยละ 46.7 รองลงมาเนื่องจากสาเหตุอื่น ๆ เช่น เสพยาเสพติด ดื่มสุรา และป่วยเป็นไข้หวัด และมีระยะเวลาที่เป็นโรคจิตเภทตั้งแต่ 21 ปี ร้อยละ 41.7 มีระยะเวลาที่เป็นโรคจิตเภทเฉลี่ย 20.17 ปี (S.D.=14.36) ระยะเวลาป่วยต่ำสุด 1 ปี ระยะเวลาป่วยสูงสุด 45 ปี รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (ร้อยละ)
อาการโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบัน	
มีอาการผิดปกติทางอารมณ์ ความคิดและพฤติกรรมเป็นบางครั้ง	10 (83.3)
มีอาการผิดปกติทางอารมณ์ ความคิดและพฤติกรรมบ่อยครั้ง	2 (16.7)
สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษาล่าสุดท้าย	
รพ.พระศรีมหาโพธิ์	4 (33.3)
รพ.เสนางคนิคม	7 (58.4)
สถานพยาบาลอื่น ๆ	1 (8.3)
ความต่อเนื่องในการรักษา	
พบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง	11 (91.7)
ไม่พบแพทย์ตามนัด	1 (8.3)
การเดินทางไปพบแพทย์ตามนัด	
รถยนต์ส่วนตัว	8 (66.7)
รถรับจ้าง	3 (25.0)
รถประจำทาง	1 (8.3)

สำหรับอาการโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบัน พบว่า ส่วนใหญ่มีอาการผิดปกติทางอารมณ์ ความคิดและพฤติกรรมเป็นบางครั้งมากที่สุด ร้อยละ 83.3 เข้ารับการรักษาล่าสุดท้ายที่ รพ.เสนางคนิคม ร้อยละ 58.4 รองลงมา รพ.พระศรีมหาโพธิ์ ร้อยละ 33.3 ส่วนใหญ่พบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง ร้อยละ 91.7 การเดินทางไปพบแพทย์ตามนัดส่วนใหญ่ใช้รถยนต์ส่วนตัว ร้อยละ 66.7 รองลงมาใช้รถรับจ้าง ร้อยละ 25.0 และรถประจำทาง ร้อยละ 8.3 ตามลำดับ

2. ข้อมูลลักษณะประชากรของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชน

ข้อมูลเชิงประชากรศาสตร์จากการสัมภาษณ์ของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชนบ้านหนองคู หมู่ที่ 3 จำนวน 24 คน ประกอบด้วย สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมู่ที่ 3 จำนวน 18 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมผู้สูงอายุชุมชนบ้านหนองคู หมู่ที่ 3 จำนวน 4 คน อาสาสมัครสุขภาพตำบลบ้านหนองคู จำนวน 1 คน พยาบาลจิตเวชโรงพยาบาลเสนางคนิคม จำนวน 1 คน แสดงในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 3 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชน (N=24)

ลักษณะทางประชากร		จำนวน (ร้อยละ)
เพศ		
	ชาย	10 (47.1)
	หญิง	14 (58.3)
อายุ		
	ระหว่าง 30-39 ปี	3 (12.5)
	ระหว่าง 40-49 ปี	13 (54.2)
	50 ปีขึ้นไป	8 (33.3)
	(Mean = 45.58 ปี, S.D. = 5.71 ปี, Min = 34 ปี, Max = 55 ปี)	
สถานภาพ		
	โสด	3 (12.5)
	สมรส	18 (75.0)
	หม้าย/หย่าร้าง	3 (12.5)
อาชีพ		
	เกษตรกรรวม	22 (91.7)
	ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2 (8.3)
ระดับการศึกษา		
	ประถมศึกษา	9 (37.6)
	มัธยมศึกษาตอนต้น	8 (33.3)
	มัธยมศึกษาตอนปลาย	5 (20.8)
	ปริญญาตรี	2 (8.3)
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2,000 บาท	7 (29.2)
	รายได้ 2,001-3,000 บาท	3 (12.5)
	รายได้ 3,001-4,000 บาท	6 (25.0)
	รายได้ 4,001-5,000 บาท	3 (12.5)
	รายได้ตั้งแต่ 5,001 บาทขึ้นไป	5 (20.8)
	(Median = 4,000.00 บาท, Min = 2,000 บาท, Max = 36,000 บาท)	

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชน ทั้งสิ้นจำนวน 24 ราย เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.3 อายุระหว่าง 40-49 ปี พบมากที่สุดร้อยละ 54.2 รองลงมาอายุ 50 ปีขึ้นไป ร้อยละ 33.3. และอายุระหว่าง 30-39 ปี ร้อยละ 12.5 ตามลำดับ มีอายุเฉลี่ย 45.58 ปี (S.D.=5.71) อายุต่ำสุด 34 ปี อายุสูงสุด 55 ปี มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 75.0 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 91.7 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 37.6 รองลงมา ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 33.3 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2,000 บาท ร้อยละ 29.2 รองลงมา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 3,001-4,000 บาท ร้อยละ 25.0 และ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนตั้งแต่ 5,001 บาทขึ้นไป ร้อยละ 20.8 ตามลำดับ ความสัมพันธ์ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท พบมากที่สุด คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร้อยละ 70.8 รองลงมา ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ร้อยละ 16.6 รู้จักกับผู้ป่วยจิตเภทน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี ร้อยละ 54.2 รองลงมาอยู่ระหว่าง 11-20 ปี ร้อยละ 33.3 และตั้งแต่ 21 ปีขึ้นไป ร้อยละ 12.5 เวลาที่รู้จักผู้ป่วยจิตเภทต่ำสุด 3 ปี และเวลาที่รู้จักผู้ป่วยจิตเภทมากที่สุด 46 ปี รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (ร้อยละ)
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท	
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	17 (70.8)
ผู้ใหญ่บ้าน	1 (4.2)
ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน	4 (16.6)
เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (จนท.รพ.สต.)	1 (4.2)
พยาบาลวิชาชีพ	1 (4.2)
ระยะเวลาที่รู้จักผู้ป่วยจิตเภท	
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี	13 (54.2)
11-20 ปี	8 (33.3)
21 ปีขึ้นไป	3 (12.5)
(Median = 10.00 ปี, Min = 3 ปี, Max = 46 ปี)	

จากกิจกรรมการศึกษาบริบท วิเคราะห์ปัญหามีวัตถุประสงค์ ได้แก่

1. เพื่อให้ได้ข้อมูลของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการกำเริบซ้ำ
2. เพื่อให้สามารถวิเคราะห์จุดแข็งและจุดอ่อนของระบบการดูแลเดิม

3. เพื่อให้มีข้อมูลด้านทรัพยากรหรือสิ่งสนับสนุนที่จะเอื้อต่อการวางแผนการดูแลป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนรูปแบบใหม่

จากการศึกษากิจกรรมบริบท วิเคราะห์ปัญหา มีวัตถุประสงค์ 1. เพื่อให้ได้ข้อมูลของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการกำเริบซ้ำ 2. เพื่อให้สามารถวิเคราะห์จุดแข็งและจุดอ่อนของระบบการดูแลเดิม 3. เพื่อให้มีข้อมูลด้านทรัพยากรหรือสิ่งสนับสนุนที่จะเอื้อต่อการวางแผนการดูแลป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนรูปแบบใหม่ จากการศึกษากิจกรรมนี้พบว่า

1. ข้อมูลผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบซ้ำในชุมชน จากข้อมูลสุขภาพจิตย้อนหลัง 3 ปี พบว่าบ้านหนองคู หมู่ที่ 3 มีผู้ป่วยจิตเภทเกิดอาการกำเริบซ้ำเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ได้แก่ ปี 2559-2561 จำนวน 2, 3 และ 5 คน ในจำนวนผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด 12 คน

2. ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทรูปแบบเดิมซึ่งยังเป็นปัญหาในการดูแล ได้แก่ กลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนขาดความรู้ และมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภท รอคอยสั่งการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การทำงานต่างคนต่างทำ ดูแลเฉพาะช่วงที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบขึ้นแล้ว ไม่ได้มีการวางแผนป้องกันอาการกำเริบไว้ล่วงหน้า ทำให้การทำงานไม่เป็นระบบและไม่ต่อเนื่อง

3. รับทราบศักยภาพหรือข้อจำกัดของญาติ/ผู้ดูแล และเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนในการดูแลป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งญาติ/ผู้ดูแลขาดความรู้ ไม่มีเวลาดูแลเท่าที่ควร ไปประกอบอาชีพนอกบ้าน ผู้ดูแลขาดความรู้และทักษะในการดูแล ชุมชนรวมทั้งเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนมีทัศนคติด้านลบกับผู้ป่วย เพิกเฉย คิดว่าผู้ป่วยไม่สามารถอยู่ในชุมชนได้ ต้องรักษาในโรงพยาบาลเท่านั้น

ผลของการดำเนินงานเป็นไปตามวัตถุประสงค์/เป้าหมาย เนื่องจากข้อมูลซึ่งได้จากการสัมภาษณ์ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และข้อมูลเวชระเบียนการรักษาผู้ป่วยจิตเภทของ รพ.สต.หนองคู ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลการรักษาจากโรงพยาบาลเสนางคณิคม ผลดีของการดำเนินงานครั้งนี้ คือ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในกิจกรรมนี้ให้ความร่วมมือ และให้ข้อมูลที่เป็นจริง สามารถนำข้อมูลจากผลการดำเนินงานในกิจกรรมนี้ไปวางแผนการดูแลป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้

ข้อจำกัด/ปัญหาอุปสรรค มีญาติบางคนไม่ให้ความร่วมมือเท่าที่ควร หรือให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน ต้องลงพื้นที่หลายครั้งเพื่อให้มีสัมพันธภาพที่ดี เกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือเพิ่มขึ้น ผู้วิจัยต้องมีทีมวิจัยหลายคนช่วยกันลงเก็บข้อมูลในชุมชน

4.1.2 กิจกรรมที่ 2 คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย/แต่งตั้งคณะทำงาน

กิจกรรมคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย/แต่งตั้งคณะทำงาน มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ได้คณะทำงานวิจัยและกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา จากกิจกรรมการคัดเลือกผู้ร่วมวิจัย/แต่งตั้งคณะทำงาน พบว่า ได้คณะทำงานและกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา ได้แก่ กลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 12 คน กลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน จำนวน 24 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 36 คน ผลของการดำเนินงานเป็นไปตามวัตถุประสงค์/เป้าหมาย เนื่องจากมีการประสานงานด้วยวาจา และทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลการทำวิจัยกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ โดยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย สิทธิของผู้ร่วมวิจัย แก่กลุ่มเป้าหมายก่อนสมัครเข้าร่วมวิจัย ได้แก่ ผู้นำชุมชน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสนางคนคม ผู้อำนวยการ รพ.สต.หนองคู กลุ่มญาติผู้ป่วยจิตเภท และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ผลดีของการดำเนินงานครั้งนี้ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ หลังได้รับการประสานและการชี้แจงเกี่ยวกับการวิจัย ต่างให้ความร่วมมือสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ได้แก่ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองคู และพยาบาลจิตเวชโรงพยาบาลเสนางคนคม

ข้อจำกัด/ปัญหาอุปสรรค ได้แก่ ผู้วิจัยต้องประสานหลายฝ่าย ในระยะเวลาที่จำกัด บทเรียน/การเรียนรู้ที่เกิดขึ้น คือ การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย/แต่งตั้งคณะทำงาน ต้องประสานงานด้วยวาจาร่วมทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลและการทำวิจัยในพื้นที่ ชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัย สิทธิของผู้ร่วมวิจัย นอกจากนั้นผู้วิจัยต้องมีสัมพันธภาพที่ดีในการประสานงานกับทุกฝ่าย

4.1.3 กิจกรรมที่ 3 เก็บรวบรวมข้อมูล

กิจกรรมเก็บรวบรวมข้อมูล มีวัตถุประสงค์/เป้าหมาย เพื่อ

1. รวบรวมข้อมูลปัญหาอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
2. เพื่อประเมินความรู้ ทักษะคิด การมีส่วนร่วมของกลุ่มญาติ/ผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
3. เพื่อประเมินความรู้ ทักษะคิด ระดับการมีส่วนร่วมของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จากกิจกรรมเก็บรวบรวมข้อมูล ทำให้พบว่า ข้อมูลเชิงลึกปัญหาอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน คือ ปัจจัยจากการขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยไม่ดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยจิตเภทเท่าที่ควร คิดว่าผู้ป่วยจิตเภทต้องรักษาในโรงพยาบาลเท่านั้น โดยเฉพาะผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน ไม่มีความมั่นใจในการดูแล รอคอยประสานงาน และการสั่งการจากเจ้าหน้าที่เท่านั้น กรณีผู้ป่วยจิตเภทมีอาการผิดปกติเล็กน้อย คิดว่าไม่เป็นอะไรจึงไม่ได้ให้การดูแล จนผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบสร้างความเดือดร้อนรำคาญขึ้นในชุมชน จึงเริ่มต้นตัวเข้าไปเยี่ยมบ้านและ

ประสานการรักษาส่งต่อ จากปัญหาดังกล่าวจึงไม่สามารถป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้

ผลดีที่เกิดขึ้นจากการดำเนินการในกิจกรรมนี้ คือ สมัคใจเข้าร่วมการวิจัย ให้ความร่วมมือในการตอบคำถามและการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งมีข้อจำกัด/ปัญหาอุปสรรค คือผู้วิจัยต้องประสานงานหลายฝ่าย ในระยะเวลาที่จำกัด และลงเก็บข้อมูลหลายครั้งจนได้ข้อมูลครบ

บทเรียน/การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นจากการทำการวิจัย ควรประสานทั้งจากและทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลการทำวิจัยในพื้นที่ ชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัย สิทธิของผู้ร่วมวิจัย การประสานงานดังกล่าว ควรใช้สัมพันธภาพที่ดีในการประสานงานกับทุกฝ่าย

ผลการศึกษาบริบทการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนบ้านหนองคู

ซึ่งจากการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบบสัมภาษณ์สำหรับญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน ทำให้ทราบข้อมูล ระดับทัศนคติ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ดังต่อไปนี้

1. การประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทัศนคติที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

โดยใช้แบบสัมภาษณ์ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทัศนคติที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1.1 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท การประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แบบสัมภาษณ์ ในช่วงก่อนเข้าร่วมกิจกรรมแยกตามรายชื่อ พบว่า กลุ่มญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตอบคำถามถูกน้อยที่สุดในข้อ 12. การรักษาผู้ป่วยจิตเภทมีวิธีเดียวเท่านั้น คือการให้ยา จำนวน 2 ราย หรือร้อยละ 16.7 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านอาการของโรค กลุ่มญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตอบคำถามถูกน้อยที่สุดในข้อ 2. โรคจิตเภท ถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มโรคเรื้อรัง ร้อยละ 75 และข้อ 8 การเดินแก้ผ้าตามที่สาธารณะ เป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งของผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ 75 ด้านการรักษา กลุ่มญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตอบคำถามถูกน้อยที่สุดในข้อ 12. การรักษาผู้ป่วยจิตเภทมีวิธีเดียวเท่านั้น คือการให้ยา ร้อยละ 16.7 และ ด้านการดูแล กลุ่มญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตอบคำถามถูกน้อยที่สุดในข้อ 18. ควรหลีกเลี่ยงที่จะคบหาหรือพูดจากับผู้ป่วยจิตเภททุกคนเพราะผู้ป่วยอาจทำร้ายเราได้ทุกเมื่อ ร้อยละ 50 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความรู้รายข้อเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนเข้าร่วมกิจกรรม (N=12)

ข้อ	คำถาม	ตอบถูก	
		จำนวน	ร้อยละ
ด้านอาการของโรค			
1.	โรคจิตเภทหมายถึงโรคที่มีผลทำให้ผู้ป่วยแสดงออกทางความคิดอารมณ์และการกระทำที่ผิดปกติไปจากคนทั่วไป	12	(100.0)
2.	โรคจิตเภท ถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มโรคเรื้อรัง	9	(75.0)
3.	การใช้สารเสพติดต่าง ๆ เช่น สุรา ยาบ้า สารระเหย มีผลทำให้เกิดโรคจิตเภท	12	(100.0)
4.	การสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์/คาเฟอีน หรือสูบบุหรี่ จะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบหรือป่วยซ้ำได้	12	(100.0)
5.	ผู้ที่มีญาติพี่น้องป่วยทางจิต จะมีโอกาสป่วยทางจิตมากกว่าผู้อื่น	10	(83.0)
6.	ผู้ป่วยจิตเภทเพศส่วนใหญ่มีหูแว่วเห็นภาพหลอน	12	(100.0)
7.	อาการพูดคนเดียวไปเรื่อย ๆ เป็นอาการแสดงของผู้ป่วยจิตเภท	12	(100.0)
8.	การเดินแก้ม้าตามที่สาธารณะ เป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งของผู้ป่วยจิตเภท	9	(75.0)
9.	การอยู่เน่ๆ เฉยเมย แยกตัวเอง เป็นอาการเตือนอาการกำเริบหรือป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท	10	(83.3)
10.	ความผิดปกติที่แสดงอาการด้านบวกของผู้ป่วยจิตเภท เช่น อาการหลงผิดว่าตนเองถูกบอกร้ายหรือถูกกลั่นแกล้ง	12	(100.0)
11.	ความผิดปกติที่แสดงอาการด้านลบของผู้ป่วยจิตเภทเช่น พูดน้อย เฉื่อยชา แยกตัว	10	(83.3)
ด้านการรักษา			
12.	การรักษาผู้ป่วยจิตเภทมีวิธีเดียวเท่านั้น คือการให้ยา	2	(16.7)
13.	ผู้ป่วยจิตเภทสามารถปรับลดขนาดยาลงได้เมื่อไม่แสดงอาการผิดปกติ	7	(58.3)
14.	คนอื่นไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการดีขึ้นได้ นอกจากแพทย์ที่รักษา	3	(25.0)
15.	การที่ผู้ป่วยจิตเภทยังรักษายาอาการทางจิตติดต่อกันเป็นเวลานาน ๆ จะทำให้เกิดการติดยาได้	9	(75.0)
16.	แม้ว่าผู้ป่วยจะไม่แสดงอาการผิดปกติ แต่ก็ต้องกินยาอย่างต่อเนื่องตามแพทย์สั่ง	11	(91.7)

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อ	คำถาม	ตอบถูก	
		จำนวน	ร้อยละ
ด้านการดูแล			
17	การอบรมเลี้ยงดูมีส่วนทำให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท	8	(66.7)
18	ควรหลีกเลี่ยงที่จะคบหาหรือพูดจากับผู้ป่วยจิตเภททุกคนเพราะผู้ป่วยอาจทำร้ายเราได้ทุกเมื่อ	6	(50.0)
19	การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเข้าร่วมทำกิจกรรมในสังคม ถือเป็นการช่วยบำบัดรักษาอาการวิธีหนึ่ง	9	(75.0)
20	การเอาใจใส่ดูแลช่วยเหลือจากผู้ดูแลและคนในชุมชนจะช่วยให้อาการของผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้น	12	(100.0)

จากการประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า กลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้โดยรวมอยู่ในระดับดี มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.58 (S.D.=2.02) คะแนนต่ำสุด 13 คะแนนและคะแนนสูงสุด 19 คะแนน รายละเอียดดังแสดงตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ระดับคะแนนความรู้ของกลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนเข้าร่วมกิจกรรม (N=12)

ระดับความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนเข้าร่วมกิจกรรม		จำนวน (ร้อยละ)
ระดับดี	16-20 คะแนน	7 (58.3)
ระดับปานกลาง	12-15 คะแนน	5 (41.7)
(Mean=15.58, S.D.=2.02, Min=13, Max=19)		

1.2 ทักษะคดีของกลุ่มญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อผู้ป่วยจิตเภท จากการประเมิน ทักษะคดีของกลุ่มญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ในช่วงก่อนเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า ประเด็นคำถามเชิงบวกที่กลุ่มญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตอบเห็นด้วยอย่างยิ่งมากที่สุด คือ ข้อ 3 ผู้ป่วยจิตเภทเป็นกลุ่มคนที่น่าสงสารควรที่จะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 66.7 และ ข้อ 9. การรักษาโรคจิตเภท จะต้องปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์และพยาบาลอย่างเคร่งครัด ร้อยละ

66.7 ส่วนประเด็นคำถามเชิงลบกลุ่มญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตอบเห็นด้วยอย่างยิ่งมากที่สุด คือ ข้อ 4. ควรให้ผู้ป่วยจิตเภทอยู่เฉยๆ ไม่ควรให้ทำงานหรือประกอบอาชีพ ร้อยละ 58.3 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ทศนคติของกลุ่มญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อผู้ป่วยจิตเภทก่อนเข้าร่วมกิจกรรม จำแนกรายข้อ (N=12)

ประเด็นข้อคิดเห็นที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ
1. ผู้ป่วยจิตเภทมีแต่จะสร้างความเดือดร้อนให้กับผู้อื่น	4 (33.3)	1 (8.3)	2 (16.7)	5 (41.7)
2. แม้ว่าผู้ป่วยไม่แสดงอาการ แต่ท่านก็ยังไม่รู้สึกลัวหวาดระแวง ที่จะโดนทำร้าย	2 (16.7)	7 (58.3)	1 (8.3)	2 (16.7)
3. ผู้ป่วยจิตเภทเป็นกลุ่มคนที่น่าสงสารควรที่จะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง	8 (66.7)	3 (33.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
4. ควรให้ผู้ป่วยจิตเภทอยู่เฉยๆ ไม่ควรให้ทำงานหรือประกอบอาชีพ	0 (0.0)	1 (8.3)	4 (33.3)	7 (58.3)
5. ท่านไม่เคยรู้สึกท้อแท้ ที่จะพาผู้ป่วยไปรับการรักษา	4 (33.3)	2 (16.7)	6 (50.0)	0 (0.0)
6. คนในชุมชนควรมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	2 (16.7)	9 (75.0)	0 (0.0)	1 (8.3)
7. ผู้ป่วยจิตเภทสามารถร่วมทำกิจกรรมในชุมชน เช่น งานบุญ งานพัฒนาในชุมชนได้	2 (16.7)	10 (83.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
8. ผู้ดูแลมีส่วนสำคัญในการรักษาอาการของผู้ป่วยจิตเภท	5 (41.7)	7 (58.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
9. การรักษาโรคจิตเภท จะต้องปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์และพยาบาลอย่างเคร่งครัด	8 (66.7)	3 (25.0)	0 (0.0)	1 (8.3)
10. การดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชนเป็นวิธีการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่ดีที่สุด	7 (58.3)	5 (41.7)	0 (0.0)	0 (0.0)

ตารางที่ 7 ระดับคะแนนทัศนคติของกลุ่มญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทก่อนเข้าร่วมกิจกรรม จำแนกรายข้อ

ประเด็นข้อคิดเห็นที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท	จำนวน (N=12)		
	$\bar{x}$	SD.	ระดับ
1. ผู้ป่วยจิตเภทมีแต่จะสร้างความเดือดร้อนให้กับผู้อื่น	2.67	1.37	มาก
2. แม้ว่าผู้ป่วยไม่แสดงอาการ แต่ท่านก็ยังรู้สึกหวาดระแวง ที่จะโดนทำร้าย	2.25	0.96	ปานกลาง
3. ผู้ป่วยจิตเภทเป็นกลุ่มคนที่น่าสงสารควรที่จะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง	3.67	0.49	มากที่สุด
4. ควรให้ผู้ป่วยจิตเภทอยู่เฉยๆ ไม่ควรให้ทำงานหรือประกอบอาชีพ	3.50	0.67	มากที่สุด
5. ท่านไม่เคยรู้สึกท้อแท้ ที่จะพาผู้ป่วยไปรับการรักษา	2.33	0.73	ปานกลาง
6. คนในชุมชนควรมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	3.00	0.73	มาก
7. ผู้ป่วยจิตเภทสามารถร่วมทำกิจกรรมในชุมชน เช่น งานบุญ งานพัฒนาในชุมชนได้	3.17	0.38	ปานกลาง
8. ผู้ดูแลมีส่วนสำคัญในการรักษาอาการของผู้ป่วยจิตเภท	3.42	0.51	มากที่สุด
9. การรักษาโรคจิตเภท จะต้องปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์และพยาบาลอย่างเคร่งครัด	3.50	0.90	มากที่สุด
10. การดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชนเป็นวิธีการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่ดีที่สุด	3.58	0.51	มากที่สุด

จากตารางที่ 7 ผลการศึกษาพบว่า คะแนนระดับทัศนคติของกลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทก่อนเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ข้อ 3. ผู้ป่วยจิตเภทเป็นกลุ่มคนที่น่าสงสารควรที่จะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.67 อยู่ระดับมากที่สุด ข้อ 10. การดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชนเป็นวิธีการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่ดีที่สุด ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.58 อยู่ระดับมากที่สุด ข้อ 4. ควรให้ผู้ป่วยจิตเภทอยู่เฉยๆ ไม่ควรให้ทำงานหรือประกอบอาชีพ ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.50 อยู่ระดับมากที่สุด และ ข้อ 9. การรักษาโรคจิตเภท จะต้องปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์และพยาบาลอย่างเคร่งครัด ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.50 อยู่ระดับมากที่สุด ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด

3 อันดับ ได้แก่ ข้อ 7. ผู้ป่วยจิตเภทสามารถร่วมทำกิจกรรมในชุมชน เช่น งานบุญ งานพัฒนาในชุมชนได้ ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.17 อยู่ในระดับปานกลาง ข้อ 2. แม้ว่าผู้ป่วยไม่แสดงอาการ แต่ท่านก็ยังรู้สึกหวาดระแวงจะโดนทำร้าย ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 2.25 อยู่ระดับปานกลาง และ ข้อ 5. ท่านไม่เคยรู้สึกท้อแท้ที่จะพาผู้ป่วยไปรับการรักษา ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 2.33 อยู่ระดับปานกลาง

ตารางที่ 8 ระดับทัศนคติโดยรวมของกลุ่มญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

ระดับ	ช่วงค่าเฉลี่ย (S.D.)	จำนวน (ร้อยละ)
มากที่สุด	3.27-4.00	5 (41.7)
มาก	2.52-3.26	7 (58.3)
(Mean=3.10, S.D.=0.46, Min = 2.60 , Max = 4.00)		

ข้อมูลจากการศึกษานี้ พบว่า กลุ่มญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนทัศนคติโดยรวมต่อผู้ป่วยจิตเภทก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับมาก จำนวน 7 ราย ร้อยละ 58.3 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.10 (SD=0.46) คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 2.60 และคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 4.00 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 8

1.3 การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จากตารางที่ 4.9 ข้อมูลการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตอบคำถามไม่เคยปฏิบัติมากที่สุด จำนวน 3 ข้อ คือ ข้อ 1. ท่านคอยดูแลให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันอย่างสม่ำเสมอ เช่น อาบน้ำ สระผม เปลี่ยนเสื้อผ้า ฯลฯ ร้อยละ 66.6 ข้อ 3. ท่านดูแลรักษาความสะอาดของใช้ส่วนตัวของผู้ป่วยจิตเภทให้เป็นระเบียบเรียบร้อย เช่น เสื้อผ้า ที่นอน ร้อยละ 66.6 และ ข้อ 13. ท่านไม่เคยที่จะแสดงความไม่พอใจและดุด่าเมื่อผู้ป่วยทำผิด ร้อยละ 66.6

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านความเป็นอยู่ กลุ่มญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตอบคำถามว่าไม่เคยปฏิบัติในข้อ คือ ข้อ 1. ท่านคอยดูแลให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันอย่างสม่ำเสมอ เช่น อาบน้ำ สระผม เปลี่ยนเสื้อผ้า ฯลฯ ร้อยละ 66.6 ข้อ 3. ท่านดูแลรักษาความสะอาดของใช้ส่วนตัวของผู้ป่วยจิตเภทให้เป็นระเบียบเรียบร้อย เช่น เสื้อผ้า ที่นอน ร้อยละ 66.6 ด้านเศรษฐกิจ คือ ข้อ 6. ท่านต้องทำงานเพิ่มเพื่อให้มีเงินเพียงพอสำหรับการดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 50 และ ข้อ 7. ท่านต้องกู้ยืมเงินเพื่อมาใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 50 ด้านสังคม คือ ข้อ 8. ท่านพา

ผู้ป่วยไปร่วมทำกิจกรรมในสังคม เช่น ไปวัดทำบุญ ไปร่วมงานในหมู่บ้าน ไปจับจ่ายซื้อของในตัวเมือง ร้อยละ 50 และ ข้อ 9. ท่านสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมในสังคม เช่น การเป็นอาสาสมัคร หรือร่วมพัฒนาหมู่บ้าน ร้อยละ 50 ด้านอารมณ์และจิตใจ คือ ข้อ 13. ท่านไม่เคยที่จะแสดงความไม่พอใจและดุด่าเมื่อผู้ป่วยทำผิด ร้อยละ 66.6 ด้านการรักษา คือ ข้อ 17. ท่านกระตุ้นสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้กระทำการกิจกรรมที่เคยทำเมื่อก่อนป่วย ร้อยละ 50 และด้านการปรับตัวและช่วยเหลือตนเอง ข้อ 20. ท่านมีส่วนในการจัดหาและกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีงานที่เหมาะสมเป็นรายได้ของตนเอง ร้อยละ 41.7 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ข้อมูลการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนเข้าร่วมกิจกรรม จำแนกรายด้าน (N=12)

ประเด็นการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	ปฏิบัติเป็น ประจำ	ปฏิบัติเป็น บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ
ด้านความเป็นอยู่			
1. ท่านคอยดูแลให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันอย่างสม่ำเสมอ เช่น อาบน้ำ สระผม เปลี่ยนเสื้อผ้า ฯลฯ	2 (16.7)	2 (16.7)	8 (66.6)
2. ท่านจัดหาของใช้ที่จำเป็นให้แก่ผู้ป่วย เช่น เสื้อผ้า อาหาร พร้อมทั้งสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ	3 (25.0)	4 (33.3)	5 (41.7)
3. ท่านดูแลรักษาความสะอาดของใช้ส่วนตัวของผู้ป่วยจิตเภทให้เป็นระเบียบเรียบร้อย เช่น เสื้อผ้า ที่นอน	1 (8.4)	3 (25.0)	8 (66.6)
4. ท่านรับผิดชอบในการจัดหาสถานที่ ที่พัก ที่เหมาะสมให้ผู้ป่วยเมื่อกลับมาอยู่บ้าน	7 (58.3)	1 (8.4)	4 (33.3)
ด้านเศรษฐกิจ			
5. ท่านมอบเงินให้ผู้ป่วยไว้ใช้จ่ายส่วนตัว	2 (16.7)	5 (41.7)	5 (41.6)
6. ท่านต้องทำงานเพิ่มเพื่อให้มีเงินเพียงพอสำหรับการดูแลผู้ป่วย	1 (8.4)	5 (41.6)	6 (50.0)

ตารางที่ 9 (ต่อ)

ประเด็นการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
	จำนวนร้อยละ	จำนวนร้อยละ	จำนวนร้อยละ
7. ท่านต้องกั๊ยเงินเพื่อมาใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย	0 (0.0)	6 (50.0)	6 (50.0)
ด้านสังคม			
8. ท่านพาผู้ป่วยไปร่วมทำกิจกรรมในสังคม เช่น ไปวัด ทำบุญ ไปร่วมงานในหมู่บ้าน ไปจ่ายซื้อของในตัวเมือง	1 (8.4)	5 (41.6)	6 (50.0)
9. ท่านสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมในสังคม เช่น การเป็นอาสาสมัคร หรือร่วมพัฒนาหมู่บ้าน	4 (33.3)	2 (16.7)	6 (50.0)
10. ท่านสนับสนุนและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พบปะพูดคุย และมีเพื่อน	9 (75.0)	3 (25.0)	0 (0.0)
ด้านอารมณ์และจิตใจ			
11. ท่านชมเชยหรือให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยทำดีหรือทำถูกต้อง	4 (33.3)	7 (58.3)	1 (8.4)
12. ท่านจะช่วยเหลือให้คำปรึกษาและให้กำลังใจ เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาหรือ ไม่สบายใจ	6 (50.0)	4 (33.3)	2 (16.7)
13. ท่านไม่เคยที่จะแสดงความไม่พอใจและดุด่าเมื่อผู้ป่วยทำผิด	1 (8.4)	3 (25.0)	8 (66.6)
ด้านการรักษา			
14. ท่านพาผู้ป่วยไปรับการรักษาหรือรับบริการด้านสุขภาพที่โรงพยาบาลหรือรพ.สต.ใกล้บ้าน เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาด้านสุขภาพ	8 (66.6)	3 (25.0)	1 (8.4)
15. ท่านดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาและพบแพทย์ตามนัด	4 (33.3)	7 (58.3)	1 (8.4)
16. ท่านปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์ทันที เมื่อเกิดปัญหาในการดูแลผู้ป่วย	8 (66.7)	4 (33.3)	0 (0.0)
17. ท่านกระตุ้นสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้กระทำกิจกรรมที่เคยทำเมื่อก่อนป่วย	3 (25.0)	3 (25.0)	6 (50.0)

ตารางที่ 9 (ต่อ)

ประเด็นการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
	จำนวนร้อยละ	จำนวนร้อยละ	จำนวนร้อยละ
ด้านการปรับตัวและช่วยเหลือตนเอง			
18. เมื่อผู้ป่วยมีอาการซึม พูดน้อย แยกตัว ท่านจะเข้าไปพูดคุย เพื่อประเมินอาการทางจิตและให้การช่วยเหลือในเบื้องต้น	1 (8.4)	10 (83.2)	1 (8.4)
19. ท่านจัดหางานที่เหมาะสมในบ้านให้ผู้ป่วยทำ เช่น ปลูกต้นไม้ เลี้ยงสัตว์ ทำอาหาร ซักเสื้อผ้า เป็นต้น	1 (8.4)	9 (75.0)	2 (16.6)
20. ท่านมีส่วนในการจัดหาและกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีงานที่เหมาะสมเป็นรายได้ของตนเอง	2 (16.6)	5 (41.7)	5 (41.7)
21. ท่านกระตุ้นสนับสนุนให้ผู้ป่วยช่วยเหลือผู้อื่นเท่าที่ผู้ป่วยจะทำได้	2 (16.6)	9 (75.0)	1 (8.4)

ตารางที่ 10 ระดับคะแนนการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนเข้าร่วมกิจกรรม จำแนกรายข้อ

ประเด็นการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	จำนวน (N=12)		
	$\bar{x}$	SD.	ระดับ
ด้านความเป็นอยู่			
1. ท่านคอยดูแลให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันอย่างสม่ำเสมอ เช่น อาบน้ำ สระผม เปลี่ยนเสื้อผ้า ฯลฯ	1.50	0.79	น้อย
2. ท่านจัดหาของใช้ที่จำเป็นให้แก่ผู้ป่วย เช่น เสื้อผ้า อาหาร พร้อมทั้งสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ	1.83	0.83	ปานกลาง
3. ท่านดูแลรักษาความสะอาดของใช้ส่วนตัวของผู้ป่วยจิตเภทให้เป็นระเบียบเรียบร้อย เช่น เสื้อผ้า ที่นอน	1.42	0.66	น้อย
4. ท่านรับผิดชอบในการจัดหาสถานที่ ที่พัก ที่เหมาะสมให้ผู้ป่วยเมื่อกลับมาอยู่บ้าน	2.25	0.96	ปานกลาง

ตารางที่ 10 (ต่อ)

ประเด็นการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	จำนวน (N=12)		
	$\bar{x}$	SD.	ระดับ
ด้านเศรษฐกิจ			
5. ท่านมอบเงินให้ผู้ป่วยไว้ใช้จ่ายส่วนตัว	1.75	0.75	ปานกลาง
6. ท่านต้องทำงานเพิ่มเพื่อให้มีเงินเพียงพอสำหรับการดูแลผู้ป่วย	1.58	0.66	น้อย
7. ท่านต้องกู้ยืมเงินเพื่อมาใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย	1.50	0.52	น้อย
ด้านสังคม			
8. ท่านพาผู้ป่วยไปร่วมทำกิจกรรมในสังคม เช่น ไปวัด ทำบุญ ไปร่วมงานในหมู่บ้าน ไปจับจ่ายซื้อของในเมือง	1.58	0.66	น้อย
9. ท่านสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมในสังคม เช่น การเป็นอาสาสมัคร หรือร่วมพัฒนาหมู่บ้าน	1.83	0.71	ปานกลาง
10. ท่านสนับสนุนและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พบปะพูดคุยและมีเพื่อน	2.75	0.45	มาก
ด้านอารมณ์และจิตใจ			
11. ท่านชมเชยหรือให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยทำดีหรือทำถูกต้อง	2.25	0.62	ปานกลาง
12. ท่านจะช่วยเหลือให้คำปรึกษาและให้กำลังใจ เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาหรือ ไม่สบายใจ	2.33	0.77	ปานกลาง
13. ท่านไม่เคยที่จะแสดงความไม่พอใจและดุด่าเมื่อผู้ป่วยทำผิด	1.42	0.66	น้อย
ด้านการรักษา			
14. ท่านพาผู้ป่วยไปรับการรักษาหรือรับบริการด้านสุขภาพที่โรงพยาบาลหรือรพ.สต.ใกล้บ้าน เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาด้านสุขภาพ	2.58	0.66	มาก

ตารางที่ 10 (ต่อ)

ประเด็นการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	จำนวน (N=12)		
	$\bar{x}$	SD.	ระดับ
15. ท่านดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาและพบแพทย์ตามนัด	2.50	0.67	มาก
16. ท่านปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์ทันที เมื่อเกิดปัญหาในการดูแลผู้ป่วย	2.67	0.49	มาก
17. ท่านกระตุ้นสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้กระทำกิจกรรมที่เคยทำเมื่อก่อนป่วย	1.75	0.86	ปานกลาง
ด้านการปรับตัวและช่วยเหลือตนเอง			
18. เมื่อผู้ป่วยมีอาการซึม พุดน้อย แยกตัว ท่านจะเข้าไปพูดคุยเพื่อประเมินอาการทางจิตและให้การช่วยเหลือในเบื้องต้น	2.00	0.42	ปานกลาง
19. ท่านจัดหางานที่เหมาะสมในบ้านให้ผู้ป่วยทำ เช่น ปลูกต้นไม้ เลี้ยงสัตว์ ทำอาหาร ซักเสื้อผ้า เป็นต้น	1.92	0.51	ปานกลาง
20. ท่านมีส่วนในการจัดหาและกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีงานที่เหมาะสมเป็นรายได้ของตนเอง	1.75	0.75	ปานกลาง
21. ท่านกระตุ้นสนับสนุนให้ผู้ป่วยช่วยเหลือผู้อื่นเท่าที่ผู้ป่วยจะทำได้	2.08	0.51	ปานกลาง

