

การพัฒนาการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาล ๕๐ พรรษามหาชริกาลงกรณ์ ตำบลไร่น้อย อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

พิมพ์ปวีณ์ เพชรวงค์

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตร์

พฤษภาคม ๒๕๕๗

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม



การพัฒนาการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาล ๕๐ พรรษามหาชริาลงกรณ ตำบลไร่น้อย อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

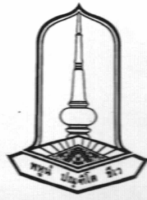
พิมพ์ปวีณ์ เพชรวงค์

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์

พฤษภาคม ๒๕๕๗

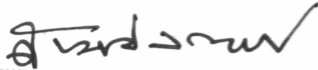
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม





คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของพิมพ์ปวีณ์ เพชรวงศ์ แล้ว
เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

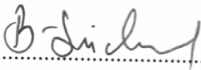
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



(ผศ.ดร.สงครามชัย ลีทองดี)

ประธานกรรมการ

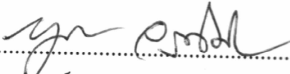
(อาจารย์บัณฑิตศึกษาประจำคณะ)



(ผศ.ดร.ภญ.บัววรรณ ศรีชัยกุล)

กรรมการ

(ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์)



(อาจารย์ ดร.กฤษณา วุฒิสินธ์)

กรรมการ

(กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์)



(อาจารย์ ดร.จตุพร เหลืองอุบล)

กรรมการ

(กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์)

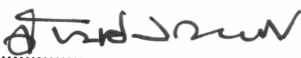


(อาจารย์ ดร.ชาญชัยณรงค์ ทองคำศรี)

กรรมการ

(ผู้ทรงคุณวุฒิ)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม



(ผศ.ดร.สงครามชัย ลีทองดี)

คณบดีคณะสาธาณสุขศาสตร์



(ศ.ดร.ประดิษฐ์ เทอดทูล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่ ๒๑ เดือนพ.ศ. 2557



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภญ.บัวรุณ ศรีชัยกุล ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และ อาจารย์ ดร.กฤษณา วุฒิสินธ์ กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำเสนอแนะข้อคิดเห็น ที่เป็นประโยชน์ และได้ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ตลอดจนการสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัย ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ประสบความสำเร็จไปได้ด้วยดี ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งใจในความกรุณาของอาจารย์ เป็นอย่างยิ่ง ขอกราบขอบพระคุณด้วยความเคารพยิ่งไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ แพทย์หญิงขวัญชนก บัวพันธ์ เกสัชกรหญิงปิยธิดา ประทุมเทศ และ นางระพีพรรณ พิสิฐพยัต ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ วิจัยและให้คำแนะนำที่ดี

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล แพทย์ พยาบาล เกสัชกรและเจ้าหน้าที่ ฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ ที่อำนวยความสะดวกในสถานที่จัดกิจกรรม และเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ และให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิประสาทความรู้ ความเข้าใจในด้านวิชาการ ขอบพระคุณบิดา มารดา พันเอก ทองพันธ์ นางเพ็ญศรี แกลลงธรรม ดร.ทศพร แกลลงธรรม คุณเรืองวิวรรธน์ เพชรวงค์ และเพื่อนๆ ที่เป็นผู้ให้กำลังใจมาโดยตลอด คุณค่า และประโยชน์จากการวิจัยในครั้งนี้ ขอมอบบูชาพระคุณบุพการี บุรพจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่าน

พิมพ์ปวีณ์ เพชรวงค์



ชื่อเรื่อง	การพัฒนาคุณภาพการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ ตำบลไทรน้อย อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี
กรรมการควบคุม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภญ.บัววรรณ ศรีชัยกุล อาจารย์ ดร.กฤษณา วุฒิสินธ์
ผู้วิจัย	นางพิมพ์ปวีณ์ เพชรวงค์
ปริญญา	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา สาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ปีที่พิมพ์ 2557

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเวช ในโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี โดยประยุกต์ใช้แนวคิดกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม กลุ่มเป้าหมายในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรม จำนวน 32 คน และผู้ป่วยโรคจิตเวช จำนวน 94 คน เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ใช้แบบสอบถามและการสนทนากลุ่ม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เปรียบเทียบตัวแปรด้วยสถิติ Paired simple t – test

ผลการวิจัย พบว่า กระบวนการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเวช ในโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ ประกอบด้วย (1) ตระหนักถึงปัญหาร่วมกัน (Realize) (2) การถอดบทเรียนร่วมกัน (After Action Review) (3) เริ่มต้นด้วยการฝึกอบรม (Initial Training) (4) ร่วมกันทำงานเป็นทีมเครือข่าย (Network) (5) การสังเกต ติดตามร่วมกัน (Observation) (6) ทีมเภสัชกรรม (Pharmacy Team) ซึ่งส่งผลให้เจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรม มีความรู้เรื่องจิตเวช อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 17.80$) มีการปฏิบัติตาม ตามแนวทางการบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเวช ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.22$) ผู้ป่วยจิตเวช มีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาจิตเวช อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.25$) และความพึงพอใจ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.59$) โดยปรับเปลี่ยนดีขึ้นจากก่อนการดำเนินกิจกรรมทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

โดยสรุป ปัจจัยในความสำเร็จ คือ เจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรม มีความเสียสละ การสร้างทีมงาน และเครือข่าย กระบวนการดำเนินงาน และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย

คำสำคัญ: การบริการทางเภสัชกรรม, โรคจิตเวช



TITLE The Development of Pharmaceutical Service in Schizophrenia Patients at 50 Pansa Mahavajiralongkorn Hospital in Mueang District Ubon Ratchatani Province, Thailand

AUTHOR Mrs.Pimpawee Phetwong

DEGREE Master Degree of Public Health **MAJOR** Public Health

ADVISORS Asst.Prof.Buavaroon Srichaikul, Dr.PH.
Kridsana Wuttisin, Ed.D.

UNIVERSITY Mahasarakham University **DATE** 2014

ABSTRACT

This study was an action research and the objective was aimed at developing the application of a pharmaceutical service model in schizophrenia patients, at 50 Pansa Mahavajiralongkorn Tambon Rainoiy Mueang District Ubon Ratchatani Province. The concept of AIC was applied for contribution of this research. The target group of this study was composed of 32 staff from a pharmacy team and 94 schizophrenia patients. The data collections were questionnaire and focus group. The frequency, percentage, mean, standard deviation were statistical analysis and also paired sample t-test, which was used for comparing the hypothesis.

The results of the study revealed that model of pharmaceutical service in schizophrenia is RAINOP which is composed of Realizing (R), Action Review(A), Initial Training (I), Network (N), Observation (O) and Pharmacy Team (P). These are increasing in mean scores of the pharmacy team after the experiment involving schizophrenia knowledge, practice and participatory action. Schizophrenia patients participatory action in Schizophrenia drug treatment are at the level of good ($\bar{X}$ =17.8), fair ($\bar{X}$ =2.22) and moderate good ($\bar{X}$ =2.25), respectively. The patient satisfaction are at the highest level ($\bar{X}$ =3.59) with statistical significance level of 0.05.

Success is the goal of our Pharmacy Team in which is dedicated to self-medication of Schizophrenia patients.

Keyword: Pharmaceutical Service, Schizophrenia,

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญภาพประกอบ	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 คำถามการวิจัย	3
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
1.4 ความสำคัญของการวิจัย	3
1.5 ขอบเขตของการวิจัย	3
1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ	4
บทที่ 2 ปรัชญาเอกสารข้อมูล	5
2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและยาจิตเภท	5
2.2 การบริการเภสัชกรรม (Pharmaceutical Service)	12
2.3 เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control; AIC)	14
2.4 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)	19
2.5 มาตรฐานระบบบริการของเภสัชกรรม	24
2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	28
2.6.1 งานวิจัยในประเทศ	28
2.6.2 งานวิจัยต่างประเทศ	30
2.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย	31
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	33
3.1 รูปแบบการวิจัย	33
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	35
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	35
3.4 การสร้างและการพัฒนาเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล	37
3.5 ขั้นตอนดำเนินการวิจัย	38
3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล	38
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล	39
3.8 จริยธรรมในการวิจัย	39



	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัย	41
4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล	41
4.2 ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล	41
4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	42
ตอนที่ 1 การศึกษาและวิเคราะห์สภาพการณ์ การบริการทางเภสัช กรรมผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาล ๕๐ พรรษามหาวิราลงกรณ์	42
ตอนที่ 2 การวิเคราะห์กระบวนการการดำเนินงานการบริการทางเภสัช กรรมผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาล ๕๐ พรรษามหาวิราลงกรณ์	49
ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ผลการดำเนินงานตามรูปแบบการบริการทาง เภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิราลงกรณ์	59
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	65
5.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	65
5.2 สรุปผล	65
5.3 อภิปรายผล	68
5.4 ข้อเสนอแนะ	71
เอกสารอ้างอิง	72
ภาคผนวก	78
ภาคผนวก ก รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ	79
ภาคผนวก ข หนังสือขอความอนุเคราะห์	81
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	87
ภาคผนวก ง ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน	108
ประวัติย่อผู้วิจัย	110



สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 4.1 ความถี่และร้อยละลักษณะทั่วไปของเจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรม (n = 32)	44
ตาราง 4.2 ความถี่และร้อยละลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท (n=94)	45
ตาราง 4.3 แผนกกำกับการประชุมเชิงปฏิบัติการโดยประยุกต์ใช้เทคนิคกระบวนการวางแผน แบบมีส่วนร่วม	51
ตาราง 4.4 กิจกรรมการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วย	53
ตาราง 4.5 เปรียบเทียบรูปแบบการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท ในโรงพยาบาล ๕๐ พรรชามหาวิราลงกรณ ตำบลไรร้อย อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี	55
ตาราง 4.6 รูปแบบการดำเนินงานการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท ของโรงพยาบาล ๕๐ พรรชามหาวิราลงกรณ ตำบลไรร้อย อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี ที่เหมาะสม	56
ตาราง 4.7 สรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท	58
ตาราง 4.8 ความถี่และร้อยละของเจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรมตอบคำถามถูกต้อง เรื่องความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภทก่อนและหลังการพัฒนา	59
ตาราง 4.9 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท ก่อนและหลังการอบรมให้ความรู้ (n=32)	59
ตาราง 4.10 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตามแนวทางการบริการ ทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภทของเจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรมก่อนและหลังการพัฒนา โดยใช้สถิติ Paired t – test (n =32)	60
ตาราง 4.11 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรมต่อการปฏิบัติตามแนว ทางการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการพัฒนา (n=32)	60
ตาราง 4.12 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการร่วมมือในการรักษาด้วยยา ของผู้ป่วยจิต เภทก่อนและหลังการพัฒนา	62
ตาราง 4.13 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผู้ป่วยจิตเภท ต่อการร่วมมือในการรักษา ด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทก่อน และหลังการพัฒนา (n=94)	62
ตาราง 4.14 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับบริการทาง เภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท (n=94)	64