จากตารางที่ 10 ผลการศึกษาพบว่า คะแนนการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติของกลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ 10. ท่านสนับสนุนและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พบปะพูดคุยและมีเพื่อน ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 2.75 อยู่ระดับมาก 16. ท่านปรึกษามูลนิธิบุคลากรทางการแพทย์ทันที เมื่อเกิดปัญหาในการดูแลผู้ป่วย ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 2.67 อยู่ระดับมาก 14. ท่านพาผู้ป่วยไปรับการรักษาหรือรับบริการด้านสุขภาพที่โรงพยาบาลหรือรพ.สต.ใกล้บ้าน เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาด้าน ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 2.58 อยู่ระดับมาก ตามลำดับ

ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด 3 อันดับ ได้แก่ 3. ท่านดูแลรักษาความสะอาดของใช้ส่วนตัวของผู้ป่วยจิตเภทให้เป็นระเบียบเรียบร้อย เช่น เสื้อผ้า ที่นอน ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 1.42 อยู่ในระดับน้อย 13. ท่านไม่เคยที่จะแสดงความไม่พอใจและดุด่าเมื่อผู้ป่วยทำผิด ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 1.42 อยู่ระดับน้อย ข้อ 1. ท่านคอยดูแลให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันอย่างสม่ำเสมอ เช่น อาบน้ำ สระผม เปลี่ยนเสื้อผ้า ฯลฯ

ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 1.50 อยู่ระดับน้อย ข้อ 7. ท่านต้องกั๊ยเงินเพื่อมาใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 1.50 อยู่ระดับน้อย ข้อ 6. ท่านต้องทำงานเพิ่มเพื่อให้มีเงินเพียงพอสำหรับการดูแลผู้ป่วย ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 1.50 อยู่ระดับน้อย และ ข้อ 8. ท่านพาผู้ป่วยไปร่วมทำกิจกรรมในสังคม เช่น ไปวัดทำบุญ ไปร่วมงานในหมู่บ้าน ไปจับจ่ายซื้อของในตัวเมือง ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 1.50 อยู่ระดับน้อย

ตารางที่ 11 ระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

ระดับ	ช่วงค่าเฉลี่ย (S.D.)	จำนวน (ร้อยละ)
มาก	2.34-3.00	1 (8.3)
ปานกลาง	1.67-2.33	10 (83.4)
น้อย	1.00-1.66	1 (8.3)
(Mean=1.96, S.D.=0.29, Min = 1.43 , Max = 2.38)		

จากการประเมินการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แบบสัมภาษณ์ พบว่า กลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีระดับคะแนนการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 10 ราย ร้อยละ 83.4 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.96 (SD=0.29) คะแนนต่ำสุด 1.43 และคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 2.38 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 11

2.2 การประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทักษะชีวิตที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

ประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทักษะชีวิตที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2.2.1 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน

ตารางที่ 12 ความรู้รายข้อเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม (N=24)

ข้อ	คำถาม	ตอบถูก	
		จำนวน	ร้อยละ
ด้านอาการของโรค			
1.	โรคจิตเภทหมายถึงโรคที่มีผลทำให้ผู้ป่วยแสดงออกทางความคิดอารมณ์ และการกระทำที่ผิดปกติไปจากคนทั่วไป	21	(87.5)
2.	โรคจิตเภท ถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มโรคเรื้อรัง	20	(83.3)
3.	การใช้สารเสพติดต่าง ๆ เช่น สุรา ยาบ้า สารระเหย มีผลทำให้เกิดโรคจิตเภท	19	(79.2)
4.	การสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์/คาเฟอีน หรือสูบบุหรี่ จะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบหรือป่วยซ้ำได้	22	(91.7)
5.	ผู้ที่มีญาติพี่น้องป่วยทางจิต จะมีโอกาสป่วยทางจิตมากกว่าผู้อื่น	14	(58.3)
6.	ผู้ป่วยจิตเภทเพศส่วนใหญ่มีหูแว่วเห็นภาพหลอน	11	(45.8)
7.	อาการพูดคนเดียวไปเรื่อย ๆ เป็นอาการแสดงของผู้ป่วยจิตเภท	20	(83.3)
8.	การเดินแก้ผ้าตามสาธารณะ เป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งของผู้ป่วยจิตเภท	20	(83.3)
9.	การอยู่นิ่งๆ เฉยเมย แยกตัวเอง เป็นอาการเตือนอาการกำเริบหรือป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท	18	(75.0)
10.	ความผิดปกติที่แสดงอาการด้านบวกของผู้ป่วยจิตเภท เช่น อาการหลงผิดว่าตนเองถูกบงการหรือถูกกลั่นแกล้ง	21	(81.5)
11.	ความผิดปกติที่แสดงอาการด้านลบของผู้ป่วยจิตเภทเช่น พูดน้อย เฉื่อยชาแยกตัว	18	(75.0)

การประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มเครือข่ายในชุมชน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ในช่วงก่อนเข้าร่วมกิจกรรมแยกตามรายข้อ พบว่า กลุ่มเครือข่ายในชุมชนตอบคำถามถูกน้อยที่สุดในข้อ 13. ผู้ป่วยจิตเภทสามารถปรับลดขนาดยาลงได้เมื่อไม่แสดงอาการผิดปกติ ร้อยละ 25.0 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านอาการของโรค กลุ่มเครือข่ายในชุมชนตอบคำถามถูกน้อยที่สุดในข้อ ข้อ 6. ผู้ป่วยจิตเภทเพศส่วนใหญ่มีหูแว่วเห็นภาพหลอน ร้อยละ 45.8 ด้านการรักษา กลุ่มเครือข่ายในชุมชนตอบคำถามถูกน้อยที่สุดในข้อ 13. ผู้ป่วยจิตเภทสามารถปรับลดขนาดยาลงได้เมื่อ

ไม่แสดงอาการผิปกติ ร้อยละ 25.0 และ ด้านการดูแล กลุ่มเครือข่ายในชุมชนตอบคำถามถูกน้อยที่สุดในข้อ 17. การอบรมเลี้ยงดูมีส่วนทำให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ร้อยละ 45.8 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 12

ตารางที่ 12 (ต่อ)

ข้อ	คำถาม	ตอบถูก	
		จำนวน	ร้อยละ
ด้านการรักษา			
12.	การรักษาผู้ป่วยจิตเภทมีวิธีเดียวเท่านั้น คือการให้ยา	12	(50.0)
13.	ผู้ป่วยจิตเภทสามารถปรับลดขนาดยาลงได้เมื่อไม่แสดงอาการผิดปกติ	6	(25.0)
14.	คนอื่นไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการดีขึ้นได้ นอกจากแพทย์ที่รักษา	13	(54.2)
15.	การที่ผู้ป่วยจิตเภทยารักษาอาการทางจิตติดต่อกันเป็นเวลานาน ๆ จะทำให้เกิดการติดยาได้	13	(54.2)
16.	แม้ว่าผู้ป่วยจะไม่แสดงอาการผิดปกติ แต่ก็ต้องกินยาอย่างต่อเนื่องตามแพทย์สั่ง	20	(83.3)
ด้านการดูแล			
17.	การอบรมเลี้ยงดูมีส่วนทำให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท	11	(45.8)
18.	ควรหลีกเลี่ยงที่จะคบหาหรือพูดจากับผู้ป่วยจิตเภททุกคนเพราะผู้ป่วยอาจทำร้ายเราได้ทุกเมื่อ	17	(70.8)
19.	การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเข้าร่วมทำกิจกรรมในสังคม ถือเป็นการช่วยบำบัดรักษาอาการวิธีหนึ่ง	19	(79.2)
20.	การเอาใจใส่ดูแลช่วยเหลือจากผู้ดูแลและคนในชุมชนจะช่วยให้อาการของผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้น	20	(83.3)

จากการประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มเครือข่ายในชุมชน ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า กลุ่มเครือข่ายในชุมชนมีความรู้โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 79.2 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 13.96 (S.D.=1.48) คะแนนต่ำสุด 11 คะแนนและคะแนนสูงสุด 17 คะแนน รายละเอียดดังแสดงในที่ 13

ตารางที่ 13 ระดับความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม (N=24)

ระดับความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนเข้าร่วมกิจกรรม		จำนวน (ร้อยละ)
ระดับดี	16-20 คะแนน	4 (16.7)
ระดับปานกลาง	12-15 คะแนน	19 (79.2)
ระดับน้อย	0-11 คะแนน	1 (4.2)
(Mean=13.96, S.D.=1.48, Min=11, Max=17)		

2.2.2 ทศนคติของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชนที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท จากการประเมินของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชนที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทโดยการสัมภาษณ์ด้วยแบบวัดทัศนคติจำนวน 10 ข้อ ในช่วงก่อนเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า ประเด็นข้อคำถามเชิงบวกที่กลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชนตอบเห็นด้วยอย่างยิ่งมากที่สุด คือ 9. การรักษาโรคจิตเภท จะต้องปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์และพยาบาลอย่างเคร่งครัด ร้อยละ 16.7 ส่วนประเด็นคำถามเชิงลบกลุ่มญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตอบเห็นด้วยอย่างยิ่งมากที่สุด คือ 1. ผู้ป่วยจิตเภทมีแต่จะสร้างความเดือดร้อนให้กับผู้อื่น ร้อยละ 8.3 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 14

ขณะที่คะแนนทัศนคติของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชนที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทก่อนเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ข้อ 7. ผู้ป่วยจิตเภทสามารถร่วมทำกิจกรรมในชุมชน เช่น งานบุญ งานพัฒนาในชุมชนได้ ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.04 อยู่ระดับมาก ข้อ 3. ผู้ป่วยจิตเภทเป็นกลุ่มคนที่น่าสงสารควรที่จะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.00 อยู่ระดับมาก และ 9. การรักษาโรคจิตเภท จะต้องปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์และพยาบาลอย่างเคร่งครัด ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 2.92 อยู่ระดับมาก ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด 3 อันดับ ได้แก่ 2. แม้ว่าผู้ป่วยไม่แสดงอาการ แต่ท่านก็รู้สึกหวาดระแวง ที่จะโดนทำร้าย ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 2.54 อยู่ในระดับมาก ข้อ 7. ผู้ป่วยจิตเภทสามารถร่วมทำกิจกรรมในชุมชน เช่น งานบุญ งานพัฒนาในชุมชนได้ ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 2.75 อยู่ในระดับมาก ข้อ 1. ผู้ป่วยจิตเภทมีแต่จะสร้างความเดือดร้อนให้กับผู้อื่น ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 2.79 อยู่ในระดับมาก ข้อ 4. ควรให้ผู้ป่วยจิตเภทอยู่เฉยๆ ไม่ควรให้ทำงานหรือประกอบอาชีพ ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 2.79 อยู่ในระดับมาก ข้อ 6. คนในชุมชนควรมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 2.79 อยู่ในระดับมาก และ ข้อ 8. ผู้ดูแลมีส่วนสำคัญในการรักษาอาการของผู้ป่วยจิตเภท ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 2.79 อยู่ในระดับมาก รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 14

ตารางที่ 14 ทศนคติของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน ที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม
จำแนกรายข้อ (N=24)

ประเด็นทัศนคติที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
1. ผู้ป่วยจิตเภทมีแต่จะสร้างความเดือดร้อน ให้กับผู้อื่น	0 (0.0)	8 (33.3)	13 (54.2)	3 (12.5)
2. แม้ว่าผู้ป่วยไม่แสดงอาการ แต่ท่านก็ยังรู้สึก หวาดระแวง ที่จะโดนทำร้าย	0 (0.0)	12 (50.0)	11 (45.8)	1 (4.2)
3. ผู้ป่วยจิตเภทเป็นกลุ่มคนที่น่าสงสารควรที่จะ ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง	2 (8.3)	20 (83.4)	2 (8.3)	0 (0.0)
4. ควรให้ผู้ป่วยจิตเภทอยู่เฉยๆ ไม่ควรให้ทำงาน หรือประกอบอาชีพ	2 (8.3)	7 (29.2)	15 (62.5)	2 (8.3)
5. ท่านไม่เคยรู้สึกท้อแท้ ที่จะพาผู้ป่วยไปรับการ รักษา	2 (8.3)	16 (66.7)	6 (25.0)	0 (0.0)
6. คนในชุมชนควรมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิต เภท	1 (4.2)	17 (70.8)	6 (25.0)	0 (0.0)
7. ผู้ป่วยจิตเภทสามารถร่วมทำกิจกรรมในชุมชน เช่น งานบุญ งานพัฒนาในชุมชนได้	3 (12.5)	19 (79.2)	2 (8.3)	0 (0.0)
8. ผู้ดูแลมีส่วนสำคัญในการรักษาอาการของ ผู้ป่วยจิตเภท	2 (8.3)	15 (62.5)	7 (29.2)	0 (0.0)
9. การรักษาโรคจิตเภท จะต้องปฏิบัติตาม คำสั่งของแพทย์และพยาบาลอย่างเคร่งครัด	4 (16.7)	14 (58.3)	6 (25.0)	0 (0.0)
10. การดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชนเป็นวิธีการ ดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่ดีที่สุด	2 (8.3)	14 (58.3)	8 (33.4)	0 (0.0)

ตารางที่ 14 (ต่อ)

ประเด็นทัศนคติที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท	จำนวน (N=24)		
	$\bar{x}$	SD.	ระดับ
1. ผู้ป่วยจิตเภทมีแต่จะสร้างความเดือดร้อนให้กับผู้อื่น	2.79	0.65	มาก
2. แม้ว่าผู้ป่วยไม่แสดงอาการ แต่ท่านก็ยังรู้สึกหวาดระแวงที่จะโดนทำร้าย	2.54	0.58	มาก
3. ผู้ป่วยจิตเภทเป็นกลุ่มคนที่น่าสงสารควรที่จะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง	3.00	0.41	มาก
4. ควรให้ผู้ป่วยจิตเภทอยู่เฉยๆ ไม่ควรให้ทำงานหรือประกอบอาชีพ	2.79	0.58	มาก
5. ท่านไม่เคยรู้สึกท้อแท้ ที่จะพาผู้ป่วยไปรับการรักษา	2.83	0.56	มาก
6. คนในชุมชนควรมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	2.79	0.50	มาก
7. ผู้ป่วยจิตเภทสามารถร่วมทำกิจกรรมในชุมชน เช่น งานบุญ งานพัฒนาในชุมชนได้	3.04	0.46	มาก
8. ผู้ดูแลมีส่วนสำคัญในการรักษาอาการของผู้ป่วยจิตเภท	2.79	0.58	มาก
9. การรักษาโรคจิตเภท จะต้องปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์และพยาบาลอย่างเคร่งครัด	2.92	0.65	มาก
10. การดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชนเป็นวิธีการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่ดีที่สุด	2.75	0.60	มาก

ตารางที่ 15 ระดับทัศนคติโดยรวมของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทก่อนเข้าร่วมกิจกรรม (N=24)

ระดับ	ช่วงค่าเฉลี่ย (S.D.)	จำนวน (ร้อยละ)
มากที่สุด	3.27-4.00	1 (4.2)
มาก	2.52-3.26	21 (87.5)
ปานกลาง	1.76-2.51	2 (8.3)
(Mean=2.82, S.D.=0.20, Min = 2.50 , Max = 3.30)		

ข้อมูลจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มเครือข่ายในชุมชนมีคะแนนทัศนคติโดยรวมต่อผู้ป่วยจิตเภทก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับมาก จำนวน 7 ราย ร้อยละ 87.5 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.82 (SD=0.20) คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 2.50 และคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3.30 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 16

2.2.3 การมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชน

ตารางที่ 16 ข้อมูลการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม จำแนกรายด้าน (N=24)

ประเด็นการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเภท	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ
ด้านเศรษฐกิจ			
1. ท่านมีส่วนร่วมในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการประกอบอาชีพหรือรายได้ และสวัสดิการการดูแล เช่น การขึ้นทะเบียนผู้พิการหรือรับสวัสดิการอื่นๆ แก่ผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน	16 (66.7)	8 (33.3)	0 (0.00)
2. ท่านมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลด้วยการพูดคุยร่วมกับคนในชุมชน เกี่ยวกับการประกอบอาชีพหรือรายได้ และสวัสดิการการดูแล เช่น การขึ้นทะเบียนผู้พิการหรือรับสวัสดิการอื่นๆ แก่ผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน	12 (50.0)	11 (45.8)	1 (4.2)
3. ท่านมีส่วนในการร่วมคิด วางแผน และตัดสินใจ ด้วยการประชุมร่วมกับชุมชน เกี่ยวกับการประกอบอาชีพหรือรายได้ และสวัสดิการการดูแล เช่น การขึ้นทะเบียนผู้พิการหรือรับสวัสดิการอื่นๆ แก่ผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน	10 (41.7)	14 (58.3)	0 (0.00)

ตารางที่ 16 (ต่อ)

ประเด็นการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเภท	ปฏิบัติเป็น ประจำ	ปฏิบัติเป็น บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ
4. ท่านมีส่วนร่วมในการดำเนินการติดตามเยี่ยมบ้าน ส่งเสริมอาชีพหรือรายได้ และสวัสดิการการดูแล เช่น การขึ้นทะเบียนผู้พิการหรือรับสวัสดิการอื่นๆ แก่ผู้ป่วย และญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน	10 (41.7)	9 (37.5)	5 (20.8)
5. ท่านมีส่วนร่วมตรวจสอบและประเมินผลเกี่ยวกับการประกอบอาชีพหรือรายได้ และสวัสดิการการดูแล เช่น การขึ้นทะเบียนผู้พิการหรือรับสวัสดิการอื่นๆ แก่ผู้ป่วย และญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน	6 (25.0)	11 (45.8)	7 (29.2)
ด้านสังคม			
1. ท่านมีส่วนร่วมในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสังคม เกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและเพื่อนบ้าน เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยร่วมทำกิจกรรมในสังคม เช่น ไปวัดทำบุญ ไปร่วมงานในชุมชน	9 (37.5)	15 (62.5)	0 (0.0)
2. ท่านมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลข่าวสารด้านสังคม เกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและเพื่อนบ้าน เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยร่วมทำกิจกรรมในสังคม เช่น ไปวัดทำบุญ ไปร่วมงานในชุมชน	10 (41.7)	14 (58.3)	0 (0.0)
3. ท่านมีส่วนในการร่วมคิด วางแผน และตัดสินใจด้วยการประชุมร่วมกับชุมชน เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและเพื่อนบ้าน เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยร่วมทำกิจกรรมในสังคม เช่น ไปวัดทำบุญ ไปร่วมงานในชุมชน หรือมีส่วนในการปรึกษาหารือเพื่อคลี่คลายสถานการณ์เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบ	4 (16.7)	18 (75.0)	2 (8.3)

ตารางที่ 16 (ต่อ)

ประเด็นการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเภท	ปฏิบัติเป็น ประจำ	ปฏิบัติเป็น บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ
4. ท่านมีส่วนร่วมในการดำเนินการกิจกรรมด้านสังคม ได้แก่ การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและและเพื่อนบ้าน การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยร่วมทำกิจกรรมในสังคม เช่น ไปวัดทำบุญ ไปร่วมงานในชุมชน หรือมีส่วนร่วม ดำเนินการคลี่คลายสถานการณ์ เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบ	6 (25.0)	16 (66.7)	2 (8.3)
5. ท่านมีส่วนร่วมในการตรวจสอบและประเมินผล กิจกรรมด้านสังคม ได้แก่ การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย และและเพื่อนบ้าน การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยร่วม ทำกิจกรรมในสังคม เช่น ไปวัดทำบุญ ไปร่วมงานใน ชุมชน หรือมีส่วนร่วมตรวจสอบและประเมินผลการ คลี่คลายสถานการณ์ เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบ	4 (16.7)	14 (58.3)	4 (16.7)
ด้านอารมณ์ และจิตใจ			
1. ท่านมีส่วนร่วมในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ การให้ คำปรึกษา และการให้กำลังใจผู้ป่วยเมื่อทำดีหรือทำถูกต้อง	12 (50.0)	10 (141.7)	2 (8.3)
2. ท่านมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลด้วยการพูดคุยร่วมกับคนใน ชุมชน เกี่ยวกับการรับฟังปัญหา การให้คำปรึกษา และให้ กำลังใจเมื่อผู้ป่วยทำดีหรือทำถูกต้อง	10 (141.7)	13 (54.2)	1 (4.2)
3. ท่านมีส่วนในการร่วมคิด วางแผน และตัดสินใจ ด้วยการ ประชุมร่วมกับชุมชน เกี่ยวกับการรับฟังปัญหา การให้ คำปรึกษา การให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยทำดีหรือทำถูกต้อง	10 (41.7)	13 (54.2)	1 (4.2)
4. ท่านมีส่วนร่วมในการดำเนินการเกี่ยวกับการรับฟังปัญหา การให้คำปรึกษา และให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยทำดีหรือทำถูกต้อง	9 (37.5)	13 (54.2)	2 (8.3)
5. ท่านมีส่วนร่วมในการตรวจสอบและประเมินผล เกี่ยวกับการรับฟังปัญหา การให้คำปรึกษา และให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วย ทำดีหรือทำถูกต้อง	7 (29.2)	10 (41.6)	7 (29.2)

ตารางที่ 16 (ต่อ)

ประเด็นการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเภท	ปฏิบัติเป็น ประจำ	ปฏิบัติเป็น บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ
ด้านการรักษา			
1. ท่านมีส่วนร่วมรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านการรักษาของผู้ป่วยและญาติ เช่น การดูแลสุขภาพตนเอง การไปตรวจตามนัด การทานยาตามแผนการรักษา การงดใช้สุราหรือสารเสพติด ชนิดอื่น ๆ การส่งต่อเมื่อเกิดอาการกำเริบ	9 (37.5)	11 (45.8)	4 (16.7)
2. ท่านมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลด้วยการพูดคุยร่วมกับคนในชุมชน เกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยจิตเภท การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน การส่งต่อเมื่อเกิดอาการกำเริบ และร่วมกับเจ้าหน้าที่ออกติดตามเยี่ยมในชุมชน	7 (29.2)	15 (62.5)	2 (8.3)
3. ท่านมีส่วนในการร่วมคิด วางแผน และตัดสินใจ ด้วยการประชุมร่วมกับชุมชน เกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยจิตเภท การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน การส่งต่อเมื่อเกิดอาการกำเริบ และร่วมกับเจ้าหน้าที่ออกติดตามเยี่ยมในชุมชน	7 (29.2)	13 (54.1)	4 (16.7)
4. ท่านมีส่วนร่วมในการดำเนินการ เกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยจิตเภท การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน การส่งต่อเมื่อเกิดอาการกำเริบ และร่วมกับเจ้าหน้าที่ออกติดตามเยี่ยมในชุมชน	8 (33.3)	12 (50.0)	4 (16.7)
5. ท่านมีส่วนร่วมในการตรวจสอบและประเมินผล เกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยจิตเภท การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน การส่งต่อเมื่อเกิดอาการกำเริบ และร่วมกับเจ้าหน้าที่ออกติดตามเยี่ยมในชุมชน	8 (33.3)	11 (45.8)	5 (20.8)

จากตารางที่ 16 ข้อมูลการมีส่วนร่วมของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม พบว่ากลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชนตอบคำถามไม่เคยปฏิบัติมากที่สุด คือ ข้อ 5. ท่านมีส่วนร่วมตรวจสอบและประเมินผลเกี่ยวกับการประกอบอาชีพหรือรายได้ และสวัสดิการการดูแล เช่น การขึ้นทะเบียนผู้พิการหรือรับสวัสดิการอื่นๆ แก่ผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ร้อยละ 29.2 (ด้านเศรษฐกิจ) และ 5. ท่านมีส่วนร่วมในการตรวจสอบและ

ประเมินผล เกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยจิตเภท การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน การส่งต่อเมื่อเกิดอาการกำเริบ และร่วมกับเจ้าหน้าที่ออกติดตามเยี่ยมในชุมชน ร้อยละ 29.2 (ด้านอารมณ์ จิตใจ) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชนตอบคำถามว่าไม่เคยปฏิบัติตนใน ด้านเศรษฐกิจ คือ ข้อ 5. ท่านมีส่วนร่วมตรวจสอบและประเมินผลเกี่ยวกับการประกอบอาชีพหรือรายได้ และสวัสดิการการดูแล เช่น การขึ้นทะเบียนผู้พิการหรือรับสวัสดิการอื่นๆ แก่ผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ร้อยละ 29.2 ด้านสังคม คือ ข้อ 5. ท่านมีส่วนร่วมในการตรวจสอบและประเมินผลกิจกรรมด้านสังคม ได้แก่ การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย และและเพื่อนบ้าน การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยร่วมทำกิจกรรมในสังคม เช่น ไปวัดทำบุญ ไปร่วมงานในชุมชน หรือมีส่วนร่วมตรวจสอบและประเมินผลการคลีคลายสถานการณ์ เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบ ร้อยละ 16.7 ด้านอารมณ์ และจิตใจ คือ ข้อ 5. ท่านมีส่วนร่วมในการตรวจสอบและประเมินผล เกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยจิตเภท การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน การส่งต่อเมื่อเกิดอาการกำเริบ และร่วมกับเจ้าหน้าที่ออกติดตามเยี่ยมในชุมชน ร้อยละ 29.2 และด้านการรักษา คือ ข้อ 5. ท่านมีส่วนร่วมในการตรวจสอบและประเมินผล เกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยจิตเภท การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน การส่งต่อเมื่อเกิดอาการกำเริบ และร่วมกับเจ้าหน้าที่ออกติดตามเยี่ยมในชุมชน ร้อยละ 20.8 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 16

ตารางที่ 17 ระดับคะแนนการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม จำแนกรายด้าน (N=24)

ประเด็นการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเภท	จำนวน (N=24)		
	$\bar{X}$	SD.	ระดับ
ด้านเศรษฐกิจ			
1. ท่านมีส่วนร่วมในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการประกอบอาชีพหรือรายได้ และสวัสดิการการดูแล เช่น การขึ้นทะเบียนผู้พิการหรือรับสวัสดิการอื่นๆ แก่ผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน	2.67	0.48	มาก
2. ท่านมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลด้วยการพูดคุยร่วมกับคนในชุมชน เกี่ยวกับการประกอบอาชีพหรือรายได้ และสวัสดิการการดูแล เช่น การขึ้นทะเบียนผู้พิการหรือรับสวัสดิการอื่นๆ แก่ผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน	2.46	0.58	มาก

ตารางที่ 17 (ต่อ)

ประเด็นการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเภท	จำนวน (N=24)		
	$\bar{x}$	SD.	ระดับ
3. ท่านมีส่วนในการร่วมคิด วางแผน และตัดสินใจ ด้วยการประชุมร่วมกับชุมชน เกี่ยวกับการประกอบอาชีพหรือรายได้ และสวัสดิการการดูแล เช่น การขึ้นทะเบียนผู้พิการหรือรับสวัสดิการอื่นๆ แก่ผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน	2.42	0.50	มาก
4. ท่านมีส่วนร่วมในการดำเนินการติดตามเยี่ยมบ้านส่งเสริมอาชีพหรือรายได้ และสวัสดิการการดูแล เช่น การขึ้นทะเบียนผู้พิการหรือรับสวัสดิการอื่นๆ แก่ผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน	2.21	0.77	ปานกลาง
5. ท่านมีส่วนร่วมตรวจสอบและประเมินผลเกี่ยวกับการประกอบอาชีพหรือรายได้ และสวัสดิการการดูแล เช่น การขึ้นทะเบียนผู้พิการหรือรับสวัสดิการอื่นๆ แก่ผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน	1.96	0.75	ปานกลาง
ด้านสังคม			
1. ท่านมีส่วนร่วมในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสังคม เกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและเพื่อนบ้าน เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยร่วมทำกิจกรรมในสังคม เช่น ไปวัด ทำบุญ ไปร่วมงานในชุมชน	2.38	0.49	มาก
2. ท่านมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลข่าวสารด้านสังคม เกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและเพื่อนบ้าน เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยร่วมทำกิจกรรมในสังคม เช่น ไปวัด ทำบุญ ไปร่วมงานในชุมชน	2.42	0.50	มาก
3. ท่านมีส่วนในการร่วมคิด วางแผน และตัดสินใจด้วยการประชุมร่วมกับชุมชน เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและและเพื่อนบ้าน เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยร่วมทำกิจกรรมในสังคม เช่น ไปวัดทำบุญ ไปร่วมงานในชุมชน หรือมีส่วนในการปรึกษาหารือเพื่อคลี่คลายสถานการณ์ เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบ	2.08	0.50	ปานกลาง

ตารางที่ 17 (ต่อ)

ประเด็นการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเภท	จำนวน (N=24)		
	$\bar{x}$	SD.	ระดับ
4. ท่านมีส่วนร่วมในการดำเนินการกิจกรรมด้านสังคม ได้แก่ การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและและเพื่อนบ้าน การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยร่วมทำกิจกรรมในสังคม เช่น ไปวัด ทำบุญ ไปร่วมงานในชุมชน หรือมีส่วนร่วมดำเนินการ คลีคลายสถานการณ์ เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบ	2.17	0.56	ปานกลาง
5. ท่านมีส่วนร่วมในการตรวจสอบและประเมินผลกิจกรรมด้านสังคม ได้แก่ การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย และและเพื่อนบ้าน การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยร่วมทำกิจกรรมในสังคม เช่น ไปวัดทำบุญ ไปร่วมงานในชุมชน หรือมีส่วนร่วม ตรวจสอบและประเมินผลการคลีคลายสถานการณ์ เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบ	2.08	0.65	ปานกลาง
ด้านอารมณ์ และจิตใจ			
1. ท่านมีส่วนร่วมในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ การให้ คำปรึกษา และการให้กำลังใจผู้ป่วยเมื่อทำดีหรือทำถูกต้อง	2.42	0.65	มาก
2. ท่านมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลด้วยการพูดคุยร่วมกับคนใน ชุมชน เกี่ยวกับการรับฟังปัญหา การให้คำปรึกษา และให้กำลังใจ เมื่อผู้ป่วยทำดีหรือทำถูกต้อง	2.38	0.57	มาก
3. ท่านมีส่วนในการร่วมคิด วางแผน และตัดสินใจ ด้วยการ ประชุมร่วมกับชุมชน เกี่ยวกับการรับฟังปัญหา การให้คำปรึกษา การให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยทำดีหรือทำถูกต้อง	2.38	0.57	มาก
4. ท่านมีส่วนร่วมในการดำเนินการเกี่ยวกับการรับฟังปัญหา การ ให้คำปรึกษา และให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยทำดีหรือทำถูกต้อง	2.29	0.62	ปานกลาง
5. ท่านมีส่วนร่วมในการตรวจสอบและประเมินผล เกี่ยวกับการรับ ฟังปัญหา การให้คำปรึกษา และให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยทำดีหรือทำ ถูกต้อง	2.00	0.78	ปานกลาง

ตารางที่ 17 (ต่อ)

ประเด็นการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเภท	จำนวน (N=24)		
	$\bar{x}$	SD.	ระดับ
ด้านการรักษา			
1. ท่านมีส่วนร่วมรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านการรักษาของผู้ป่วยและญาติ เช่น การดูแลสุขภาพตนเอง การไปตรวจตามนัด การทานยาตามแผนการรักษา การงดใช้สุราหรือสารเสพติดชนิดอื่น ๆ การส่งต่อเมื่อเกิดอาการกำเริบ	2.21	0.72	ปานกลาง
2. ท่านมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลด้วยการพูดคุยร่วมกับคนในชุมชน เกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยจิตเภท การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน การส่งต่อเมื่อเกิดอาการกำเริบ และร่วมกับเจ้าหน้าที่ออกติดตามเยี่ยมในชุมชน	2.21	0.58	ปานกลาง
3. ท่านมีส่วนในการร่วมคิด วางแผน และตัดสินใจ ด้วยการประชุมร่วมกับชุมชน เกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยจิตเภท การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน การส่งต่อเมื่อเกิดอาการกำเริบ และร่วมกับเจ้าหน้าที่ออกติดตามเยี่ยมในชุมชน	2.13	0.68	ปานกลาง
4. ท่านมีส่วนร่วมในการดำเนินการ เกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยจิตเภท การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน การส่งต่อเมื่อเกิดอาการกำเริบ และร่วมกับเจ้าหน้าที่ออกติดตามเยี่ยมในชุมชน	2.17	0.70	ปานกลาง
5. ท่านมีส่วนร่วมในการตรวจสอบและประเมินผล เกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยจิตเภท การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน การส่งต่อเมื่อเกิดอาการกำเริบ และร่วมกับเจ้าหน้าที่ออกติดตามเยี่ยมในชุมชน	2.13	0.74	ปานกลาง

จากผลการศึกษาพบว่า ระดับคะแนนการมีส่วนร่วมของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชน ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ข้อ 1. ท่านมีส่วนร่วมในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการประกอบอาชีพหรือรายได้ และสวัสดิการการดูแล เช่น การขึ้นทะเบียนผู้พิการหรือรับสวัสดิการอื่น ๆ แก่ผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 2.67 อยู่ระดับมาก (ด้านเศรษฐกิจ) ข้อ 2. ท่านมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลด้วยการพูดคุยร่วมกับคนในชุมชน เกี่ยวกับการประกอบอาชีพหรือรายได้ และสวัสดิการการดูแล เช่น การขึ้นทะเบียนผู้พิการหรือรับสวัสดิการอื่น ๆ แก่ผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 2.46 อยู่ระดับมาก (ด้านเศรษฐกิจ) ข้อ 3. ท่านมีส่วนในการร่วมคิด วางแผน และตัดสินใจ ด้วยการประชุมร่วมกับชุมชน เกี่ยวกับการประกอบอาชีพหรือรายได้ และสวัสดิการการดูแล เช่น การขึ้นทะเบียนผู้พิการหรือรับ

สวัสดิการอื่น ๆ แก่ผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 2.42 อยู่ระดับมาก (ด้านเศรษฐกิจ) ข้อ 2. ท่านมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลข่าวสารด้านสังคม เกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและเพื่อนบ้าน เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยร่วมทำกิจกรรมในสังคม เช่น ไปวัดทำบุญ ไปร่วมงานในชุมชน ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 2.42 อยู่ระดับมาก (ด้านสังคม) และ ข้อ 1. ท่านมีส่วนร่วมในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ การให้คำปรึกษา และการให้กำลังใจผู้ป่วยเมื่อทำดีหรือทำถูกต้อง ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 2.42 อยู่ระดับมาก (ด้านอารมณ์ และจิตใจ) ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด 3 อันดับ ได้แก่ ข้อ 5. ท่านมีส่วนร่วมตรวจสอบและประเมินผลเกี่ยวกับการประกอบอาชีพหรือรายได้ และสวัสดิการการดูแล เช่น การขึ้นทะเบียนผู้พิการหรือรับสวัสดิการอื่น ๆ แก่ผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 1.96 อยู่ในระดับปานกลาง (ด้านเศรษฐกิจ) ข้อ 5. ท่านมีส่วนร่วมในการตรวจสอบและประเมินผล เกี่ยวกับการรับฟังปัญหา การให้คำปรึกษา และให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยทำดีหรือทำถูกต้อง ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 2.00 อยู่ระดับปานกลาง (ด้านอารมณ์ และจิตใจ) ข้อ 3. ท่านมีส่วนในการร่วมคิด วางแผน และตัดสินใจด้วยการประชุมร่วมกับชุมชน เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและเพื่อนบ้าน เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยร่วมทำกิจกรรมในสังคม เช่น ไปวัดทำบุญ ไปร่วมงานในชุมชน หรือมีส่วนในการปรึกษาหารือเพื่อคลี่คลายสถานการณ์ เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบ ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 2.08 อยู่ระดับปานกลาง (ด้านสังคม) 5. ท่านมีส่วนร่วมในการตรวจสอบและประเมินผลกิจกรรมด้านสังคม ได้แก่ กามมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย และเพื่อนบ้าน การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยร่วมทำกิจกรรมในสังคม เช่น ไปวัดทำบุญ ไปร่วมงานในชุมชน หรือมีส่วนร่วมตรวจสอบและประเมินผลการคลี่คลายสถานการณ์ เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบ ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 2.08 อยู่ระดับปานกลาง (ด้านสังคม) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 17

ตารางที่ 18 ระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม จำแนกรายด้าน (N=24)

ระดับ	ช่วงค่าเฉลี่ย (S.D.)	จำนวน (ร้อยละ)
มาก	2.34-3.00	9 (37.5)
ปานกลาง	1.67-2.33	13 (54.2)
น้อย	1.00-1.66	2 (8.3)
(Mean=2.25, S.D.=0.40, Min = 1.50 , Max = 3.00)		

จากการประเมินการมีส่วนร่วมของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชน พบว่า กลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนมีระดับคะแนนการมีส่วนร่วมโดยรวมก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 13 ราย ร้อยละ 54.2 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.20 (SD=0.40) คะแนนต่ำสุด 1.50 และคะแนนสูงสุด 3.00 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 18

4.1.4 กิจกรรมที่ 4 ประชุมวางแผนและจัดทำแผน

กิจกรรมประชุมวางแผนและจัดทำแผน มีวัตถุประสงค์/เป้าหมาย เพื่อให้ได้แผนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จากการดำเนินกิจกรรมการประชุมวางแผนและจัดทำแผน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม ตามแนวคิด ทฤษฎีเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (Technology of participation : TOP) มี 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) วิธีการแก้ปัญหา (ORID Method) (ว่ามองเห็นอะไร รู้สึกอย่างไร คิดอย่างไร จะทำอย่างไรต่อ) 2) การประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop Method) 3) การวางแผนปฏิบัติงาน (Action Planning Method) (มี 7 กิจกรรม คือ ศึกษาบริบทพื้นที่ คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย/แต่งตั้งคณะทำงาน เก็บรวบรวมข้อมูล ประชุมวางแผนและจัดทำแผนปฏิบัติการ ติดตามผลการดำเนินงาน และสรุปผล ถอดบทเรียน) พบว่า ผู้ร่วมวิจัยเข้าร่วมกิจกรรมทุกขั้นตอน ให้ความร่วมมือทำกิจกรรมตามกระบวนการ จนได้ 2 โครงการ คือ โครงการอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และโครงการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

สิ่งที่เกิดขึ้นจริงในการดำเนินการตามวิธีการนี้ เป็นไปตามวัตถุประสงค์และเป้าหมาย เนื่องจากกระบวนการมีส่วนร่วมตามแนวคิด ทฤษฎีเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (Technology of participation : TOP) ส่งเสริมให้ทุกคนในกลุ่มได้ร่วมคิด การสะท้อนปัญหา วิเคราะห์พัฒนาปรับปรุงการปฏิบัติงานของตนเอง รู้สึกเป็นเจ้าของแผน จนเกิดการกระตุ้นการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ ซึ่งพวกเขาเป็นผู้มีส่วนร่วมในการนำเสนอแผน รวมทั้งเสนอตัวในการเป็นผู้รับผิดชอบในหน้าที่ที่กำหนดขึ้น ซึ่งบทเรียน/การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นจากการทำการวิจัย คือ ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาและคอยกำกับให้ทุกคนในกลุ่มเกิดการแสดงความคิดเห็น เพื่อเอื้อให้เกิดการมีส่วนร่วมทุกขั้นตอนตามกระบวนการอย่างต่อเนื่อง ภายในระยะเวลาจำกัด