สารบัญภาพประกอบ

	หน้า
ภาพประกอบ 2.1 แผนภาพแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิด ของ Kemmis และ Mc Taggart	23
ภาพประกอบ 2.2 กรอบแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับ รพศ., รพท., รพช. และ PCU	25
ภาพประกอบ 2.3 ขั้นตอนการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภทแบบเดิม	28
ภาพประกอบ 2.4 กรอบแนวคิดในการวิจัย	32
ภาพประกอบ 3.1 ขั้นตอนการดำเนินงานตามกระบวนการ PAOR	33
ภาพประกอบ 4.1 ประเด็นในการวิเคราะห์ระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท	46
ภาพประกอบ 4.2 ขั้นตอนการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท	55
ภาพประกอบ 4.3 รูปแบบไร่น็อฟ (RAINOP)	57



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยทางจิตที่พบได้มากที่สุด มีความรุนแรงและเรื้อรัง มีอุบัติการณ์เท่ากับ 0.1-0.5 ต่อประชากรพันคน ความชุก 2.5-5.3 ต่อประชากรพันคน และมีความชุกตลอดชีพ (Lifetime Prevalence) 7.0 -9.0 ต่อประชากรพันคน (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548) ผู้ป่วยจิตเภทจะมีอาการกำเริบอีกได้เป็นช่วงๆ ซึ่งในผู้ป่วยร้อยละ 50-70 จะมีอาการกำเริบ และป่วยซ้ำได้อีกภายหลังจากการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายในเวลา 1 ปี จากรายงานสถิติจำนวนผู้ป่วยทางสุขภาพจิตที่มารับบริการของหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต ในปี 2553 พบว่า กลุ่มโรคที่พบมากที่สุด คือ กลุ่มโรคจิตเภท (ร้อยละ 24.19) รองลงมา เป็นกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ (ร้อยละ 22.74) ของผู้ป่วยทั้งหมด (กรมสุขภาพจิต, 2553)

ในปี 2550 พบว่าประชากรทั่วโลกประมาณ 24 ล้านคนเป็นโรคจิตเภท ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่ามีความชุกของการเกิดโรคจิตเภทเท่ากับ ร้อยละ 0.6 – 1.9 ส่วนในประเทศไทย พบว่ามีความชุกของการเกิดโรคจิตเภทประมาณ ร้อยละ 0.7 – 0.9 (มาโนช หล่อตระกูล, 2548) ในประเทศไทย พบว่า ปี 2551-2555 มีอัตราความชุก เป็น 2,262.42, 2,266.01, 2,346.22, 2,608.85, 2,840.00 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2551-2555)

โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ เป็นโรงพยาบาลชุมชน 150 เตียง ได้เริ่มให้บริการโรคทั่วไปและโรคเรื้อรัง แก่ผู้ป่วยที่เป็นพระภิกษุสงฆ์ทั่วประเทศ และประชาชนทั่วไปในอำเภอเมืองที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลเมืองอุบลราชธานี ในเดือน ตุลาคม 2548 (เปิดให้บริการเป็นเวลา 8 ปี) และพร้อมที่จะปรับเป็นโรงพยาบาลทั่วไป ในปี 2559 (จำนวน 400 เตียง) ปัจจุบันมีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานภายในโรงพยาบาล 408 คน โดยประกอบด้วย แพทย์ (17 คน) ทันตแพทย์ (9 คน) เภสัชกร (16 คน) พยาบาล (84 คน) ในขณะเดียวกันมีผู้ป่วยนอกเข้ารับบริการเฉลี่ยต่อเดือน 13,650 คน (ข้อมูลโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ, 2556) เป็นผู้ป่วยจิตเภท เฉลี่ย 200 คน/เดือน ในช่วงเวลา 2 เดือนที่ผ่านมา ได้มีการจัดตั้งคลินิกจิตเวช โดยให้บริการผู้ป่วยจิตเภท ทุกวันพุธของสัปดาห์ ซึ่งการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภทยังไม่ได้ตามเกณฑ์ ระดับ 3 ของกรมสุขภาพจิต

เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง มีแนวโน้มในการกลับเป็นซ้ำสูง การรักษาด้วยยาต้านโรคจิตจึงเป็นวิธีการรักษาอันดับแรกที่สามารถลดความรุนแรงของอาการทางจิต และป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ที่เป็โรคจิตเภทได้ ดังนั้นการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาจึงมีความจำเป็นที่จะช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการทางจิตทุเลา ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และลดจำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในระยะที่มีอาการทุเลา เห็นภาพหลอนอย่างรุนแรง เมื่ออาการดีขึ้นก็ยังต้องมีการให้ยาอย่างต่อเนื่อง (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการจำหน่ายกลับเข้าสู่ชุมชนจำเป็นต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมอาการและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548) นอกจากนี้ยังพบว่าถึงแม้ผู้ป่วย จะได้รับการบำบัดรักษาด้วยยา แต่ก็ยังพบว่ามีอาการกำเริบของโรคได้อีกหลังการรักษาภายใน 1 ปี (Robert &



Heinz, 2000) และมีการกลับมารักษาซ้ำภายใน 2-6 เดือน ถึงร้อยละ 50 และภายใน 2 ปี ร้อยละ 70 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด ซึ่งสาเหตุเกิดจากการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ดังนั้นการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตมีความจำเป็นเป็นอย่างมาก ปัญหาที่สำคัญคือการจะอย่างไรให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง และพบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 20-50 ที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Kripalani, Yao & Haynes, 2007)

สุขภาพกายและสุขภาพจิต จำเป็นอย่างยิ่งที่ควรต้องได้รับการสนับสนุนส่งเสริมไปด้วยกัน ผู้ที่มีโรคทางกายเรื้อรัง จิตใจ ก็จะเป็นส่วนสำคัญที่คอยประคองให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ และร่วมมือในการรักษา เพื่อต่อสู้โรคทางกายต่อไปอย่างมุ่งมั่น แต่หากมีปัญหาทางจิตใจที่ไม่ได้รับการวินิจฉัย หรือไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ก็จะส่งผลซ้ำเติมโรคทางกายที่เป็นอยู่ จนเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง หรือแม้กระทั่งไม่ยอมมีชีวิตอยู่อีกต่อไป จึงเป็นที่มาของ “วันสุขภาพจิตโลก หรือ World Mental Health Day” ซึ่งถูกกำหนดขึ้นครั้งแรกเมื่อวันที่ 10 ตุลาคม พ.ศ. 2535 โดยการริเริ่มของ ริชาร์ด ฮันเตอร์ (Richard Hunter) ซึ่งขณะนั้นดำรงตำแหน่ง เลขาธิการใหญ่ของสหพันธ์สุขภาพจิตโลก (World Federation for Mental Health) ตั้งแต่นั้นจนถึงปัจจุบัน เป็นเวลา 20 ปีที่องค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้วันที่ 10 ตุลาคมของทุกปีเป็น วันสุขภาพจิตโลก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ รมรณรงค์ให้ประชากรทั่วโลกตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพจิต และปัญหาการเจ็บป่วยทางจิต โดยแต่ละปีจะมีการคัดเลือกประเด็นหลักที่มีความสำคัญในช่วงเวลานั้นๆ เพื่อให้ทั่วโลกได้ตื่นตัวและเล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหา และช่วยกันป้องกันไม่ให้ปัญหาดังกล่าวลุกลาม สำหรับปี พ.ศ. 2555 นี้ ประเด็นหลักที่ใช้รณรงค์คือ “ปัญหาโรคซึมเศร้า” โดยกำหนดข้อความรณรงค์คือ “โรคซึมเศร้า: วิกฤติโลก” หรือ “Depression: A Global Crisis” (กรมสุขภาพจิต, 2555)

ข้อมูลจากการสำรวจการดำเนินงานที่ผ่านมาของการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราลงกรณ พบว่า เภสัชกร และเจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรม มีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทน้อย ระบบการสำรองยาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่เพียงพอต่อการบริการผู้ป่วย และผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการดูแลสุขภาพตนเองไม่ถูกต้อง รวมถึงตัวชี้วัดงานการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภทที่ดำเนินงานในปีที่ผ่านมายังไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ (1) อัตราการค้างจ่ายยาผู้ป่วยมีเป้าหมายการดำเนินงานต้อง น้อยกว่าร้อยละ 5 ผลการดำเนินงาน ได้ร้อยละ 15 (2) อัตราความร่วมมือในการใช้ยา เป้าหมายการดำเนินงาน ต้องมากกว่า ร้อยละ 80 ผลการดำเนินงานได้ ร้อยละ 75 และ (3) เภสัชกรและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาจิตเวช เป้าหมายการดำเนินงาน ต้องมากกว่าร้อยละ 80 ผลการดำเนินงานได้ ร้อยละ 69.22 (ฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราลงกรณ, 2556)

จากข้อมูลดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยในฐานะเภสัชกรประจำโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราลงกรณ ซึ่งมีหน้าที่หลักในการดูแลและให้บริการทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาล จึงสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาารูปแบบบริการทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ตามแนวคิดของ Kemmis และ Mc Taggart (1988) เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม เป็นกระบวนการที่ให้ เจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรม ร่วมกันในการวางแผนและการตัดสินใจ สามารถค้นหาปัญหาความต้องการและแนวทางในการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท จากปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยผ่านการเรียนรู้และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน และนำผลที่ได้มาปฏิบัติในการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภทต่อไป



1.2 คำถามการวิจัย

รูปแบบการบริการทางเภสัชกรรม ผู้ป่วยจิตเภท ในโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ ตำบลไทรน้อย อำเภอมะนัง จังหวัดอุบลราชธานี ควรมีรูปแบบเป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษารูปแบบการบริการทางเภสัชกรรม ผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ ตำบลไทรน้อย อำเภอมะนัง จังหวัดอุบลราชธานี

1.3.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

1.3.2.1 เพื่อศึกษาบริบท การดำเนินงานการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ ตำบลไทรน้อย อำเภอมะนัง จังหวัดอุบลราชธานี

1.3.2.2 เพื่อพัฒนาระบบบริการ การดำเนินงานการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ ตำบลไทรน้อย อำเภอมะนัง จังหวัดอุบลราชธานี

1.3.2.3 เพื่อศึกษาผลการดำเนินงาน การบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ ตำบลไทรน้อย อำเภอมะนัง จังหวัดอุบลราชธานี

1.4 ความสำคัญของการวิจัย

1.4.1 เข้าใจสภาพปัญหาการดำเนินการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ ตำบลไทรน้อย อำเภอมะนัง จังหวัดอุบลราชธานี

1.4.2 เป็นการพัฒนาระบบบริการเพื่อให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมในการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ ตำบลไทรน้อย อำเภอมะนัง จังหวัดอุบลราชธานี

1.4.3 เป็นการสร้างความตระหนักให้เจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรมรวมทั้งผู้วิจัยได้เข้าใจแนวความคิดการมีส่วนร่วม

1.4.4 เป็นต้นแบบในการดำเนินการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภทต่อไปได้

1.5 ขอบเขตของการวิจัย

1.5.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา

ขอบเขตเนื้อหาในการวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาบริบทการดำเนินงานการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสภาพการให้บริการของผู้ป่วยจิตเภท และได้ประยุกต์ใช้แนวคิดและทฤษฎีหลัก ๆ คือ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เป็นประเภทการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เกิดจากประสบการณ์การปฏิบัติ (Practical Action Research)



1.5.2 ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.5.2.1 ประชากร

กลุ่มที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ เจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรม ประกอบด้วย เภสัชกร เจ้าพนักงานเภสัชกรรม ลูกจ้างประจำ รวมทั้งสิ้น 32 คน และผู้ใช้บริการ ได้แก่ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ ตำบลไทรน้อย อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี 94 คน

1.5.2.2 กลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

- 1) เจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรม ได้แก่ เภสัชกร เจ้าพนักงานเภสัชกรรม และลูกจ้างประจำ รวมทั้งสิ้น 32 คน
- 2) กลุ่มตัวอย่างผู้ใช้บริการ ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยตามระบบ (International Classification of Diseases and Related Health Problem 10th Revision; ICD-10) ว่าเป็นโรคจิตเภท และได้รับการรักษาด้วยยาที่มารับบริการ ที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ ตำบลไทรน้อย อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี ในการศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่าง 94 คน

1.5.3 ขอบเขตด้านวิธีการดำเนินงาน

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อศึกษารูปแบบการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท ในโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ โดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) เป็นเครื่องมือสำหรับการพัฒนารูปแบบ

1.5.4 ขอบเขตด้านพื้นที่และเวลาในการวิจัย

โรงพยาบาลโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ ตำบลไทรน้อย อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้ระยะเวลาตั้งแต่เดือนมกราคมถึงมีนาคม 2557

1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.6.1 การบริการทางเภสัชกรรม หมายถึง การบริการทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ ตำบลไทรน้อย อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี

1.6.2 ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง บุคคลที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรมส่งผลให้มีการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง มีการเสื่อมของบุคลิกภาพ การทำหน้าที่ทางสังคมและการประกอบอาชีพและได้รับการวินิจฉัย จากแพทย์ตามเกณฑ์การจำแนก โรคทางจิตเภทขององค์การอนามัยโลก

1.6.3 เจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรม หมายถึง เภสัชกร เจ้าพนักงานเภสัชกรรม และลูกจ้างประจำ ที่มีความรู้และความสามารถด้านยาและด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ ตำบลไทรน้อย อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี

1.6.4 โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ หมายถึง โรงพยาบาลพระสงฆ์ ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่ให้บริการพระสงฆ์และประชาชนทั่วไปที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ ตำบลไทรน้อย อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี



บทที่ 2

ปริทัศน์เอกสารข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการพัฒนารูปแบบการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ ตำบลไทรน้อย อำเภอมะนัง จังหวัดอุบลราชธานี ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ได้ตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามลำดับดังนี้

- 2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและยาจิตเภท
- 2.2 ความรู้การบริการทางเภสัชกรรม
- 2.3 เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม
- 2.4 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ
- 2.5 มาตรฐานระบบบริการของเภสัชกรรม
- 2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย

2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและยาจิตเภท

2.1.1 ความหมายของโรคจิตเภท

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นความผิดปกติที่ยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่เริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด โรคจิตเภทส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ ในช่วงกำเริบจะเป็นกลุ่มอาการด้านบวก เช่น ประสาทหลอน หลงผิด และในระยะหลังส่วนใหญ่มีกลุ่มอาการด้านลบ เช่น พูดน้อย เฉื่อยชา แยกตนเอง อย่างไรก็ตาม ได้มีผู้ให้ความหมายของโรคจิตเภทที่แตกต่างกันดังต่อไปนี้

อรพรรณ ลือบุญรัชชัย (2545) ได้อธิบายไว้ว่า โรคจิตเภท เป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิด เป็นอาการเด่น แต่มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม โดยผู้ป่วยไม่มีอาการทางกาย หรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะทางสมองส่วนใด

สมภพ เรืองตระกูล (2542) ได้อธิบายไว้ว่า โรคจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคทางสมอง หรือพิษจากยาที่เป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว



โรคจิตเภท ตามความหมายของ ICD-10 เป็นโรคที่มีลักษณะทั่วไปคือ มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ ด้านการรับรู้ และอารมณ์แบบไม่เหมาะสมหรือทื่อ (Blunted) สติสัมปชัญญะและเซาว์ปัญญามักดีขึ้น แม้ว่าจะมีการสูญเสียของการรับรู้ (Cognitive)

ดังนั้นสรุปได้ว่า โรคจิตเภท หมายถึง กลุ่มอาการที่มีความผิดปกติทางด้านการคิด การรับรู้ อารมณ์ ส่งผลให้การแสดงออกทางพฤติกรรมผิดปกติ มีความคิดที่ผิดปกติและการรับรู้ไม่ตรงกับความจริง จนคนใกล้ชิดสังเกตเห็นพฤติกรรมที่ผิดปกตินี้ได้

2.1.2 อาการทางคลินิก

อาการแสดงของโรคจิตเภท สามารถแบ่งออกเป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มอาการด้านบวกและกลุ่มอาการด้านลบ ดังต่อไปนี้

2.1.2.1 กลุ่มอาการด้านบวก (Positive Symptoms) แสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร และพฤติกรรม ซึ่งแบ่งตามลักษณะอาการออกเป็น 2 ด้านใหญ่

1. อาการหลงผิด และอาการประสาทหลอน (Psychotic Dimension)

2. พฤติกรรมที่ผิดปกติไปอย่างมาก และ ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิด

ให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอดอาการหลงผิด ชนิดที่พบบ่อยได้แก่ Persecutory Delusion, Delusion of Reference รวมทั้งอาการหลงผิด ส่วนอาการหลงผิดอื่นๆ ที่พบอาการประสาทหลอน (Hallucination) ที่พบบ่อยเป็น Auditory Hallucination อาการประสาทหลอนชนิดอื่นอาจพบได้บ้าง เช่น Tactile หรือ Somatic Hallucination อาการประสาทหลอนที่มีน้ำหนักในการวินิจฉัย ได้แก่ Auditory Hallucination

2.1.2.2 กลุ่มอาการด้านลบ (Negative Symptoms) เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่วไปควรมี เช่น ในด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่างๆ อาการเหล่านี้ได้แก่ พูดน้อย (Alogia) เนื้อหาที่พูดมีน้อย (Affective Flattening) การแสดงออกทางด้านอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตา (Avolition) ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ผู้ป่วยอาจนั่งอยู่เฉยๆ ทั้งวันโดยไม่ทำอะไร (Asociality) เก็บตัว เฉยๆ ไม่ค่อยแสดงออก หรือไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนานในระยะอาการกำเริบอาการสำคัญส่วนใหญ่จะเป็นอาการในกลุ่มอาการด้านบวกส่วนกลุ่มอาการด้านลบนี้นักพบในระยะหลังของโรค และไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาเหมือนกลุ่มอาการด้านบวก

2.1.3 การดำเนินโรคของโรคจิตเภท

ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่มักเริ่มมีอาการตอนวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น การดำเนินของโรคเกิดขึ้นช้า ๆ ไม่สามารถรู้แน่ชัดว่าโรคเริ่มต้นเมื่อไร โดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังต่อไปนี้

2.1.3.1 ระยะเริ่มมีอาการ (Prodromal Phase) ระยะนี้เป็นระยะเริ่มมีอาการน้อยๆ ส่วนใหญ่การเปลี่ยนแปลงจะค่อยเป็นค่อยไปมักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบหรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงาน ญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปไม่เหมือนคน



เดิม เริ่มแรกส่วนใหญ่มักเก็บตัวมากขึ้น อาจหันไปสนใจด้านปรัชญา ศาสนา จิตวิทยาหรือเรื่องของไสยศาสตร์ มีความคิด คำพูด หรือบางครั้งมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลก แต่ก็ไม่ผิดปกติชัดเจน มีบ้างที่อาจเห็นว่าผู้ป่วยเป็นคนขี้เกียจ สนใจตนเองน้อยลง มีการใช้คำพูดหรือสำนวนแปลกๆ ระยะเวลาอาจนานเป็นเดือนถึงเป็นปี ช่วงที่ผู้ป่วยดื่มสุราหรือเครียดจัดๆอาจเห็นชัดว่าผู้ป่วยไม่ปกติ ในบางคนอาจไม่เห็นระยะนี้ชัดเจน พอมีเรื่องกดดันจิตใจก็เกิดอาการโรคจิตรุนแรงขึ้นมาเลยก็มี