4.2 ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 2

เพื่อศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนบ้านหนองคู พื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองคู ตำบลนาเวียง อำเภอสว่างคันคม จังหวัดอำนาจเจริญ

ขั้นปฏิบัติ (Action)

4.2.1 กิจกรรมที่ 5 นำแผนไปสู่การปฏิบัติ จากการนำแผนไปสู่การปฏิบัติ มีรายละเอียด ดังนี้

1. โครงการอบรมเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่า ได้เชิญวิทยากรพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจากโรงพยาบาลเสนาณรงค์ อบรมให้ความรู้ในประเด็น โรคจิตเภทคืออะไร ทศนคติที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท การรักษา การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน หรือเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน จากการสังเกตการณ์พบว่า ผู้ร่วมวิจัยเข้าร่วมโครงการทุกคน โดยร่วมรับฟัง สอบถามเปลี่ยนความรู้กับวิทยากร วิทยากรแนะนำการดูแลที่เหมาะสม ผลการดำเนินงาน เป็นไปตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายเนื่องจาก กลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนเข้าร่วมโครงการทุกคน

2. โครงการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน วิธีการดำเนินงาน กลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน ซึ่งมีความรู้ และพร้อมในการออกติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เพื่อกำกับการกินยาต่อหน้า แนะนำการปฏิบัติตัว การสังเกตอาการผิดปกติ แต่มีข้อจำกัด/ ปัญหาอุปสรรค ผลจากพายุพายุทำให้เกิดอุทกภัยครั้งใหญ่ เป็นภัยพิบัติทางธรรมชาติที่ไม่อาจควบคุมความรุนแรงได้ ทำให้ชาวบ้านหนองคูได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติดังกล่าว บ้านเรือนและที่นาจมอยู่ใต้น้ำ แต่ด้วยการช่วยเหลือจากภาครัฐและเอกชนร่วมกันเยียวยาช่วยเหลือบริจาคเงินและถุงยังชีพแก่คนในชุมชน ทุกคนจึงปลอดภัย สามารถเผชิญปัญหา ดำเนินชีวิตต่อไปได้ ผลการดำเนินงานไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ เนื่องจากกลุ่มเครือข่ายไม่สามารถออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนตามระยะเวลาที่กำหนดไว้ได้ จากบทเรียนดังกล่าว ทำให้เกิดการเรียนรู้ว่าควรมีการปรับแผนปฏิบัติการเพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์จริง ภายหลังจากน้ำท่วมเป็นเวลานาน 3 สัปดาห์ เมื่อระดับน้ำลดลงเข้าสู่ภาวะปกติ ทีมเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนจึงได้นัดหมาย และออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทในเดือนถัดไปอีก ครั้ง คือช่วงเดือนตุลาคม 2562 โดยกำหนดให้ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน เป็นพี่เลี้ยงหรือผู้สังเกตการณ์รับประสานยาให้ถูกต้องครบถ้วนและเป็นการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำการบันทึกการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทพร้อมลงชื่อกำกับในสมุดประจำตัวผู้ป่วยทุกครั้ง เป็นประจำทุกวัน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ติดตาม

กำกับทุก 1 สัปดาห์ ผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทุก 2 สัปดาห์

ชั้นสังเกต (Observation)

4.2.2 กิจกรรมที่ 6 สังเกตผลการดำเนินการ

กิจกรรมสังเกตผลการดำเนินงาน มีวัตถุประสงค์/เป้าหมายเพื่อติดตามผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ (Action Plan) มีวิธีการดำเนินงาน คือ สังเกตผลการดำเนินงานโดยรวบรวมข้อมูลการดำเนินงานจากกิจกรรมที่ 1-5 สามารถสรุปได้ดังนี้

1. กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 36 คน สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม มีส่วนร่วมในกระบวนการ ทุกขั้นตอน กิจกรรมมีความคล่องตัว สนุกสนาน บรรยากาศการประชุมเป็นกันเอง ส่งเสริมให้ทุกคนมีส่วนร่วม กล้าแสดงความคิดเห็นในกลุ่มย่อยและกลุ่มใหญ่ ทุกคนร่วมรับฟัง แสดงความคิดเห็น มีส่วนร่วมในวิเคราะห์ปัญหา สรุปประเด็นสำคัญได้ ผู้เข้าร่วมประชุมเสนอตัวรับผิดชอบ ทั้งในกลุ่มย่อยและในกลุ่มใหญ่ภาพรวม ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแล โดยญาติ/ผู้ดูแล และเครือข่าย ออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ลงชื่อกำกับการทานยา และการเยี่ยมบ้าน การดำเนินงานทุกกิจกรรมสำเร็จได้ จากการใช้สัมพันธภาพที่ดีของผู้วิจัย การชี้แจงขั้นตอนการวิจัย สิทธิผู้ร่วมวิจัย ทำให้ผู้ร่วมวิจัยให้ความร่วมมือทุกกิจกรรม จากใช้เทคนิคการมีส่วนร่วมโดยใช้แนวคิด เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (TOP) ทำให้เกิดการร่วมคิด สะท้อนปัญหา เกิดการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ มีข้อจำกัด/ปัญหาอุปสรรค คือผู้วิจัยต้องเป็นที่ปรึกษา คอยกระตุ้นและควบคุมผู้ร่วมวิจัยดำเนินกิจกรรมให้สำเร็จตามแผนปฏิบัติการทั้ง 7 กิจกรรม บางกิจกรรมต้องปรับตามสถานการณ์จริง ได้แก่โครงการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งตรงกับช่วงน้ำท่วม ต้องรอให้ระดับน้ำลดลงเข้าสู่ภาวะปกติ จึงสามารถดำเนินการตามโครงการได้

สิ่งที่เกิดขึ้นจริงเป็นไปตามวัตถุประสงค์และเป้าหมาย เริ่มต้นจากกิจกรรมที่ 4 ประชุมวางแผนและจัดทำแผน โดยการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมแนวคิด (Technology of participation : TOP) แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) วิธีการแก้ปัญหา (ORID Method) (ว่ามองเห็นอะไร รู้สึกอย่างไร คิดอย่างไร จะทำอะไรต่อไป) 2) การประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop Method) 3) การวางแผนปฏิบัติงาน (Action Planning Method) ซึ่งส่งเสริมให้ผู้ร่วมวิจัยได้ร่วมแสดงความคิดเห็น มีการสะท้อนปัญหา เกิดกระบวนการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของแผน เสนอตัวเข้ามาแก้ไขปัญหาอย่างจริงจัง จนได้ 2 โครงการ คือ โครงการอบรมเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และโครงการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน แล้วนำแผนไปสู่การปฏิบัติในกิจกรรมที่ 5

บทเรียน/การเรียนรู้ที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยต้องเป็นที่ปรึกษาคอยกระตุ้น และกำกับให้เป็นไปตามแผนการดำเนินการ ควรให้กำลังใจชื่นชมผู้ร่วมวิจัยทุกขั้นตอน

2. หลังให้กิจกรรม ทดสอบด้วยแบบสัมภาษณ์ทั้ง 2 ชุด ได้แก่ แบบสัมภาษณ์สำหรับกลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และแบบสัมภาษณ์สำหรับกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน ผลการทดสอบ ดังตารางดังต่อไปนี้

ตารางที่ 19 ความรู้รายข้อเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังเข้าร่วมกิจกรรม (N=12)

ข้อ	คำถาม	ตอบถูก	
		จำนวน	ร้อยละ
ด้านอาการของโรค			
1.	โรคจิตเภทหมายถึงโรคที่มีผลทำให้ผู้ป่วยแสดงออกทางความคิด อารมณ์และการกระทำที่ผิดปกติไปจากคนทั่วไป	12	(100.0)
2.	โรคจิตเภท ถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มโรคเรื้อรัง	12	(100.0)
3.	การใช้สารเสพติดต่าง ๆ เช่น สุรา ยาบ้า สารระเหย มีผลทำให้เกิดโรคจิตเภท	12	(100.0)
4.	การสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์/คาเฟอีน หรือสูบบุหรี่ จะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบหรือป่วยซ้ำได้	12	(100.0)
5.	ผู้ที่มีญาติพี่น้องป่วยทางจิต จะมีโอกาสป่วยทางจิตมากกว่าผู้อื่น	12	(100.0)
6.	ผู้ป่วยจิตเภทเพศส่วนใหญ่มีหูแว่วเห็นภาพหลอน	4	(33.3)
7.	อาการพูดคนเดียวไปเรื่อย ๆ เป็นอาการแสดงของผู้ป่วยจิตเภท	12	(100.0)
8.	การเดินแก้ม้าตามที่สาธารณะ เป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งของผู้ป่วยจิตเภท	12	(100.0)
9.	การอยู่นิ่งๆ เฉยเมย แยกตัวเอง เป็นอาการเตือนอาการกำเริบหรือป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท	12	(100.0)
10.	ความผิดปกติที่แสดงอาการด้านบวกของผู้ป่วยจิตเภท เช่น อาการหลงผิดว่าตนเองถูกปองร้ายหรือถูกกลั่นแกล้ง	10	(83.3)
11.	ความผิดปกติที่แสดงอาการด้านลบของผู้ป่วยจิตเภทเช่น พูดน้อย เฉื่อยชาแยกตัว	12	(100.0)

ตารางที่ 19 (ต่อ)

ข้อ	คำถาม	ตอบถูก	
		จำนวน	ร้อยละ
ด้านการรักษา			
12.	การรักษาผู้ป่วยจิตเภทมีวิธีเดียวเท่านั้น คือการให้ยา	11	(91.7)
13.	ผู้ป่วยจิตเภทสามารถปรับลดขนาดยาลงได้เมื่อไม่แสดงอาการผิดปกติ	11	(91.7)
14.	คนอื่นไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการดีขึ้นได้ นอกจากแพทย์ที่รักษา	11	(91.7)
15.	การที่ผู้ป่วยจิตเภทยารักษาอาการทางจิตติดต่อกันเป็นเวลานาน ๆ จะทำให้เกิดการติดยาได้	12	(100.0)
16.	แม้ว่าผู้ป่วยจะไม่แสดงอาการผิดปกติ แต่ก็ต้องกินยาอย่างต่อเนื่องตามแพทย์สั่ง	11	(91.7)
ด้านการดูแล			
17.	การอบรมเลี้ยงดูมีส่วนทำให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท	12	(100.0)
18.	ควรหลีกเลี่ยงที่จะคบหาหรือพูดจากับผู้ป่วยจิตเภททุกคนเพราะผู้ป่วยอาจทำร้ายเราได้ทุกเมื่อ	11	(91.7)
19.	การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเข้าร่วมทำกิจกรรมในสังคม ถือเป็นการช่วยบำบัดรักษาอาการวิธีหนึ่ง	11	(91.7)
20.	การเอาใจใส่ดูแลช่วยเหลือจากผู้ดูแลและคนในชุมชนจะช่วยให้อาการของผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้น	12	(100.0)

ตารางที่ 20 ระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังเข้าร่วมกิจกรรม (N=12)

ระดับความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังเข้าร่วมกิจกรรม		จำนวน (ร้อยละ)
ระดับดี	16-20 คะแนน	12 (100.00)
(Mean=18.67, S.D.=1.07, Min = 17 , Max = 20)		

ตารางที่ 21 แสดงผลเปรียบเทียบความรู้ของกลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม (N=12)

ความรู้ของกลุ่มญาติ/ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	<i>n</i>	$\bar{x}$	<i>S.D.</i>	<i>Mean Difference</i>
ก่อนการเข้าร่วมวิจัย	12	15.58	2.02	3.08
หลังการเข้าร่วมวิจัยวิจัย	12	18.67	1.07	

ผลจากการศึกษานี้ พบว่า ความรู้ของกลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 18.67 (SD=1.07) ขณะที่ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ความรู้ของกลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับระดับดี คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.58 (SD=2.02) แสดงว่าการเข้าร่วมกิจกรรมทำให้กลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีความรู้เพิ่มขึ้น รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 21

ตารางที่ 22 ระดับคะแนนทัศนคติของกลุ่มญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท หลังเข้าร่วมกิจกรรม จำแนกรายข้อ (N=12)

ประเด็นข้อคิดเห็นที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ
1. ผู้ป่วยจิตเภทมีแต่จะสร้างความเดือดร้อนให้กับผู้อื่น	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (25.0)	9 (75.0)
2. แม้ว่าผู้ป่วยไม่แสดงอาการ แต่ท่านก็ยังรู้สึก หวาดระแวงที่จะโดนทำร้าย	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (33.3)	8 (66.7)
3. ผู้ป่วยจิตเภทเป็นกลุ่มคนที่น่าสงสารควรที่จะได้รับ การดูแลอย่างต่อเนื่อง	9 (75.5)	3 (25.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
4. ควรให้ผู้ป่วยจิตเภทอยู่เฉยๆ ไม่ควรให้ทำงาน หรือประกอบอาชีพ	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (41.7)	7 (58.3)
5. ท่านไม่เคยรู้สึกท้อแท้ ที่จะพาผู้ป่วยไปรับการรักษา	7 (58.3)	5 (41.7)	0 (0.0)	0 (0.0)
6. คนในชุมชนควรมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	6 (50.0)	6 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)

ตารางที่ 22 (ต่อ)

ประเด็นข้อคิดเห็นที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ
7. ผู้ป่วยจิตเภทสามารถร่วมทำกิจกรรมในชุมชน เช่น งานบุญ งานพัฒนาในชุมชนได้	9 (75.5)	3 (25.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
8. ผู้ดูแลมีส่วนสำคัญในการรักษาอาการของผู้ป่วยจิตเภท	7 (58.3)	5 (41.7)	0 (0.0)	0 (0.0)
9. การรักษาโรคจิตเภท จะต้องปฏิบัติตัวตามคำสั่งของแพทย์และพยาบาลอย่างเคร่งครัด	9 (75.0)	3 (25.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
10. การดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชนเป็นวิธีการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่ดีที่สุด	6 (50.0)	6 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)

ตารางที่ 23 ระดับคะแนนทัศนคติของกลุ่มญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท
หลังเข้าร่วมกิจกรรม จำแนกรายข้อ

ประเด็นข้อคิดเห็นที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท	จำนวน (N=12)		
	$\bar{X}$	SD.	ระดับ
1. ผู้ป่วยจิตเภทมีแต่จะสร้างความเดือดร้อนให้กับผู้อื่น	3.75	0.45	มากที่สุด
2. แม้ว่าผู้ป่วยไม่แสดงอาการ แต่ท่านก็ยังรู้สึกหวาดระแวงที่จะโดนทำร้าย	3.67	0.49	มากที่สุด
3. ผู้ป่วยจิตเภทเป็นกลุ่มคนที่น่าสงสารควรที่จะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง	3.75	0.45	มากที่สุด
4. ควรให้ผู้ป่วยจิตเภทอยู่เฉยๆ ไม่ควรให้ทำงานหรือประกอบอาชีพ	3.58	0.51	มากที่สุด
5. ท่านไม่เคยรู้สึกท้อแท้ ที่จะพาผู้ป่วยไปรับการรักษา	3.58	0.51	มากที่สุด
6. คนในชุมชนควรมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	3.50	0.52	มากที่สุด
7. ผู้ป่วยจิตเภทสามารถร่วมทำกิจกรรมในชุมชน เช่น งานบุญ งานพัฒนาในชุมชนได้	3.75	0.45	มากที่สุด
8. ผู้ดูแลมีส่วนสำคัญในการรักษาอาการของผู้ป่วยจิตเภท	3.58	0.51	มากที่สุด

ตารางที่ 23 (ต่อ)

ประเด็นข้อคิดเห็นที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท	จำนวน (N=12)		
	$\bar{x}$	SD.	ระดับ
9. การรักษาโรคจิตเภท จะต้องปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์และพยาบาลอย่างเคร่งครัด	3.75	0.45	มากที่สุด
10. การดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชนเป็นวิธีการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่ดีที่สุด	3.50	0.52	มากที่สุด

ตารางที่ 24 ระดับคะแนนทัศนคติโดยรวมของกลุ่มญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทหลังเข้าร่วมกิจกรรม

ระดับ	ช่วงค่าเฉลี่ย (S.D.)	จำนวน (ร้อยละ)
มากที่สุด	3.27-4.00 (Mean=3.64, S.D.=0.29, Min = 3.00 , Max = 4.00)	12 (100.0)

ตารางที่ 25 แสดงผลเปรียบเทียบระดับทัศนคติของกลุ่มญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม (N=12)

ทัศนคติของกลุ่มญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	n	$\bar{x}$	S.D.	Mean Difference
ก่อนการเข้าร่วมวิจัย	12	3.10	0.46	0.53
หลังการเข้าร่วมวิจัย	12	3.64	0.29	

ผลจากการศึกษานี้ พบว่า ระดับคะแนนทัศนคติของกลุ่มญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทหลังเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.64 (SD=0.46) ขณะที่ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมทัศนคติของกลุ่มญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก และมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.10 (SD=0.46) ซึ่งแตกต่างกันอย่างชัดเจน แสดงว่าการเข้าร่วมกิจกรรมทำให้กลุ่มญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีระดับคะแนนทัศนคติที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้น รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 25

ตารางที่ 26 ระดับคะแนนการมีส่วนร่วมของกลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังเข้าร่วมกิจกรรม
จำแนกรายด้าน (N=12)

ประเด็นการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	ปฏิบัติเป็น ประจำ	ปฏิบัติเป็น บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ
ด้านความเป็นอยู่			
1. ท่านคอยดูแลให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันอย่างสม่ำเสมอ เช่น อาบน้ำ สระผม เปลี่ยนเสื้อผ้า ฯลฯ	7 (58.3)	5 (41.7)	0 (0.0)
2. ท่านจัดหาของใช้ที่จำเป็นให้แก่ผู้ป่วย เช่น เสื้อผ้าอาหาร พร้อมทั้ง สิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ	9 (75.0)	3 (25.0)	0 (0.0)
3. ท่านดูแลรักษาความสะอาดของใช้ส่วนตัวของผู้ป่วยจิตเภทให้เป็นระเบียบเรียบร้อย เช่น เสื้อผ้า ที่นอน	9 (75.0)	3 (25.0)	0 (0.0)
4. ท่านรับผิดชอบในการจัดหาสถานที่ ที่พัก ที่เหมาะสมให้ผู้ป่วยเมื่อกลับมาอยู่บ้าน	10 (83.3)	2 (16.7)	0 (0.0)
ด้านเศรษฐกิจ			
5. ท่านมอบเงินให้ผู้ป่วยไว้ใช้จ่ายส่วนตัว	10 (83.3)	2 (16.7)	0 (0.0)
6. ท่านต้องทำงานเพิ่มเพื่อให้มีเงินเพียงพอสำหรับการดูแลผู้ป่วย	9 (75.0)	3 (25.0)	0 (0.0)
7. ท่านต้องกู้ยืมเงินเพื่อมาใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย	11 (91.7)	1 (8.3)	0 (0.0)
ด้านสังคม			
8. ท่านพาผู้ป่วยไปร่วมทำกิจกรรมในสังคม เช่น ไปวัดทำบุญ ไปร่วมงานในหมู่บ้าน ไปจับจ่ายซื้อของในตัวเมือง	9 (75.0)	3 (25.0)	0 (0.0)
9. ท่านสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมในสังคม เช่น การเป็นอาสาสมัคร หรือร่วมพัฒนาหมู่บ้าน	10 (83.3)	2 (16.7)	0 (0.0)
10. ท่านสนับสนุนและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พบปะพูดคุยและมีเพื่อน	9 (75.0)	3 (25.0)	0 (0.0)

ตารางที่ 26 (ต่อ)

ประเด็นการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	ปฏิบัติเป็น ประจำ	ปฏิบัติเป็น บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ
ด้านอารมณ์และจิตใจ			
11. ท่านชมเชยหรือให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยทำดีหรือทำถูกต้อง	10 (83.3)	2 (16.7)	0 (0.0)
12. ท่านจะช่วยเหลือให้คำปรึกษาและให้กำลังใจ เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาหรือ ไม่สบายใจ	9 (75.0)	3 (25.0)	0 (0.0)
13. ท่านไม่เคยที่จะแสดงความไม่พอใจและดุด่าเมื่อผู้ป่วยทำผิด	8 (66.7)	4 (33.3)	0 (0.0)
ด้านการรักษา			
14. ท่านพาผู้ป่วยไปรับการรักษาหรือรับบริการด้านสุขภาพที่โรงพยาบาลหรือรพ.สต.ใกล้บ้าน เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาด้านสุขภาพ	10 (83.3)	2 (16.7)	0 (0.0)
15. ท่านดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาและพบแพทย์ตามนัด	10 (83.3)	2 (16.7)	0 (0.0)
16. ท่านปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์ทันที เมื่อเกิดปัญหาในการดูแลผู้ป่วย	10 (83.3)	2 (16.7)	0 (0.0)
17. ท่านกระตุ้นสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้กระทำกิจกรรมที่เคยทำเมื่อก่อนป่วย	7 (58.3)	5 (41.7)	0 (0.0)
ด้านการปรับตัวและช่วยเหลือตนเอง			
18. เมื่อผู้ป่วยมีอาการซึม พุดน้อย แยกตัว ท่านจะเข้าไปพูดคุยเพื่อประเมินอาการทางจิตและให้การช่วยเหลือในเบื้องต้น	8 (66.7)	4 (33.3)	0 (0.0)
19. ท่านจัดหางานที่เหมาะสมในบ้านให้ผู้ป่วยทำ เช่น ปลูกต้นไม้ เลี้ยงสัตว์ ทำอาหาร ซักเสื้อผ้า เป็นต้น	9 (75.0)	3 (25.0)	0 (0.0)
20. ท่านมีส่วนในการจัดหาและกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีงานที่เหมาะสมเป็นรายได้ของตนเอง	7 (58.3)	5 (41.7)	0 (0.0)
21. ท่านกระตุ้นสนับสนุนให้ผู้ป่วยช่วยเหลือผู้อื่นเท่าที่ผู้ป่วยจะทำได้	11 (91.7)	1 (8.3)	0 (0.0)

ตารางที่ 27 ระดับคะแนนการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
หลังเข้าร่วมกิจกรรม จำแนกรายข้อ

ประเด็นการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	จำนวน (N=12)		
	$\bar{x}$	SD.	ระดับ
ด้านความเป็นอยู่			
1. ท่านคอยดูแลให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันอย่างสม่ำเสมอ เช่น อาบน้ำ สระผม เปลี่ยนเสื้อผ้า ฯลฯ	2.58	0.51	มาก
2. ท่านจัดหาของใช้ที่จำเป็นให้แก่ผู้ป่วย เช่น เสื้อผ้าอาหาร พร้อมทั้งสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ	2.75	0.45	มาก
3. ท่านดูแลรักษาความสะอาดของใช้ส่วนตัวของผู้ป่วยจิตเภท ให้เป็นระเบียบเรียบร้อย เช่น เสื้อผ้า ที่นอน	2.75	0.45	มาก
4. ท่านรับผิดชอบในการจัดหาสถานที่ ที่พัก ที่เหมาะสมให้ผู้ป่วยเมื่อกลับมาอยู่บ้าน	2.83	0.38	
ด้านเศรษฐกิจ			
5. ท่านมอบเงินให้ผู้ป่วยไว้ใช้จ่ายส่วนตัว	2.83	0.38	มาก
6. ท่านต้องทำงานเพิ่มเพื่อให้มีเงินเพียงพอสำหรับการดูแลผู้ป่วย	2.75	0.45	มาก
7. ท่านต้องกู้ยืมเงินเพื่อมาใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย	2.92	0.28	มาก
ด้านสังคม			
8. ท่านพาผู้ป่วยไปร่วมทำกิจกรรมในสังคม เช่น ไปวัดทำบุญ ไปร่วมงานในหมู่บ้าน ไปจับจ่ายซื้อของในตัวเมือง	2.75	0.45	มาก
9. ท่านสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมในสังคม เช่น การเป็นอาสาสมัคร หรือร่วมพัฒนาหมู่บ้าน	2.83	0.45	มาก
10. ท่านสนับสนุนและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พบปะพูดคุยและมีเพื่อน	2.75	0.45	มาก

พูน ปณ จิตโต ชีเว

ตารางที่ 27 (ต่อ)

ประเด็นการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	จำนวน (N=12)		
	$\bar{x}$	SD.	ระดับ
ด้านอารมณ์และจิตใจ			
11. ท่านชมเชยหรือให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยทำดีหรือทำถูกต้อง	2.75	0.45	มาก
12. ท่านจะช่วยเหลือให้คำปรึกษาและให้กำลังใจ เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาหรือ ไม่สบายใจ	2.83	0.89	มาก
13. ท่านไม่เคยที่จะแสดงความไม่พอใจและดุด่าเมื่อผู้ป่วยทำผิด	2.67	0.49	มาก
ด้านการรักษา			
14. ท่านพาผู้ป่วยไปรับการรักษาหรือรับบริการด้านสุขภาพที่โรงพยาบาลหรือรพ.สต.ใกล้บ้าน เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาด้านสุขภาพ	2.83	0.38	มาก
15. ท่านดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาและพบแพทย์ตามนัด	2.83	0.38	มาก
16. ท่านปรึกษาคณากรรมการทางแพทย์ทันที เมื่อเกิดปัญหาในการดูแลผู้ป่วย	2.83	0.38	มาก
17. ท่านกระตุ้นสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้กระทำการกิจกรรมที่เคยทำเมื่อก่อนป่วย	2.58	0.51	มาก
ด้านการปรับตัวและช่วยเหลือตนเอง			
18. เมื่อผู้ป่วยมีอาการซึม พุดน้อย แยกตัว ท่านจะเข้าไปพูดคุย เพื่อประเมินอาการทางจิตและให้การช่วยเหลือในเบื้องต้น	2.67	0.49	มาก
19. ท่านจัดหางานที่เหมาะสมในบ้านให้ผู้ป่วยทำ เช่น ปลูกต้นไม้ เลี้ยงสัตว์ ทำอาหาร ซักเสื้อผ้า เป็นต้น	2.25	0.45	ปานกลาง
20. ท่านมีส่วนในการจัดหาและกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีงานที่เหมาะสมเป็นรายได้ของตนเอง	2.58	0.51	มาก
21. ท่านกระตุ้นสนับสนุนให้ผู้ป่วยช่วยเหลือผู้อื่นเท่าที่ผู้ป่วยจะทำได้	2.92	0.28	มาก

ตารางที่ 28 ระดับการมีส่วนร่วมของกลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังเข้าร่วมกิจกรรม

ระดับ	ช่วงค่าเฉลี่ย (S.D.)	จำนวน (ร้อยละ)
มาก	2.34-3.00 (Mean=2.73, S.D.=0.06, Min = 2.62 , Max = 2.86)	12 (100.0)

ตารางที่ 29 แสดงผลเปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมของกลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม (N=12)

การมีส่วนร่วมใน การดูแลผู้ป่วย จิตเภท	n	$\bar{x}$	S.D.	Mean Difference
ก่อนการเข้าร่วมวิจัย	12	1.96	0.29	
หลังการเข้าร่วมวิจัย	12	2.73	0.06	0.77

ผลจากการศึกษานี้ พบว่า ความรู้ในการปฏิบัติตนของญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.73 (SD=0.06) ขณะที่ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ความรู้ในการปฏิบัติตนของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง และมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.96 (SD=0.29 แสดงว่าการเข้าร่วมกิจกรรมทำให้กลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีความรู้ในการปฏิบัติตนต่อผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้น รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 29

พูน ปณ จิตโต ชีเว

ตารางที่ 30 ความรู้รายข้อเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน หลังเข้าร่วมกิจกรรม (N=24)

ข้อ	คำถาม	ตอบถูก	
		จำนวน	ร้อยละ
ด้านอาการของโรค			
1.	โรคจิตเภทหมายถึงโรคที่มีผลทำให้ผู้ป่วยแสดงออกทางความคิดอารมณ์ และการกระทำที่ผิดปกติไปจากคนทั่วไป	21	(87.5)
2.	โรคจิตเภท ถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มโรคเรื้อรัง	21	(87.5)
3.	การใช้สารเสพติดต่าง ๆ เช่น สุรา ยาบ้า สารระเหย มีผลทำให้เกิดโรคจิตเภท	20	(83.3)
4.	การสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์/คาเฟอีน หรือสูบบุหรี่ จะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบหรือป่วยซ้ำได้	22	(91.7)
5.	ผู้ที่มีญาติพี่น้องป่วยทางจิต จะมีโอกาสป่วยทางจิตมากกว่าผู้อื่น	21	(87.5)
6.	ผู้ป่วยจิตเภทเพศส่วนใหญ่มีหูแว่วเห็นภาพหลอน	18	(75.0)
7.	อาการพูดคนเดียวไปเรื่อย ๆ เป็นอาการแสดงของผู้ป่วยจิตเภท	19	(79.2)
8.	การเดินแก้ม้าตามที่สาธารณะ เป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งของผู้ป่วยจิตเภท	18	(75.0)
9.	การอยู่นิ่งๆ เฉยเมย แยกตัวเอง เป็นอาการเตือนอาการกำเริบหรือป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท	17	(70.8)
10.	ความผิดปกติที่แสดงอาการด้านบวกของผู้ป่วยจิตเภท เช่น อาการหลงผิดว่าตนเองถูกปองร้ายหรือถูกกลั่นแกล้ง	19	(79.2)
11.	ความผิดปกติที่แสดงอาการด้านลบของผู้ป่วยจิตเภทเช่น พูดน้อย เฉื่อยชาแยกตัว	21	(87.5)

ตารางที่ 30 (ต่อ)

ข้อ	คำถาม	ตอบถูก	
		จำนวน	ร้อยละ
ด้านการรักษา			
12.	การรักษาผู้ป่วยจิตเภทมีวิธีเดียวเท่านั้น คือการให้ยา	23	(95.8)
13.	ผู้ป่วยจิตเภทสามารถปรับลดขนาดยาลงได้เมื่อไม่แสดงอาการผิดปกติ	21	(87.5)
14.	คนอื่นไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการดีขึ้นได้ นอกจากแพทย์ที่รักษา	21	(87.5)
15.	การที่ผู้ป่วยจิตเภทยังรักษาอาการทางจิตติดต่อกันเป็นเวลานาน ๆ จะทำให้เกิดการติดยาได้	21	(87.5)
16.	แม้ว่าผู้ป่วยจะไม่แสดงอาการผิดปกติ แต่ก็ต้องกินยาอย่างต่อเนื่องตามแพทย์สั่ง	23	(95.8)
ด้านการดูแล			
17	การอบรมเลี้ยงดูมีส่วนทำให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท	21	(87.5)
18	ควรหลีกเลี่ยงที่จะคบหาหรือพูดจากับผู้ป่วยจิตเภททุกคนเพราะผู้ป่วยอาจทำร้ายเราได้ทุกเมื่อ	19	(79.2)
19	การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเข้าร่วมทำกิจกรรมในสังคม ถือเป็นการช่วยบำบัดรักษาอาการวิธีหนึ่ง	21	(87.5)
20	การเอาใจใส่ดูแลช่วยเหลือจากผู้ดูแลและคนในชุมชนจะช่วยให้อาการของผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้น	21	(87.5)

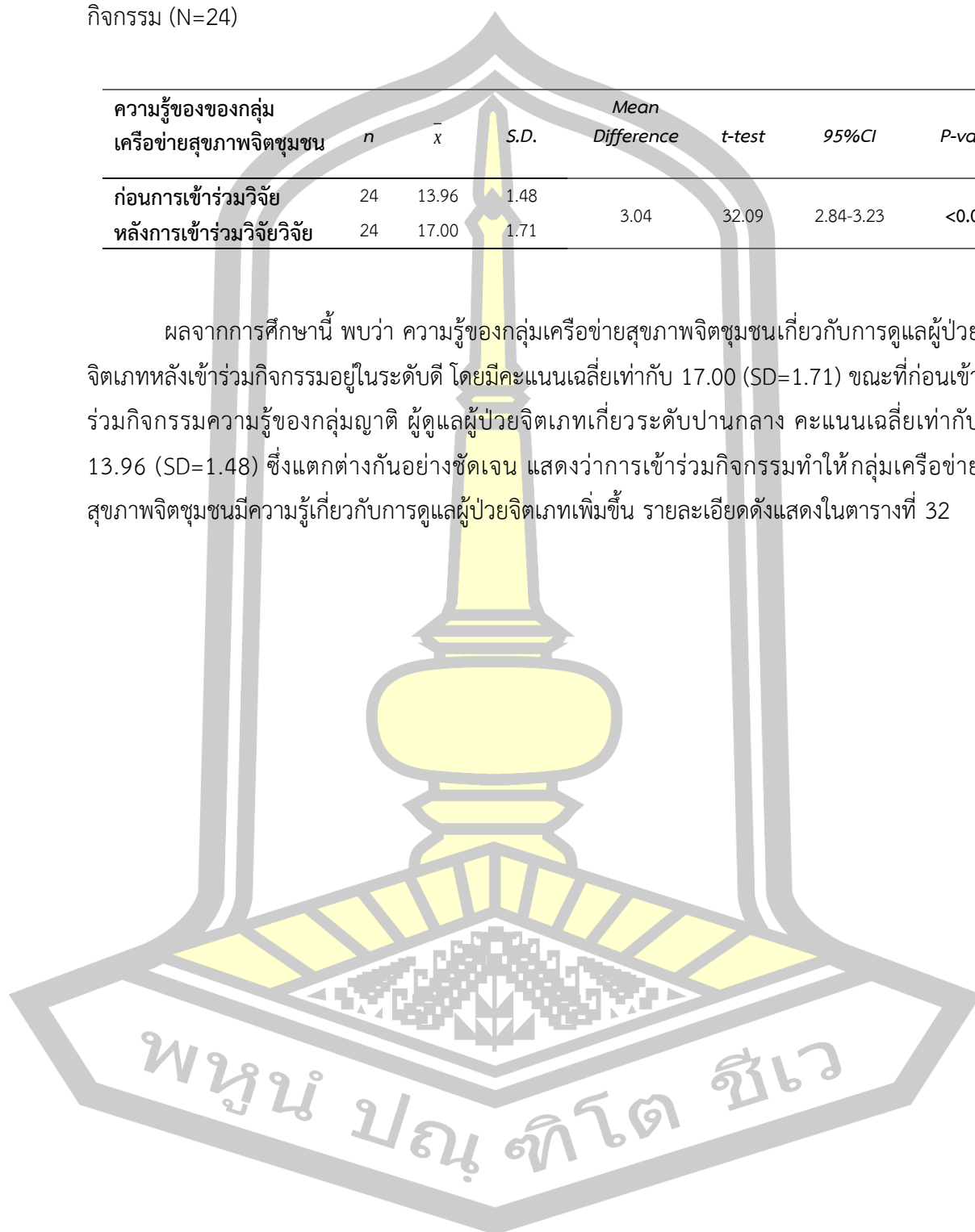
ตารางที่ 31 ระดับความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน หลังเข้าร่วมกิจกรรม (N=24)

ระดับความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังเข้าร่วมกิจกรรม		จำนวน (ร้อยละ)
ระดับดี	16-20 คะแนน	19 (79.2)
ระดับปานกลาง	12-15 คะแนน	5 (20.8)
(Mean=17.00, S.D.=1.71, Min=14, Max=20)		

ตารางที่ 32 แสดงผลเปรียบเทียบความรู้ของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม (N=24)

ความรู้ของของกลุ่ม เครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน	<i>n</i>	$\bar{x}$	<i>S.D.</i>	<i>Mean Difference</i>	<i>t-test</i>	<i>95%CI</i>	<i>P-value</i>
ก่อนการเข้าร่วมวิจัย	24	13.96	1.48	3.04	32.09	2.84-3.23	<0.001
หลังการเข้าร่วมวิจัย	24	17.00	1.71				

ผลจากการศึกษานี้ พบว่า ความรู้ของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 17.00 (SD=1.71) ขณะที่ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมความรู้ของกลุ่มญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 13.96 (SD=1.48) ซึ่งแตกต่างกันอย่างชัดเจน แสดงว่าการเข้าร่วมกิจกรรมทำให้กลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้น รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 32



ตารางที่ 33 ทศนคติของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท หลังเข้าร่วมกิจกรรม
จำแนกรายข้อ (N=24)

ประเด็นข้อคิดเห็นที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ
1. ผู้ป่วยจิตเภทมีแต่จะสร้างความเดือดร้อน ให้กับผู้อื่น	0 (0.0)	1 (4.2)	9 (37.5)	14 (58.3)
2. แม้ว่าผู้ป่วยไม่แสดงอาการ แต่ท่านก็ยังรู้สึก หวาดระแวงที่จะโดนทำร้าย	0 (0.0)	1 (4.2)	18 (75.0)	5 (20.8)
3. ผู้ป่วยจิตเภทเป็นกลุ่มคนที่น่าสงสารควรที่จะ ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง	17 (70.8)	7 (29.6)	0 (0.0)	0 (0.0)
4. ควรให้ผู้ป่วยจิตเภทอยู่เฉยๆ ไม่ควรให้ทำงาน หรือประกอบอาชีพ	1 (4.2)	0 (0.0)	9 (37.5)	14 (58.3)
5. ท่านไม่เคยรู้สึกท้อแท้ ที่จะพาผู้ป่วยไปรับการ รักษา	17 (70.8)	7 (29.2)	0 (0.0)	0 (0.0)
6. คนในชุมชนควรมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิต เภท	18 (75.0)	6 (25.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
7. ผู้ป่วยจิตเภทสามารถร่วมทำกิจกรรมในชุมชน เช่น งานบุญ งานพัฒนาในชุมชนได้	19 (79.2)	5 (20.8)	0 (0.0)	0 (0.0)
8. ผู้ดูแลมีส่วนสำคัญในการรักษาอาการของ ผู้ป่วยจิตเภท	19 (79.2)	5 (20.8)	0 (0.0)	0 (0.0)
9. การรักษาโรคจิตเภท จะต้องปฏิบัติตาม คำสั่งของแพทย์และพยาบาลอย่างเคร่งครัด	21 (87.5)	3 (12.5)	0 (0.0)	0 (0.0)
10. การดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชนเป็นวิธีการ ดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่ดีที่สุด	21 (87.5)	3 (12.5)	0 (0.0)	0 (0.0)

ตารางที่ 34 ระดับคะแนนทัศนคติของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท
หลังเข้าร่วมกิจกรรม จำแนกรายข้อ (N=24)