2.1.3.2 ระยะอาการกำเริบ (Active Phase) ผู้ป่วยบางคนอาจมีระยะเริ่มต้นไม่ถึงเดือน อาการเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ จนถึงขั้นอาการกำเริบ ในขณะที่บางคนระยะแรกอาจนานหลายเดือนก่อนที่จะอาการกำเริบ ส่วนใหญ่แล้วอาการจะกำเริบเมื่อผู้ป่วยเผชิญกับความกดดันทางจิตใจ เช่น ตกงาน ถูกย้าย สอบตก เป็นต้น อาการที่พบบ่อยในระยะกำเริบมีดังนี้

1. อาการหลงผิด (Delusional) ได้แก่ การที่ผู้ป่วยมีความเชื่อผิดไปจากความเป็นจริง และเป็นความเชื่อที่ฝังแน่น ไม่ว่าจะมียุทธศาสตร์หรือเหตุผลมาหักล้าง ผู้ป่วยยังคงไม่เปลี่ยนความเชื่อของตน ความหลงผิดที่พบบ่อยในโรคจิตเภทมักมีหลายรูปแบบ เช่น

1) หวาดระแวง (Persecutory Delusions) เชื่อว่ามีคนปองร้ายหรือไม่ประสงค์ดีกับตนเอง เชื่อว่าตนเองถูกกลั่นแกล้ง

2) หลงผิดว่าเรื่องต่างๆที่เกิดขึ้นรอบตัวล้วนแต่เกี่ยวข้องกับตนเอง (Delusions of Reference) เช่น เห็นคนคุยกันก็เชื่อว่าเขาคุยเรื่องตนเอง ดูโทรทัศน์ก็รู้สึกว่ามีเรื่องในโทรทัศน์เกี่ยวข้องกับตนเอง

3) หลงผิดว่าตนเองเป็นเทพ เป็นเจ้า หรือเป็นคนสำคัญกลับชาติมาเกิด (Grandiose Delusions) บางครั้งความหลงผิดอาจเป็นเรื่องของศาสนา (Religious Delusions) เช่น เชื่อว่า ตนเองเป็นพระพุทธเจ้า ตนเองตรัสรู้ เป็นต้น

4) หลงผิดเกี่ยวกับอาการทางกาย (Somatic Delusions) เช่น เชื่อว่าตนเป็นโรคใดโรคหนึ่ง หรือเชื่อว่าร่างกายตนผิดไปจากเดิม ไม่ว่าแพทย์จะยืนยันอย่างไรก็ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงความคิดได้

5) ความหลงผิดที่มีลักษณะแปลกพิลึก พิกล (Bizarre Delusions) เป็นความเชื่อที่ไม่ว่าใครได้ยินก็รู้ว่าเป็นไปไม่ได้ เช่น เชื่อว่ามีกลิ่นอยู่ในสมอง เชื่อว่าตนมีเครื่องดักจับวิญญาณเป็นความหลงผิดที่ไม่ค่อยพบในโรคจิตอื่นๆ

2. อาการประสาทหลอน (Hallucinations) คือการมีการรับรู้ทั้งๆที่ไม่มีสิ่งกระตุ้น ซึ่งเป็นไปกับการรับรู้ทั้งทางรูป รส กลิ่น เสียงและการสัมผัส อาการประสาทหลอนที่พบบ่อยคือ เสียงแว่ว ลักษณะที่พบบ่อยคือ เสียงแว่วคนพูดคุยกัน ประสาทหลอนที่รองลงมาคือ ภาพหลอนอาจเห็นภาพคนใกล้ขีด เห็นเจ้าพ่อเจ้าแม่ รายละเอียดชัดเจนและมักมีหูแว่วร่วมด้วย ประสาทหลอนอื่นๆ เช่น ได้กลิ่นแปลกๆหรือลิ้นรับรู้รสแปลกๆ อาจพบได้แต่ไม่บ่อย



3. อาการด้านความคิด ผู้ป่วยมักมีความคิดในลักษณะไม่เป็นเหตุเป็นผลหรือไม่เหมาะสม หมกมุ่นกับความคิดที่ตนเข้าใจคนเดียว (Autistic Thinking) ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นแนวทางเดียวกันตลอดได้ ซึ่งจะแสดงออกมาโดยผ่านทาง การสนทนา เป็นการพูดที่ไม่ต่อเนื่อง พูดเรื่องหนึ่งไปอีกเรื่องหนึ่ง โดยอีกเรื่องหนึ่งไม่เกี่ยวเนื่องกับเรื่องเดิม หรืออาจเกี่ยวเพียงเล็กน้อย (Loosening of Association) หรืออาจพบว่าตอบไม่ตรงคำถามเลย (Irrelevant Answer) หากเป็นหลายๆการวางคำในประโยคเองจะสับสนทำให้ฟังไม่เข้าใจเลย (Incoherent Speech) บางคนอาจใช้คำแปลกๆที่คนอื่นไม่เข้าใจนอกจากตนเอง (Neologism) ผู้ป่วยทั้งหมดจะไม่คิดว่าตนเองผิดปกติไป (Lack of Insight) อาการอย่างนี้ยากต่อการรักษา

4. อาการด้านพฤติกรรม พฤติกรรมในช่วงนี้จะเปลี่ยนไปจนเห็นได้ชัด ซึ่งอาจเป็นจากความหลงผิด ประสาทหลอน หรือจากความคิดแปลกๆ ของผู้ป่วย บางรายเก็บตัวมากขึ้น ไม่อาบน้ำหลายวัน ติดกัน กลางคืนไม่นอน ทำท่าทางแปลกๆ มีพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งอาการเช่นนี้มักก่อความเดือดร้อนแก่ญาติมาก จนต้องมาพบแพทย์

5. อาการทางอารมณ์ อาจพบผู้ป่วยมีลักษณะเฉยเมย ไร้อารมณ์ บางรายอาจมีอาการแสดงออกของอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม เช่น หัวเราะร่วน หรือหัวเราะคิกคักคนเดียวทั้งที่ไม่มีเรื่องขำ อารมณ์เศร้าพบได้บ่อยเช่นกัน โดยเฉพาะในระยะที่อาการทางจิตดีขึ้นมีอาการอีกรูปแบบหนึ่งคืออาการทางลบ (Negative Symptoms) คือผู้ป่วยขาดในสิ่งที่ควรจะมีในคนทั่วไปได้แก่

- 1) พูดน้อยหรือไม่ค่อยพูด (Alogia) เนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ
- 2) การแสดงออกด้านอารมณ์ลดน้อยลงมาก (Affective Flattening) หน้าตาเฉยเมยไม่ค่อยสบตา
- 3) ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย ไม่สนใจเรื่องเรียนหรือทำงาน (Avolition- Apathy) ผู้ป่วยอาจอยู่เฉยๆทั้งวันโดยไม่ทำอะไร
- 4) ไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนานเก็บตัว ไม่ค่อยแสดงออกหรือไม่สนใจคบหาสมาคมกับใคร (Anhedonia – Asociality) อาการด้านลบในลักษณะนี้อาจเริ่มเห็นตั้งแต่ระยะเริ่มแรกที่ยังไม่มีอาการกำเริบที่ชัดเจนในบางคนอาการเด่นจะแสดงออกมาในลักษณะนี้ โดยไม่พบอาการหลงผิด หรือประสาทหลอนที่ชัดเจนเลยก็มี

2.1.3.3 ระยะอาการทุเลา (Stabilization Phase) หรือ ระยะอาการคงที่ (Stable Phase) ระยะนี้เป็นระยะที่อาการต่างๆ เริ่มคงที่ หรือหากมีก็ไม่รุนแรงเท่ากับระยะอาการกำเริบ ผู้ป่วยบางรายอาจไม่มีอาการเลยในขณะที่บางรายอาการไม่ได้ออกเป็นอาการโรคจิตชัดเจน เช่น อาการเครียด หงุดหงิด วิตกกังวลง่าย หรือนอนไม่หลับเป็นครั้งคราว บางรายอาจมีอาการด้านบวกหลงเหลืออยู่บ้าง เช่น มีความคิดแปลกๆ เชื่อในเรื่องไสยศาสตร์ หรือโซกลางอาการด้านลบมักพบบ่อยในระยะนี้การดำเนินของโรคในสมัยก่อนมักคาดหมายว่าจะต้องเป็นแบบเรื้อรังอย่างเดียวซึ่งจะนำไปสู่การเสื่อมของบุคลิกภาพ



2.1.4 สาเหตุการเกิดโรคจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคที่ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด ในปัจจุบันได้มีการศึกษาถึงสาเหตุที่มีผลต่อการป่วยด้วยโรคจิตเภทไว้ด้วยกันหลายสาเหตุ หรือหลายปัจจัย ได้แก่

2.1.4.1 ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological Factor)

พันธุกรรมการศึกษาพันธุกรรมของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยการศึกษาคครอบครัว การศึกษาบุตรบุญธรรม และการศึกษาในคู่แฝด พบว่าพันธุกรรมเป็นสาเหตุสำคัญของโรคนี้โดย การศึกษาในครอบครัวพบว่าญาติสนิทและบุตรของผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคถึงร้อยละ 5-10 สำหรับการศึกษานบุตรบุญธรรมพบว่าบุตรบุญธรรมที่มีมารดาแท้เป็นโรคจิตเภท มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคจิตเภทมากกว่าบุตรบุญธรรมที่มีมารดาแท้ไม่ได้ป่วยเป็นโรคจิตเภท ส่วนการศึกษาในคู่แฝด พบว่าคู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคจิตเภทมากกว่าคู่แฝดที่เกิดจากไข่คนละใบถึง 4 เท่าและมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคมกกว่าคนทั่วไปถึง 50 เท่า

2.1.4.2 ปัจจัยทางชีวเคมี (Biochemical Factor)

1. สมมติฐานโดปามีน (The Dopamine Hypothesis) สมมติฐานนี้เชื่อว่ามีสารโดปามีนหลั่งออกมามากในสมอง ทำให้เกิดอาการทางจิตมีการศึกษาที่สนับสนุนสมมติฐานนี้ โดยพบว่ามีสารแอมเฟตามีน ทำให้เพิ่มการหลั่งของสารโดปามีนมากขึ้น ซึ่งก่อให้เกิดอาการทางจิต ในขณะที่ยาต้านโรคจิต เช่น Haloperidol, Chlorpromazine มีผลต่อสารโดปามีนโดยการยับยั้งการจับกันของสารโดปามีนจึงทำให้อาการทางจิตลดลง (Kaplan & Sadock, 1998)