ประเด็นข้อคิดเห็นที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท	จำนวน (N=24)		
	$\bar{X}$	SD.	ระดับ
1. ผู้ป่วยจิตเภทมีแต่จะสร้างความเดือดร้อนให้กับผู้อื่น	3.54	0.58	มากที่สุด
2. แม้ว่าผู้ป่วยไม่แสดงอาการ แต่ท่านก็รู้สึกหวาดระแวงที่จะโดนทำร้าย	3.13	0.61	มาก
3. ผู้ป่วยจิตเภทเป็นกลุ่มคนที่น่าสงสารควรที่จะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง	3.71	0.46	มากที่สุด
4. ควรให้ผู้ป่วยจิตเภทอยู่เฉยๆ ไม่ควรให้ทำงานหรือประกอบอาชีพ	3.50	0.72	มากที่สุด
5. ท่านไม่เคยรู้สึกท้อแท้ ที่จะพาผู้ป่วยไปรับการรักษา	3.71	0.46	มากที่สุด
6. คนในชุมชนควรมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	3.75	0.44	มากที่สุด
7. ผู้ป่วยจิตเภทสามารถร่วมทำกิจกรรมในชุมชน เช่น งานบุญ งานพัฒนาในชุมชนได้	3.79	0.41	มากที่สุด
8. ผู้ดูแลมีส่วนสำคัญในการรักษาอาการของผู้ป่วยจิตเภท	3.63	0.49	มากที่สุด
9. การรักษาโรคจิตเภท จะต้องปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์ และยาบาลอย่างเคร่งครัด	3.88	0.33	มากที่สุด
10. การดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชนเป็นวิธีการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่ดีที่สุด	3.88	0.33	มากที่สุด

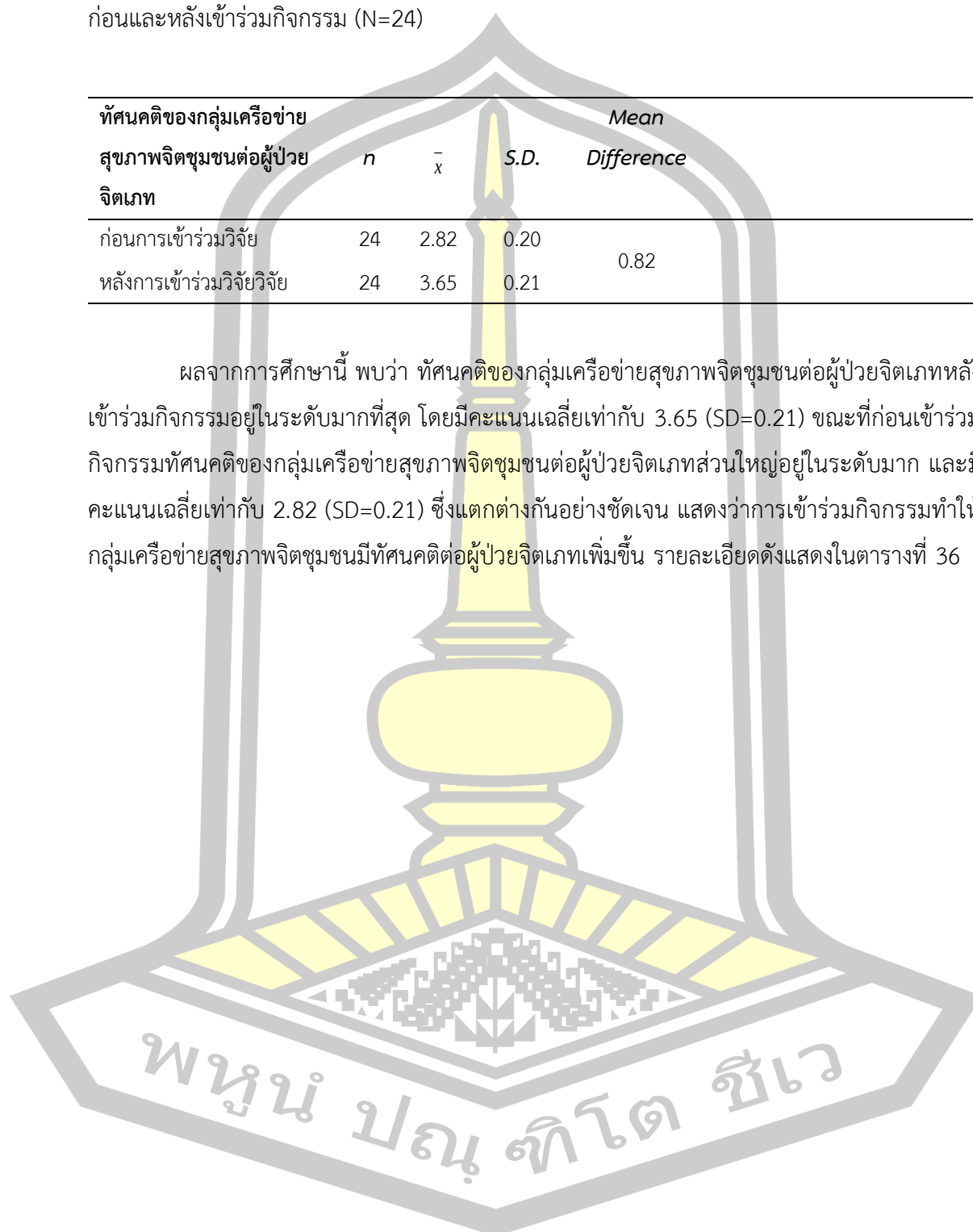
ตารางที่ 35 ระดับทัศนคติโดยรวมของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนต่อผู้ป่วยจิตเภท
หลังเข้าร่วมกิจกรรม (N=24)

ระดับ	ช่วงค่าเฉลี่ย (S.D.)	จำนวน (ร้อยละ)
มากที่สุด	3.27-4.00	24 (100.0)
(Mean=3.65, S.D.=0.21, Min = 3.30 , Max = 4.00)		

ตารางที่ 36 แสดงผลเปรียบเทียบทัศนคติของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนต่อผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม (N=24)

ทัศนคติของกลุ่มเครือข่าย				Mean
สุขภาพจิตชุมชนต่อผู้ป่วยจิตเภท	n	$\bar{x}$	S.D.	Difference
ก่อนการเข้าร่วมวิจัย	24	2.82	0.20	0.82
หลังการเข้าร่วมวิจัยวิจัย	24	3.65	0.21	

ผลจากการศึกษานี้ พบว่า ทัศนคติของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนต่อผู้ป่วยจิตเภทหลังเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.65 (SD=0.21) ขณะที่ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมทัศนคติของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนต่อผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก และมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.82 (SD=0.21) ซึ่งแตกต่างกันอย่างชัดเจน แสดงว่าการเข้าร่วมกิจกรรมทำให้กลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนมีทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้น รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 36



ตารางที่ 37 ข้อมูลการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชน
หลังเข้าร่วมกิจกรรม จำแนกรายด้าน (N=24)

ประเด็นการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	ปฏิบัติเป็น ประจำ	ปฏิบัติเป็น บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ
ด้านเศรษฐกิจ			
1. ท่านมีส่วนร่วมในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการ ประกอบอาชีพหรือรายได้ และสวัสดิการการดูแล เช่น การขึ้นทะเบียนผู้พิการหรือรับสวัสดิการอื่นๆ แก่ผู้ป่วย และญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน	21 (87.5)	3 (12.5)	0 (0.0)
2. ท่านมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลด้วยการพูดคุยร่วมกับ คนในชุมชน เกี่ยวกับการประกอบอาชีพหรือรายได้ และสวัสดิการการดูแล เช่น การขึ้นทะเบียนผู้พิการ หรือรับสวัสดิการอื่นๆ แก่ผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภทในชุมชน	19 (79.2)	5 (20.8)	0 (0.0)
3. ท่านมีส่วนในการร่วมคิด วางแผน และตัดสินใจ ด้วยการประชุมร่วมกับชุมชน เกี่ยวกับการประกอบ อาชีพหรือรายได้ และสวัสดิการการดูแล เช่น การขึ้น ทะเบียนผู้พิการหรือรับสวัสดิการอื่นๆ แก่ผู้ป่วยและ ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน	19 (79.2)	5 (20.8)	0 (0.0)
4. ท่านมีส่วนร่วมในการดำเนินการติดตามเยี่ยมบ้าน ส่งเสริมอาชีพหรือรายได้ และสวัสดิการการดูแล เช่น การขึ้นทะเบียนผู้พิการหรือรับสวัสดิการอื่นๆ แก่ผู้ป่วย และญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน	21 (87.5)	3 (12.5)	0 (0.0)
5. ท่านมีส่วนร่วมตรวจสอบและประเมินผลเกี่ยวกับ การประกอบอาชีพหรือรายได้ และสวัสดิการการดูแล เช่น การขึ้นทะเบียนผู้พิการหรือรับสวัสดิการอื่นๆ แก่ ผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน	17 (70.8)	7 (29.2)	

ตารางที่ 37 (ต่อ)

ประเด็นการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	ปฏิบัติเป็น ประจำ	ปฏิบัติเป็น บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ
ด้านสังคม			
1. ท่านมีส่วนร่วมในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสังคมเกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและเพื่อนบ้าน เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยร่วมทำกิจกรรมในสังคม เช่น ไปวัด ทำบุญ ไปร่วมงานในชุมชน	21 (87.5)	3 (12.5)	0 (0.0)
2. ท่านมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลข่าวสารด้านสังคมเกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและเพื่อนบ้าน เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยร่วมทำกิจกรรมในสังคม เช่น ไปวัด ทำบุญ ไปร่วมงานในชุมชน	21 (87.5)	3 (12.5)	0 (0.0)
3. ท่านมีส่วนในการร่วมคิด วางแผน และตัดสินใจด้วยการประชุมร่วมกับชุมชน เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและเพื่อนบ้าน เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยร่วมทำกิจกรรมในสังคม เช่น ไปวัดทำบุญ ไปร่วมงานในชุมชน หรือมีส่วนในการปรึกษาหารือเพื่อคลี่คลายสถานการณ์ เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบ	23 (95.8)	1 (4.2)	0 (0.0)
4. ท่านมีส่วนร่วมในการดำเนินการกิจกรรมด้านสังคม ได้แก่ การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและเพื่อนบ้าน การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยร่วมทำกิจกรรมในสังคม เช่น ไปวัดทำบุญ ไปร่วมงานในชุมชน หรือมีส่วนร่วมดำเนินการคลี่คลายสถานการณ์ เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบ	21 (87.5)	3 (12.5)	0 (0.0)
5. ท่านมีส่วนร่วมในการตรวจสอบและประเมินผลกิจกรรมด้านสังคม ได้แก่ การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและเพื่อนบ้าน การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยร่วมทำกิจกรรมในสังคม เช่น ไปวัดทำบุญ ไปร่วมงานในชุมชน หรือมีส่วนร่วมตรวจสอบและประเมินผลการคลี่คลายสถานการณ์ เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบ	18 (75.0)	6 (25.0)	0 (0.0)

ตารางที่ 37 (ต่อ)

ประเด็นการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	ปฏิบัติเป็น ประจำ	ปฏิบัติเป็น บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ
ด้านอารมณ์ และจิตใจ			
1. ท่านมีส่วนร่วมในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ การให้คำปรึกษา และการให้กำลังใจผู้ป่วยเมื่อทำดีหรือทำถูกต้อง	21 (87.5)	3 (12.5)	0 (0.0)
2. ท่านมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลด้วยการพูดคุยร่วมกับคนในชุมชน เกี่ยวกับการรับฟังปัญหา การให้คำปรึกษา และให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยทำดีหรือทำถูกต้อง	23 (95.8)	1 (4.2)	0 (0.0)
3. ท่านมีส่วนในการร่วมคิด วางแผน และตัดสินใจ ด้วยการประชุมร่วมกับชุมชน เกี่ยวกับการรับฟังปัญหา การให้คำปรึกษา การให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยทำดีหรือทำถูกต้อง	24 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
4. ท่านมีส่วนร่วมในการดำเนินการเกี่ยวกับการรับฟังปัญหา การให้คำปรึกษา และให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยทำดีหรือทำถูกต้อง	23 (95.8)	1 (4.2)	0 (0.0)
5. ท่านมีส่วนร่วมในการตรวจสอบและประเมินผลเกี่ยวกับการรับฟังปัญหา การให้คำปรึกษา และให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยทำดีหรือทำถูกต้อง	15 (62.5)	9 (37.5)	0 (0.0)

พหุ ประเด็น จิตเวช

ตารางที่ 37 (ต่อ)

ประเด็นการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	ปฏิบัติเป็น ประจำ	ปฏิบัติเป็น บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ
ด้านการรักษา			
1. ท่านมีส่วนร่วมรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านการรักษาของ ผู้ป่วยและญาติ เช่น การดูแลสุขภาพตนเอง การไปตรวจ ตามนัด การทานยาตามแผนการรักษา การงดใช้สุราหรือ สารเสพติดชนิดอื่น ๆ การส่งต่อเมื่อเกิดอาการกำเริบ	23 (95.8)	1 (4.2)	0 (0.0)
2. ท่านมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลด้วยการพูดคุยร่วมกับ คนในชุมชน เกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยจิตเภท การดูแล ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน การส่งต่อเมื่อเกิดอาการกำเริบ และร่วมกับเจ้าหน้าที่ออกติดตามเยี่ยมในชุมชน	19 (79.2)	5 (20.8)	0 (0.0)
3. ท่านมีส่วนในการร่วมคิด วางแผน และตัดสินใจ ด้วย การประชุมร่วมกับชุมชน เกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยจิตเภท การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน การส่งต่อเมื่อเกิดอาการ กำเริบ และร่วมกับเจ้าหน้าที่ออกติดตามเยี่ยมในชุมชน	23 (95.8)	1 (4.2)	0 (0.0)
4. ท่านมีส่วนร่วมในการดำเนินการ เกี่ยวกับการรักษา ผู้ป่วยจิตเภท การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน การส่ง ต่อเมื่อเกิดอาการกำเริบ และร่วมกับเจ้าหน้าที่ออก ติดตามเยี่ยมในชุมชน	22 (91.7)	2 (8.3)	0 (0.0)
5. ท่านมีส่วนร่วมในการตรวจสอบและประเมินผล เกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยจิตเภท การดูแลผู้ป่วยจิตเภทใน ชุมชน การส่งต่อเมื่อเกิดอาการกำเริบ และร่วมกับ เจ้าหน้าที่ออกติดตามเยี่ยมในชุมชน	16 (66.7)	8 (33.3)	0 (0.0)

ตารางที่ 38 ระดับคะแนนการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน
หลังเข้าร่วมกิจกรรม จำแนกรายด้าน (N=24)

ประเด็นการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	จำนวน (N=24)		
	$\bar{X}$	SD.	ระดับ
ด้านเศรษฐกิจ			
1. ท่านมีส่วนร่วมในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการประกอบอาชีพหรือรายได้ และสวัสดิการการดูแล เช่น การขึ้นทะเบียนผู้พิการหรือรับสวัสดิการอื่นๆ แก่ผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน	2.88	0.33	มาก
2. ท่านมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลด้วยการพูดคุยร่วมกับคนในชุมชนเกี่ยวกับการประกอบอาชีพหรือรายได้ และสวัสดิการการดูแล เช่น การขึ้นทะเบียนผู้พิการหรือรับสวัสดิการอื่นๆ แก่ผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน	2.79	0.41	มาก
3. ท่านมีส่วนร่วมในการร่วมคิด วางแผน และตัดสินใจ ด้วยการประชุมร่วมกับชุมชน เกี่ยวกับการประกอบอาชีพหรือรายได้ และสวัสดิการการดูแล เช่น การขึ้นทะเบียนผู้พิการหรือรับสวัสดิการอื่นๆ แก่ผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน	2.79	0.41	มาก
4. ท่านมีส่วนร่วมในการดำเนินการติดตามเยี่ยมบ้านส่งเสริมอาชีพหรือรายได้ และสวัสดิการการดูแล เช่น การขึ้นทะเบียนผู้พิการหรือรับสวัสดิการอื่นๆ แก่ผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน	2.88	0.33	มาก
5. ท่านมีส่วนร่วมตรวจสอบและประเมินผลเกี่ยวกับการประกอบอาชีพหรือรายได้ และสวัสดิการการดูแล เช่น การขึ้นทะเบียนผู้พิการหรือรับสวัสดิการอื่นๆ แก่ผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน	2.71	0.46	มาก

ตารางที่ 38 (ต่อ)

ประเด็นการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	จำนวน (N=24)		
	$\bar{X}$	SD.	ระดับ
ด้านสังคม			
1. ท่านมีส่วนร่วมในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสังคมเกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและเพื่อนบ้าน เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยร่วมทำกิจกรรมในสังคม เช่น ไปวัด ทำบุญ ไปร่วมงานในชุมชน	2.88	0.33	มาก
2. ท่านมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลข่าวสารด้านสังคมเกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและเพื่อนบ้าน เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยร่วมทำกิจกรรมในสังคม เช่น ไปวัด ทำบุญ ไปร่วมงานในชุมชน	2.88	0.33	มาก
3. ท่านมีส่วนในการร่วมคิด วางแผน และตัดสินใจด้วยการประชุมร่วมกับชุมชน เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและเพื่อนบ้าน เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยร่วมทำกิจกรรมในสังคม เช่น ไปวัดทำบุญ ไปร่วมงานในชุมชน หรือมีส่วนในการปรึกษาหารือเพื่อคลี่คลายสถานการณ์ เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบ	2.96	0.20	มาก
4. ท่านมีส่วนร่วมในการดำเนินการกิจกรรมด้านสังคม ได้แก่ การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและเพื่อนบ้าน การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยร่วมทำกิจกรรมในสังคม เช่น ไปวัด ทำบุญ ไปร่วมงานในชุมชน หรือมีส่วนร่วมดำเนินการคลี่คลายสถานการณ์ เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบ	2.88	0.33	มาก
5. ท่านมีส่วนร่วมในการตรวจสอบและประเมินผลกิจกรรมด้านสังคม ได้แก่ การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและเพื่อนบ้าน การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยร่วมทำกิจกรรมในสังคม เช่น ไปวัดทำบุญ ไปร่วมงานในชุมชน หรือมีส่วนร่วมตรวจสอบและประเมินผลการคลี่คลายสถานการณ์ เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบ	2.75	0.44	มาก

ตารางที่ 38 (ต่อ)

ประเด็นการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	จำนวน (N=24)		
	$\bar{X}$	SD.	ระดับ
ด้านอารมณ์ และจิตใจ			
1. ท่านมีส่วนร่วมในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ การให้คำปรึกษา และการให้กำลังใจผู้ป่วยเมื่อทำดีหรือทำถูกต้อง	2.88	0.33	มาก
2. ท่านมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลด้วยการพูดคุยร่วมกับคนในชุมชน เกี่ยวกับการรับฟังปัญหา การให้คำปรึกษา และให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยทำดีหรือทำถูกต้อง	2.96	0.20	มาก
3. ท่านมีส่วนร่วมในการร่วมคิด วางแผน และตัดสินใจ ด้วยการประชุมร่วมกับชุมชน เกี่ยวกับการรับฟังปัญหา การให้คำปรึกษา การให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยทำดีหรือทำถูกต้อง	3.00	0.00	มาก
4. ท่านมีส่วนร่วมในการดำเนินการเกี่ยวกับการรับฟังปัญหา การให้คำปรึกษา และให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยทำดีหรือทำถูกต้อง	2.96	0.20	มาก
5. ท่านมีส่วนร่วมในการตรวจสอบและประเมินผล เกี่ยวกับการรับฟังปัญหา การให้คำปรึกษา และให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยทำดีหรือทำถูกต้อง	2.63	0.49	มาก

พูน ปณ จิตโต ชีเว

ตารางที่ 38 (ต่อ)

ประเด็นการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	จำนวน (N=24)		
	$\bar{x}$	SD.	ระดับ
ด้านการรักษา			
1. ท่านมีส่วนร่วมรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านการรักษาของผู้ป่วยและญาติ เช่น การดูแลสุขภาพตนเอง การไปตรวจตามนัด การทานยาตามแผนการรักษา การงดใช้สุราหรือสารเสพติดชนิดอื่น ๆ การส่งต่อเมื่อเกิดอาการกำเริบ	2.88	0.33	มาก
2. ท่านมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลด้วยการพูดคุยร่วมกับคนในชุมชน เกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยจิตเภท การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน การส่งต่อเมื่อเกิดอาการกำเริบ และร่วมกับเจ้าหน้าที่ออกติดตามเยี่ยมในชุมชน	2.79	0.41	มาก
3. ท่านมีส่วนในการร่วมคิด วางแผน และตัดสินใจ ด้วยการประชุมร่วมกับชุมชน เกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยจิตเภท การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน การส่งต่อเมื่อเกิดอาการกำเริบ และร่วมกับเจ้าหน้าที่ออกติดตามเยี่ยมในชุมชน	2.96	0.20	มาก
4. ท่านมีส่วนร่วมในการดำเนินการ เกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยจิตเภท การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน การส่งต่อเมื่อเกิดอาการกำเริบ และร่วมกับเจ้าหน้าที่ออกติดตามเยี่ยมในชุมชน	2.92	0.28	มาก
5. ท่านมีส่วนร่วมในการตรวจสอบและประเมินผล เกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยจิตเภท การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน การส่งต่อเมื่อเกิดอาการกำเริบ และร่วมกับเจ้าหน้าที่ออกติดตามเยี่ยมในชุมชน	2.67	0.48	มาก

ตารางที่ 39 ระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน หลังเข้าร่วมกิจกรรม จำแนกรายด้าน (N=24)

ระดับ	ช่วงค่าเฉลี่ย (S.D.)	จำนวน (ร้อยละ)
มาก	2.34-3.00 (Mean=2.85, S.D.=0.08, Min = 2.70 , Max = 3.00)	24 (100.0)

ตารางที่ 40 แสดงผลเปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม (N=24)

ระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	n	$\bar{x}$	S.D.	Mean Difference
ก่อนการเข้าร่วมวิจัย	24	2.25	0.40	0.59
หลังการเข้าร่วมวิจัย	24	2.85	0.08	

ผลจากการศึกษานี้ พบว่า การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชน หลังเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.85 (SD=0.08) ขณะที่ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชนส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง และมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.25 (SD=0.40) ซึ่งแตกต่างกันอย่างชัดเจน แสดงว่าการเข้าร่วมกิจกรรมทำให้กลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้น รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 40

พญ. ปณ. ทิโต ชีเว

4.3 ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 3

เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนบ้านหนองคู พื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองคู ตำบลนาเวียง อำเภอเสนางนครนิคม จังหวัดอำนาจเจริญ

ขั้นสะท้อนผล (Reflection)

4.3.1 กิจกรรมที่ 7 สรุปผล ถอดบทเรียน

กิจกรรมสรุปผล ถอดบทเรียน มีวัตถุประสงค์/เป้าหมายเพื่อประเมินผล วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค แนวทางแก้ไข และปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินการ รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งมีวิธีดำเนินการโดยจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำข้อมูลที่รวบรวมไว้ ตั้งแต่ กิจกรรมที่ 1- กิจกรรมที่ 5 มาวิเคราะห์และพิจารณา ร่วมกัน เพื่อสรุปและถอดบทเรียนประเมินผล วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค แนวทางแก้ไข และปัจจัยแห่งความสำเร็จ บทเรียนในการดำเนินการตามวิธีการนี้ เป็นไปตามวัตถุประสงค์และเป้าหมาย เนื่องจากผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยเข้ามามีส่วนร่วมทุกขั้นตอนตั้งแต่

กิจกรรมที่ 1 ศึกษาบริบท สรุปได้ดังนี้ ข้อมูลผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบซ้ำในชุมชนบ้านหนองคู หมู่ที่ 3 จากข้อมูลสุขภาพจิตย้อนหลัง 3 ปี พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทเกิดอาการกำเริบซ้ำเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ได้แก่ ปี 2559-2561 จำนวน 2, 3 และ 5 คน ในจำนวนผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด 9 คน ซึ่งการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนรูปแบบเดิมยังเป็นปัญหาในการดูแล จากการขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแล รอคอยสั่งการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดูแลเฉพาะช่วงที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบขึ้นแล้ว ไม่ได้มีการวางแผนป้องกันอาการกำเริบไว้ล่วงหน้า ได้รับทราบศักยภาพหรือข้อจำกัดของญาติ/ผู้ดูแล และเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนในการดูแลป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งญาติ/ผู้ดูแลไม่มั่นใจในความรู้ ไม่มีเวลาดูแลเท่าที่ควร ไปประกอบอาชีพนอกบ้าน เครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนมีทัศนคติด้านลบกับผู้ป่วย เพิกเฉย คิดว่าผู้ป่วยไม่ควรอยู่ในชุมชน ต้องรักษาในโรงพยาบาลเท่านั้น

ผลของการดำเนินงานเป็นไปตามวัตถุประสงค์/เป้าหมาย เนื่องจากข้อมูลซึ่งได้จากการสัมภาษณ์ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และข้อมูลเวชระเบียนการรักษาผู้ป่วยจิตเภทของ รพ.สต. หนองคู ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลการรักษาจากโรงพยาบาลเสนางนครนิคม ผลดีของการดำเนินงานครั้งนี้คือ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในกิจกรรมนี้ให้ความร่วมมือ และให้ข้อมูลที่เป็นจริง สามารถนำข้อมูลจากผลการดำเนินงานในกิจกรรมนี้ไปใช้ได้

ข้อจำกัด/ปัญหาอุปสรรค มีญาติบางคนไม่ให้ความร่วมมือเท่าที่ควร หรือให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน ต้องลงพื้นที่หลายครั้งเพื่อให้มีสัมพันธภาพที่ดี เกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือเพิ่มขึ้น ผู้วิจัยต้องมีทีมวิจัยหลายคนช่วยกันลงเก็บข้อมูลในชุมชน

กิจกรรมที่ 2 คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย/แต่งตั้งคณะทำงาน สรุปได้ดังนี้ คณะทำงานและกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา ได้แก่ กลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 12 คน กลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน จำนวน 24 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 36 คน ผลของการดำเนินงานเป็นไปตามวัตถุประสงค์/เป้าหมาย เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายสนใจเข้าร่วมการวิจัย โดยมีการประสานงานด้วยวาจา และทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลการทำวิจัยกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ โดยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย สิทธิของผู้ร่วมวิจัย แก่กลุ่มเป้าหมายก่อนสมัครเข้าร่วมวิจัย ได้แก่ ผู้นำชุมชน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสนางนิคม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองคู ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ผลดีของการดำเนินงานครั้งนี้ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ หลังได้รับการประสาน และการชี้แจงเกี่ยวกับการวิจัย ต่างให้ความร่วมมือสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ได้แก่ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองคู และพยาบาลจิตเวชโรงพยาบาลเสนางนิคม

ข้อจำกัด/ปัญหาอุปสรรค ได้แก่ ผู้วิจัยต้องประสานหลายฝ่าย ในระยะเวลาที่จำกัด บทเรียน/การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นจากกิจกรรมนี้ ผู้วิจัยต้องประสานงานด้วยวาจาพร้อมทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลและหนังสือขอทำการวิจัยในพื้นที่ ชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัย สิทธิของผู้ร่วมวิจัย นอกจากนั้นผู้วิจัยต้องมีสัมพันธภาพที่ดีในการประสานงานกับทุกฝ่าย

กิจกรรมที่ 3 เก็บรวบรวมข้อมูล มีวัตถุประสงค์/เป้าหมายเพื่อ

1. รวบรวมข้อมูลปัญหาอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จากกิจกรรมเก็บรวบรวมข้อมูล ทำให้พบว่าข้อมูลเชิงลึกปัญหาอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งมีปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ได้แก่ จากตัวผู้ป่วยเองที่ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ได้แก่ การทานยาไม่ต่อเนื่อง ไม่ไปตรวจตามนัด ผู้ป่วยจิตเภทบางรายดื่มสุรา รวมทั้งสารเสพติดอื่น ๆ และปัจจัยจากชุมชนที่ขาดการเอาใจใส่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภท คิดว่าผู้ป่วยจิตเภทต้องรักษาในโรงพยาบาลเท่านั้น ญาติ/ผู้ดูแล และเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน ขาดองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ไม่มีความมั่นใจในการดูแลหรือการประสานงาน และการสั่งการจากเจ้าหน้าที่เท่านั้น ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการผิดปกติเล็กน้อย คิดว่า

ไม่เป็นอะไรจึงไม่ได้ให้การดูแล จนผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบสร้างความเดือดร้อนรำคาญขึ้นในชุมชน อสม. ค่อยเข้าไปเยี่ยมบ้านและประสานการรักษาส่งต่อ จากปัญหาดังกล่าวจึงไม่สามารถป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้

2. เพื่อทดสอบก่อนดำเนินการตามแผน ด้วยเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสัมภาษณ์สำหรับกลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และแบบสัมภาษณ์สำหรับกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน มีรายละเอียดดังนี้

ผลจากการศึกษาด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจากการประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า กลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีความรู้โดยรวมอยู่ในระดับดี มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.58 (S.D. = 2.02) คะแนนต่ำสุด 13 คะแนน และคะแนนสูงสุด 19 คะแนน

ผลจากการศึกษาด้านทัศนคติของกลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อผู้ป่วยจิตเภทจากการประเมิน ทัศนคติของกลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้แบบสัมภาษณ์ในช่วงก่อนเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า กลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนทัศนคติโดยรวมต่อผู้ป่วยจิตเภทก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับมาก จำนวน 7 ราย ร้อยละ 58.3 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.10 (SD=0.46) คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 2.60 และคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 4.00

ผลจากการศึกษาด้านการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จากการประเมินการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แบบสัมภาษณ์ พบว่า กลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีระดับคะแนนการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 10 ราย ร้อยละ 83.4 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.96 (SD=0.29) คะแนนต่ำสุด 1.43 และคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 2.38

ผลจากการศึกษาด้านการประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนก่อนเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า กลุ่มเครือข่ายในชุมชนมีความรู้โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 79.2 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 13.96 (S.D.=1.48) คะแนนต่ำสุด 11 คะแนน และคะแนนเสียงสุด 17 คะแนน

ผลจากการศึกษาด้านทัศนคติของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชนที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท จากข้อมูลการศึกษาระดับทัศนคติโดยรวมของกลุ่มเครือข่ายในชุมชนต่อผู้ป่วยจิตเภท ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า กลุ่มเครือข่ายในชุมชนมีคะแนนทัศนคติโดยรวมต่อผู้ป่วยจิตเภทก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับมาก จำนวน 7 ราย ร้อยละ 87.5 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.82 (SD=0.20) คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 2.50 และคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3.30

ผลจากการศึกษาด้านการมีส่วนร่วมของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชน พบว่า กลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนมีระดับคะแนนการมีส่วนร่วมโดยรวมก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 13 ราย ร้อยละ 54.2 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.20 (SD=0.40) คะแนนต่ำสุด 1.50 และคะแนนสูงสุด 3.00

กิจกรรมที่ 4 ประชุมวางแผนและจัดทำแผน มีวิธีดำเนินการ โดยการจัดประชุมวางแผนและจัดทำแผน โดยใช้เทคโนโลยีการมีส่วนร่วม (Technology Of Participation) 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) วิธีการแก้ปัญหา (ORID Method) (ว่ามองเห็นอะไร รู้สึกอย่างไร คิดอย่างไร จะทำอย่างไรต่อ) 2) การประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop Method) 3) การวางแผนปฏิบัติงาน (Action Planning Method) เพื่อให้ได้แผนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งผลการประชุมวางแผนและจัดทำแผน ทำให้ได้ 2 โครงการ ได้แก่ โครงการอบรมเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และโครงการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สิ่งที่เกิดขึ้นจริงจากการดำเนินการกิจกรรมนี้ เป็นไปตามวัตถุประสงค์และเป้าหมาย เนื่องจากกระบวนการมีส่วนร่วม (Technology of participation : TOP) ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา มีส่วนร่วมคอยกระตุ้น และกำกับให้ดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนกระบวนการ จึงส่งเสริมให้ทุกคนในกลุ่มย่อย และกลุ่มใหญ่ได้แสดงความคิดเห็น สะท้อนปัญหา เกิดกระบวนการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ รู้สึกเป็นเจ้าของแผน เสนอตัวเข้ามาทำหน้าที่ในโครงการ บทเรียน/ การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นจากกิจกรรมนี้ คือการประชุมวางแผนและจัดทำแผนไม่อาจทำสำเร็จในครั้งเดียว ควรนัดหมายทำกิจกรรมต่อเนื่อง จนกว่าจะครบตามกระบวนการภายใต้บริบทพื้นที่

กิจกรรมที่ 5 นำแผนไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งมีโครงการดังต่อไปนี้

1. โครงการอบรมเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีวิธีดำเนินการ โดยเชิญวิทยากรพยาบาลจิตเวชจากโรงพยาบาลเสนางคนิคม อบรมให้ความรู้ในประเด็น โรคจิตเภทคืออะไร ทศนคติที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท การรักษา การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (เครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ดำเนินกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการ กลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมโครงการทุกคน บรรยายภาคการอบรมเป็นกันเอง วิทยากรใช้คำพูดภาษาท้องถิ่นเข้าใจง่าย ผู้เข้าอบรมซักถามแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผลดีจากการดำเนินงานกิจกรรมนี้ พบว่ากลุ่มเป้าหมายได้รับความรู้ จากพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ซึ่งเป็นผู้ดูแลงานสุขภาพจิตและจิตเวชในพื้นที่อำเภอเสนางคนิคมโดยตรง ส่วนข้อจำกัด/ ปัญหาอุปสรรค คือ ด้วยเวลาการอบรมที่มีจำกัดประกอบกับเป็นฤดูทำนา ผู้เข้าอบรมไม่ยากให้จัดการอบรมติดต่อกันเป็นเวลาหลายวัน

2. โครงการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีวิธีดำเนินการ โดยผู้วิจัยและกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน ออกติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีวิธีดำเนินการเนินงาน โดยผู้วิจัยและกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน ออกติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผลการดำเนินงานไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ เนื่องจากกลุ่มเครือข่ายไม่สามารถออกติดตามผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ เนื่องจากพื้นที่บ้านหนองคู ได้รับผลกระทบเกิดความเสียหายจากอุทกภัยครั้งใหญ่ จากพายุ บ้านเรือนไร่นาน้ำท่วมเป็นเวลานาน 3 สัปดาห์ ระดับน้ำจึงเข้าสู่ภาวะปกติ กลุ่มเครือข่ายออกติดตามเยี่ยมบ้านอีกครั้ง ผู้ป่วยจิตเภททุกคนได้รับการดูแลติดตามเยี่ยมบ้านจากเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน มีการลงชื่อกำกับการเยี่ยมบ้านและการกินยาของญาติ/ผู้ดูแล และเครือข่ายสุขภาพจิตครบทุกครั้ง ผลการดำเนินงานเป็นไปตามวัตถุประสงค์และเป้าหมาย เนื่องจากชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน ออกติดตามเยี่ยมบ้าน กำกับการทานยา ทำให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ผลดีจากการทำกิจกรรมนี้กลุ่มเป้าหมายได้รับความรู้ จากพยาบาลจิตเวช ซึ่งเป็นผู้ดูแลงานสุขภาพจิตและจิตเวชในพื้นที่อำเภอเสนางคนิคมโดยตรง ทำให้ผู้รับการอบรมให้ความสนใจตั้งใจเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีข้อจำกัด/ปัญหาอุปสรรค คือด้วยเวลาการอบรมที่มีจำกัด ประกอบกับเป็นช่วงทำนา ผู้เข้าอบรมไม่ยอมให้จัดอบรมติดต่อกันหลายวัน

กิจกรรมที่ 6 กิจกรรมการสังเกตผลการดำเนินงาน มีวัตถุประสงค์/เป้าหมายเพื่อติดตามผลการดำเนินงานทุกกิจกรรม มีวิธีการดำเนินงาน คือ สังเกตผลการดำเนินงานโดยรวบรวมข้อมูลการดำเนินงานจากกิจกรรมที่ 1-5 สามารถสรุปได้ดังนี้

1. การร่วมกิจกรรม กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 36 คน สนใจเข้าร่วมกิจกรรมทุกกิจกรรม มีส่วนร่วมในกระบวนการทุกขั้นตอน กิจกรรมมีความคล่องตัว สนุกสนาน บรรยากาศการประชุมเป็นกันเองส่งเสริมให้ทุกคนมีส่วนร่วม กล้าแสดงความคิดเห็นในกลุ่มย่อยและกลุ่มใหญ่ ทุกคนร่วมรับฟัง แสดงความคิดเห็น มีส่วนร่วมในวิเคราะห์ปัญหา สรุปประเด็นสำคัญได้ ผู้เข้าร่วมประชุมเสนอตัวรับผิดชอบ ทั้งในกลุ่มย่อยและในกลุ่มใหญ่ภาพรวม ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแล โดยญาติ/ผู้ดูแล และเครือข่ายออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ลงชื่อกำกับการทานยา และการเยี่ยมบ้าน การดำเนินงานทุกกิจกรรมสำเร็จได้ จากการใช้สัมพันธภาพที่ดีของผู้วิจัย การชี้แจงขั้นตอนการวิจัย สิทธิผู้ร่วมวิจัย ทำให้ผู้ร่วมวิจัยให้ความร่วมมือทุกกิจกรรม จากใช้เทคนิคการมีส่วนร่วมโดยใช้แนวคิด เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (TOP) ทำให้เกิดการร่วมคิด สะท้อนปัญหา เกิดการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ มีข้อจำกัด/ปัญหาอุปสรรค คือผู้วิจัยต้องเป็นที่ปรึกษา คอยกระตุ้นและควบคุมผู้ร่วมวิจัยดำเนินกิจกรรมให้สำเร็จ ตามแผนปฏิบัติการทั้ง 7 กิจกรรม บางกิจกรรมต้องปรับตามสถานการณ์จริง

ได้แก่โครงการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งตรงกับช่วงน้ำท่วม ต้องรอให้ระดับน้ำลดลง เข้าสู่สภาวะปกติ จึงสามารถดำเนินการตามโครงการได้

สิ่งที่เกิดขึ้นจริงเป็นไปตามวัตถุประสงค์และเป้าหมาย เริ่มต้นจากกิจกรรมที่ 4 ประชุมวางแผนและจัดทำแผน โดยการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมแนวคิด (Technology of participation : TOP) แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) วิธีการแก้ปัญหา (ORID Method) (ถามมองเห็นอะไร รู้สึกอย่างไร คิดอย่างไร จะทำอะไรต่อไป) 2) การประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop Method) 3) การวางแผนปฏิบัติงาน (Action Planning Method) ซึ่งส่งเสริมให้ผู้ร่วมวิจัยได้ร่วมแสดงความคิดเห็น มีการสะท้อนปัญหา เกิดกระบวนการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของแผน เสนอตัวเข้ามาแก้ไขปัญหอย่างจริงจัง จนได้ 2 โครงการ คือ โครงการอบรมเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และโครงการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน แล้วนำแผนไปสู่การปฏิบัติในกิจกรรมที่ 5 บทเรียน/การเรียนรู้ที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยต้องเป็นที่ปรึกษาคอยกระตุ้น และกำกับให้เป็นไปตามแผนการดำเนินการ ควรให้กำลังใจชื่นชมผู้ร่วมวิจัยทุกขั้นตอน