2. สมมติฐานทางชีวเคมีอื่น (Other Biochemical Hypothesis) จากการศึกษาพบว่าความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมองหลายตัวเป็นสาเหตุของโรคจิตเภทได้ เช่น นอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) ซีโรโทนิน (Serotonin) อะเซทิลโคลีน (Acetylcholine) มีข้อสันนิษฐานว่าในโรคจิตเภทสมดุลของ Serotonin มีความผิดปกติ เนื่องจากยารักษาโรคจิตชนิดใหม่คือ Clozapine และ Risperidone มีความสัมพันธ์กับ Serotonin Receptors (สมภาพ เรื่องตระกูล, 2542)

3. ปัจจัยทางสรีรวิทยา เช่น การติดเชื้อไวรัส ความผิดปกติทางด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางเนื้อเยื่อ โรคบางอย่าง ดังจะเห็นได้จากการศึกษาสมองในผู้ป่วยจิตเภทที่เสียชีวิตแล้วพบว่าสมองมีการเปลี่ยนแปลงลักษณะคล้ายการติดเชื้อโรคบางชนิด เช่นเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อไวรัส ส่วนความผิดปกติของร่างกาย มีการศึกษาโดยใช้เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computed Tomography Scan) ตรวจที่สมองพบว่า Ventricular มีขนาดใหญ่ขึ้นและ Cerebellar มีขนาดเล็กลง และจากการทำ MRI พบว่ามีความผิดปกติใน Hippocampus, Amygdala , Temporal Lobes, Basal Ganglia

2.1.4.3 ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological Factor)

เป็นปัจจัยทางความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และปัจจัยทางด้านสังคมที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาบุคลิกภาพ ซึ่งทฤษฎีจิตวิเคราะห์เชื่อว่า อาการของโรคจิตเป็นผลมาจากความ



ผิดปกติในการ ทำหน้าที่ของ Ego และภาวะเครียดทางด้านจิตใจ นับเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้พัฒนาเป็นโรคจิตเภทได้ (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536:335)

2.1.4.4 ปัจจัยทางครอบครัว

จากการศึกษา พบว่า การเกิดโรคจิตเภทเกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของระบบครอบครัวบกพร่อง โดยเฉพาะการขัดแย้งกันของสัมพันธภาพในชีวิตคู่ ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลภายในครอบครัว ทำให้เด็กเกิดความสับสนทางจิตใจ นอกจากนี้การที่ครอบครัวมีการสื่อสารแบบสองนัย ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อมีข่าวสารสองอย่างซึ่งส่งโดยบุคคลเดียวกันเวลาเดียวกันแต่ขัดแย้งกัน

2.1.4.5 ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม

มีการศึกษาพบว่าภาวะทางสังคมและเศรษฐกิจ เหตุการณ์ตึงเครียดในชีวิต อาจเป็นสาเหตุการเกิดโรคจิตเภทได้ โดยบุคคลที่มีภาวะสังคมและเศรษฐกิจต่ำ มีโอกาสเกิดโรคจิตเภทได้มากกว่าบุคคลที่มีภาวะสังคมและเศรษฐกิจสูง

2.1.4.6 ปัจจัยรวม

สาเหตุการเกิดโรคจิตเภทยังไม่ชัดเจน ไม่มีทฤษฎีใดที่กล่าวได้อย่างชัดเจนว่าอะไรเป็นสาเหตุของการเกิดโรค จากการศึกษาค้นคว้าพบว่ามีหลายปัจจัยรวมกัน เช่น ปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยทางจิตใจ ปัจจัยทางครอบครัว และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม

โดยสรุปโรคจิตเภท (Schizophrenia) คือ กลุ่มอาการของโรคที่มีความผิดปกติของความคิด ทำให้ผู้ป่วยมีความคิดและการรับรู้ไม่ตรงกับความเป็นจริง ทำให้มีผลเสียต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การดูแลตัวเอง การใช้ชีวิตในสังคม ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะเริ่มเป็นเมื่ออายุประมาณ 14-16 ปี หรือช่วงปลายวัยรุ่น โรคนี้พบได้ ประมาณร้อยละ 1 ของประชากร โดยอาการแสดงแบ่งได้ 3 ระยะ คือ ระยะเริ่มมีอาการ (Prodromal Phase) ระยะอาการกำเริบ (Active Phase) และระยะอาการทุเลา (Stabilization Phase) สาเหตุการเกิดโรคจิตเภทมีหลายปัจจัย คือ ปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยทางชีวเคมี ปัจจัยทางด้านจิตใจ ปัจจัยทางครอบครัว และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม

2.1.5 การรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภท

การรักษาด้วยยาด้านโรคนั้นเป็นหัวใจของการรักษาผู้ป่วยจิตเภท นอกจากควบคุมอาการด้านบวกแล้วยังสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ พบว่าผู้ป่วยที่กลับมีอาการกำเริบอยู่บ่อยๆ นั้น ส่วนใหญ่มีปัญหาจากการขาดยา (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุทธิชัย, 2548) การรักษาแบ่งได้เป็น 3 ช่วง

1. ระยะควบคุมอาการ (Acute Phase) การรักษาในระยะนี้ คือ การควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็วที่สุด อาการวุ่นวายหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ตึงเครียดตั้งแต่ระยะแรกนั้น เป็นผลมาจากฤทธิ์ทำให้สงบของยา (Sedating Effect) ส่วนฤทธิ์ในการรักษาของยานั้นต้องใช้เวลาเป็นสัปดาห์จึงจะเห็นผล ยาที่ใช้ได้แก่ ยาฮาโลเพริโดล (Haloperidol) 6-10 มก./วัน หรือยาอื่นที่มีขนาดเทียบเท่ากัน หากผู้ป่วยมีอาการวุ่นวายมากอาจให้กลุ่มเบนโซไดอาซีปีน (Benzodiazepine) ขนาดสูง เช่น ยา ไดอาซี



แพม (Diazepam) 5-10 มก. กินวันละ 3-4 เวลา ร่วมไปด้วย หลังจาก 2 สัปดาห์แล้วหากอาการโรคจิตยังไม่ดีขึ้น จึงพิจารณาเพิ่มขนาดยาโดยทั่วไปจะไม่ให้ ยาฮาโลเพริโดล (Haloperidol) ขนาดเกิน 20 มก./วัน

2. ระยะให้ยาต่อเนื่อง (Stabilization Phase) หลังจากมีอาการสงบลงแล้ว ผู้ป่วยยังต้องได้รับยาต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการต่อไป และควรใช้ยาในขนาดเท่าเดิมต่อไปอีกนาน 6 เดือน การลดยาลงเร็วหรือหยุดยาในช่วงนี้อาจทำให้อาการกำเริบได้

3. ระยะอาการคงที่ (Maintenance Phase) เป็นช่วงที่ผู้ป่วยอาการทุเลาลงแล้ว แต่ยังคงต้องให้ยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันมิให้กลับมามีอาการกำเริบซ้ำขนาดของยาที่ให้จะต่ำกว่าที่ใช้ในระยะแรก เมื่อไม่มีอาการทางบวกแล้ว จะค่อยๆ ลดขนาดยาลงร้อยละ 20 ทุก 4-6 เดือน จนถึงขนาดต่ำสุดที่คุมอาการได้ โดยขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละคน ขนาดยาฮาโลเพริโดล (Haloperidol) ที่ใช้ในระยะนี้โดยเฉลี่ยอยู่ประมาณ 2-4 มก. /วัน ในผู้ป่วยที่มีปัญหาการกินยาอาจใช้ยาชนิดประเภท long Acting สรุปได้ว่า การรักษาผู้ป่วยตั้งแต่ระยะแรกจะเน้นการทำให้อาการสงบ และในด้านการรักษาต้องใช้ระยะเวลาเป็นสัปดาห์ และเมื่ออาการคงที่แล้วยังต้องให้ยาในขนาดเดิมต่อไปอีกนาน 6 เดือน และการพิจารณาหยุดการรักษาได้ก็ต่อเมื่อผู้ป่วยไม่มีอาการเลยอย่างน้อย 1 ปี หากผู้ป่วยมีอาการกำเริบครั้งที่สองควรให้ยาต่อเนื่องไปนานอย่างน้อย 5 ปี หรือตลอดชีวิต

2.1.6 ชนิดของยา

ยาต้านโรคจิตแบ่งตามกลไกการออกฤทธิ์เป็น 2 ชนิด คือ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

1. ยากลุ่มโดปามีน แอนตาโกนิส (Dopamine Antagonist) ยากลุ่มนี้ เป็นยากลุ่มเดิม (Typical Antipsychotics) มี 2 กลุ่ม คือ ฟิโนไทอะซีน (Phenothiazine) และบิวโทรฟีโนน (Butyrophenone) ได้แก่ ยาฮาโลเพริโดล (Haloperidol) คลอโพรมาซีน (Chlorpromazine) ฟลูเฟนาซีน (Fluphenazine) เป็นต้น (สมภาพ เรื่องตระกูล, 2548)

กลไกการออกฤทธิ์

ยาต้านโรคจิตกลุ่มเดิมมีกลไกการออกฤทธิ์ ดังนี้

1. กลไกหลักในการออกฤทธิ์รักษาอาการโรคจิต คือ ฤทธิ์ต้านโดปามีน 2 รีเซพเตอร์ (Dopamine-2 Receptor) ในระบบมีโสลิมบิก (Mesolimbic System) ยากลุ่มนี้ยังออกฤทธิ์กับโดปามีนรีเซพเตอร์ (Dopamine Receptor) ในส่วนอื่นๆ ของสมอง
2. ฤทธิ์ต้านฮิสตามีน (Histamine) มีผลให้ผู้ไข้ง่วงซึมและเจริญอาหารน้ำหนักตัวเพิ่ม
3. ฤทธิ์ต้านแอลฟา 1 อะดรีเนอร์จิก (Alpha-1-Adrenergic) ทำให้เส้นเลือดขยายลุกขึ้นหน้ามืด (Orthostatic Hypotension)



4. ฤทธิ์ต้าน มัสคารินิก คอลินเนอร์จิก (Muscarinic Cholinergic) เกิดอาการ น้ำลายน้อย คอแห้ง ตาพร่าจากม่านตาขยาย ท้องผูกและปัสสาวะลำบาก

ผลข้างเคียงจากการใช้ยา

1. ผลต่อสมอง (สมภพ เรื่องตระกูล, 2548)

1.1 ทำให้เกิดอาการง่วงนอนซึ่งพบได้ร้อยละ 75 ของผู้ป่วย

1.2 ทำให้เกิดอาการเอกซ์ตราไพราไมดอล (Extrapyramidal) โดยมีอาการ

ดังต่อไปนี้

1.2.1 อะไคเนเซีย (Akinesia) มีอาการอ่อนเพลีย ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อของ แขน และขา การเคลื่อนไหวเชื่องช้าและแข็งขี้ม

1.2.2 ดิสโทเนีย (Dystonia) มีการเกร็งของกล้ามเนื้อโดยตรวจพบว่าคอบิด ไปข้างใดข้างหนึ่งหรือลำตัวบิด ขากรรไกรแข็ง ลิ้นคัมปาก พูดไม่ชัด กลืนลำบาก ปากสั่น

1.2.3 อะคาทีเซีย (Akathisia) คือ ความรู้สึกกระวนกระวายทั้งในใจและไม่สบายตามกล้ามเนื้อตัว โดยเฉพาะขา ทำให้ผู้ป่วยนั่งนิ่งไม่ได้ ต้องเดินไปเดินมาหรือโยกตัว เข่าขาจน อาจคล้ายกับว่าผู้ป่วยมีอาการทางจิตเลวลง

1.2.4 อาการคล้ายพาร์กินสัน (Parkinson-like Symptoms) เช่น หน้าตาย (Poker Face) มือสั่น กล้ามเนื้อเกร็ง เดินไม่แกว่งแขนเหมือนหุ่นยนต์ ก้าวขาได้ลำบาก กลืนน้ำลายไม่ลงทำให้เห็นน้ำลายเต็มปาก

2. ผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้มีคอแห้ง ตาพร่า อ่อนเพลีย วิงเวียนศีรษะ ตาลาย คัดจมูก ปัสสาวะลำบาก อาจทำให้ลำไส้ไม่ทำงาน มักพบในผู้สูงอายุ

3. นิวโรเลปติก มาลิกแนน ซินโดรม (Neuroleptic Malignant Syndrome) คือ อาการกล้ามเนื้อทั้งตัวเกร็งแข็งอย่างรุนแรงร่วมกับระดับความรู้สึกตัวที่เลวลง ระบบประสาทอัตโนมัติ ล้มเหลว ทำให้การควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ผู้ป่วยมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 10-20 แม้จะเกิดไม่บ่อยครั้งคือร้อยละ 0.02-0.04 ของผู้ที่ได้รับยาทั้งหมด ควรระวังในผู้ป่วยที่เริ่มได้รับยาในระยะแรกๆ หรือมีสภาพร่างกายขาดน้ำหรือเกิดผลข้างเคียงที่รุนแรง

4. ทาร์ดิฟ ดิสไคเนีย (Tardive Dyskinesia) เป็นผลจากการได้รับยาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน ทำให้กล้ามเนื้อบริเวณปาก คอ ลิ้น ขยับหมุนไปมาตลอดเวลาโดยผู้ป่วยไม่รู้ตัว ผู้ป่วยแรกๆ มีอาการมาก

5. ผลต่อระบบหมุนเวียนของเลือด ที่พบมากที่สุดคือ การเกิดความดันโลหิตต่ำ เวลาเปลี่ยนท่าทาง ผู้ป่วยจะมีอาการวิงเวียน เหงื่อออก ใจสั่น เป็นลม

6. ผลต่อระบบทางเดินอาหาร ที่พบบ่อยคือ ปากแห้ง กลืนลำบาก (Dysphagia) เสียบริเวณลิ้นปี่ ท้องผูก



7. ผลต่อระบบทางเดินปัสสาวะ ที่พบบ่อยคือปัสสาวะลำบากโดยเฉพาะผู้สูงอายุ

8. อาการชัก อาจเกิดขึ้นได้เมื่อให้ยารักษาโรคจิตในขนาดที่สูง เพราะยารักษาโรคจิตส่วนใหญ่มีฤทธิ์กดขีดจำกัด (Threshold) ของการชัก แต่ไม่ได้เป็นข้อห้ามในการใช้ยา สามารถแก้ไขได้โดยการลดขนาดของยา

2. ยากลุ่มซีโรโทนิน โดปามีน แอนตาโกนิส (Serotonin–Dopamine Antagonist) ยากลุ่มนี้ เป็นยากลุ่มใหม่ ผลดีของยาในกลุ่มนี้ คือมีประสิทธิภาพสูง ผลข้างเคียงน้อยและรักษาอาการทางด้านลบได้ดีได้แก่ ยาคโลซาปีน (Clozapine) ريسเพอริโดน (Risperidone) โอลานซาปีน (Olanzapine) เซอติโดล (Sertindole) ควีเทียปีน (Quetiapine) และไซพราสิโดน (Ziprasidone) (สมภพ เรืองตระกูล, 2548)

กลไกการออกฤทธิ์ ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่จะออกฤทธิ์ปิดกั้นทั้งซีโรโทนินชนิดที่ 2 (5-HT₂) และโดปามีนชนิดที่ 2 (D₂) Receptor

ผลข้างเคียงจากการใช้ยา

ยากลุ่มใหม่พบผลข้างเคียงในการรักษาน้อย อาการที่พบบ่อยได้แก่

1. น้ำหนักตัวเพิ่ม มีไขมันในเลือดสูงขึ้น ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดเบาหวานสูง
2. จังหวะการเต้นของหัวใจผิดปกติควรระวังในการใช้ไซพราสิโดน

(Ziprasidone)

3. น้ำลายมากพบบ่อยในคลอซาปีน (Clozapine)

4. กดไขกระดูกโดยเฉพาะอะแกรนูโลไซโตสิส (Agranulocytosis) จากคลอซาปีน (Clozapine)

5. เพิ่มความเสี่ยงต่อการชัก โดยเฉพาะคลอซาปีน (Clozapine) ในขนาดสูง ดังนั้นเมื่อรักษาด้วยยาต้านโรคจิต ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งจากการที่ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นมากขึ้น และสามารถประกอบอาชีพได้ ยาจะเป็นตัวปรับให้สารสื่อประสาทกลับคืนสู่ภาวะปกติ ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตดีขึ้นเมื่อรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และยังสามารถป้องกันการกำเริบของโรคได้อีกด้วย (กรมสุขภาพจิต, 2543)

สรุปได้ว่านอกจากการรักษาด้วยยาจะเป็นประโยชน์ต่ออาการของผู้ป่วยจิตเภทไปในทางที่ดีขึ้นแล้ว แต่ผลข้างเคียงของยาก็มีผลต่อร่างกายเป็นอย่างมาก เช่น ทาให้วงซึม ลึนคับปาก น้ำลายออกมาก เป็นต้น ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นเหล่านี้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่ายต่ออาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น และอาการบางอย่างยังเป็นอุปสรรคต่อการทำงานด้วย เช่น การง่วงซึม จึงทำให้ผู้ป่วยไม่ทันท่วงทีและไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องได้



2.2 การบริการเภสัชกรรม (Pharmaceutical Service)

2.2.1 ความหมายของการบริการทางเภสัชกรรม

การบริการทางเภสัชกรรม หมายถึง ความรับผิดชอบของเภสัชกรที่มีต่อการรักษาผู้ป่วย เพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ถูกต้องเป็นไปตามเป้าหมายและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยเภสัชกรที่มีหน้าที่และความรับผิดชอบในการบริการผู้ไข้ยา คือ

2.2.1.1 การระบุปัญหาจากการใช้ยาที่เกิดขึ้นหรืออาจเกิดขึ้นได้ (Identify Potential and Actual Drug Related Problem)

2.2.1.2 การแก้ปัญหาจากการใช้ยาที่เกิดขึ้น (Resolving Actual Drug Related Problem)

2.2.1.3 การป้องกันการเกิดปัญหาจากการใช้ยา (Preventing Potential Drug Related Problem)

เภสัชกร มีหน้าที่รวบรวมข้อมูลและจัดทำประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย ประเมินปัญหาเกี่ยวกับยาของผู้ป่วย ให้คำแนะนำปรึกษาและแก้ปัญหาด้านยา เข้าร่วมทีมรักษาผู้ป่วยประจำวัน ติดตามผลการตอบสนองของผู้ป่วยทั้งในด้านผลลัพธ์ของการรักษาและอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาให้คำแนะนำปรึกษาเรื่องยาแก่ผู้ป่วยและให้ข้อมูลข่าวสารด้านยาแก่บุคลากรทาง การแพทย์ที่ปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย ตลอดจนจัดการเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยจะนำไปใช้เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การมีบริการเภสัชกรรมแล้วพบว่า ผู้ป่วยได้รับยาที่สมเหตุสมผล และมีประสิทธิภาพในการรักษา เนื่องจากเภสัชกรเข้ามามีบทบาทรับผิดชอบโดยตรงเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วย การบริการทางเภสัชกรรม ยังช่วยส่งเสริมให้มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมระหว่าง แพทย์ พยาบาล และเภสัชกร ทำให้ผลการรักษาผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้นด้วย

2.2.2 ขั้นตอนการให้บริการทางเภสัชกรรม

2.2.2.1 เก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา

2.2.2.2 การค้นหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้ป่วยแต่ละราย ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วย

2.2.2.3 เภสัชกรประเมินความต้องการและผลของการรักษาร่วมกับทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วย รวมทั้งตัวผู้ป่วยเอง เพื่อเป็นข้อมูลในการกำหนดเป้าหมายและแผนการรักษา

2.2.2.4 กำหนดเป้าหมายของผลการรักษาด้วยยาที่ต้องการในแต่ละปัญหา

2.2.2.5 กำหนดทางเลือกของการบำบัดด้วยยา หาแผนการรักษาที่เป็นไปได้ โดยนำวิธีการรักษาต่าง ๆ มาพิจารณาเปรียบเทียบกัน โดยเลือกการรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยคำนึงถึงประสิทธิภาพในการรักษา ความปลอดภัย ความสะดวกและควรพิจารณาถึงราคร่วมด้วย



2.2.2.6 วางแผนการติดตามผลการรักษาและผลการแก้ไขปัญหาวางแผนติดตามและประเมินผลการรักษาและตรวจสอบถึงอาการไม่พึงประสงค์ของยาที่เกิดขึ้นจริงหรือมีโอกาสที่เกิดขึ้น

2.2.2.7 ปรับปรุงแผนบำบัดด้วยยาและแผนการติดตามผลการบำบัดด้วยยาร่วมกับทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วย ก่อนและขณะที่นำแผนมาใช้