2. หลังให้กิจกรรม ทดสอบด้วยแบบสัมภาษณ์ทั้ง 2 ชุด ได้แก่ แบบสัมภาษณ์สำหรับกลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และแบบสัมภาษณ์สำหรับกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน ผลการทดสอบ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ผลจากการศึกษาด้านทัศนคติของกลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ทัศนคติของกลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทหลังเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.64 (SD=0.46) ขณะที่ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมทัศนคติของกลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก และมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.10 (SD=0.46) ซึ่งแตกต่างกันอย่างชัดเจน แสดงว่าการเข้าร่วมกิจกรรมทำให้กลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้น

ผลจากการศึกษาด้านความรู้กลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ความรู้ของกลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 18.67 (SD=1.07) ขณะที่ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ความรู้ของกลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ใน ระดับดี คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.58 (SD=2.02) ซึ่งแตกต่างกันอย่างชัดเจน แสดงว่าการเข้าร่วมกิจกรรมทำให้กลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้เพิ่มขึ้น

ผลจากการศึกษาด้านทัศนคติกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน พบว่า ระดับทัศนคติของกลุ่มเครือข่ายในชุมชนต่อผู้ป่วยจิตเภทหลังเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.65 (SD=0.21) ขณะที่ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมทัศนคติของกลุ่มเครือข่ายในชุมชนต่อ

ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก และมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.82 ($SD=0.21$) ซึ่งแตกต่างกันอย่างชัดเจน แสดงว่าการเข้าร่วมกิจกรรมทำให้กลุ่มเครือข่ายในชุมชนมีทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้น

ผลจากการศึกษาด้านการมีส่วนร่วมกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน พบว่า การมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชน หลังเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.85 ($SD=0.08$) ขณะที่ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชนส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง และมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.25 ($SD=0.40$) ซึ่งแตกต่างกันอย่างชัดเจน แสดงว่าการเข้าร่วมกิจกรรมทำให้กลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชน มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้น



บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

จากการศึกษากรอบแนวคิด รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนบ้านหนองคู ตำบลนาเวียง อำเภอสว่างคันคม จังหวัดอำนาจเจริญ สามารถสรุปผลการศึกษาได้ ดังต่อไปนี้

- 5.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย
- 5.2 สรุปผลการวิจัย
- 5.3 อภิปรายผลการวิจัย
- 5.4 ข้อเสนอแนะ

5.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนบ้านหนองคู อำเภอสว่างคันคม จังหวัดอำนาจเจริญ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1. เพื่อศึกษาบริบทการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนบ้านหนองคู พื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองคู ตำบลนาเวียง อำเภอสว่างคันคม จังหวัดอำนาจเจริญ

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2. เพื่อศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนบ้านหนองคู พื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองคู ตำบลนาเวียง อำเภอสว่างคันคม จังหวัดอำนาจเจริญ

วัตถุประสงค์ข้อที่ 3. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนบ้านหนองคู พื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองคู ตำบลนาเวียง อำเภอสว่างคันคม จังหวัดอำนาจเจริญ

5.2 สรุปผลการวิจัย

จากการดำเนินงานตามวงรอบ PAOR รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนบ้านหนองคู ผู้วิจัยสรุปผลการวิจัยดังนี้

1. สรุปผลตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาบริบทการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนบ้านหนองคู หมู่ที่ 3 พื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองคู ตำบลนาเวียง อำเภอสว่างคณิศ จังหวัดอำนาจเจริญ สรุปได้ว่า จากกิจกรรมที่ 1. ศึกษาบริบท วิเคราะห์ปัญหา และกิจกรรมที่ 3 รวบรวมข้อมูล ทำให้ทราบว่า บ้านหนองคู หมู่ที่ 3 มีผู้ป่วยจิตเภทเกิดอาการกำเริบซ้ำเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ได้แก่ ปี 2559-2561 จำนวน 2, 3 และ 5 คน ในจำนวนผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด 12 คน สาเหตุของการเกิดอาการกำเริบซ้ำในชุมชน ซึ่งได้จากการสอบถามและสัมภาษณ์ พบว่าปัจจัยที่สำคัญคือ ตัวผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทานยาหรือการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา ผู้ดูแลมีข้อจำกัดในการดูแลเหมาะสม และการขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท คิดว่าผู้ป่วยจิตเภทไม่ควรอยู่ในชุมชน ต้องรักษาในโรงพยาบาลเท่านั้น ถ้าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติหรือมีอาการกำเริบบ่อยๆ ประสานและรอกการสั่งการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่งผลต่อผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลไม่ต่อเนื่อง จนทำให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีโอกาสเกิดอาการกำเริบซ้ำ จนต้องส่งกลับไปรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น

2. สรุปผลตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนบ้านหนองคู หมู่ที่ 3 พื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองคู ตำบลนาเวียง อำเภอสว่างคณิศ จังหวัดอำนาจเจริญ จากการศึกษา กิจกรรมประชุมวางแผนและจัดทำแผน โดยใช้เทคโนโลยีการมีส่วนร่วม (Technology Of Participation) ประกอบด้วย 3 วิธี ได้แก่ วิธีการแก้ปัญหา (ORID) วิธีการประชุมเชิงปฏิบัติการ (WORK SHOP Method) และวิธีการวางแผนปฏิบัติการ (Action Planning Method) (มี 7 กิจกรรม คือ ศึกษาบริบทพื้นที่ คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย/แต่งตั้งคณะทำงาน เก็บรวบรวมข้อมูล ประชุมวางแผนและจัดทำแผนปฏิบัติการ ติดตามผลการดำเนินงาน และสรุปผล ถอดบทเรียน) จากกิจกรรมดังกล่าวทำให้ผู้ร่วมวิจัยมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สภาพปัญหาและตัดสินใจมีส่วนร่วมในการวางแผน ตั้งแต่เริ่มต้นจนครบกระบวนการทั้งหมด จึงทำให้เกิดการเรียนรู้ขั้นสูงสุด ตามแนวคิดเกี่ยวกับกรวยประสบการณ์ (Cone of Experience) ของเอ็ดการ์ เดลีย์ (Dale, 1969)

จากกิจกรรมวางแผนและจัดทำแผนดังกล่าว เกิดโครงการ จำนวน 2 โครงการ ได้แก่ โครงการอบรมเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย และโครงการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน นำไปสู่การดำเนินงานในชุมชน หลังดำเนินการกลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนมีระดับทัศนคติ ระดับคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากกว่าก่อนดำเนินการ ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแล

อย่างต่อเนื่องจากญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนออกติดตามเยี่ยมบ้าน แนะนำการทานยาต่อเนื่อง การไปตรวจตามนัด การปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา จากการดำเนินการดังกล่าวพบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนไม่มีอาการกำเริบซ้ำ

3. สรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 3. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนบ้านหนองคู หมู่ที่ 3 พื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองคู ตำบลนาเวียง อำเภอเสนางนครนิคม จังหวัดอำนาจเจริญ จากการดำเนินงานตามกิจกรรมสรุปผล ถอดบทเรียน โดยจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำข้อมูลที่รวบรวมไว้ ตั้งแต่ กิจกรรมที่ 1- กิจกรรมที่ 5 มาวิเคราะห์และพิจารณาร่วมกัน เพื่อสรุปและถอดบทเรียน ประเมินผล วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค แนวทางแก้ไข และปัจจัยแห่งความสำเร็จ การดำเนินการตามวิธีการนี้สรุปได้ว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เกิดจากผู้ร่วมวิจัยสมัครใจเข้ามามีส่วนร่วมทุกขั้นตอนจนครบตามกระบวนการ ตามขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบปฏิบัติ และกระบวนการมีส่วนร่วม โดยใช้เทคโนโลยีการมีส่วนร่วม (Technology Of Participation) ซึ่งจากกิจกรรมดังกล่าว ผู้ร่วมวิจัยเข้ามามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สภาพปัญหาและตัดสินใจมีส่วนร่วมในการวางแผนตั้งแต่เริ่มต้นจนครบกระบวนการทั้งหมด จึงเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ เสนอตัวรับผิดชอบตามหน้าที่ที่แต่งตั้งขึ้น และทำให้เกิดการเรียนรู้ขั้นสูงสุด ตามแนวคิดเกี่ยวกับกรวยประสบการณ์ (Cone of Experience) ของเอ็ดการ์ เดลีย์ (Dale, 1969)

5.3 อภิปรายผล

5.3.1 บริบทการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่า บ้านหนองคู หมู่ที่ 3 มีผู้ป่วยจิตเภทเกิดอาการกำเริบซ้ำเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ได้แก่ ปี 2559-2561 จำนวน 2, 3 และ 5 คน ในจำนวนผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด 12 คน สาเหตุของการเกิดอาการกำเริบซ้ำในชุมชน ซึ่งได้จากการสอบถามและสัมภาษณ์พบว่าปัจจัยที่สำคัญ ด้านตัวผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทานยาหรือการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา ด้านผู้ดูแลมีข้อจำกัดในการให้การดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม และการขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท คิดว่าผู้ป่วยจิตเภทไม่ควรอยู่ในชุมชน ต้องรักษาในโรงพยาบาลเท่านั้น ถ้าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติหรือมีอาการกำเริบค่อยประสานและขอการส่งจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่งผลต่อผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลต่อเนื่อง จนทำให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีโอกาสเกิดอาการกำเริบซ้ำขึ้น จนต้องส่งกลับไปรักษาเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เยาวภา ไตรพฤษชาติ (2554) ศึกษาเกี่ยวกับผลการบำบัดเพื่อสร้างแรงจูงใจในการร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาที่ตึกเฟื่องฟ้า ด้วยการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภทแบบ

รายบุคคล จากผลการศึกษา พบว่า หลังการบำบัดและในระยะติดตามผล ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการรับประทานยามากขึ้น มีความรู้ในการปฏิบัติตัวขณะรับประทานยาจิตเวชมากขึ้น และมีพฤติกรรมการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างถูกต้องในระดับสูง และมีอาการทางจิตลดลง ทั้งผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจกับการบำบัดในระดับมาก สอดคล้องกับทฤษฎีเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยจิตเภทของ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2555) กล่าวว่า การรักษาด้วยยาถือเป็นหัวใจของการรักษาผู้ป่วยจิตเภท นอกจากจะควบคุมอาการด้านบวกแล้ว ยังสามารถลดการกำเริบหรือป่วยซ้ำของโรคได้ โดยผู้ป่วย สามารถกลับมาทำเริบหรือป่วยซ้ำอยู่บ่อย ๆ นั้น ส่วนใหญ่เนื่องมาจากปัญหาการขาดยาสอดคล้องกับงานวิจัยของ อรสา วัฒนศิริ และ เสาวภา ศรีภูสิตโต, (2556) ศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาและ เครือข่ายผู้ดูแลโรงพยาบาลกำแพงเพชร ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการพัฒนากระบวนการดูแล ต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการกำเริบซ้ำ และอาการกำเริบรุนแรงต้องส่งต่อลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลลัพธ์ของการใช้กระบวนการดูแลต่อเนื่อง ได้แก่ การรับประทานยาสม่ำเสมอ การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน ระดับความสามารถโดยรวม และคุณภาพชีวิต เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุนทรีภรณ์ ทองไสย (2558) ศึกษาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในบริบทสังคมไทยอย่างยั่งยืน เนื่องจากปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังกลับเข้าสู่ชุมชน บุคลากรทางสุขภาพจิตและครอบครัวยังคงมีข้อจำกัดในการดูแลหลายด้าน จำเป็นต้องมีกระบวนการดูแลผู้ป่วยในบริบทของครอบครัวที่มีประสิทธิภาพ และต่อเนื่องภายใต้การวางแผนการดำเนินงานโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยกลับจากโรงพยาบาลมาสู่สังคมเดิมของผู้ป่วย โดยผู้ให้การดูแลต้องได้รับการเตรียมความพร้อมอย่างเป็นระบบ เป็นการลดปัญหาต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น ดังนั้น เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทภายใต้บริบทของสังคมไทย เกิดประสิทธิภาพสูงสุดและยั่งยืนทั้งต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและผู้ให้การดูแล นั่นคือ การส่งเสริมให้ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีความรู้ความเข้าใจและทัศนคติที่ดีในการให้การดูแลผู้ป่วย เกิดเป็น พฤติกรรมกลุ่มเครือข่ายของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่ไม่รู้สึกถึงการเป็นภาระในการดูแล แต่กลับรู้สึกถึงความมั่นคงและปลอดภัย ญาติได้รับคำปรึกษาและคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วย ภายหลังจากการรับผู้ป่วยกลับมารักษาที่บ้าน ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามศักยภาพ ไม่รู้สึกเป็นภาระของครอบครัว ซึ่งเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถกลับคืนสู่ครอบครัว ชุมชน และสังคมของตนได้อย่างมีความสุขยิ่งขึ้น ภายใต้บริบทการดูแลของสังคมไทย

5.3.2 รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนบ้านหนองคู ตำบลนาเวียง อำเภอเสนางคนิคม จังหวัดอำนาจเจริญ จากการดำเนินงานตามวงจรรอบ PAOR กิจกรรมประชุมวางแผนและจัดทำแผน และกิจกรรมนำแผนไปสู่การปฏิบัติ โดยการจัดประชุมวางแผนและจัดทำแผน โดยใช้เทคโนโลยีการมีส่วนร่วม (Technology Of Participation)

ประกอบด้วย 3 วิธี ได้แก่ วิธีการแก้ปัญหา (ORID) วิธีการประชุมเชิงปฏิบัติการ (WORK SHOP Method) และวิธีการวางแผนปฏิบัติการ (Action Planning Method) (มี 7 กิจกรรม คือ ศึกษาบริบทพื้นที่ คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย/แต่งตั้งคณะทำงาน เก็บรวบรวมข้อมูล ประชุมวางแผนและจัดทำแผนปฏิบัติการ ติดตามผลการดำเนินงาน และสรุปผล ถอดบทเรียน) จนได้แผนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำนวน 2 โครงการ ได้แก่ โครงการอบรมเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย และโครงการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยกิจกรรมดังกล่าวทำให้ผู้ร่วมวิจัยมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สภาพปัญหาและตัดสินใจมีส่วนร่วมในการวางแผนตั้งแต่เริ่มต้นจนครบกระบวนการทั้งหมด จึงทำให้เกิดการเรียนรู้ขั้นสูงสุดตามแนวคิดเกี่ยวกับกรวยประสบการณ์ (Cone of Experience) ของเอ็ดการ์ เดลีย์ (Dale, 1969) ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางและขั้นตอนการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ ก.พ.ร. ได้เสนอแนะไว้ 5 ระดับ ได้แก่ 1) การร่วมให้ข้อมูลข่าวสาร 2) การร่วมปรึกษาหารือ 3) การร่วมคิดร่วมวางแผน ร่วมตัดสินใจ 4) การร่วมดำเนินการ และ 5) การร่วมตรวจสอบและประเมินผล (วิรัตน์ ปานศิลา, 2554)

เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (Technology Of Participatory: TOP) เป็นเทคนิคหนึ่งที่สถาบันพระปกเกล้า ได้ทำการพัฒนาขึ้นและแนะนำให้ใช้ในการสร้างเสริมกระบวนการกลุ่ม ที่ผ่านการทดสอบและปรับปรุงให้ดีขึ้นจากวิธีการเดิม ๆ มีผู้นำมาใช้ในการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน จนประสบผลสำเร็จมาแล้วหลายพื้นที่ เนื่องจากเป็นเทคนิคที่มีวิธีการหรือขั้นตอนในการกระตุ้นให้ชุมชนได้เกิดความคิด ความรู้สึก มีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็นในมุมมองที่หลากหลาย ได้อย่างอิสระโดยไม่เป็นการเผชิญหน้ากัน ทำให้เกิดปัญญารู้แจ้งโดยองค์รวมของชุมชนอย่างลึกซึ้ง ทำให้ได้มติ หรือข้อสรุปเกี่ยวกับการกระทำที่ชัดเจน ซึ่งผ่านการตีความ กระบวนการไตร่ตรอง และการตัดสินใจร่วมกัน ซึ่งน่าจะมีความเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ ปานชีวา ณ หนองคาย (2551) ที่ทำการศึกษารูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดอุดรธานี โดยใช้กระบวนการตามเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (TOP) ได้แก่ การแก้ปัญหา การประชุมเชิงปฏิบัติการ และการจัดทำแผนปฏิบัติ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกระบวนการระดมสมอง และมีความคิดริเริ่ม เพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันอย่างแท้จริง ก่อให้เกิดแนวทางและร่วมการดำเนินงานตามที่กำหนด รวมทั้งการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์และมีส่วนร่วมในการประเมินผล ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ในทางที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ศักรินทร์ ทองภูธรณ์ (2553) ที่ทำการศึกษาศักยภาพของการใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วม ในการพัฒนามาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ใช้เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (Technology Of Participation : TOP) ของสถาบันพระปกเกล้า มาใช้ในการศึกษาร่วมกับกลุ่มคณะกรรมการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชน ผลจากการวิจัยทำให้ได้รูปแบบการพัฒนามาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน โดยการมี

ส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งเป็นรูปแบบที่มีประสิทธิภาพ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการตัดสินใจกำหนดเป็นนโยบายหรือแนวทางในการดำเนินการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชน ที่เป็นต้นแบบของการบริการด้านสุขภาพที่ได้มาตรฐานแก่ประชาชน สามารถนำไปใช้กับพื้นที่อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพรวมทั้งเป็นการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างชุมชนกับศูนย์สุขภาพชุมชน อันจะนำไปสู่การจัดการความรู้เพื่อการพัฒนาการบริการสุขภาพแก่ประชาชนที่มีมาตรฐานอย่างยั่งยืนร่วมกัน

5.3.3 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนบ้านหนองคู ตำบลนาเวียง อำเภอเสนางคนนิคม จังหวัดอำนาจเจริญ จากการดำเนินงานตามวงรอบ PAOR กิจกรรมที่ 7 สรุปผลถอดบทเรียน โดยจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เป็นการนำข้อมูลที่รวบรวมไว้ ตั้งแต่ กิจกรรมที่ 1- กิจกรรมที่ 5 มาวิเคราะห์และพิจารณาร่วมกัน เพื่อสรุปและถอดบทเรียน ประเมินผล วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค แนวทางแก้ไข และปัจจัยแห่งความสำเร็จ การดำเนินการตามวิธีการนี้ สรุปได้ว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เกิดจากกระบวนการของการมีส่วนร่วมด้วยเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (Technology Of Participation : TOP) ซึ่งเอื้ออำนวยให้เกิดการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ ซึ่งจากกระบวนการขั้นตอนดังกล่าว ผู้ร่วมวิจัยตัดสินใจเข้ามามีส่วนร่วมทุกกิจกรรมในแต่ละขั้นตอนตามวงรอบ PAOR ตั้งแต่เริ่มต้นจนครบกระบวนการทั้งหมด จึงเกิดความรู้สึกรู้สึกเป็นเจ้าของ เสนอตัวรับผิดชอบงานตามหน้าที่ที่แต่งตั้งขึ้น และทำให้เกิดการเรียนรู้ขั้นสูงสุด ตามแนวคิดเกี่ยวกับกรวยประสบการณ์ (Cone of Experience) ของเอ็ดการ์ เดลีย์ (Dale, 1969) โดยสอดคล้องกับการศึกษาของ วรกร วิชัยโย (2562) ทำการศึกษารูปแบบการประยุกต์เทคโนโลยีการมีส่วนร่วมเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ตำบลธัญญา อำเภอทมิฬบุรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการวิจัยในระยะที่ 2 การสร้างและใช้รูปแบบการประยุกต์เทคโนโลยีการมีส่วนร่วมเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ร่วมกับกระบวนการแก้ปัญหาแบบ ORID โดยมีองค์ประกอบด้วย การร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ การศึกษาบริบทในพื้นที่ การคืนข้อมูลให้กับชุมชน และการวางแผนปฏิบัติการ ผลที่ได้จำนวน 5 กิจกรรม ได้แก่ 1.กิจกรรมคัดแยกขยะ 2.ชุมชนต้นแบบ 3.ชุมชนเลิกกินปลาดิบ 4.บุคคลต้นแบบ และ 5. ชุมชนปลอดโรคพยาธิใบไม้ตับ สิ่งที่สำคัญที่สุดสำหรับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่เกิดจากการติดเชื้อ *Opisthorchis viverrini* นั้น คือการได้มาซึ่งข้อมูลจากการเก็บรวบรวมในชุมชนที่สำคัญและเป็นประโยชน์สำหรับบุคคลากรที่เกี่ยวข้อง นำเอาไปเป็นข้อมูลเพื่อช่วยหาวิธีการให้คนในชุมชนได้ ตระหนักถึงความสำคัญและร่วมกันแก้ไขปัญหา การรวมถึงการคืนข้อมูลให้กับประชาชนเพื่อใช้เป็น ข้อมูลร่วมกันค้นหาวิธีการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการมีส่วนร่วมของประชาชนทุกคน

5.4 ข้อเสนอแนะ

5.4.1 ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษาครั้งนี้

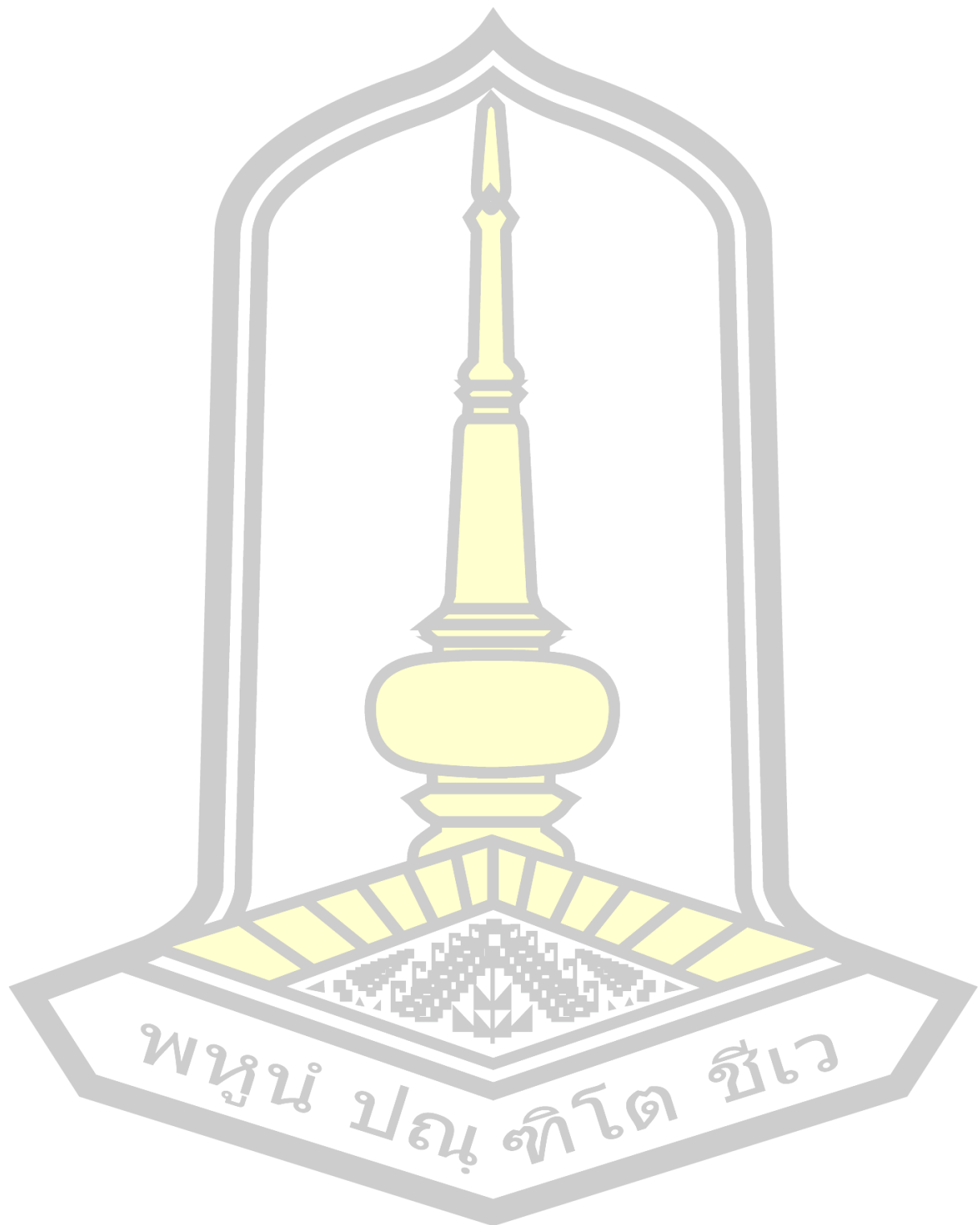
รูปแบบที่เหมาะสมจากการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ควรมีกิจกรรมดังนี้ 1. ขั้นการวางแผน (Planning), 2. ขั้นปฏิบัติการ (Action), 3. ขั้นสังเกต (Observation), และ 4. ขั้นสะท้อนผล (Reflection) ควรใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมด้วยเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (Technology of Participation: TOP) ในทุกขั้นตอน ซึ่งมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงความรู้ ทักษะ และระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วย และเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน ดังนั้นผู้วิจัยจึงเสนอการนำกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมด้วยเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วมไปประยุกต์ใช้กับทุกเครือข่ายในชุมชน เพื่อให้ชุมชนเกิดความเข้มแข็งในการดูแลและป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

5.4.2 ข้อเสนอแนะเพื่อการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาวิจัยมากกว่า 1 วนรอบ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน
2. ควรนำรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ชุมชนอื่นที่มีปัญหาคล้ายกันต่อไป



บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (2557). *รายงานการประชุมกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2557*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรองจิต วลัยศรี. (2551). *รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชชุมชนโดยชุมชนมีส่วนร่วม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลชัยภูมิ. (2554). *รายงานประจำปี*. ชัยภูมิ: ชัยภูมิการพิมพ์.
- กัลยาณี โนอินทร์. (2542). *รูปแบบกิจกรรมการลดเวลาเรียนเพิ่มเวลารู้ด้านสุขภาพในนักเรียนระดับประถมศึกษา 1 : กรณีศึกษาในโรงเรียนประถมศึกษาแห่งหนึ่ง จังหวัดน่าน*. *วารสารวิจัยสาธารณสุขน่าน*, 1(1), 1-12.
- เกษม ดันติผลาชีวะ. (2536). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จำนง อติวัฒน์สิทธิ์. (2532). *ประวัติแนวความคิดทางสังคม*. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
- ชยุต ชำนาญเชาว์. (2557). *การพัฒนาการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ ตำบลหัวถนน อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์*. *วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ*, 18(2), 5-18.
- ฐิตวันต์ หงษ์กิตติยานนท์. (2551). *รูปแบบการพึ่งตนเองของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน*. รายงานการวิจัย. ชัยภูมิ: โรงพยาบาลชัยภูมิ.
- ฐิตวันต์ หงษ์กิตติยานนท์ และคณะ. (2558). *ผลของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมหลีกเลี่ยง การใช้สารเสพติดของเยาวชน*. *เวชสารแพทยทหารบก*, 72(1), 33-40.
- ณรงค์ วาริชล. (2551). *การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการชุมชนในการพัฒนาเทศบาลสู่ “เมืองน่าอยู่: กรณีศึกษาเทศบาลตำบลบางพระ อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี*. ปัญหาพิเศษปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทั่วไป มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน. (2553). *การส่งเสริมสุขภาพในชุมชนแนวคิดและการปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดารุณี อ่างมัจฉา. (2554). *การศึกษาปัจจัยบางประการที่สัมพันธ์กับการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 จังหวัดนครศรีธรรมราช*. ปริญญานิพนธ์ปริญญาการศึกษา มหาบัณฑิต สาขาวิชาการวัดผลการศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- ทานตะวัน อินทร์จันทร์. (2546). *การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการชุมชนในการพัฒนาชุมชนย่อยในเขตเทศบาลเมืองลำพูน*. การค้นคว้าอิสระปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- เจียรชัย บุรพชนก. (2532). *การมีส่วนร่วมของชุมชนในกิจกรรมสุขภาพของหมู่บ้านพึ่งตนเองทางสาธารณสุขมูลฐาน จังหวัดระยอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเทคโนโลยี การบริหารสิ่งแวดล้อม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นารณภา วงษ์ศีล. (2555). *การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิตย ทัศนียม. (2555). *การสร้างเสริมสุขภาพ : การสร้างพลังอำนาจ*. ขอนแก่น : คลังนานาวิทยา.
- ปรีดา เจษฎารางกุล. (2550). *การมีส่วนร่วมของกรรมการชุมชนในการพัฒนาชุมชนในเขต เทศบาลเมืองคูคต อำเภอลำลูกกาจังหวัดปทุมธานี*. วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการปกครองท้องถิ่น วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น .
- ปานชีวา ณ หนองคาย. (2551). *การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ในจังหวัดอุดรธานี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชา สิ่งแวดล้อมศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- เปรมฤดี ดำรักษ์ และคณะ. (2557). *รายงานการวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้*. รายงานการวิจัย. ยะลา : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา.
- พรทิพย์ วชิรติลล และคณะ. (2549). *ผลของการ ให้การปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับพฤติกรรม ทางความคิดต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท*. อุดรธานี: โรงพยาบาลอุดรธานี.
- พัฒนา มุลพลักษ์. (2550). *อนามัยสิ่งแวดล้อม*. กรุงเทพฯ : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- เพ็ญประภา มะลาไวย์. (2550). *การพัฒนาโครงการกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- เพลินพิศ จันทศักดิ์ และคณะ. (2539). *การดูแลสุขภาพจิตที่บ้าน*. วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา, 3(1), 28-33.
- ไพฑูรย์ อุ่ณบ้าน. (2559). *การพัฒนาระบบการดูแลรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพีเลียง (DOTS) ของโรงพยาบาลแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่*. วารสารสาธารณสุขล้านนา, 12(1), 12-20.

- ไพบูลย์ ตลเฉลิมยุทธนา. (2557). การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทผ่านการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่วิถีชีวิตชุมชน โดยความร่วมมือภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลกาฬสินธุ์. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 32(1), 176-184.
- ไพรวลัย รมซ่าย และคณะ. (2544). *ศิษย์มีพฤติกรรมรุนแรงต่อครู : กรณีศึกษา*. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ภูมิพงษ์ ขุนฉนวนฉำ. (2548). *การวิเคราะห์จำแนกประเภทของตัวแปรที่มีผลต่อการกระทำผิดซ้ำและการบำบัดแก้ไข ของเด็กและเยาวชน*. กรุงเทพฯ: กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน.
- ภูเดช ธนโชติธีรกุล. (2547). *การลดปัญหานักเรียนติดยาเสพติดในโรงเรียนมัธยมศึกษา : กรณีศึกษาโรงเรียนเบญจมราชรังสฤษฎ์ 3 จังหวัดฉะเชิงเทรา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา.
- มาโนช หล่อตระกูล. (2011). *โรคจิตเภท (Schizophrenia)*. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ พิมพ์.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิชัย. (2548). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี*. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์พิมพ์.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิชัย. (2555). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์พิมพ์.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิชัย. (2558). *ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์พิมพ์*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์พิมพ์.
- ยุพิน ระพีพันธุ์. (2544). *ความรู้ ทักษะและการจัดการที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของ คณะกรรมการชุมชนในการจำแนกประเภทมูลฝอยที่ใช้ในชีวิตประจำวันก่อนทิ้งในเขต เทศบาลเมืองพนัสนิคม อำเภอนันทบุรี จังหวัดชลบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพัฒนาชุมชนมหาบัณฑิต สาขาพัฒนาชุมชน, คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เยาวภา ไตรพิทยชาติ. (2554). *การเสริมสร้างแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยโรคจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์*. ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เยาวมาลย์ จ้อยจุฬี. (2542). *การมีส่วนร่วมของประชาชนในท้องถิ่นต่อการจัดการมูลฝอย: ศึกษาเฉพาะกรณีเทศบาลตำบลแหลมฉบัง จังหวัดชลบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานโยบายและการวางแผนสังคม คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกริก.

- โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. (2561). รายงานจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่โรงพยาบาล
พระศรีมหาโพธิ์. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี.
- ลักษมี ยศรวา. (2550). ความรู้ ทักษะคิด แร่งสนับสนุนทางสังคมและการปฏิบัติดูแล ผู้ป่วยจิตเวช
ของแกน นำเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชนตำบลหนองโน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม.
ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.
- วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย และ คณะ. (2553). การสร้างเสริมสุขภาพ : แนวคิดหลักการและการประยุกต์ใช้
ในการปฏิบัติการพยาบาล. สมุทรปราการ : โครงการสำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิม
พระเกียรติ.
- วรกร วิชัยโย. (2562). รูปแบบการประยุกต์เทคโนโลยีการมีส่วนร่วมเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้
ตับในชุมชน ตำบลธัญญา อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์ปริญญา
สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- วัฒน์ แก้วมะไฟ. (2550). การบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ใน
โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วัฒนา บรรเท็งสุข. (2546). การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ของประชาชนในกระบวนการ
ถ่ายทอดภูมิปัญญาท้องถิ่น ด้านการใช้สมุนไพรในชุมชนบ้านชาดด้ว่า จังหวัดระยอง.
วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา มหาวิทยาลัย
บูรพา.
- วิรัตน์ ปานศิลา. (2554). เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (Technology of Participation: TOP).
มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ศักรินทร์ ทองสุพรรณ. (2553). ประสิทธิภาพของการใช้ โปรแกรมการมีส่วนร่วมในการพัฒนามาตรฐาน
ศูนย์สุขภาพชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุข
ศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัย มหาสารคาม.
- ศิริวรรณ เพียรสุข และคณะ. (2543). ศัพท์การบริหารธุรกิจ. กรุงเทพฯ: ธรรมสาร.
- สมสนุก พระอาทิตย์ และคณะ. (2542). เจตคติต่อการพยาบาลจิตเวชและปัญหา อุปสรรคในการ
พยาบาลจิตเวชของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.
วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 44(3), 201-212.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนสำหรับ
บุคลากรของหน่วยบริการปฐมภูมิ (printed ver) กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ.

สำราญ สมะหิงพันธ์ และคณะ. (2554). การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่าย
ในชุมชน. *ประชุมวิชาการ ผลงานดีเด่นระดับเขตประจำปี 2555*, 201-211.

สิทธิณัฐ ประพุทธนิตสาร. (2556). *การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม : แนวคิดและแนวปฏิบัติ*.

กรุงเทพฯ : สำนักงาน.

สิริกุล วงษ์ศิริโสภาคย์ และคณะ. (2556). *คู่มือบูรณาการ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ*

โดยชุมชน. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

สุคนธา รัตน์. (2543). *การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพในภาคใต้*.

วิทยานิพนธ์ปริญญาโทชั้นบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุชาดา เวชการุณา. (2556). *ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม*

ร่วมต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพจิตของผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาล

ศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุนทรีภรณ์ ทองไสย. (2558). *การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในบริบทสังคมไทยอย่างยั่งยืน. วารสารกองการ*

พยาบาล, 42(3), 159-166.

สมัทนา กลางคาร และวราภรณ์ พรหมสัตยพรต. (2553). *หลักการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*.

มหาสารคาม : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

สุวิมล สมัตถะ. (2541). *ผลของการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อความสามารถ ในการ*

ดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

โสธยา ศุภโรจน์. (2554). *ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ*

ของผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์

มหาวิทยาลัย.

อคิน รพีพัฒน์ และคณะ. (2554). *การมีส่วนร่วมของประชาชนในงานพัฒนา*. กรุงเทพฯ:

ศูนย์การศึกษา นโยบายสาธารณสุข.

องอาจ นัยพัฒน์. (2548). *วิธีวิทยาการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพทางพฤติกรรมศาสตร์ และ*

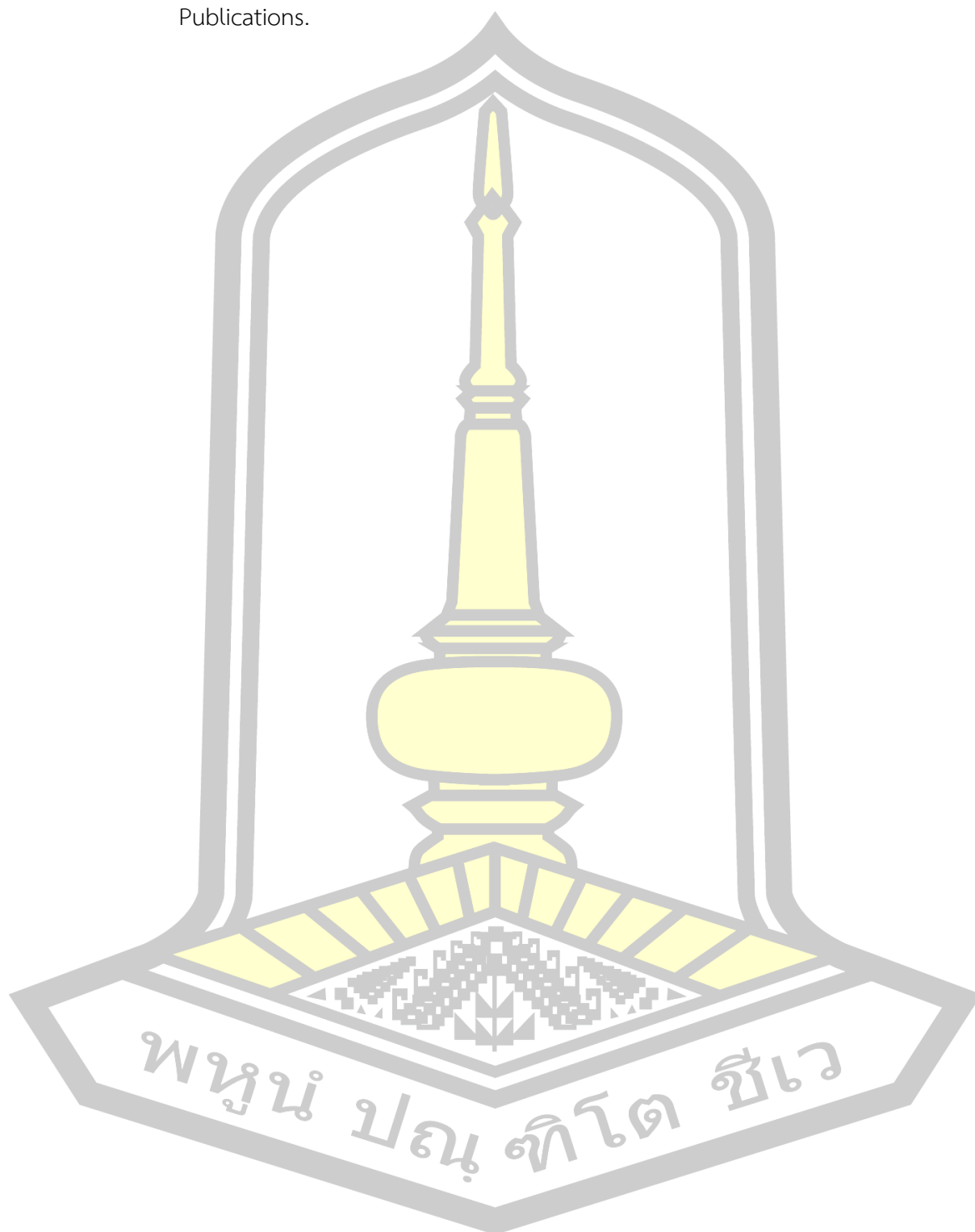
สังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดสามลดา.