2.2.2.8 นำแผนการรักษามาใช้ในการบำบัด การปฏิบัติตามแผนที่ระบุอย่างถูกต้องครบถ้วนโดยมีการประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้องในเรื่องการสั่งจ่าย โดยมีการจดบันทึกการปฏิบัติในแต่ละขั้นตอนลงในแบบบันทึกประวัติการรักษาของผู้ป่วยให้ครบถ้วน

2.2.2.9 ติดตามผลการบำบัดและติดตามผลของการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ร่วมด้วย

2.2.2.10 กำหนดทางเลือกการบำบัดรักษาและแผนการติดตามผลการบำบัดด้วยยาใหม่

2.2.3 ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา (Drug Related Problems, DRP)

ปัญหาจากการใช้ยา หมายถึง เหตุการณ์ที่ไม่ต้องการให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยเป็นผลเนื่องจากการรักษาด้วยยาและเป็นเหตุการณ์ทั้งที่เกิดขึ้นจริงหรือ มีโอกาสเกิดขึ้นซึ่งจะรบกวนผลการรักษาที่ต้องการ โดยแบ่งประเภทได้ ดังต่อไปนี้ (1) การใช้ยาโดยไม่มีข้อบ่งใช้ (2) การไม่ได้รับยาในการรักษาในโรคที่เป็น (3) การได้รับยาที่ไม่เหมาะสมกับโรคที่เป็น ได้แก่ การใช้ยาที่ไม่มีประสิทธิภาพ การใช้ยาที่เลิกใช้ไปนานแล้ว การใช้ยาแล้วทำให้ผู้ใช้เกิดการแพ้ยา หรือได้รับยาที่ผู้ป่วยแพ้ การใช้ยาที่ห้ามใช้ในผู้ป่วยบางราย การใช้ยาที่มีประสิทธิภาพเท่ากัน แต่ราคาแพงกว่า และการให้ยาผู้ป่วยหลายชนิดโดยไม่จำเป็น (4) ผู้ป่วยได้รับยาขนาดน้อยเกินไป (5) ผู้ป่วยได้รับยาขนาดมากเกินไป (6) ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (7) การบริหารยาไม่เหมาะสม (8) การได้รับยาซ้ำซ้อน (9) การเกิดอันตรกิริยาของยาที่สั่งใช้ (10) ความล้มเหลวในการใช้ยารักษา และ (11) ปัญหาเศรษฐกิจของผู้ป่วยที่ส่งผลต่อการใช้ยารักษาโรค

สรุป จากการศึกษาข้อมูลผู้วิจัยได้นำข้อมูลข้างต้นมาดำเนินการพัฒนาการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภทในครั้งนี้ โดยเริ่มจากการมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาโดยมีเจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรม ร่วมคิดวิเคราะห์ แสดงความคิดเห็นและวางแผนแก้ไขหรือวางแผนเป้าหมายตลอดทั้งเข้าร่วมดำเนินกิจกรรมการดำเนินงาน ด้วยความเต็มใจอย่างมีอิสระ อย่างมีขั้นตอนที่สร้างการเรียนรู้ที่เหมาะสมตามขั้นตอนได้อย่างถูกต้องและเป็นประโยชน์ต่อการเฝ้าระวังการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท

2.3 เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control; AIC)

2.3.1 ความหมายของกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม

ธีระพงษ์ แก้วหาญ (2543) ให้ความหมายของเทคนิคกระบวนการ AIC ว่าเป็นการประชุมที่ก่อให้เกิดการทำงานร่วมกันเพื่อจัดทำแผน โดยเป็นวิธีการที่เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุม ได้มีเวทีพูดคุย แลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ นำเสนอข้อมูลข่าวสาร ที่จะทำให้เกิดความเข้าใจถึงสภาพ



ปัญหา ความต้องการ ข้อจำกัด และศักยภาพของผู้ที่เกี่ยวข้องต่างๆ เป็นกระบวนการที่ช่วยให้มีการระดมพลังสมองในการศึกษา วิเคราะห์หาทางเลือก เพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหา และการพัฒนา มีการตัดสินใจร่วมกัน เกิดพลังของการสร้างสรรค์ และรับผิดชอบต่อการพัฒนาชุมชน

พีรสิทธิ์ คำนวนศิลป์ (2544) ได้อธิบายไว้ว่า กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) เป็นกระบวนการที่มีวิวัฒนาการมาจากกระบวนการกลุ่ม แบบโนมินอล (Nominal Group Technique) และแบบเดลไฟ (Delphi) โดยเทคนิคกระบวนการ AIC ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อตอบสนองกระบวนการทัศน์ใหม่ในการทำงานทางด้านการพัฒนา (New Development Paradigm) โดยมองว่าการพัฒนาสังคมเป็นเรื่องที่ยุ่งยาก และซับซ้อน ไม่ตรงไปตรงมาเหมือนการพัฒนาทางด้านวัตถุ กระบวนการ AIC จะดึงบุคคลที่หลากหลาย และจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องมาร่วมกัน เพื่อแก้ไขปัญหาในภาพรวม โดยไม่เป็นปฏิปักษ์ต่อกัน และเน้นการคิดในเชิงบวกเป็นสำคัญ

สรุปได้ว่า เทคนิคกระบวนการ AIC เป็นกระบวนการเรียนรู้ โดยเปิดโอกาสให้สมาชิก ได้มีการสื่อสารแลกเปลี่ยนประสบการณ์ มีการระดมสมองในเชิงสร้างสรรค์ ซึ่งทำให้เกิดความเข้าใจในปัญหา วิเคราะห์ทางเลือก เพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาและพัฒนา มีการตัดสินใจร่วมกันและทำกิจกรรมตามแผนที่วางไว้ เป็นการทำงานร่วมกัน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีตามที่ตั้งไว้ และเกิดการพัฒนายั่งยืนต่อไป

2.3.2 แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation)

การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง กระบวนการที่ชุมชนเข้าไปมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการจัดตั้งและการวางแผน การดำเนินงาน การรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากกิจกรรมที่จัดทำขึ้นและการประเมินผลการดำเนินงานของกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนมีความสำคัญในการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคม ทำให้ชุมชนสามารถแสดงศักยภาพที่มีอยู่และช่วยให้ได้แนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกับปัญหาของชุมชน นำไปสู่ความสามารถพึ่งตนเองของชุมชน โดยหลักสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชน คือ การที่ชุมชนมีอำนาจในการตัดสินใจในการดำเนินการกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองโดยสามารถใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนและแหล่งประโยชน์ต่างๆ นำมาแก้ไขปัญหาที่มีอยู่ในชุมชน (เฉลียว บุรีภักดี และคณะ, 2545 : 115) ดังนั้น การมีส่วนร่วมจึงจัดได้ว่าเป็นกระบวนการสำคัญในการพัฒนาด้านต่างๆ ดังกล่าว อนึ่งแนวคิดการมีส่วนร่วมนั้น คือ การกระทำความร่วมมือกันของบุคคลในกระบวนการพัฒนา 2 ลักษณะ คือ

1. การมีส่วนร่วมเป็นมรรค หมายถึง การมีส่วนร่วมเป็นมรรควิธีของการนำเอาทรัพยากรทางเศรษฐกิจและสังคมของประชาชนไปสู่เป้าหมายของการพัฒนาที่วางไว้ก่อนแล้ว
2. การมีส่วนร่วมเป็นเป้าประสงค์ หมายถึง เป้าประสงค์ที่ให้ประชาชนทำกิจกรรมร่วมกันเกิดความเชื่อมั่นในตนเองและมีความสามัคคีเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน จนทำให้เกิดการพึ่งตนเองได้ในที่สุด เป็นการรวมกลุ่มบุคคลที่มีความสามารถและมีศักยภาพในกระบวนการแก้ไขปัญหาและร่วมทำกิจกรรมซึ่งมีความสำคัญยิ่งกว่าผลลัพธ์ที่ได้จากการกระทำนั้น แม้โครงการจะสิ้นสุดลงแล้วก็ตาม แต่



การมีส่วนร่วมก็จะยังคงอยู่ตลอดไปทำให้ประชาชนได้รับประโยชน์อย่างถาวรและยั่งยืนการที่จะให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนา ซึ่งไม่ใช่เพียงแค่ความร่วมมือจากประชาชนเท่านั้น แต่การมุ่งหวังที่ก่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนนั้น ประชาชนจำเป็นต้องมีความรู้ มีความสามารถ มีศักยภาพในการที่จะดูแลสังคมของตนให้ดำรงอยู่ได้โดยพึ่งพาอำนาจ การขึ้นน้ำและการบังคับจากภายนอกชุมชนให้น้อยที่สุด

ในการดำเนินงานสร้างสุขภาพในชุมชนนั้น จะเห็นได้ว่ามีกลุ่มหลายๆ กลุ่มทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการที่อยู่ในชุมชนทุกกลุ่มมีความสำคัญ เพื่อก่อให้เกิดการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วม ซึ่งหมายถึงประชาชนเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการตัดสินใจในโครงการพัฒนาและร่วมดำเนินการแก้ไขปัญหาของชุมชน อันจะส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่นและความรู้สึกเป็นเจ้าของโครงการ เพื่อให้บรรลุการพึ่งตนเอง ของชุมชนอันเป็นเป้าประสงค์ของการพัฒนาอย่างแท้จริง

2.3.3 ลักษณะการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมอาจพิจารณาถึงการกระทำร่วมกันของบุคคลในกระบวนการพัฒนา

2 ลักษณะ ได้แก่ (อนงค์ พัฒนจักร, 2535: 38-39)

1. การมีส่วนร่วมเป็นมรรคหรือกลวิธีการพัฒนา (Participation Assassins) คือ การมีส่วนร่วมเป็นมรรควิธีหรือเป็นเครื่องมืออันจะนำไปสู่การบรรลุวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่กำหนดไว้ แนวคิดนี้จะเป็นการนำเอาทรัพยากรทางเศรษฐกิจและสังคมของประชาชนไม่ได้มีส่วนร่วมใน