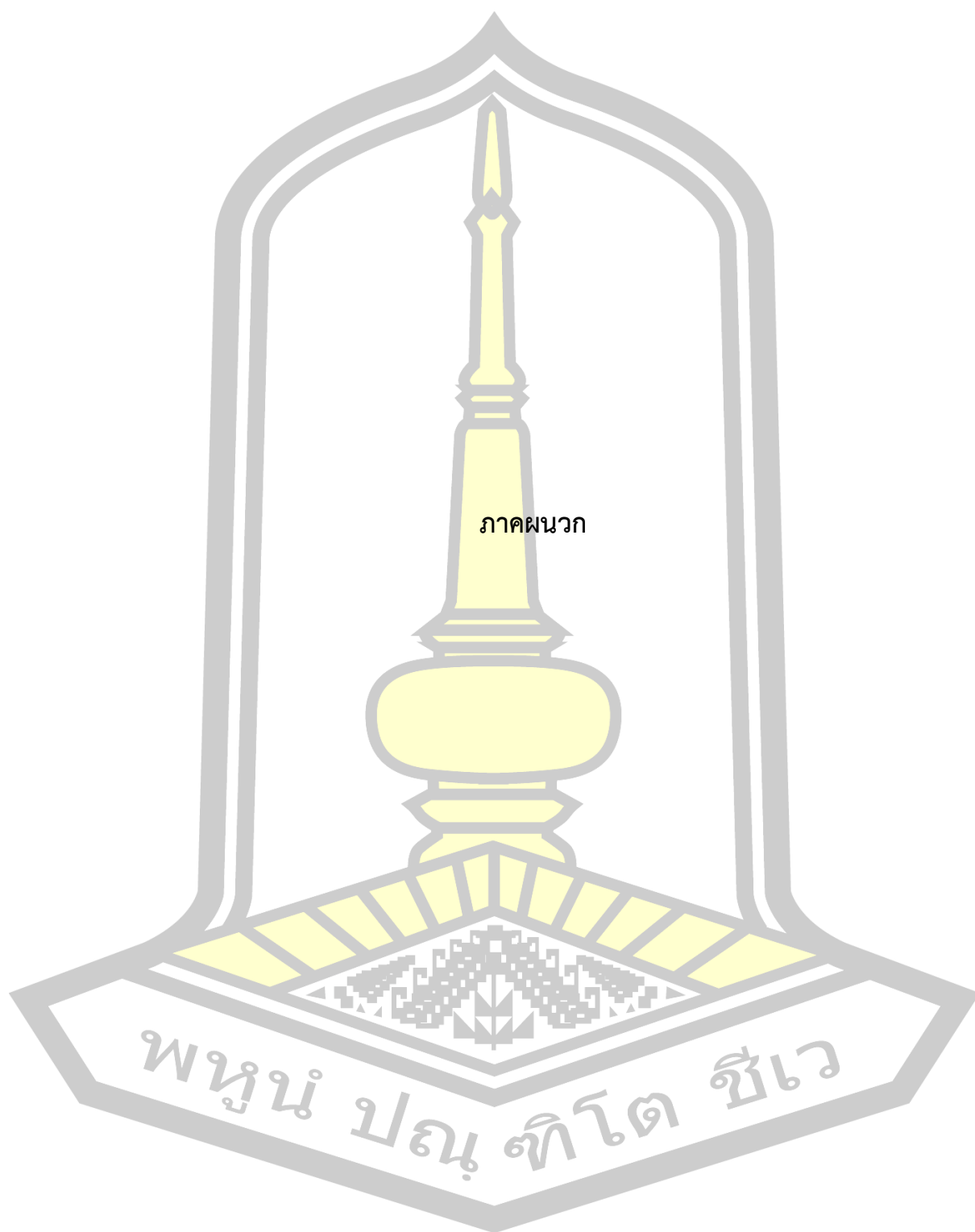
อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2554). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ:

วี.พริ้นท์ จำกัด.

- อรสา วัฒนศิริ และ เสาวภา ศรีภูสิตโต. (2556). การพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเภท โดยทีมสหสาขาและเครือข่ายผู้ดูแล โรงพยาบาลกำแพงเพชร. *วารสารกองการพยาบาล*, 40(1), 67-83.
- อภาพร เภาวัฒนา และคณะ. (2554). *การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน :การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อำพล จินดาวัฒนะ และคณะ. (2550). *การดำเนินงานระดับนโยบาย*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- Bloom, B. S. (1971). *Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning*. New York: McGraw-Hill.
- Coghlan, D. & Brannick, T. (2001). *Doing Action Research in Your Own Organization*. London : Sage.
- Cohen, J.M. & Uphooff, N. T. (1977). *Rural development participation: Concept and measures for project design implementation and evolution*. Ithaca, New York: Rural development committee, Center for International Studies, Cornell University.
- Dale, E. (1969). *Audio – Visual Materials of Instruction*. Chicago : University of Chicago Press.
- Ellice A. Forman, Norris Minick, C. A. S. (1993). *Contexts for Learning: Sociocultural Dynamics in Children’s Development*. New York: Oxford University Press.
- Johnson, D.W. & Johnson, R. (2008). *Learning Together and Alone : Cooperative and Individuallistic Learning*. 4th ed. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Kaplan, H. I. & Sadock, B. J. (1998). *Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences in Clinical Psychiatry*. 8th ed. New York: Williams & Wilkins.
- Kemmis, K. & McTaggart, R. (1998). *The Action Research Planner*. 3rd ed. Geelong: Deakin University Press.
- Stringer, E. (1999). *Action Research*. 2nd ed. California : Sage.
- WHO. (2015). *Global Tuberculosis Report 2015*. [Online] form: http://apps.who.int/iribitstream/10665/191102/1/9789241565059_eng.pdf?ua=1. [Retrieved August 1, 2015].

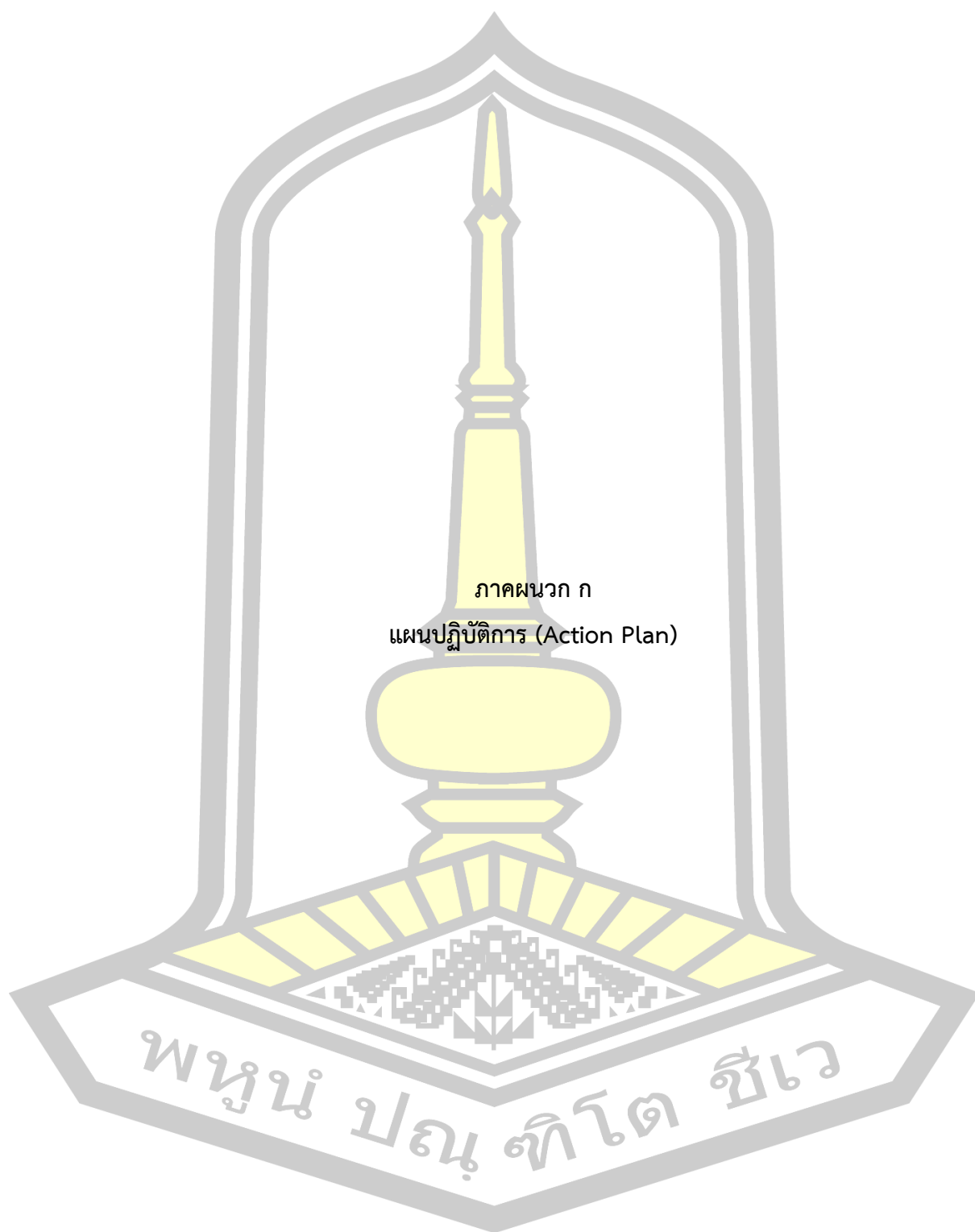
World Health Organization. (2011). World Report Disability. Geneva: WHO Publications.





ภาคผนวก

พหุ ประจันต์ ชัยเว



กิจกรรม/วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/วัสดุอุปกรณ์/งบประมาณ	ผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน	วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัดหรือวิธีการประเมิน
ระยะที่ 1 การวางแผน (Planning)							
กิจกรรมที่ 1 ศึกษาปัญหา วัตถุประสงค์ 1. เพื่อให้ได้ข้อมูลของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการกำเริบซ้ำ 2. เพื่อให้สามารถวิเคราะห์ศักยภาพและข้อจำกัดของการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 3. เพื่อให้มีข้อมูลด้านทรัพยากรหรือสิ่งสนับสนุนที่จะเอื้อต่อการวางแผนการดูแลป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนรูปแบบใหม่	1. ประสานงานด้วยวาจาและส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลในพื้นที่ 2. สอบถาม/สัมภาษณ์ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จากญาติ/ผู้ดูแลและเครือข่ายดูแลสุขภาพจิตชุมชน 2. ศึกษาข้อมูลประวัติการรักษาผู้ป่วยจิตเภทจากแฟ้มอเนกมัยครอบครัว รพ.สต. หนองคู 3. ประสานงานกับฝ่ายสุขภาพจิต รพ.เสนางคนิคม เพื่อติดตามประวัติการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท	ระยะเวลา ก.พ. 2562 สถานที่ 1. บ้านผู้ป่วย 2. ศาลาหมู่บ้าน 3. ห้องประชุม รพ.สต.หนองคู วัสดุ/อุปกรณ์ 1. สมุดบันทึก/แฟ้มอเนกมัยครอบครัว 2. เครื่องบันทึกภาพและเสียง 3. กล้องถ่ายรูป 4. กระดาษไวท์บอร์ด 5. กระดาษบุรูป 6. ปากกาเคมี งบประมาณ 1. ค่าอาหารว่าง 2. ค่าถ่ายเอกสาร	กลุ่มเป้าหมาย ที่ศึกษาทั้ง 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน อสม. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. หนองคู และพยาบาลจิตเวช รพ.เสนางคนิคม	1. การจดบันทึก 2. การบันทึกภาพและเสียง 3. การสัมภาษณ์	1. สมุดบันทึก 2. เครื่องบันทึกภาพและเสียง 3. กล้องถ่ายรูป 4. เครื่องบันทึกเสียง	1. มีข้อมูลการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภท 2. รับทราบปัญหาผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการกำเริบซ้ำ 3. ได้รับความรู้เกี่ยวกับศักยภาพและข้อจำกัดของญาติ/ผู้ดูแลและเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน	1. จำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการกำเริบซ้ำ 2. การวิเคราะห์ปัญหาผู้ป่วยจิตเภทที่อาการกำเริบซ้ำในชุมชน 3. การวิเคราะห์ศักยภาพและข้อจำกัดของญาติ/ผู้ดูแลและเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/วัสดุอุปกรณ์/งบประมาณ	ผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน	วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัดหรือวิธีการประเมิน
ระยะที่ 1 การวางแผน (Planning)							
กิจกรรมที่ 2 คัดเลือก ผู้เข้าร่วมวิจัย/แต่งตั้ง คณะกรรมการ วัตถุประสงค์ เพื่อให้ได้คณะกรรมการวิจัย และกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา	1. ประสานงานด้วยวาจา และส่งหนังสือเชิญ พร้อม ทำคำสั่งแต่งตั้ง คณะทำงาน 2. คัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย ที่ศึกษา	ระยะเวลา มีนาคม 2562 สถานที่ - ศาลาบ้านหนองคู ห้องประชุม รพ.สต.หนองคู วัสดุ/อุปกรณ์ 1. สมุดบันทึก 2. ปากกา 3. กล้องถ่ายรูป 4. กระดาษไวท์บอร์ด 5. ปากกาเคมี งบประมาณ 1. ค่าอาหารว่าง 2. ค่าถ่ายเอกสาร	กลุ่มเป้าหมาย ที่ศึกษาทั้ง 2 กลุ่ม 1. กลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 2. กลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิต ชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน อสม. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. หนองคู และ พยาบาลจิตเวช รพ.เสนาณรงค์	1. การจดบันทึก 2. การบันทึกภาพ และเสียง 3. การสัมภาษณ์	1. หนังสือเชิญเข้าร่วม โครงการวิจัย 2. หนังสือยินยอม เข้าร่วมโครงการ วิจัย	ได้คณะทำงานวิจัย และกลุ่มเป้าหมาย ที่ศึกษา	กลุ่มเป้าหมายที่ ศึกษาทั้ง 2 กลุ่ม ยินยอมเข้าร่วม โครงการวิจัย

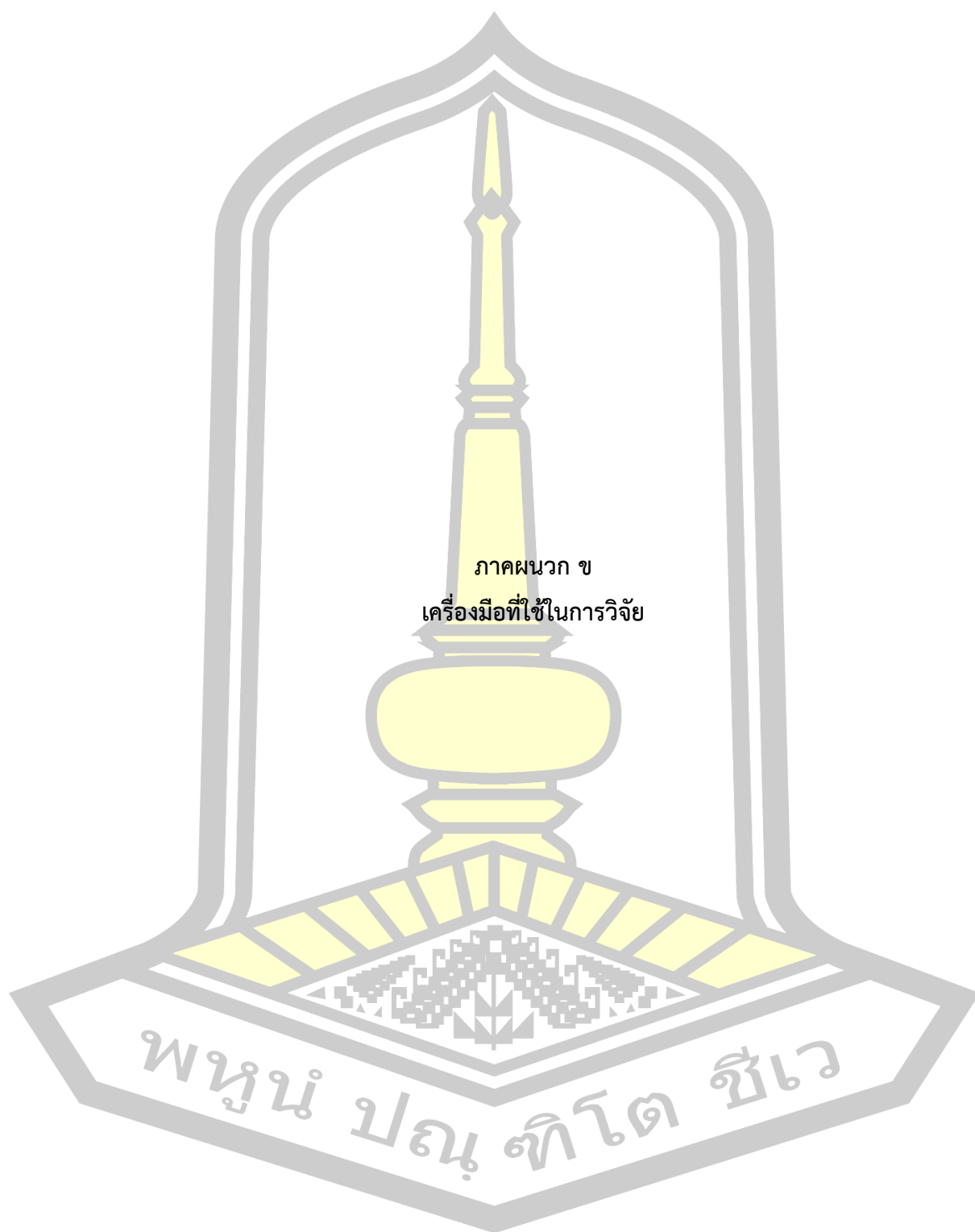
กิจกรรม/วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/วัสดุอุปกรณ์/งบประมาณ	ผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินกิจกรรม	วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัดหรือวิธีการประเมิน
ระยะที่ 1 การวางแผน (Planning)							
กิจกรรมที่ 3 เก็บรวบรวมข้อมูล	ผู้วิจัยลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลในชุมชนโดยใช้ 1. แบบสัมภาษณ์ ชุดที่ 1 สำหรับญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และชุดที่ 2 สำหรับเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน (Pre Test) 2. เพื่อประเมินทัศนคติความเชื่อในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน 3. เพื่อประเมินระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน	ระยะเวลา เมษายน 2562 สถานที่ ชุมชนบ้านหนองวัด/อุปกรณ์ 1. แบบสัมภาษณ์ชุดที่ 1 สำหรับญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และชุดที่ 2 สำหรับเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน (Pre Test) งบประมาณ 1. ค่าอาหารว่าง 2. ค่าถ่ายเอกสาร	1. กลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 2. กลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน อสม. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. พยาบาล จิตเวช รพ. เสนางคม	นำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์โดยโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป (Pre Test) 2. โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป (Content Analysis) 3. วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)	1. แบบสัมภาษณ์ชุดที่ 1 สำหรับญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และชุดที่ 2 สำหรับเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน (Pre Test) 2. โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป (Content Analysis) 3. วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)	3. ได้ทราบปัญหาเชิงลึกของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน 2. ได้ทราบระดับทัศนคติ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนดำเนินการ 3. ได้ทราบระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนดำเนินการ	1. สภาพปัญหาเชิงลึกของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนดำเนินการ 2. ระดับทัศนคติ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนดำเนินการ 3. ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนดำเนินการ

กิจกรรม/ วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการ ดำเนินงาน	ระยะเวลา/ สถานที่/วัสดุ อุปกรณ์/ งบประมาณ	ผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนิน กิจกรรม	วิธีการเก็บ รวบรวม ข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บ รวบรวมข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัดหรือ วิธีการประเมิน
ระยะที่ 1 การวางแผน (Planning)							
กิจกรรมที่ 4 ประชุมวางแผน และจัดทำแผน	1. ผู้วิจัยและกลุ่มเป้าหมาย ประชุมวางแผนและ จัดทำแผน โดยใช้เทคโนโลยีการมี ส่วนร่วม (Technology Of Participation) 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) วิธีการถกปัญหา (ORID Method) (ว่ามอง เห็นอะไร รู้สึก อย่างไร คิดอย่างไรจะทำอย่างไร) 2) การประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop Method) 3) การวางแผนปฏิบัติงาน (Action Planning Method)	ระยะเวลา พฤษภาคม 2562 สถานที่ห้องประชุม รพ.สต.หนองคู วัสดุ/อุปกรณ์ 1. สมุดบันทึก 2. เครื่องบันทึกภาพ และเสียง 3. กล้องถ่ายรูป งบประมาณ 1. ค่าอาหาร 2. ค่าถ่ายเอกสาร	กลุ่มเป้าหมายที่ศึกษาทั้ง 2 กลุ่ม ได้แก่ 1. กลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิต เภท 2. กลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิต ชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน อสม. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. บ้านหนองคู และพยาบาลจิตเวช รพ. เส นางคณินคม	1. การจดบันทึกการ ประชุม 2. การบันทึกภาพ และเสียง 3. การบันทึกภาพ ถ่าย 4. การสังเกตแบบมี ส่วนร่วม	1. สมุดบันทึกการประชุม 2. เครื่องบันทึกภาพและ เสียง 3. กล้องถ่ายรูป 4. แบบบันทึกการ มีส่วนร่วม	1. การเข้ามามีส่วนร่วม การแสดงความคิดเห็น ของกลุ่มเป้าหมาย 2. ได้แผนการมีส่วนร่วม ของชุมชนในการ ป้องกันอาการกำเริบซ้ำ ของผู้ป่วยจิตเภทใน ชุมชน อาจเป็นโครงการ หรือกิจกรรม	1. กลุ่มเป้าหมาย เข้ามามีส่วนร่วมใน กิจกรรม และ กระบวนการ 2. ได้แผนการมีส่วนร่วม ของชุมชนในการ ป้องกันอาการกำเริบซ้ำ ของผู้ป่วยจิตเภทใน ชุมชน อาจเป็นโครงการ หรือกิจกรรม

กิจกรรม/ วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการ ดำเนินงาน	ระยะเวลา/ สถานที่/วัสดุ อุปกรณ์/ งบประมาณ	ผู้เกี่ยวข้องกับการ ดำเนินการ	วิธีการเก็บ รวบรวม ข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ในการ เก็บรวบรวม ข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัดหรือ วิธีการประเมิน
ระยะที่ 2 ขั้นปฏิบัติ (Action)							
กิจกรรมที่ 5 นำแผนไปสู่การปฏิบัติ	ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ 1. โครงการอบรมเครือข่าย สุขภาพจิตชุมชนเพื่อเพิ่ม ศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชน โดย เชิญวิทยากร พยาบาลจิตเวช จาก รพ.เสนาบดี นิคม อบรมหรือขอ ทัศนคติ ความรู้โรคจิตเภท การดูแลผู้ป่วย จิตเภทโดยเครือข่ายในชุมชน	ระยะเวลา มิถุนายน - กันยายน 2562 สถานที่ ห้องประชุม รพ.เสนาบดี บ้านผู้ป่วยจิตเภท วัสดุ/อุปกรณ์ 1. สมุดบันทึก 2. เครื่องบันทึกภาพ และเสียง 3. กล้องถ่ายรูป งบประมาณ 1. ค่าอาหาร 2. ค่าถ่ายเอกสาร	กลุ่มญาติ/ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท และกลุ่มเครือข่าย สุขภาพจิตชุมชน รวม 36 คน	1. การจดบันทึก 2. การบันทึกภาพ และเสียง 3. การสังเกตแบบ มีส่วนร่วม	1. สมุดบันทึก 2. เครื่องบันทึกภาพ และเสียง 3. กล้องถ่ายรูป 4. แบบสังเกต การมีส่วนร่วม	1. ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิต เภท และเครือข่าย สุขภาพจิตชุมชน เข้า ร่วมโครงการ 2. ผู้ป่วยจิตเภทได้รับ การดูแลติดตามเยี่ยม บ้านจากชุมชนหรือ เครือข่ายสุขภาพจิต ชุมชน	1. รายชื่อผู้เข้าร่วม โครงการ 2. . ภาพถ่าย
วัตถุประสงค์ เพื่อให้ญาติ/ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทและ เครือข่ายสุขภาพจิต ชุมชน เข้าร่วม โครงการตาม แผนปฏิบัติการ	2. โครงการติดตามดูแลผู้ป่วยจิต เภทในชุมชน มีวิธีดำเนินการ คือ ผู้วิจัยและกลุ่มเครือข่าย สุขภาพจิตชุมชนออกติดตาม เยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน 3. วัดผลหลังดำเนินการตาม แผนปฏิบัติการ (Post Test)						

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/วัสดุอุปกรณ์/งบประมาณ	ผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน	วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัดหรือวิธีการประเมิน
ระยะที่ 3 ขึ้นสังเกต (Observation)							
กิจกรรมที่ 6 สังเกตผล การดำเนินงาน วัตถุประสงค์ เพื่อติดตามผลการ ดำเนินการ	สังเกตผลการดำเนินงาน โดยรวบรวมข้อมูลการ ดำเนินงานจาก กิจกรรมที่ 1-5	ระยะเวลา ตุลาคม 2562	กลุ่มเป้าหมาย ที่ศึกษาทั้ง 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่ม ญาติ/ผู้ดูแล และ กลุ่มเครือข่าย สุขภาพจิตชุมชน	1. การบันทึก ภาพถ่าย 2. การบันทึก ภาพและเสียง 3. การสังเกต แบบมีส่วนร่วม 4. การสัมภาษณ์โดย แบบสัมภาษณ์ ชุดที่ 1 และ 2	1. กล้องถ่ายรูป 2. เครื่องบันทึก ภาพและเสียง 3. แบบสังเกตการมี ส่วนร่วม 4. แบบสัมภาษณ์ ชุดที่ 1 และ 2	1. กลุ่มเป้าหมาย มีส่วนร่วมในกิจกรรม และกระบวนการ 2. ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการ ดูแลจากทีมมีส่วนร่วมของ ชุมชน 3. หลังดำเนินการกลุ่มญาติ/ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและ เครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนใน ชุมชนมีระดับทัศนคติ และระดับ การมีส่วนร่วมในการดูแล ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน มากกว่า ก่อนดำเนินการ	1. กลุ่มเป้าหมาย มีส่วนร่วมในกิจกรรม และกระบวนการ 2. ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการ ดูแลจากทีมมีส่วนร่วมของ ชุมชน 3. หลังดำเนินการกลุ่มญาติ/ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและ เครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนใน ชุมชนมีระดับทัศนคติ และระดับ การมีส่วนร่วมในการดูแล ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน มากกว่า ก่อนดำเนินการ

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/วัสดุอุปกรณ์/งบประมาณ	ผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน	วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัดหรือวิธีการประเมิน
ระยะที่ 4 ขึ้นสะท้อนผล (Reflection)							
กิจกรรมที่ 7 สรุปผล ถอดบทเรียน	จัดเวทีแลกเปลี่ยนเพื่อสรุปและถอดบทเรียน ประเมินผลรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันอาคารตัวอย่างและผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน และวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค แนวทางแก้ไขและปัจจัยแห่งความสำเร็จ	ระยะเวลา 2562 วัสดุ/อุปกรณ์ 1. สมุดบันทึก 2. เครื่องบันทึกภาพ และเสียง สถานที่ ห้องประชุม รพ.สต.หนองคู	กลุ่มเป้าหมาย ที่ศึกษาทั้ง 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มญาติ/ผู้ดูแล และกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน	1. การจดบันทึกการประชุม 2. การบันทึกภาพและเสียง 3. การบันทึกภาพถ่าย 4. การสังเกตแบบมีส่วนร่วม 5. การสนทนากลุ่ม	1. สมุดบันทึก 2. เครื่องบันทึกภาพและเสียง 3. กล้องถ่ายรูป 4. แบบสังเกตการณ์ ส่วนร่วม 5. แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม	ได้ข้อมูลสะท้อนผลในวงรอบต่อไป	1. ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข 2. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ



แบบสัมภาษณ์เลขที่ ID

แบบสัมภาษณ์การศึกษาวิจัย

เรื่อง รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
บ้านหนองคู ตำบลนาเวียง อำเภอเสนางนิคม จังหวัดอำนาจเจริญ

คำชี้แจง

การศึกษาครั้งนี้ จะนำไปสู่การวางแผนรูปแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งท่านเป็นบุคคลสำคัญที่จะมีส่วนร่วมกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยท่านสามารถให้ข้อมูลในแบบสัมภาษณ์ทั้ง 4 ส่วนนี้ตามความเป็นจริง ซึ่งข้อมูลที่ท่านตอบจะนำไปวิเคราะห์ในภาพรวมเท่านั้น และจะเก็บไว้เป็นความลับการให้ข้อมูลในครั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจของท่าน หากท่านยินดีเข้าร่วมรูปแบบการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ได้โปรดตอบแบบสัมภาษณ์ฉบับนี้ให้ครบทุกข้อและตรงความเป็นจริงหรือตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

คำแนะนำ

แบบสัมภาษณ์ชุดที่ 1 สำหรับกลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยแบ่งออกเป็น

4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากรแบ่งเป็น

ส่วนญาติ/ผู้ดูแล

จำนวน 9 ข้อ

ส่วนของผู้ป่วย

จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 3 ทักษะที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท

จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จำนวน 30 ข้อ

นายจักรพงษ์ พระสุรัตน์

นิสิตปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

คณะสาธาณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร

คำชี้แจง ให้ท่านทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง ☐ หรือเติมข้อความที่ท่านพิจารณาเห็นว่าตรงกับข้อความเป็นอยู่ของท่านและผู้ป่วยจิตเภท

ก. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1. เพศ

☐ ชาย

☐ หญิง

2. อายุ..... ปีบริบูรณ์

3. สถานภาพ

☐ 1. โสด

☐ 2. สมรส, คู่

☐ 3. หม้าย, หย่าร้าง, แยกกันอยู่

4. ระดับการศึกษา

☐ 1. ไม่ได้เรียน

☐ 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย 7. อื่น ๆ ระบุ.....

☐ 2. ประถมศึกษา

☐ 5. อนุปริญญา

☐ 3. มัธยมศึกษาตอนต้น

☐ 6. ปริญญาตรี

5. อาชีพ

☐ 1. เกษตรกรรม

☐ 4. ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ

☐ 2. รับจ้างทั่วไป

☐ 5. อื่น ๆ ระบุ.....

☐ 3. ค้าขาย

6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน..... บาท

7. ฐานะทางการเงินของครอบครัว

☐ 1. เหลือเก็บ

☐ 3. ไม่พอใช้

☐ 2. มีพอกินพอใช้

☐ 4. มีหนี้สิน

8. ท่านมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ 1. บิดา มารดา

☐ 5. คู่สมรส

☐ 2. บุตร

☐ 6. พี่น้อง

☐ 3. ญาติสนิท

☐ 7. เขย, สะใภ้

☐ 4. ผู้อาศัย

☐ 8. อื่น ๆ ระบุ.....

9. ระยะเวลาที่ท่านดูแลผู้ป่วย..... ปี..... เดือน

ข. ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท

10. เพศ

- ☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง

11. อายุของผู้ป่วยจิตเภท.....ปีบริบูรณ์

12. สถานภาพ

- ☐ 1. โสด
☐ 2. สมรส
☐ 3. หม้าย/อย่าร้าง/แยกกันอยู่

13. มีปัจจัยในข้อใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยรายนี้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ 1. พันธุกรรม
☐ 2. ความผิดปกติของสมองตั้งแต่แรกเกิด
☐ 3. ประสบอุบัติเหตุ สมองได้รับการกระทบกระเทือน
☐ 4. ความเครียดในการดำเนินชีวิต
☐ 5. สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก
☐ 6. ถูกทำร้าย/ทารุณกรรม
☐ 7. อื่น ๆ ระบุ.....

14. ผู้ป่วยป่วยด้วยโรคจิตเภทมานาน.....ปี.....เดือน

15. ลักษณะอาการโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทในขณะนี้

- ☐ 1. ใช้ชีวิตได้ตามปกติโดยไม่มี ความผิดปกติทางอารมณ์ ความคิดและพฤติกรรม
☐ 2. มีอาการผิดปกติทางอารมณ์ ความคิดและพฤติกรรมเป็นบางครั้ง
☐ 3. มีอาการผิดปกติทางอารมณ์ ความคิดและพฤติกรรมบ่อยครั้ง

16. สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษาล่าสุดท้าย

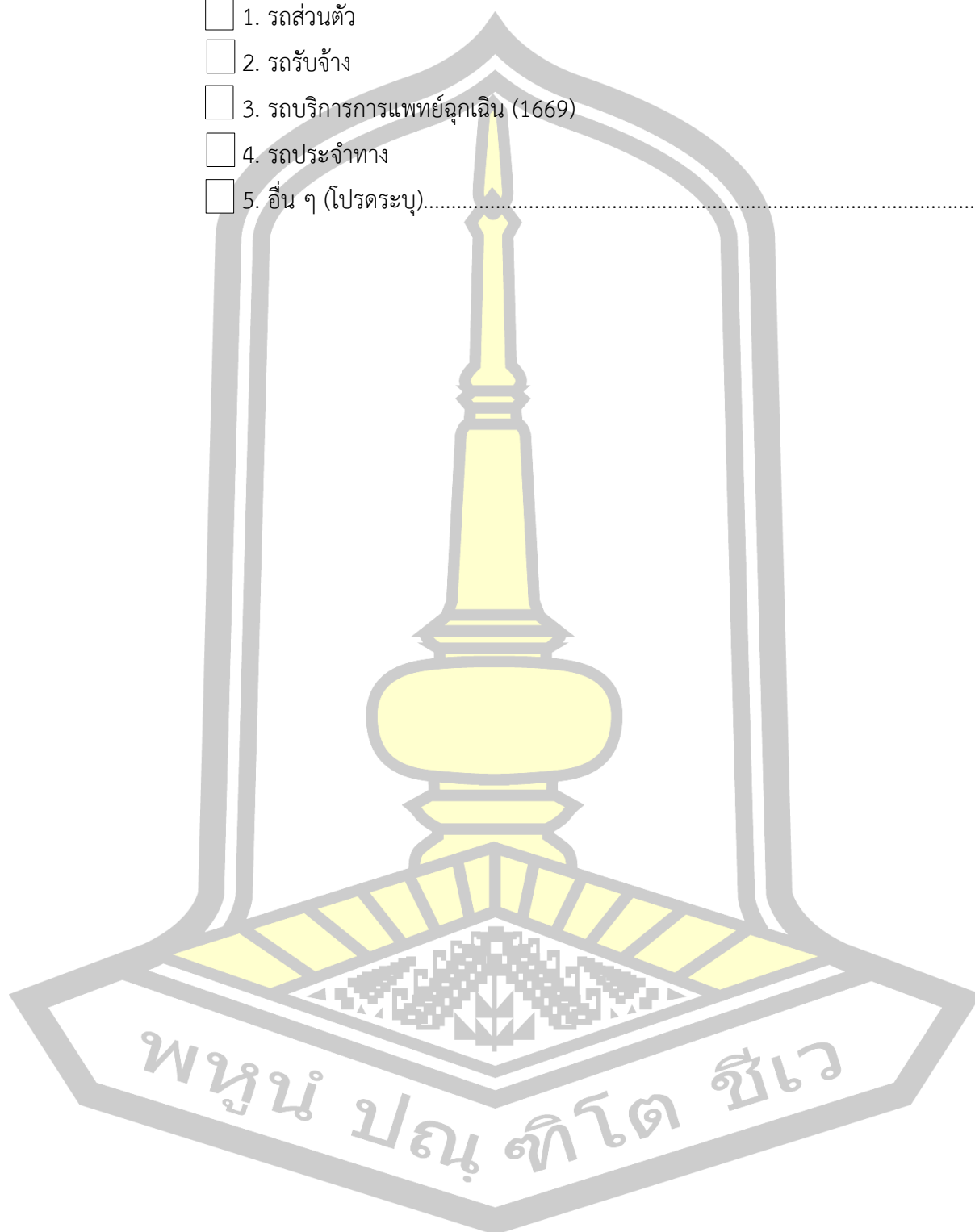
- ☐ 1. รพ.พระศรีมหาโพธิ์
☐ 2. รพ.เสนางคนิคม
☐ 3. สถานพยาบาลอื่น ระบุ.....

17. ความต่อเนื่องในการรักษา

- ☐ 1. พบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง
☐ 2. ไม่ไปพบแพทย์ตามนัด เนื่องจาก (โปรดระบุ).....
☐ 3. ผู้ป่วยขาดการรักษามานานมากกว่า ..1.. ปี

18. การเดินทางไปพบแพทย์ตามนัด

- ☐ 1. รถส่วนตัว
- ☐ 2. รถรับจ้าง
- ☐ 3. รถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (1669)
- ☐ 4. รถประจำทาง
- ☐ 5. อื่น ๆ (โปรดระบุ).....



ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

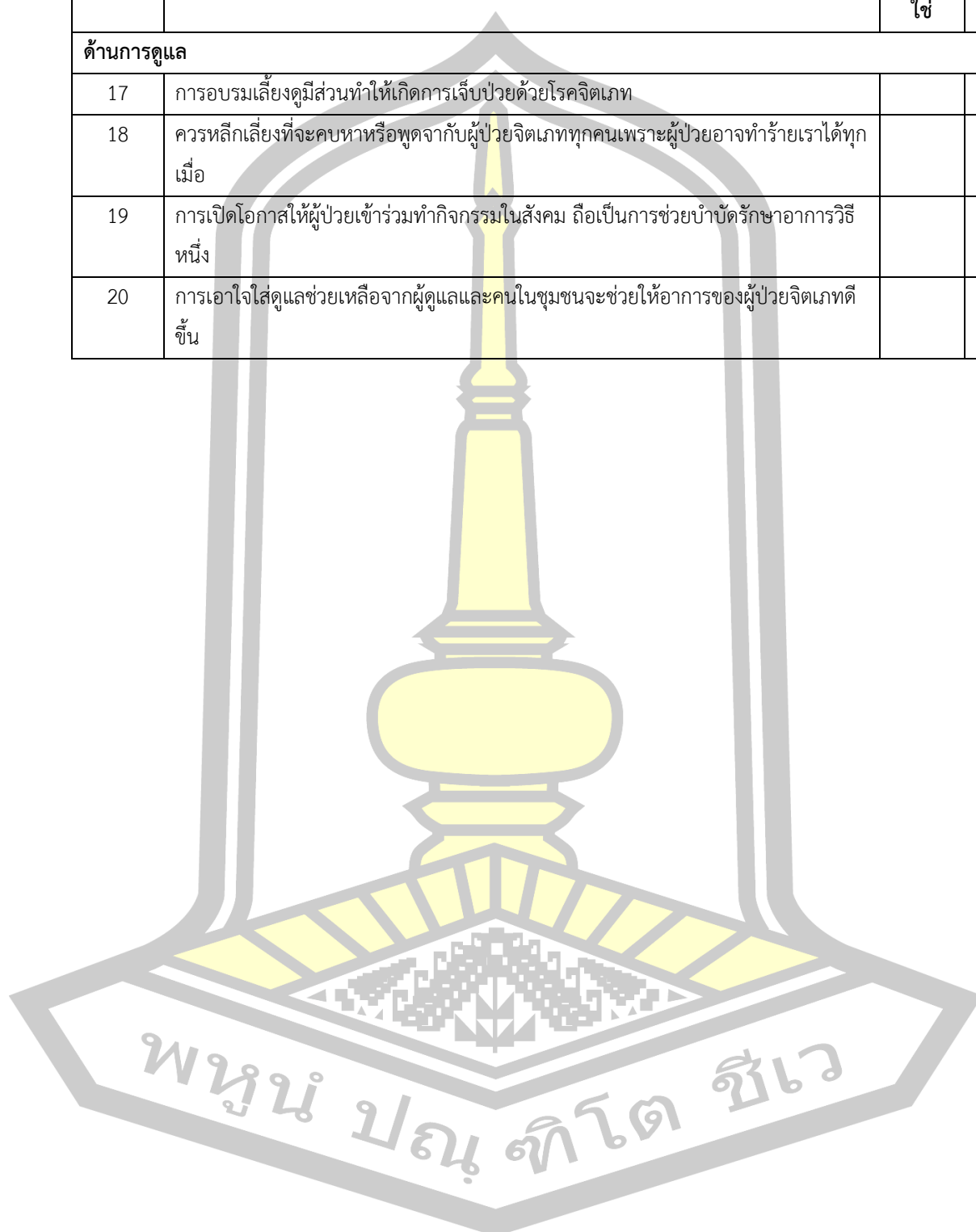
คำชี้แจง ให้ท่านทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับช่องที่ท่านคิดว่าถูกต้องที่สุด โดยมีเกณฑ์ดังนี้

ใช่ หมายถึง คำถามที่ถามนั้นถูกต้อง

ไม่ใช่ หมายถึง คำถามที่ถามนั้นไม่ถูก หรือ ผิด

ลำดับ	ประเด็นความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	ตัวเลือก	
		ใช่	ไม่ใช่
ด้านอาการของโรค			
1	โรคจิตเภทหมายถึงโรคที่มีผลทำให้ผู้ป่วยแสดงออกทางความคิดอารมณ์และการกระทำที่ผิดปกติไปจากคนทั่วไป		
2	โรคจิตเภท ถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มโรคเรื้อรัง		
3	การใช้สารเสพติดต่าง ๆ เช่น สุรา ยาบ้า สารระเหย มีผลทำให้เกิดโรคจิตเภท		
4	การสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์/คาเฟอีน หรือสูบบุหรี่ จะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบหรือป่วยซ้ำได้		
5	ผู้ที่มีญาติพี่น้องป่วยทางจิต จะมีโอกาสป่วยทางจิตมากกว่าผู้อื่น		
6	ผู้ป่วยจิตเภทเพศส่วนใหญ่มีหูแว่วเห็นภาพหลอน		
7	อาการพูดคนเดียวไปเรื่อย ๆ เป็นอาการแสดงของผู้ป่วยจิตเภท		
8	การเดินแก้ม้าตามที่สาธารณะ เป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งของผู้ป่วยจิตเภท		
9	การอยู่คนเดียว เฉยเมย แยกตัวเอง เป็นอาการเตือนอาการกำเริบหรือป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท		
10	ความผิดปกติที่แสดงอาการด้านบวกของผู้ป่วยจิตเภท เช่น อาการหลงผิดว่าตนเองถูกปองร้ายหรือถูกกลั่นแกล้ง		
11	ความผิดปกติที่แสดงอาการด้านลบของผู้ป่วยจิตเภทเช่น พูดน้อย เฉื่อยชาแยกตัว		
ด้านการรักษา			
12	การรักษาผู้ป่วยจิตเภทมีวิธีเดียวเท่านั้น คือการให้ยา		
13	ผู้ป่วยจิตเภทสามารถปรับลดขนาดยาลงได้เมื่อไม่แสดงอาการผิดปกติ		
14	คนอื่นไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการดีขึ้นได้ นอกจากแพทย์ที่รักษา		
15	การที่ผู้ป่วยจิตเภทกินยารักษาอาการทางจิตติดต่อกันเป็นเวลานาน ๆ จะทำให้เกิดการติดยาได้		
16	แม้ว่าผู้ป่วยจะไม่แสดงอาการผิดปกติ แต่ก็ต้องกินยาอย่างต่อเนื่องตามแพทย์สั่ง		

ลำดับ	ประเด็นความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	ตัวเลือก	
		ใช่	ไม่ใช่
ด้านการดูแล			
17	การอบรมเลี้ยงดูมีส่วนทำให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท		
18	ควรหลีกเลี่ยงที่จะคบหาหรือพูดจากับผู้ป่วยจิตเภททุกคนเพราะผู้ป่วยอาจทำร้ายเราได้ทุกเมื่อ		
19	การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเข้าร่วมทำกิจกรรมในสังคม ถือเป็นการช่วยบำบัดรักษาอาการวิธีหนึ่ง		
20	การเอาใจใส่ดูแลช่วยเหลือจากผู้ดูแลและคนในชุมชนจะช่วยให้อาการของผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้น		



ส่วนที่ 3 ทศนคติที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง ให้ท่านทำเครื่องหมาย/ลงในช่องที่ตรงกับความคิดของท่านมากที่สุด ซึ่งแบบสัมภาษณ์นี้

ต้องการประเมินทัศนคติของท่านต่อผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้สัมภาษณ์จะสัมภาษณ์ประเด็นต่าง ๆ

ในรายการข้างล่างนี้และมีเกณฑ์พิจารณาให้ค่าความหมายดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด

ประเด็นข้อคิดเห็นที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. ผู้ป่วยจิตเภทมีแต่จะสร้างความเดือดร้อนให้กับผู้อื่น				
2. แม้ว่าผู้ป่วยไม่แสดงอาการ แต่ท่านก็ยังรู้สึก หวาดระแวง ที่จะโดนทำร้าย				
3. ผู้ป่วยจิตเภทเป็นกลุ่มคนที่น่าสงสารควรที่จะได้รับการ ดูแลอย่างต่อเนื่อง				
4. ควรให้ผู้ป่วยจิตเภทอยู่เฉยๆ ไม่ควรให้ทำงาน หรือประกอบอาชีพ				
5. ท่านไม่เคยรู้สึกท้อแท้ ที่จะพาผู้ป่วยไปรับการรักษา				
6. คนในชุมชนควรมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท				
7. ผู้ป่วยจิตเภทสามารถร่วมทำกิจกรรมในชุมชน เช่น งานบุญ งานพัฒนาในชุมชนได้				
8. ผู้ดูแลมีส่วนสำคัญในการรักษาอาการของผู้ป่วยจิต เภท				
9. การรักษาโรคจิตเภท จะต้องปฏิบัติตามคำสั่งของ แพทย์และพยาบาลอย่างเคร่งครัด				
10. การดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชนเป็นวิธีการดูแลรักษา ผู้ป่วยจิตเภทที่ดีที่สุด				

(พัฒนาจาก เพ็ญประภา มะลาไวย์, 2550)

ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง ให้ท่านทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นหรือการปฏิบัติของท่านมากที่สุดโดยมีเกณฑ์ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น 5-7 วันต่อสัปดาห์ หรือทุกครั้งที่มีกิจกรรม

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นน้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 วันในหนึ่งสัปดาห์

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย

ลำดับ	ผู้ดูแลในครอบครัว	ความถี่ของการปฏิบัติ		
		ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
ด้านความเป็นอยู่				
1	ท่านคอยดูแลให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันอย่างสม่ำเสมอ เช่น อาบน้ำ สระผม เปลี่ยนเสื้อผ้า ฯลฯ			
2	ท่านจัดหาของใช้ที่จำเป็นให้แก่ผู้ป่วย เช่น เสื้อผ้าอาหาร พร้อมทั้งสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ			
3	ท่านดูแลรักษาความสะอาดของใช้ส่วนตัวของผู้ป่วยจิตเภทให้เป็นระเบียบเรียบร้อย เช่น เสื้อผ้า ที่นอน			
4	ท่านรับผิดชอบในการจัดหาสถานที่ ที่พัก ที่เหมาะสมให้ผู้ป่วยเมื่อกลับมาอยู่บ้าน			
ด้านเศรษฐกิจ				
5	ท่านมอบเงินให้ผู้ป่วยไว้ใช้จ่ายส่วนตัว			
6	ท่านต้องทำงานเพิ่มเพื่อให้มีเงินเพียงพอสำหรับการดูแลผู้ป่วย			
7	ท่านต้องกู้ยืมเงินเพื่อมาใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย			
ด้านสังคม				
8	ท่านพาผู้ป่วยไปร่วมทำกิจกรรมในสังคม เช่น ไปวัดทำบุญ ไปร่วมงานในหมู่บ้าน ไปจับจ่ายซื้อของในตัวเมือง			
9	ท่านสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมในสังคม เช่น การเป็นอาสาสมัคร หรือร่วมพัฒนาหมู่บ้าน			

ลำดับ	ผู้ดูแลในครอบครัว	ความถี่ของการปฏิบัติ		
		ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
10	ท่านสนับสนุนและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พบปะพูดคุยและมีเพื่อน			
ด้านอารมณ์และจิตใจ				
11	ท่านชมเชยหรือให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยทำดีหรือทำถูกต้อง			
12	ท่านจะช่วยเหลือให้คำปรึกษาและให้กำลังใจ เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาหรือ ไม่สบายใจ			
13	ท่านไม่เคยที่จะแสดงความไม่พอใจและดุด่าเมื่อผู้ป่วยทำผิด			
ด้านการรักษา				
14	ท่านพาผู้ป่วยไปรับการรักษาหรือรับบริการด้านสุขภาพที่โรงพยาบาลหรือรพ.สต.ใกล้บ้าน เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาด้านสุขภาพ			
15	ท่านดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาและพบแพทย์ตามนัด			
16	ท่านปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์ทันที เมื่อเกิดปัญหาในการดูแลผู้ป่วย			
17	ท่านกระตุ้นสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้กระทำกิจกรรมที่เคยทำเมื่อก่อนป่วย			
ด้านการปรับตัวและช่วยเหลือตนเอง				
18	เมื่อผู้ป่วยมีอาการซึม พุดน้อย แยกตัว ท่านจะเข้าไปพูดคุยเพื่อประเมินอาการทางจิตและให้การช่วยเหลือในเบื้องต้น			
19	ท่านจัดหางานที่เหมาะสมในบ้านให้ผู้ป่วยทำ เช่น ปลูกต้นไม้ เลี้ยงสัตว์ ทำอาหาร ซักเสื้อผ้า เป็นต้น			
20	ท่านมีส่วนในการจัดหาและกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีงานที่เหมาะสมเป็นรายได้ของตนเอง			
21	ท่านกระตุ้นสนับสนุนให้ผู้ป่วยช่วยเหลือผู้อื่นเท่าที่ผู้ป่วยจะทำได้			

(พัฒนา จากดารุณี อ่างมัจฉา, 2554)

.... ขอขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างสูงที่ให้ความกรุณาตอบแบบสัมภาษณ์มา ณ โอกาสนี้

พูน ปณ จิตโต ชีเว

แบบสัมภาษณ์เลขที่ ID

แบบสัมภาษณ์การศึกษาวิจัย

เรื่อง รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
ในชุมชนบ้านหนองคู ตำบลนาเวียง อำเภอเสนางนิคม จังหวัดอำนาจเจริญ

คำชี้แจง

การศึกษาครั้งนี้ จะนำไปสู่การวางแผนรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งท่านเป็นบุคคลสำคัญที่จะมีส่วนร่วมกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิต โดยท่านสามารถให้ข้อมูลในแบบสัมภาษณ์ทั้ง 4 ส่วนนี้ตามความเป็นจริง ซึ่งข้อมูลที่ท่านตอบจะนำไปวิเคราะห์ในภาพรวมเท่านั้นและจะเก็บไว้เป็นความลับการให้ข้อมูลในครั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจของท่าน หากท่านยินดีเข้าร่วมกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ได้โปรดตอบแบบสัมภาษณ์ฉบับนี้ให้ครบทุกข้อและตรงความเป็นจริงหรือตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

คำแนะนำ

แบบสัมภาษณ์ ชุดที่ 2 สำหรับกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชน โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร จำนวน 8 ข้อ
- ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 20 ข้อ
- ส่วนที่ 3 ทักษะที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 10 ข้อ
- ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

นายจักรพงษ์ พระสุรัตน์

นิสิตปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย/ลงในช่องว่าง หรือเติมข้อความที่ท่านพิจารณาเห็นว่าตรงกับ
ความเป็นอยู่ของท่าน

ก. ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ

☐ ชาย

☐ หญิง

2. อายุ..... ปีบริบูรณ์

3. สถานภาพ

☐ 1. โสด

☐ 2. สมรส, คู่

☐ 3. หม้าย, หย่าร้าง, แยกกันอยู่

4. ระดับการศึกษา

☐ 1. ไม่ได้เรียน

☐ 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย

☐ 2. ประถมศึกษา

☐ 5. อนุปริญญา

☐ 3. มัธยมศึกษาตอนต้น

☐ 6.ปริญญาตรี

☐ 7. อื่น ๆ ระบุ.....

5.อาชีพ

☐ 1. เกษตรกรรม

☐ 4. ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ

☐ 2. รับจ้างทั่วไป

☐ 5. อื่นๆ ระบุ.....

☐ 3. ค้าขาย

6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน..... บาท

7. ท่านมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ 1. อสม. ประจำครอบครัว

☐ 5. พยาบาลจิตเวช

☐ 2. ผู้ใหญ่บ้าน

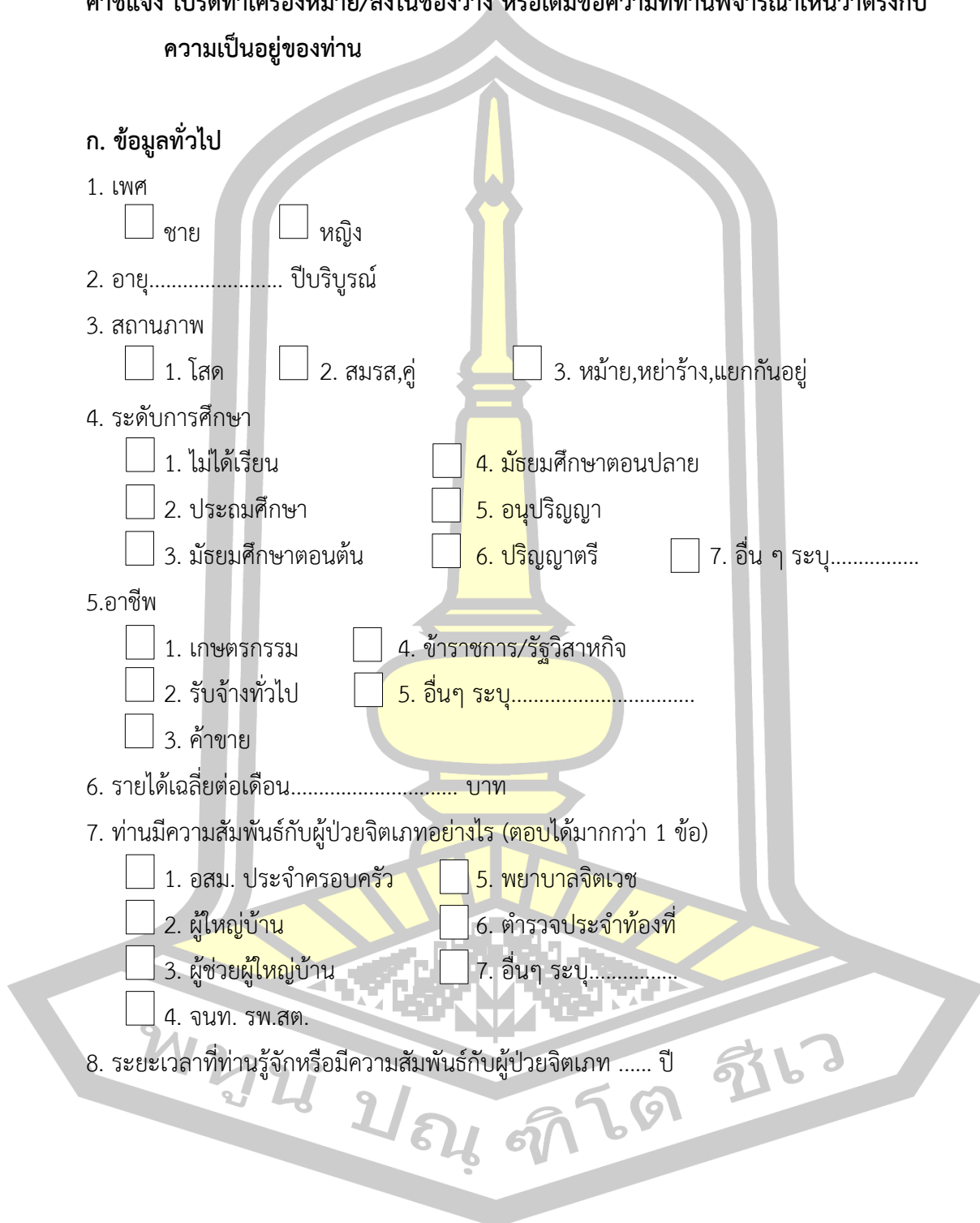
☐ 6. ตำรวจประจำท้องที่

☐ 3. ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน

☐ 7. อื่นๆ ระบุ.....

☐ 4. จนท. รพ.สต.

8. ระยะเวลาที่ท่านรู้จักหรือมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท ปี



ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

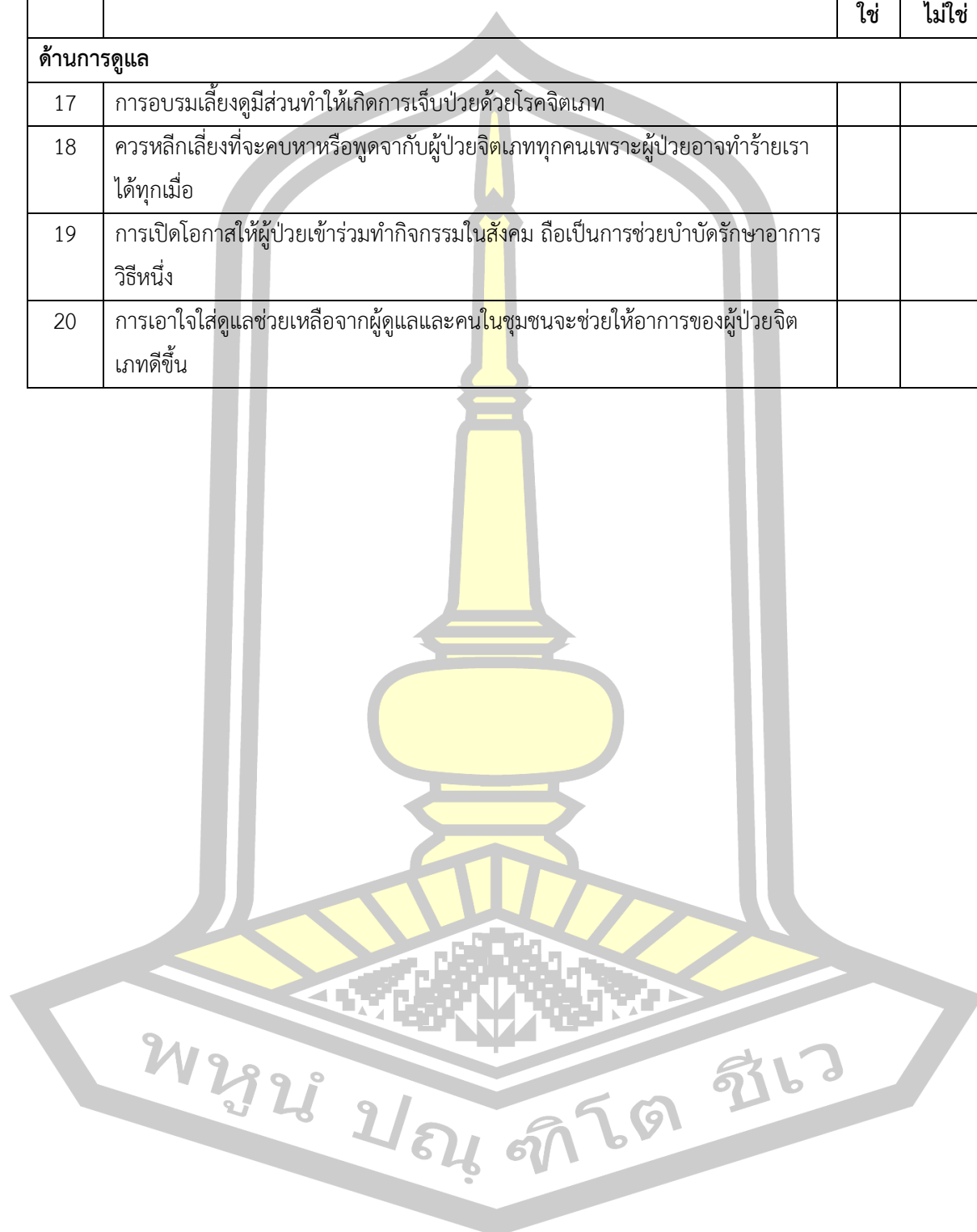
คำชี้แจง ให้ท่านทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับช่องที่ท่านคิดว่าถูกต้องที่สุด โดยมีเกณฑ์ดังนี้

ใช่ หมายถึง คำถามที่ถามนั้นถูกต้อง

ไม่ใช่ หมายถึง คำถามที่ถามนั้นไม่ถูก หรือ ผิด

ลำดับ	ประเด็นความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	ตัวเลือก	
		ใช่	ไม่ใช่
ด้านอาการของโรค			
1	โรคจิตเภทหมายถึงโรคที่มีผลทำให้ผู้ป่วยแสดงออกทางความคิดอารมณ์และการกระทำที่ผิดปกติไปจากคนทั่วไป		
2	โรคจิตเภท ถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มโรคเรื้อรัง		
3	การใช้สารเสพติดต่าง ๆ เช่น สุรา ยาบ้า สารระเหย มีผลทำให้เกิดโรคจิตเภท		
4	การสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์/คาเฟอีน หรือสูบบุหรี่ จะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบหรือป่วยซ้ำได้		
5	ผู้ที่มีญาติพี่น้องป่วยทางจิต จะมีโอกาสป่วยทางจิตมากกว่าผู้อื่น		
6	ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีหูแว่วเห็นภาพหลอน		
7	อาการพูดคนเดียวไปเรื่อย ๆ เป็นอาการแสดงของผู้ป่วยจิตเภท		
8	การเดินแก้ม้าตามที่สาธารณะ เป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งของผู้ป่วยจิตเภท		
9	การอยู่นิ่งๆ เฉยเมย แยกตัวเอง เป็นอาการเตือนอาการกำเริบหรือป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท		
10	ความผิดปกติที่แสดงอาการด้านบวกของผู้ป่วยจิตเภท เช่น อาการหลงผิดว่าตนเองถูกปองร้ายหรือถูกกลั่นแกล้ง		
11	ความผิดปกติที่แสดงอาการด้านลบของผู้ป่วยจิตเภทเช่น พูดน้อย เฉื่อยชา แยกตัว		
ด้านการรักษา			
12	การรักษาผู้ป่วยจิตเภทมีวิธีเดียวเท่านั้น คือการให้ยา		
13	ผู้ป่วยจิตเภทสามารถปรับลดขนาดยาลงได้เมื่อไม่แสดงอาการผิดปกติ		
14	คนอื่นไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการดีขึ้นได้ นอกจากแพทย์ที่รักษา		
15	การที่ผู้ป่วยจิตเภตกินยารักษาอาการทางจิตติดต่อกันเป็นเวลานาน ๆ จะทำให้เกิดการติดยาได้		
16	แม้ว่าผู้ป่วยจะไม่แสดงอาการผิดปกติ แต่ก็ต้องกินยาอย่างต่อเนื่องตามแพทย์สั่ง		

ลำดับ	ประเด็นความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	ตัวเลือก	
		ใช่	ไม่ใช่
ด้านการดูแล			
17	การอบรมเลี้ยงดูมีส่วนทำให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท		
18	ควรหลีกเลี่ยงที่จะคบหาหรือพูดจากับผู้ป่วยจิตเภททุกคนเพราะผู้ป่วยอาจทำร้ายเราได้ทุกเมื่อ		
19	การเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยเข้าร่วมทำกิจกรรมในสังคม ถือเป็นการช่วยบำบัดรักษาอาการวิธีหนึ่ง		
20	การเอาใจใส่ดูแลช่วยเหลือจากผู้ดูแลและคนในชุมชนจะช่วยให้อาการของผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้น		



ส่วนที่ 3 ทศนคติที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง ให้ท่านทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับช่องที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด
ซึ่งแบบสัมภาษณ์นี้ต้องการประเมินทัศนคติของท่านต่อผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้สัมภาษณ์จะสัมภาษณ์
ประเด็นต่าง ๆ ในรายการข้างล่างนี้และมีเกณฑ์พิจารณาให้ค่าความหมายดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก

เห็นด้วย หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด

ประเด็นข้อคิดเห็นที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. ผู้ป่วยจิตเภทมีแต่จะสร้างความเดือดร้อนให้กับผู้อื่น				
2. แม้ว่าผู้ป่วยไม่แสดงอาการ แต่ท่านก็ยังรู้สึกหวาดระแวงที่จะโดนทำร้าย				
3. ผู้ป่วยจิตเภทเป็นกลุ่มคนที่น่าสงสาร ควรที่จะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง				
4. ควรให้ผู้ป่วยจิตเภทอยู่เฉย ๆ ไม่ควรให้ทำงานหรือประกอบอาชีพ				
5. ท่านต้องการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง				
6. คนในชุมชนควรมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เช่น จัดตั้งชมรมหรือกองทุนเพื่อเป็นสวัสดิการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท หรือส่งเสริมอาชีพให้กับผู้ป่วยจิตเภทเพื่อเพิ่มรายได้ให้กับครอบครัว เป็นต้น				
7. ผู้ป่วยจิตเภทสามารถร่วมทำกิจกรรมในชุมชน เช่น งานบุญ งานพัฒนา ในชุมชนได้				
8. ผู้ดูแลมีส่วนสำคัญในการรักษาอาการของผู้ป่วยจิตเภท				
9. การรักษาโรคจิตเภท จะต้องปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์และพยาบาลอย่างเคร่งครัด				
10. การรักษาอย่างต่อเนื่องในชุมชนเป็นวิธีการรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่ดีที่สุด				

(พัฒนาจาก เพ็ญประภา มะลาไว้อย, 2550)

ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง ให้ท่านทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นหรือการปฏิบัติของท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น 5-7 วันต่อสัปดาห์หรือทุกครั้งที่มีกิจกรรม

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นน้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 วันในหนึ่งสัปดาห์

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย

ลำดับ	กลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชน	ความถี่ของการปฏิบัติ		
		ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
ด้านเศรษฐกิจ				
1. การร่วมรับรู้ข้อมูลข่าวสาร	ท่านมีส่วนร่วมในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการประกอบอาชีพหรือรายได้ และสวัสดิการการดูแล เช่น การขึ้นทะเบียนผู้พิการหรือรับสวัสดิการอื่นๆ แก่ผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน			
2. การร่วมให้ข้อมูลข่าวสาร	ท่านมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลด้วยการพูดคุยร่วมกับคนในชุมชนเกี่ยวกับการประกอบอาชีพหรือรายได้ และสวัสดิการการดูแล เช่น การขึ้นทะเบียนผู้พิการหรือรับสวัสดิการอื่นๆ แก่ผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน			
3. การร่วมคิดร่วมวางแผนและร่วมตัดสินใจ	ท่านมีส่วนร่วมในการร่วมคิด วางแผน และตัดสินใจ ด้วยการประชุมร่วมกับชุมชน เกี่ยวกับการประกอบอาชีพหรือรายได้ และสวัสดิการการดูแล เช่น การขึ้นทะเบียนผู้พิการหรือรับสวัสดิการอื่นๆ แก่ผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน			
4. การร่วมดำเนินการ	ท่านมีส่วนร่วมในการดำเนินการติดตามเยี่ยมบ้านส่งเสริมอาชีพหรือรายได้ และสวัสดิการการดูแล เช่น การขึ้นทะเบียนผู้พิการหรือรับสวัสดิการอื่นๆ แก่ผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน			
5. การร่วมตรวจสอบและประเมินผล	ท่านมีส่วนร่วมตรวจสอบและประเมินผลเกี่ยวกับการประกอบอาชีพหรือรายได้ และสวัสดิการการดูแล เช่น การขึ้นทะเบียนผู้พิการหรือรับสวัสดิการอื่นๆ แก่ผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน			

ลำดับ	กลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชน	ความถี่ของการปฏิบัติ		
		ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
ด้านสังคม				
1. การร่วมรับรู้ข้อมูลข่าวสาร	ท่านมีส่วนร่วมในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสังคม เกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและเพื่อนบ้าน เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยร่วมทำกิจกรรมในสังคม เช่น ไปวัดทำบุญ ไปร่วมงานในชุมชน			
2. การร่วมให้ข้อมูลข่าวสาร	ท่านมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลข่าวสารด้านสังคม เกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและเพื่อนบ้าน เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยร่วมทำกิจกรรมในสังคม เช่น ไปวัดทำบุญ ไปร่วมงานในชุมชน			
3. การร่วมคิด ร่วมวางแผน และร่วมตัดสินใจ	ท่านมีส่วนในการร่วมคิด วางแผน และตัดสินใจ ด้วยการประชุมร่วมกับชุมชน เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและและเพื่อนบ้าน เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยร่วมทำกิจกรรมในสังคม เช่น ไปวัดทำบุญ ไปร่วมงานในชุมชน หรือมีส่วนในการปรึกษาหารือเพื่อคลี่คลายสถานการณ์ เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบ			
4. การร่วมดำเนินการ	ท่านมีส่วนร่วมในการดำเนินการกิจกรรมด้านสังคม ได้แก่ การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและและเพื่อนบ้าน การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยร่วมทำกิจกรรมในสังคม เช่น ไปวัดทำบุญ ไปร่วมงานในชุมชน หรือมีส่วนร่วมดำเนินการคลี่คลายสถานการณ์ เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบ			
5. การร่วมตรวจสอบและประเมินผล	ท่านมีส่วนร่วมในการตรวจสอบและประเมินผลกิจกรรมด้านสังคม ได้แก่ การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย และและเพื่อนบ้าน การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยร่วมทำกิจกรรมในสังคม เช่น ไปวัดทำบุญ ไปร่วมงานในชุมชน หรือมีส่วนร่วมตรวจสอบและประเมินผลการคลี่คลายสถานการณ์ เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบ			

พูน ปณ จิตโต ชีเว

ลำดับ	กลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชน	ความถี่ของการปฏิบัติ		
		ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
ด้านอารมณ์ และจิตใจ				
1. การร่วมรับรู้ข้อมูลข่าวสาร	ท่านมีส่วนร่วมในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ การให้คำปรึกษา และการให้กำลังใจผู้ป่วยเมื่อทำดีหรือทำถูกต้อง			
2. การร่วมให้ข้อมูลข่าวสาร	ท่านมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลด้วยการพูดคุยร่วมกับคนในชุมชน เกี่ยวกับการรับฟังปัญหา การให้คำปรึกษา และให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยทำดีหรือทำถูกต้อง			
3. การร่วมคิด ร่วมวางแผน และร่วมตัดสินใจ	ท่านมีส่วนในการร่วมคิด วางแผน และตัดสินใจ ด้วยการประชุมร่วมกับชุมชน เกี่ยวกับการรับฟังปัญหา การให้คำปรึกษา การให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยทำดีหรือทำถูกต้อง			
4. การร่วมดำเนินการ	ท่านมีส่วนร่วมในการดำเนินการเกี่ยวกับการรับฟังปัญหา การให้คำปรึกษา และให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยทำดีหรือทำถูกต้อง			
5. การร่วมตรวจสอบและประเมินผล	ท่านมีส่วนร่วมในการตรวจสอบและประเมินผล เกี่ยวกับการรับฟังปัญหา การให้คำปรึกษา และให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยทำดีหรือทำถูกต้อง			

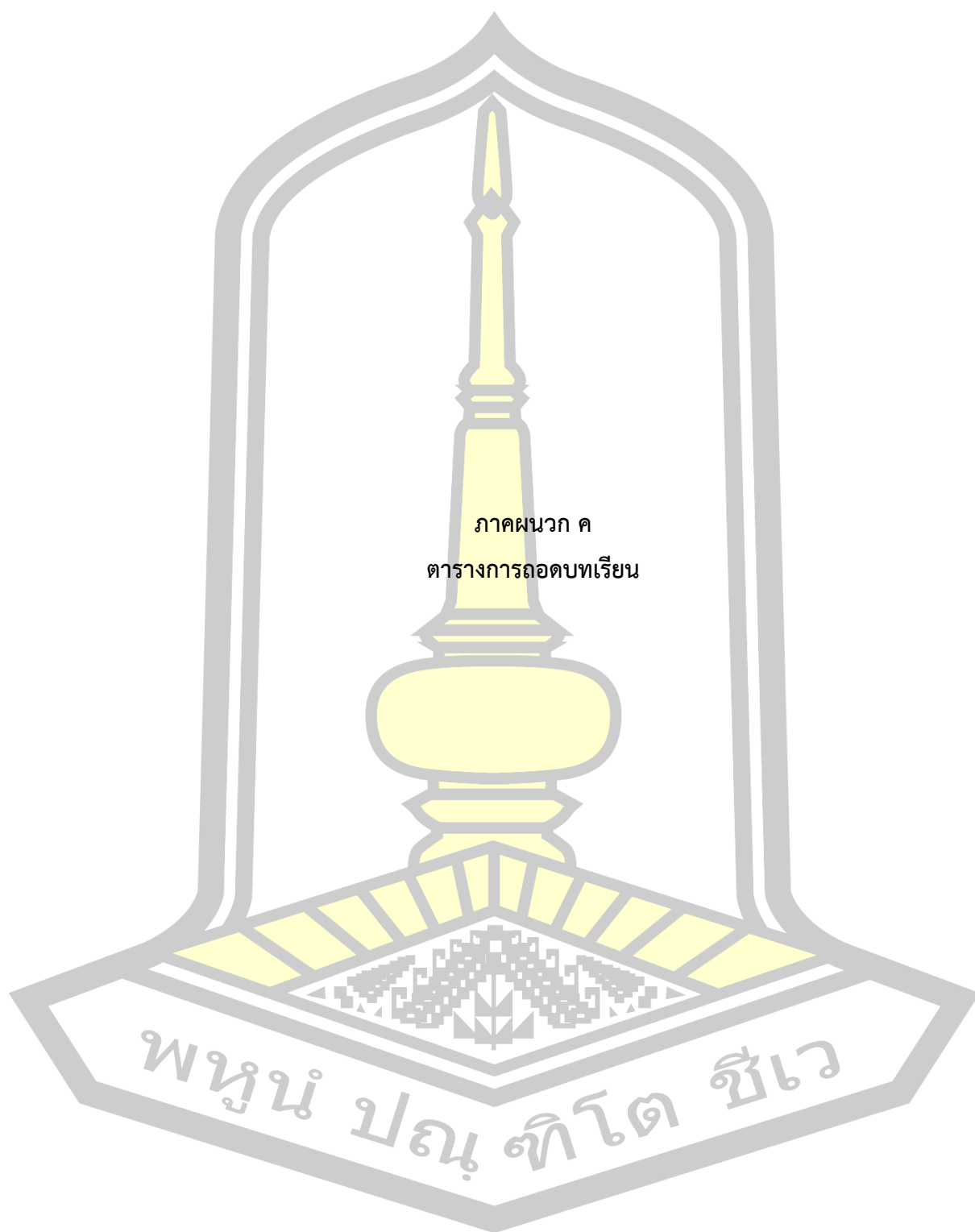
พูน ปณ จิต ชีวะ

ลำดับ	กลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชน	ความถี่ของการปฏิบัติ		
		ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
ด้านการรักษา				
1. การร่วมรับรู้ข้อมูลข่าวสาร	ท่านมีส่วนร่วมรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านการรักษาของผู้ป่วยและญาติ เช่น การดูแลสุขภาพตนเอง การไปตรวจตามนัด การทานยาตามแผนการรักษา การงดใช้สุราหรือสารเสพติดชนิดอื่น ๆ การส่งต่อเมื่อเกิดอาการกำเริบ			
2. การร่วมให้ข้อมูล	ท่านมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลด้วยการพูดคุยร่วมกับคนในชุมชน เกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยจิตเภท การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน การส่งต่อเมื่อเกิดอาการกำเริบ และร่วมกับเจ้าหน้าที่ออกติดตามเยี่ยมในชุมชน			
3. การร่วมคิด ร่วมวางแผน และร่วมตัดสินใจ	ท่านมีส่วนร่วมในการร่วมคิด วางแผน และตัดสินใจ ด้วยการประชุมร่วมกับชุมชน เกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยจิตเภท การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน การส่งต่อเมื่อเกิดอาการกำเริบ และร่วมกับเจ้าหน้าที่ออกติดตามเยี่ยมในชุมชน			
4. การร่วมดำเนินการ	ท่านมีส่วนร่วมในการดำเนินการ เกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยจิตเภท การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน การส่งต่อเมื่อเกิดอาการกำเริบ และร่วมกับเจ้าหน้าที่ออกติดตามเยี่ยมในชุมชน			
5. การร่วมตรวจสอบและประเมินผล	ท่านมีส่วนร่วมในการตรวจสอบและประเมินผล เกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยจิตเภท การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน การส่งต่อเมื่อเกิดอาการกำเริบ และร่วมกับเจ้าหน้าที่ออกติดตามเยี่ยมในชุมชน			

(พัฒนาจาก ดารุณี อ่างมัจฉา, 2554)

.....ขอขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างสูงที่ให้ความกรุณาตอบแบบสัมภาษณ์มา ณ โอกาสนี้.....

พูน ปณ จิตโต ชีเว



กิจกรรมและวิธีดำเนินการ (จะทำอะไร/ ทำอย่างไร)	ความคาดหวังของการ ดำเนินการตามกิจกรรมนี้ (วัตถุประสงค์/ เป้าหมาย)	ผลของการดำเนินงาน (สิ่งที่เกิดขึ้นจริงในการดำเนินการตามวิธีกรณี่ เป็นไปตาม/ วัตถุประสงค์ และเป้าหมาย หรือไม่/ เพราะอะไร)	ผล/ ข้อจำกัด/ ปัญหา อุปสรรค ที่เกิดขึ้นจากผลของการ ดำเนินการ ในกิจกรรมนี้	บทเรียน/ การเรียนรู้ที่เกิดขึ้น (เกิดการมองเห็น/ หยั่งรู้หรือ เข้าใจอะไรมากขึ้น อย่างไร บ้าง)	เอกสารหรือหลักฐาน อ้างอิง/ ประกอบ/ เพิ่มเติม
กิจกรรมที่ 1 ศึกษาบริบท วิเคราะห์ปัญหา 1 ประสานงานตัวจากและส่ง หนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บ ข้อมูลในพื้นที่ 2. สัมภาษณ์ข้อมูลการดูแล ผู้ป่วยจิตเภท จากญาติ/ผู้ดูแล และเครือข่ายดูแลสุขภาพจิต ชุมชน 3. ศึกษาข้อมูลประวัติการศึกษา ของผู้ป่วยจิตเภท ทั้งในรพ.สต. และ โรงพยาบาลชุมชน	1. เพื่อให้ได้ข้อมูลของผู้ป่วยจิต เภทในชุมชนที่มีอาการกำเริบซ้ำ 2. เพื่อให้สามารถวิเคราะห์ จุดแข็งและจุดอ่อนของระบบ การดูแลเดิม 3. เพื่อให้มีข้อมูลด้านทรัพยากร หรือสิ่งสนับสนุนที่จะเอื้อต่อการ วางแผนการดูแลป้องกันอาการ กำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทใน ชุมชนรูปแบบใหม่	1. มีข้อมูลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการกำเริบซ้ำใน ชุมชน ซึ่งเป็นไปตามวัตถุประสงค์เป้าหมาย เพราะได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์และข้อมูลเวช ระเบียน คือ พบผู้ป่วยจิตเภท 9 ราย ซึ่งมีอาการ กำเริบซ้ำในชุมชน 2. มีข้อมูลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเดิมซึ่งยังเป็น ปัญหาในการดูแล ได้แก่ กลุ่มเครือข่ายขาดความรู้ และมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภท รอคอยการ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การทำงานต่างคนต่าง ทำ ยังไม่เป็นระบบและไม่ต่อเนื่อง 3. รับทราบศักยภาพหรือข้อจำกัดของญาติ/ผู้ดูแล และเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนในการที่ดูแล ป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยเป็นไปตามวัตถุประสงค์เป้าหมาย เพราะได้ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์จริง	ผลดี ได้ข้อมูลจริงจากการสัมภาษณ์ และสอดคล้องกับข้อมูลเวช ระเบียน สามารถนำข้อมูลไป วางแผนการดูแลป้องกัน อาการกำเริบซ้ำได้ ข้อจำกัด/ปัญหาอุปสรรค มี ญาติบางคนไม่ให้ความร่วมมือ เท่าที่ควร ต้องลงพื้นที่หลาย ครั้งเพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี และได้รับความร่วมมือมากขึ้น -ผู้วิจัยต้องมีวิสัยทัศน์ ช่วยกันลงเก็บข้อมูลในชุมชน	-ก่อนการลงพื้นที่ ผู้วิจัยต้อง อธิบายให้ทีมวิจัยมีความรู้ ความเข้าใจในการสัมภาษณ์ และเก็บข้อมูลในชุมชน เพื่อให้ ได้ข้อมูลที่ถูกต้องชัดเจน การลงพื้นที่ควรสร้าง สัมพันธภาพที่ดีกับ กลุ่มเป้าหมายให้เกิดความ ไว้วางใจให้ข้อมูลที่เป็นจริง	สมุดบันทึก ภาพถ่าย การบันทึกภาพและ เสียง

กิจกรรมและ วิธีดำเนินการ (จะทำอะไร/ ทำอย่างไร)	ความคาดหวังของการ ดำเนินการตามกิจกรรมนี้ (วัตถุประสงค์/ เป้าหมาย)	ผลของการดำเนินงาน (สิ่งที่เกิดขึ้นจริงในการดำเนินการตามวิธีการนี้ เป็นไปตาม/ วัตถุประสงค์ และเป้าหมายหรือไม่/ เพราะอะไร)	ผลดี/ ข้อจำกัด/ ปัญหา อุปสรรค ที่เกิดขึ้นจากผลของการ ดำเนินการ ในกิจกรรมนี้	บทเรียน/ การเรียนรู้ที่ เกิดขึ้น (เกิดการมองเห็น/ หยั่งรู้ หรือเข้าใจอะไรมากขึ้น อย่างไรบ้าง)	เอกสารหรือหลักฐาน อ้างอิง/ ประกอบ/ เพิ่มเติม
กิจกรรมที่ 2 คัดเลือก ผู้เข้าร่วมวิจัย/แต่งตั้ง คณะทำงาน วิธีดำเนินการ 1. ประสานงานด้วยวาจา และส่งหนังสือเชิญ พร้อม ทำคำสั่งแต่งตั้ง คณะทำงาน 2. คัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย ที่ศึกษา	เพื่อให้ได้คณะทำงานวิจัย และกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา	ได้คณะทำงานวิจัยและกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ กลุ่มญาติ/ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 12 คน กลุ่มเครือข่าย สุขภาพจิตชุมชน จำนวน 24 คน -เป็นไปตามวัตถุประสงค์/เป้าหมาย เพราะได้ทำ หนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลและการทักท้วง ในพื้นที่ ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของผู้ร่วมวิจัย รวมทั้ง ประสานงานผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้แก่ ผู้นำชุมชน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสนาณรงค์ ผู้อำนวยการ รพ.สต. หนองคู กลุ่มญาติ และ อสม. ในพื้นที่ ต่างให้ ความร่วมมือสมัครเข้าร่วมวิจัย	ผลดี กลุ่มเป้าหมาย ต่างให้ความ ร่วมมือสมัครใจเข้าร่วมวิจัย ข้อจำกัด/ปัญหาอุปสรรค ต้องประสานหลายฝ่าย ใน ระยะเวลาที่จำกัด	การทำการวิจัย ควร ประสานทั้งจากและทำ หนังสือขอความอนุเคราะห์ เก็บข้อมูลและการทักท้วง ในพื้นที่ ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ การทักท้วง สิทธิของผู้ร่วม วิจัย การประสานงานควร ใช้สัมพันธ์ภาพที่ดีในการ ประสานงานกับทุกฝ่าย	-หนังสือขอความ อนุเคราะห์เก็บข้อมูลและ การทักท้วงในพื้นที่ -สมุดบันทึก -ภาพถ่าย

กิจกรรมและ วิธีดำเนินการ (จะทำอะไร/ ทำ อย่างไร)	ความคาดหวังของการดำเนินการ ตามกิจกรรมนี้(วัตถุประสงค์/ เป้าหมาย)	ผลดี/ ข้อจำกัด/ ปัญหา อุปสรรค ที่เกิดขึ้นจากผลของการ ดำเนินการ ในกิจกรรมนี้	บทเรียน/ การเรียนรู้ที่เกิดขึ้น (เกิดการมองเห็น/ หยั่งรู้หรือ เข้าใจอะไรมากขึ้น อย่างไร บ้าง)	เอกสารหรือหลักฐาน อ้างอิง/ ประกอบ/ เพิ่มเติม
กิจกรรมที่ 3 เก็บรวบรวมข้อมูล วิธีการดำเนินงาน 1. แบบสัมภาษณ์ ชุด ที่ 1 สำหรับญาติ/ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และ ชุดที่ 2 สำหรับ เครือข่ายสุขภาพจิต ชุมชน(Pre Test)	1.เพื่อรวบรวมข้อมูลปัญหา อาการการรับเข้าของผู้ป่วยจิต เภทในชุมชน 2.ได้ทราบระดับทัศนคติ ความรู้ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และ ระดับการมีส่วนร่วมในการดูแล ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่ม ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วย ก่อน ดำเนินการ 3.ได้ทราบระดับทัศนคติ ความรู้ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และ ระดับการมีส่วนร่วมในการดูแล ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่ม เครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน ก่อน ดำเนินการ	1.ได้ทราบข้อมูลเชิงลึกปัญหาอาการการรับเข้าของ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งมีปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการ กำเริบซ้ำ ได้แก่ จากตัวผู้ป่วยเองที่ไม่ปฏิบัติตาม คำแนะนำของแพทย์ และจากชุมชนที่ไม่เอาใจใส่ใน การดูแลผู้ป่วยจิตเวช มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภท ขาดองค์ความรู้ ไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทใน ชุมชน 2.ได้ทราบระดับทัศนคติที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท ระดับ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระดับและการมีส่วน ร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มญาติ/ ผู้ดูแลผู้ป่วย ก่อนดำเนินการ 3.ได้ทราบระดับทัศนคติที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท ระดับ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และระดับการมีส่วน ร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และระดับการมีส่วน ร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่ม เครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน ก่อนดำเนินการ- เป็นไป ตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายเนื่องจากได้ข้อมูลจาก การสัมภาษณ์จริง ทั้งกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 12 ราย และกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน จำนวน 24 ราย	ผลดี 1.ทราบข้อมูลเชิงลึกปัญหา อาการการรับเข้าของผู้ป่วยจิต เภทในชุมชน สามารถนำ ข้อมูลไปประกอบการดูแล ต่อไป 2.สามารถนำผลการวิเคราะห์ ไปประยุกต์ใช้ได้ ทั้งด้านระดับ ความรู้ ทัศนคติ ระดับการมี ส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิต เภทในชุมชน ข้อจำกัด/ปัญหาอุปสรรค ผู้วิจัยต้องอธิบายให้ผู้ร่วมวิจัย และกลุ่มเป้าหมายเข้าใจใน ขั้นตอนและวิธีการเก็บ รวบรวมข้อมูล โดยเฉพาะการ ตอบแบบสัมภาษณ์การวิจัย	1. สมุดบันทึก 2. ภาพถ่าย 3. แบบสัมภาษณ์ สำหรับกลุ่มญาติ/ ผู้ดูแล และ แบบ สัมภาษณ์สำหรับกลุ่ม เครือข่ายสุขภาพจิต ชุมชน (Pre Test)

กิจกรรมและวิธีดำเนินการ (จะทำอะไร/ ทำอย่างไร)	ความคาดหวังของการ ดำเนินการตามกิจกรรมนี้ (วัตถุประสงค์/ เป้าหมาย)	ผลของการดำเนินงาน (สิ่งที่เกิดขึ้นจริงในการ ดำเนินการตามวิธีกรรมนี้ เป็นไปตาม/ วัตถุประสงค์ และเป้าหมายหรือไม่/ เพราะอะไร)	ผลดี/ ข้อจำกัด/ ปัญหาอุปสรรค ที่เกิดขึ้นจากผลของการ ดำเนินการ ในกิจกรรมนี้	บทเรียน/ การเรียนรู้ที่ เกิดขึ้น (เกิดการมองเห็น/ หยั่งรู้ หรือเข้าใจอะไรมากขึ้น อย่างไรบ้าง)	เอกสารหรือหลักฐาน อ้างอิง/ ประกอบ/ เพิ่มเติม
กิจกรรมที่ 5 นำแผนไปสู่การปฏิบัติ 1. โครงการอบรมเครือข่ายสุขภาพจิต ชุมชนเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแล ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน วิธีการ -เชิญวิทยากรพยาบาลจิตเวชจาก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ อบรมให้ ความรู้ในประเด็น โรคจิตเภทคืออะไร ทัศนคติที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท การรักษา การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยการ มีส่วนร่วมของชุมชน (เครือข่าย สุขภาพจิตชุมชน)	เพื่อให้ดำเนินกิจกรรมตาม แผนปฏิบัติการ 1. เพื่อให้กลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภท และกลุ่มเครือข่าย สุขภาพจิตชุมชนเข้าร่วม โครงการอบรมเครือข่าย สุขภาพจิตชุมชนเพื่อเพิ่ม ศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิต เภทในชุมชน	1. โครงการอบรมเครือข่าย สุขภาพจิตชุมชนเพื่อเพิ่ม ศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิต เภทในชุมชน -กลุ่มเป้าหมายเข้าร่วม โครงการทุกคน บรรลุภาค การอบรมเป็นกันเอง วิทยากรใช้คำพูดภาษา ท้องถิ่นเข้าใจง่าย ผู้เข้าอบรม ชักถามแลกเปลี่ยนความรู้ เกี่ยวกับกาดูแลผู้ป่วยจิต เภท	ผลดี กลุ่มเป้าหมายได้รับความรู้ จาก พยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ซึ่ง เป็นผู้ดูแลงานสุขภาพจิตและจิต เหวทในพื้นที่อำเภอเสนางนครินทร์ โดยตรง ข้อจำกัด/ปัญหาอุปสรรค ด้วยเวลาการอบรมที่มีจำกัด ประกอบกับเป็นฤดูทำนา ผู้เข้าอบรมไม่ยอมให้จัดอบรม ติดต่อกันหลายวัน	จากการอบรม โครงการ อบรมเครือข่ายสุขภาพจิต ชุมชนเพื่อเพิ่มศักยภาพในการ การดูแลผู้ป่วย จิตเภทในชุมชน ได้เรียนรู้ วิทยากรพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวชจากโรงพยาบาล สงขลานครินทร์ ซึ่งรับผิดชอบ งานสุขภาพจิตในพื้นที่ โดยตรง ทำให้ผู้รับการ อบรมได้รับความสนใจ ตั้งใจ เรียนรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชน	สมุดบันทึก ภาพถ่าย การบันทึกภาพและ เสียง แบบสังเกตการณ์มีส่วน ร่วม

กิจกรรมและวิธีดำเนินการ (จะทำอะไร/ ทำอย่างไร)	ความคาดหวังของการ ดำเนินการตามกิจกรรมนี้ (วัตถุประสงค์/ เป้าหมาย)	ผลของการดำเนินงาน (สิ่งที่เกิดขึ้นจริงในการดำเนินการตามวิธีการ นี้ เป็นไปตาม/ วัตถุประสงค์ และเป้าหมาย หรือไม่/ เพราะอะไร)	ผล/ ข้อจำกัด/ ปัญหาอุปสรรค ที่เกิดขึ้นจากผลของการ ดำเนินการ ในกิจกรรมนี้	บทเรียน/ การเรียนรู้ที่ เกิดขึ้น (เกิดการมองเห็น/ หยั่งรู้ หรือเข้าใจอะไรมากขึ้น อย่างไรบ้าง)	เอกสารหรือหลักฐาน อ้างอิง/ ประกอบ/ เพิ่มเติม
กิจกรรมที่ 4 ประชุมวางแผนและจัดทำแผน วิธีดำเนินการ 1. ประชุมวางแผนและจัดทำแผน โดยใช้เทคโนโลยีการมีส่วนร่วม (Technology Of Participation) 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) วิธีการยกปัญหา (ORID Method) (ถามมองเห็นอะไร รู้สึกอย่างไร คิด อย่าง จะทำอะไรต่อ) 2) การประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop Method) 3) การวางแผนปฏิบัติงาน (Action Planning Method)	เพื่อให้ได้แผนการมีส่วน ร่วมของชุมชนในการ ป้องกันอาการที่เรื้อรัง ของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน	มีแผนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกัน อาการกำเริบของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดย ใช้กระบวนการมีส่วนร่วม (Technology of participation : TOP) สิ่งที่เกิดขึ้นจริงในการดำเนินการตามวิธีการนี้ เป็นไปตามวัตถุประสงค์และเป้าหมาย เนื่องจากกระบวนการมีส่วนร่วม (Technology of participation : TOP) ส่งเสริมให้ทุกคนในกลุ่มได้แสดงความคิดเห็น เกิดกระบวนการเรียนรู้ รู้สึกเป็นเจ้าของแผน 1. โครงการอบรมเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนเพื่อ เพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน 2. โครงการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน	ผลดี กระบวนการมีส่วนร่วม ส่งเสริมให้ เกิดการวางแผนและจัดทำแผน จากความคิดผู้ร่วมวิจัยเอง ส่งเสริม ให้ทุกคนได้แสดงความคิดเห็น เกิด กระบวนการเรียนรู้ ทำให้รู้สึกเป็น เจ้าของของแผน ข้อจำกัด/ ปัญหาอุปสรรค ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาและ คอยกำกับให้ทุกคนในกลุ่มเกิดการ แสดงความคิดเห็น เพื่อเอื้อให้เกิด การมีส่วนร่วมต่อเนื่องตาม กระบวนการภายในระยะเวลา จำกัด	การประชุมวางแผนและ จัดทำแผนไม่อาจทำได้ ในครั้งเดียว ควรนัดหมาย ทำกิจกรรมต่อเนื่อง จนกว่าจะ ครบตามกระบวนการ ภายใต้อุปสรรคที่ ร่วม	สมุดบันทึก กล้วย การบันทึกภาพและ เสียง แบบสังเกตการณ์มีส่วนร่วม

กิจกรรมและ วิธีดำเนินการ (จะทำอะไร/ ทำอย่างไร)	ความคาดหวังของการ ดำเนินการตาม กิจกรรมนี้ (วัตถุประสงค์/ วัตถุประสงค์/ เป้าหมาย)	ผลของการดำเนินงาน (สิ่งที่เกิดขึ้นจริงในการดำเนินการตามวิธีกรรมนี้ เป็นไปตาม/ วัตถุประสงค์ และเป้าหมายหรือไม่/ เพราะอะไร)	ผลดี/ ข้อจำกัด/ ปัญหาอุปสรรค ที่เกิดขึ้นจากผลของการ ดำเนินการ ในกิจกรรมนี้	บทเรียน/ การเรียนรู้ที่ เกิดขึ้น (เกิดการมองเห็น/ หยั่งรู้ หรือเข้าใจอะไรมากขึ้น อย่างไรบ้าง)	เอกสารหรือหลักฐาน อ้างอิง/ ประกอบ/ เพิ่มเติม
กิจกรรมที่ 5 นำแผนไปสู่การปฏิบัติ	1. ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลติดตามเยี่ยม บ้านจากชุมชนหรือ เครือข่ายสุขภาพจิต ชุมชน	ผลการดำเนินงานไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ เนื่องจาก กลุ่มเครือข่ายไม่สามารถออกติดตามผู้ป่วยจิตเภทใน ชุมชนได้ เนื่องจากพื้นที่บ้านหนองคู ได้รับผลกระทบ เกิดความเสียหายจากอุทกภัยครั้งใหญ่ จากพายุ บ้านเรือน ไร่นาทั่วทั้งพื้นที่เป็นเวลานาน 3 สัปดาห์ ระดับ น้ำจึงเข้าสู่ภาวะปกติ กลุ่มเครือข่ายออกติดตามเยี่ยม บ้านอีกครั้ง ผู้ป่วยจิตเภททุกคนได้รับการดูแลติดตาม เยี่ยมบ้านจากเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน มีการลงชื่อ กำกับการเยี่ยมบ้านและการกินยาของญาติ/ผู้ดูแล และเครือข่ายสุขภาพจิตครบทุกครั้ง ผลการดำเนินงาน เป็นไปตามวัตถุประสงค์และเป้าหมาย เนื่องจากชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยเฉพาะเครือข่าย สุขภาพจิตชุมชน ออกติดตามเยี่ยมบ้าน กำกับการ ทานยา ทำให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน	ผลดี ทีมเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนมี ความรู้ และพร้อมในการออก ติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ข้อจำกัด/ ปัญหาอุปสรรค ผลจากอุทกภัยครั้งใหญ่ เป็นภัย พิบัติทางธรรมชาติที่เฝ้าระวังอยู่เสมอ ความรุนแรงได้ หลังเหตุการณ์กลับ เข้าสู่ภาวะปกติ กลุ่มเครือข่าย สุขภาพจิตชุมชนออกติดตามเยี่ยม บ้านอีกครั้ง	จากบทเรียนดังกล่าว ทำให้ ให้เกิดการเรียนรู้ว่าควรมี แผนสำรองหรือมีการปรับ แผนปฏิบัติการเพื่อให้ สอดคล้องกับสถานการณ์ จริง กิจกรรมเยี่ยมบ้านผู้ป่วย จิตเภท ผู้เข้าอบรมลง ปฏิบัติในพื้นที่จริง ทำให้ เห็นภาพ และเข้าใจการ ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มากขึ้น	1. การจดบันทึก 2. การบันทึกภาพ และเสียง 3. การบันทึก ภาพถ่าย 4. ทะเบียนเยี่ยมบ้าน 5. แบบสังเกตการณ์ส่วน ร่วม
วิธีดำเนินการ ผู้วิจัยและกลุ่มเครือข่าย สุขภาพจิตชุมชน ออก ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิต เภท	2. การลงชื่อกำกับการ เยี่ยมบ้านและการกิน ยาของญาติ/ผู้ดูแล และ เครือข่ายสุขภาพจิต ครบทุกครั้ง				

กิจกรรมและวิธีดำเนินการ (จะทำอะไร/ ทำอย่างไร)	ความคาดหวัง ของการ ดำเนินการตาม กิจกรรมนี้ (วัตถุประสงค์/ เป้าหมาย)	ผลของการดำเนินงาน (สิ่งที่เกิดขึ้นจริงในการดำเนินการตามวิธีการนี้ เป็นไป ตาม/ วัตถุประสงค์ และเป้าหมายหรือไม่/ เพราะอะไร)	ผลดี/ ข้อจำกัด/ ปัญหา อุปสรรค ที่เกิดขึ้นจากผลของการ ดำเนินการ ในกิจกรรมนี้	บทเรียน/ การเรียนรู้ที่ เกิดขึ้น (เกิดการมองเห็น/ หยั่ง รู้หรือเข้าใจอะไรมาก ขึ้น อย่างไรบ้าง)	เอกสารหรือ หลักฐาน อ้างอิง/ ประกอบ/ เพิ่มเติม
กิจกรรมที่ 6 สังเกตผลการดำเนินการ วิธีการดำเนินการ ติดตามประเมินผล โดยประเมินผล กระบวนการประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วม ในประเด็น จำนวนผู้เข้าร่วมประชุม บรรยากาศการที่กิจกรรม ความสนใจของ ผู้เข้าร่วมประชุม การแสดงความคิดเห็น การร่วมอภิปรายในขณะเข้าร่วมประชุม การร่วมวิเคราะห์ปัญหา การสรุปประเด็น สำคัญ การเสนอตัว รับผิดชอบของ ผู้เข้าร่วมประชุมทั้งในกลุ่มย่อยและในกลุ่ม ใหญ่ภาพรวม การติดตามเยี่ยมบ้าน และ การวัดระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย จิตเวช ทักษะที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวช และ การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช (เปรียบเทียบก่อนและหลังดำเนินการ)	เพื่อติดตามผล การดำเนินงานทุก กิจกรรม	1. กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 36 คน สนใจเข้าร่วมกิจกรรม มีส่วนร่วมในกระบวนการ ทุกขั้นตอน กิจกรรมมีความ คล่องตัว สนุกสนาน ทุกคนร่วมรับฟัง แสดงความคิดเห็น มีส่วนร่วมในวิเคราะห์ปัญหา สรุปประเด็นสำคัญได้ ผู้เข้าร่วมประชุมเสนอตัวรับผิดชอบ ทั้งในกลุ่มย่อยและใน กลุ่มใหญ่ภาพรวม ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการดูแล โดยญาติ/ ผู้ดูแล และเครือข่ายออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชใน ชุมชน ลงชื่อกับการทนาย การเยี่ยมบ้าน 2. หลังดำเนินการกลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและ เครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนในชุมชนมีระดับทัศนคติ และมี ระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช มากกว่าก่อน ดำเนินการ.... -สิ่งที่เกิดขึ้นจริงเป็นไปตามวัตถุประสงค์และเป้าหมาย เนื่องจากใช้กระบวนการมีส่วนร่วม(Technology of participation : TOP) ซึ่งส่งเสริมให้กลุ่มเป้าหมายได้แสดง ความคิดเห็น เกิดกระบวนการเรียนรู้ ร่วมรับผิดชอบ รู้สึก เป็นเจ้าของแผน เสนอตัวเข้ามาแก้ไข้ปัญหา	การดำเนินงานทุกกิจกรรม สำเร็จได้ จากการใช้ สัมพันธ์ภาพที่ดีของผู้วิจัยใน การประสานงาน การชี้แจง ขั้นตอนการวิจัย ทำให้ผู้ร่วม วิจัยให้ความร่วมมือทุก กิจกรรม จากความร่วมมือร่วม โดยใช้เทคนิค เทคโนโลยี การมีส่วนร่วม ทำให้เกิดการ เรียนรู้อย่างเป็นระบบ ข้อจำกัด/ปัญหาอุปสรรค ผู้วิจัยต้องเป็นพี่ปรึกษา คอย กระตุ้น และควบคุมให้ผู้ร่วม วิจัยดำเนินการให้สำเร็จ ตามแผนปฏิบัติการทั้ง 7 กิจกรรม	ผู้วิจัยต้องเป็นพี่ปรึกษา คอยกระตุ้น และกำกับการ ดำเนินโครงการ ควรให้ กำลังใจชื่นชมในการ ดำเนินงานทุกขั้นตอน	- แบบ สัมภาษณ์ ทั้ง 2 ชุด - ผลการ วิเคราะห์ข้อมูล - สมุดบันทึก - การ บันทึกภาพและ เสียง

กิจกรรมและวิธีดำเนินการ (จะทำอะไร/ ทำอย่างไร)	ความคาดหวังของ การดำเนินการตาม กิจกรรมนี้ (วัตถุประสงค์/ วัตถุประสงค์/ เป้าหมาย)	ผลของการดำเนินงาน (สิ่งที่เกิดขึ้นจริงในการดำเนินการตามวิธีกรนี้ เป็นไปตาม/ วัตถุประสงค์ และเป้าหมายหรือไม่/ เพราะอะไร)	ผลดี/ ข้อจำกัด/ ปัญหา อุปสรรค ที่เกิดขึ้นจากผลของการ ดำเนินการ ในกิจกรรมนี้	บทเรียน/ การเรียนรู้ ที่เกิดขึ้น (เกิดการมองเห็น/ หยั่งรู้หรือเข้าใจอะไร มากขึ้น อย่างไรบ้าง)	เอกสารหรือ หลักฐานอ้างอิง/ ประกอบ/ เพิ่มเติม
กิจกรรมที่ 7 สรุปผล ถอดบทเรียน วิธีดำเนินการ จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยนำ ข้อมูลที่รวบรวมไว้ ตั้งแต่ กิจกรรม ที่ 1- กิจกรรมที่ 5 มาวิเคราะห์ และพิจารณาร่วมกัน เพื่อสรุปและ ถอดบทเรียนประเมิณผล วิเคราะห์ ปัญหา อุปสรรค แนวทางแก้ไข และปัจจัยแห่งความสำเร็จ	เพื่อประเมินผล วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค แนว ทางแก้ไข และ ปัจจัยแห่ง ความสำเร็จ ความสำเร็จ	ได้ข้อมูลสะท้อนผลในวงรอบต่อไป กิจกรรมที่ 1 ศึกษาบริบท วิเคราะห์ปัญหา พบว่า มีข้อมูลผู้ช่วยจิตแพทย์ที่มีการกำเริบซ้ำในชุมชน พบผู้ป่วยจิต แพทย์ จำนวน 9 ราย สาเหตุเกิดจากผู้ช่วยเองที่ไม่ปฏิบัติตาม แผนการรักษาของแพทย์ ยา/ผู้ดูแล และเครือข่ายสุขภาพจิต ชุมชนขาดความรู้ในการดูแล และมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยจิต แพทย์ ไม่มีเวลาในการดูแล คิดว่าผู้ป่วยไม่สามารอยู่ในชุมชนได้ ประกอบกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทรูปแบบเดิมซึ่งยังเป็นปัญหา มีข้อจำกัดในการดูแล รอคอยการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การทำงานต่างคนต่างทำ ทำให้การทำงานไม่เป็นระบบและไม่มี ต่อเนื่อง	ได้ทราบผลการวิจัยตาม วัตถุประสงค์การวิจัย การ วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค แนวทางแก้ไข และปัจจัย แห่งความสำเร็จ	ความสำเร็จที่ได้จาก การวิจัย ทำการศึกษา ในวงรอบต่อไป เพื่อให้ข้อมูลการ ดำเนินงานที่ต่อเนื่อง ต่อไป	- สมุดบันทึก - การบันทึกภาพ และเสียง - แบบสังเกต การมีส่วนร่วม

กิจกรรมและวิธีดำเนินการ (จะทำอะไร/ทำอย่างไร)	ความคาดหวังของการดำเนินการตามกิจกรรมนี้ (วัตถุประสงค์/เป้าหมาย)	ผลของการดำเนินงาน (สิ่งที่เกิดขึ้นจริงในการดำเนินการตามวิธีกรนี้ เป็นไปตาม/วัตถุประสงค์ และเป้าหมายหรือไม่/ เพราะอะไร)	ผลดี/ ข้อจำกัด/ ปัญหา อุปสรรค ที่เกิดขึ้นจากผลของการดำเนินการ ในกิจกรรมนี้	บทเรียน/ การเรียนรู้ที่เกิดขึ้น (เกิดการมองเห็น/ หยั่งรู้หรือเข้าใจอะไรมากขึ้น อย่างไรบ้าง)	เอกสารหรือหลักฐานอ้างอิง/ ประกอบ/ เพิ่มเติม
กิจกรรมที่ 7 สรุปผล ถอดบทเรียน (ต่อ)		กิจกรรมที่ 2 คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย/แต่งตั้งคณะทำงาน พบว่า ได้คณะทำงานวิจัยและกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ กลุ่มญาติ/ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 12 คน กลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน จำนวน 24 คน รวม 36 คน ผลของการดำเนินงานเป็นไปตาม วัตถุประสงค์/เป้าหมาย เนื่องจากมีการประสานงานด้วยวาจา และทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลการทำวิจัยกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ โดยมีภารกิจชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย สิทธิของผู้ร่วมวิจัย แก่กลุ่มเป้าหมายก่อนสมัครเข้าร่วมวิจัย ได้แก่ ผู้นำชุมชน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสนาณรงค์ ผู้อำนวยความสะดวก รพ.สต.หนองคู กลุ่มญาติ และ อสม. ผลดีที่เกิดขึ้นจากผลของการดำเนินการในกิจกรรมนี้			

กิจกรรมและวิธีดำเนินการ (จะทำอะไร/ ทำอย่างไร)	ความคาดหวังของการ ดำเนินการตาม กิจกรรมนี้ (วัตถุประสงค์/ เป้าหมาย)	ผลของการดำเนินงาน (สิ่งที่เกิดขึ้นจริงในการดำเนินการครั้งนี้ เป็นไปตาม/ วัตถุประสงค์ และเป้าหมาย หรือไม่/ เพราะอะไร)	ผลดี/ ข้อจำกัด/ ปัญหา อุปสรรค ที่เกิดขึ้นจากผลของการ ดำเนินการ ในกิจกรรมนี้	บทเรียน/ การเรียนรู้ ที่เกิดขึ้น (เกิดการมองเห็น/ หยั่งรู้หรือเข้าใจอะไร มากขึ้น อย่างไรบ้าง)	เอกสารหรือหลักฐาน อ้างอิง/ ประกอบ/ เพิ่มเติม
กิจกรรมที่ 7 สรุปผล ถอด บทเรียน (ต่อ)		กิจกรรมที่ 3 เก็บรวบรวมข้อมูล 1. ได้ทราบระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน 2. ได้ทราบค่าความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานด้านความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท 3. ได้ทราบปัญหาเชิงลึกของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผลการดำเนินงานเป็นไปตาม/วัตถุประสงค์ และเป้าหมาย เนื่องจาก ข้อมูลได้จากการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายโดยตรง ใช้แบบสัมภาษณ์ชุดที่ 1 สำหรับญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และ ชุดที่ 2 สำหรับเก็บข้อมูลสภาพจิตชุมชน (Pre Test)			

กิจกรรมและวิธีดำเนินการ (จะทำอะไร/ ทำอย่างไร)	ความคาดหวังของการ ดำเนินการตาม กิจกรรมนี้ (วัตถุประสงค์/ เป้าหมาย)	ผลของการดำเนินงาน (สิ่งที่เกิดขึ้นจริงในการดำเนินการตามวิธีการนี้ เป็นไปตาม/ วัตถุประสงค์ และเป้าหมายหรือไม่/ เพราะอะไร)	ผลดี/ ข้อจำกัด/ ปัญหา อุปสรรค ที่เกิดขึ้นจากผลของการ ดำเนินการ ในกิจกรรมนี้	บทเรียน/ การเรียนรู้ที่เกิดขึ้น (เกิดการมองเห็น/ หยั่งรู้หรือ เข้าใจอะไรมากขึ้น อย่างไร บ้าง)	เอกสารหรือ หลักฐาน อ้างอิง/ ประกอบ/ เพิ่มเติม
กิจกรรมที่ 7 สรุปผล ถอด บทเรียน (ต่อ)		กิจกรรมที่ 4 ประชุมวางแผนและจัดทำแผน ได้แผนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันอาการ กำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน 1. โครงการอบรมเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนเพื่อเพิ่ม ศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน 2. โครงการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผลการดำเนินงานเป็นไปตาม/ วัตถุประสงค์ และ เป้าหมาย เนื่องจากกระบวนการมีส่วนร่วม (Technology of participation : TOP) ส่งเสริมให้ ทุกคนในกลุ่มได้ร่วมคิด แสดงความคิดเห็น เกิด กระบวนการเรียนรู้รู้สึกเป็นเจ้าของแผน ซึ่งพวกเขา เป็นผู้มีส่วนร่วมในการนำเสนอแผน รวมทั้งเสนอตัวใน การเป็นผู้รับผิดชอบในหน้าที่ที่ที่แต่งตั้งขึ้น			

กิจกรรมและวิธีดำเนินการ (จะทำอะไร/ ทำอย่างไร)	ความคาดหวังของการ ดำเนินการตาม กิจกรรมนี้ (วัตถุประสงค์/ เป้าหมาย)	ผลของการดำเนินงาน (สิ่งที่เกิดขึ้นจริงในการดำเนินการตามวิธี การนี้เป็นไปตาม/ วัตถุประสงค์ และเป้าหมายหรือไม่/ เพราะอะไร)	ผลดี/ ข้อจำกัด/ ปัญหา อุปสรรค ที่เกิดขึ้นจากผลของการ ดำเนินการ ในกิจกรรมนี้	บทเรียน/ การเรียนรู้ที่ เกิดขึ้น (เกิดการมองเห็น/ หยั่งรู้ หรือเข้าใจอะไรมากขึ้น อย่างไรบ้าง)	เอกสารหรือหลักฐาน อ้างอิง/ ประกอบ/ เพิ่มเติม
กิจกรรมที่ 7 สรุปผล ถอด บทเรียน (ต่อ)		กิจกรรมที่ 5 นำแผนไปสู่การปฏิบัติ ได้แผนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกัน อาชกรการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน 1. โครงการอบรมเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนเพื่อเพิ่ม ศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เจริญ วิทยากร พยาบาลจิตเวชให้การอบรม ความรู้การ ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทักษะที่ดีที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท และ การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน 2. โครงการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กิจ กมออกติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภท โดยเครือข่าย สุขภาพจิตชุมชน เพื่อกำกับการทนายของผู้อยู่จิต เภท และสังเกตอาการผิดปกติ ผลการดำเนินงาน เป็นไปตามวัตถุประสงค์และ เป้าหมายเนื่องจาก ได้ข้อมูลจากการตอบแบบ สัมภาษณ์ ของกลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และ กลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน			

กิจกรรมและวิธีดำเนินการ (จะทำอะไร/ ทำอย่างไร)	ความคาดหวังของการ ดำเนินการตาม กิจกรรมนี้ (วัตถุประสงค์/ วัตถุประสงค์/ เป้าหมาย)	ผลของการดำเนินงาน (สิ่งที่เกิดขึ้นจริงในการดำเนินการตามวิธีการนี้ เป็นไปตาม/ วัตถุประสงค์ และเป้าหมาย หรือไม่/ เพราะอะไร)	ผลดี/ ข้อจำกัด/ ปัญหาอุปสรรค ที่เกิดขึ้นจากผลของการ ดำเนินการ ในกิจกรรมนี้	บทเรียน/ การเรียนรู้ที่ เกิดขึ้น (เกิดการมองเห็น/ หยั่ง รู้หรือเข้าใจอะไรมา ขึ้น อย่างไรบ้าง)	เอกสารหรือหลักฐาน อ้างอิง/ ประกอบ/ เพิ่มเติม
กิจกรรมที่ 7 สรุปผล ถอด บทเรียน (ต่อ)		กิจกรรมที่ 6 สังเกตผลการดำเนินการ เพื่อ รวบรวมข้อมูลทุกกิจกรรม วิธีการดำเนินการ ติดตามประเมินผล โดยประเมินผลกระบวนการ ประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วม ในประเด็น จำนวนผู้เข้าร่วมประชุม บรรยากาศการประชุม ความสนใจของผู้เข้าร่วมประชุม การแสดงความคิดเห็น การร่วมมือกัน การร่วมวิเคราะห์ปัญหา การสรุปประเด็นสำคัญ การเสนอตัวรับผิดชอบของผู้เข้าร่วมประชุมทั้งใน กลุ่มย่อยและในกลุ่มใหญ่ภาพรวม การดูแลผู้ช่วย จิตอาสาในชุมชน การติดตามเยี่ยมบ้าน และวัด ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ทัศนคติที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวช และการมีส่วนร่วมใน การดูแลผู้ป่วยจิตเวช (เปรียบเทียบก่อนและหลังดำเนินการ)			

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นายจักรพงษ์ พระสุรัตน์
วันเกิด	วันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2527
สถานที่เกิด	อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 131 หมู่ที่ 8 ตำบลนายม อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ รหัสไปรษณีย์ 37000
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองคู ตำบลนาเวียง อำเภอเสนางคนิคม จังหวัดอำนาจเจริญ รหัสไปรษณีย์ 37290
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2550 ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต (พย.บ.) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม พ.ศ. 2563 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พูน ปณ ภิโต ชีเว