2. การตั้งเป้าหมาย การมีส่วนร่วมเป็นเป้าหมายการพัฒนา (Participation Assigned) ซึ่งมุ่งเน้นกระบวนการของการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับชุมชน ทำให้ประชาชนมีกิจกรรมร่วมกัน เกิดความเชื่อมั่นในตนเองและมีความสามัคคีจนทำให้เกิดการพึ่งตนเองได้ในที่สุดเป็นการรวมกลุ่มบุคคลที่มีความสามารถและศักยภาพในกระบวนการแก้ไขปัญหาและร่วมทำกิจกรรม ซึ่งมีความสำคัญยิ่งกว่าผลลัพธ์ที่ได้จากการกระทำเพราะการมีส่วนร่วมจะยังคงอยู่ แม้โครงการจะสิ้นสุดลงทำให้เกิดประโยชน์อย่างถาวรและยั่งยืนต่อชุมชน ซึ่งการนำแนวคิดการมีส่วนร่วมมาใช้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนนั้นควรเป็นแนวคิดที่ 2 เนื่องจากต้องเป็นการร่วมมือกันระหว่างคนที่อยู่ในชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ เป็นการแก้ปัญหาอย่างครบวงจรที่ต้อง การให้เกิดประโยชน์อย่างถาวรและยั่งยืนต่อชุมชน ดังนั้น กิจกรรมสำคัญที่ต้องดำเนินการ ในการให้ชุมชนมีส่วนร่วมคือการผลักดันให้ชุมชนมีส่วนร่วมอย่างจริงจัง (Active Participation) และการดำเนินการแก้ปัญหาทางด้านสุขภาพชุมชนใน แนวคิดนี้มีหลักการสำคัญ ดังนี้

2.1 การมีส่วนร่วมเป็นวิธีในการได้มาซึ่งข้อมูลเกี่ยวกับสภาพท้องถิ่น ความต้องการ และเจตคติของประชาชน

2.2 ถ้าประชาชนมีส่วนร่วมในการคิดค้นปัญหาและแผนการพัฒนาแล้วจะทำให้ประชาชนยอมรับแผนงานโครงสร้างการพัฒนานั้นๆ แต่อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติการมีส่วนร่วมของชุมชนในการวางแผนการดำเนินงานและการประเมินผลเกิดขึ้นน้อยกว่า

2.3 หลักประชาธิปไตยพื้นฐานคือ การที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชน



ของตนเอง เนื่องจากการนำแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนไปใช้กันอย่างหลากหลายจึงทำให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของชุมชนแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับว่าใครเป็นคนนิยาม และเพื่อวัตถุประสงค์อะไร แต่โดยหลักสำคัญแล้ว การมีส่วนร่วม หมายถึง การมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการตัดสินใจในการดำเนินโครงการ ในการรับผลประโยชน์และในการประเมินผลโครงการสำหรับทางด้านสุขภาพแล้ว โดยสรุปแล้วลักษณะการมีส่วนร่วมของชุมชนประกอบไปด้วยหลักสำคัญ 3 ประการ คือ

2.3.1. ชุมชนจะมีส่วนเกี่ยวข้องในการตัดสินใจว่า ควรทำอะไร และทำอย่างไร

2.3.2. ชุมชนจะต้องให้ความร่วมมือในการตัดสินใจว่า ควรทำอะไร และทำอย่างไร

2.3.3. ชุมชนพึงได้รับประโยชน์จากการมีส่วนร่วมนั้น คือ จะสนองความจำเป็นพื้นฐานของชุมชนนั่นเอง

เจมส์ คี บันทอง (2539: 11-13) ได้กำหนดลักษณะการมีส่วนร่วมของประชาชน ดังนี้

1. ร่วมคิดวางแผน (Planning Participation) โดยร่วมวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา ช่วยจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ร่วมเสนอแนวทางแก้ไขปัญหา ร่วมกันกำหนดความต้องการของชุมชน ร่วมตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมและร่วมเสนอแผนงานโครงการหรือกิจกรรม

2. ร่วมดำเนินการ (Implementation Participation) โดยการติดตามการรายงานและสรุปผลการดำเนินงานหรือสนับสนุนให้กำลังใจ ร่วมสนับสนุนทรัพยากร ร่วมบริหาร

3. ร่วมประเมินผล (Evaluation Participation) โดยการติดตามการดำเนินงาน

2.3.4 ความสำคัญของกระบวนการ AIC

ธีระพงษ์ แก้วหาญ (2543) ได้สรุปความสำคัญของเทคนิคกระบวนการ AIC จากประสบการณ์ในการนำเอาเทคนิคกระบวนการ AIC ไปใช้ในการพัฒนา ดังนี้

1. เทคนิคกระบวนการ AIC ช่วยให้ประชาชน และกลุ่มองค์กรต่างๆ ทั้งใน และนอกชุมชนที่เข้ามามีส่วนร่วม มีความกระตือรือร้นในการเข้าร่วมพัฒนาชุมชนท้องถิ่นมากขึ้น

2. เทคนิคกระบวนการ AIC เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้แทนกลุ่มต่างๆ ประชาชน โดยเฉพาะผู้รู้ กลุ่มคนจน ผู้ด้อยโอกาส ผู้หญิง และเยาวชน เข้ามามีบทบาทในการร่วมคิด กำหนดแนวทางการพัฒนา และการจัดสรรทรัพยากร การมีส่วนร่วมในกิจกรรม และการเสริมสร้างความเข้าใจซึ่งกันและกัน เป็นการรวมพลังเชิงสร้างสรรค์

3. ประชาชน กลุ่มองค์กรต่างๆ มีความรู้สึกเป็นทั้งเจ้าของกิจกรรมโครงการ ผลของการพัฒนา และความเป็นเจ้าของ ทำให้เกิดความมีพลัง รู้ถึงศักยภาพในการพึ่งพาตนเอง

4. องค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐ และเอกชน เรียนรู้ที่จะร่วมมือกันในการพัฒนาอย่างประสานสอดคล้อง



2.3.5 ขั้นตอนการระดมความคิดตามเทคนิคกระบวนการ AIC (ธีระพงษ์ แก้วหาวงษ์, 2543)
เทคนิคกระบวนการ AIC มีขั้นตอนที่สำคัญ 3 ขั้นตอน ดังนี้

2.3.5.1. เป็นขั้นตอนการสร้างความรู้ความเข้าใจในสภาพของหมู่บ้าน (Appreciation; A) เป็นขั้นตอนที่สร้างการรับรู้ การเรียนรู้ และการแลกเปลี่ยนข้อมูลข้อเท็จจริงจากมุมมองความคิดเห็น และประสบการณ์ของบุคคลต่างๆ ที่เข้าร่วมประชุม วัตถุประสงค์ในขั้นตอนนี้เน้นการสร้างการยอมรับ และความเข้าใจ โดยเปิดโอกาสให้ทุกคนสามารถแสดงความคิดเห็น และรับฟังความคิดเห็น พร้อมทั้งหาข้อสรุปที่ทุกคนเข้าใจ และยอมรับร่วมกันอย่างเป็นประชาธิปไตย หัวใจของการเปิดโอกาสให้มีการสื่อสารระหว่างผู้เข้าร่วมประชุมอย่างเสรี จะช่วยให้บุคคลมีความเข้าใจสถานการณ์มากขึ้น ซึ่งจะทำให้เกิดการปรับทัศนคติ และเจตคติ (Paradigm Shift) และจุดเด่นของขั้นตอนอยู่ที่การสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร เปิดโอกาสให้มีการแสดงความคิดเห็น ความรู้สึกโดยไม่มีการวิพากษ์ หรือการต่อต้าน สำหรับการประชุมในขั้น Appreciation แบ่งเป็น 2 ช่วง คือ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ของหมู่บ้านในปัจจุบัน (A1) และ 2) การกำหนดอนาคตของหมู่บ้านว่าต้องการให้เกิดการพัฒนาไปในทิศทางใด (A2)

2.3.5.2. ขั้นตอนการสร้างแนวทางพัฒนา (Influence; I) เป็นขั้นตอนที่สมาชิกได้มีโอกาสคิดแนวทางในการพัฒนาร่วมกัน โดยสมาชิกทุกคนจะร่วมกันคิดหาวิธีการหรือโครงการ/กิจกรรมที่จะนำไปสู่ความสำเร็จ และบรรลุเป้าหมายตามที่ตั้งไว้ในช่วง (A2) ในการกำหนดโครงการ/กิจกรรมของผู้เข้าร่วมระดมความคิดทั้งหมดจะต้องช่วยกันคิดวิเคราะห์ร่วมกันว่าโครงการ/กิจกรรมใดบ้างที่มีความสำคัญเหมาะสม และเป็นประโยชน์ต่อชุมชนมากที่สุด และที่สำคัญต้องเป็นโครงการ/กิจกรรมที่เป็นที่ยอมรับของบุคคลที่เกี่ยวข้องในชุมชนด้วย การประชุมแบ่งออกเป็น 2 ช่วง คือ 1) การคิดโครงการ/กิจกรรมที่จะให้บรรลุวัตถุประสงค์ (I2) 2) การคัดเลือกและจัดลำดับความสำคัญของโครงการ/กิจกรรม (I2) โดยแยกออกเป็น 3 ประเภทคือ 1)โครงการ/กิจกรรมที่หมู่บ้านหรือชุมชนทำได้เอง 2) โครงการ/กิจกรรมที่บางส่วนต้องการความร่วมมือ หรือสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานที่ร่วมทำงานสนับสนุนอยู่ 3) โครงการ/กิจกรรมที่หมู่บ้านหรือชุมชนไม่สามารถดำเนินการได้เองต้องขอความร่วมมือจากภาครัฐหรือเอกชน (ปาริชาติ วลัยเสถียร และคณะ, 2543)

2.3.5.3. ขั้นตอนการสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control; C) เป็นการนำเอาแนวคิดในการพัฒนามาวางแผนปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมโดยการนำเอาโครงการ/กิจกรรมต่างๆ ที่ได้ร่วมตกลง และยอมรับมากำหนดเป็นแผนปฏิบัติอย่างละเอียดเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ และจัดกลุ่มผู้ดำเนินงานซึ่งจะรับผิดชอบต่อโครงการ/กิจกรรม ขั้นตอนนี้แบ่งออกเป็น 2 ช่วง ได้แก่ 1) การแบ่งกลุ่มรับผิดชอบ (C1) 2) การตกลงรายละเอียดในการดำเนินงาน (C2) นอกจากนี้ผลลัพธ์ที่ได้จากการประชุม คือ

1. รายชื่อกิจกรรม หรือโครงการที่กลุ่มองค์กรชุมชนดำเนินการได้เองภายใต้ความรับผิดชอบและเป็นแผนปฏิบัติการของหมู่บ้านชุมชน
2. กิจกรรมโครงการของชุมชนหรือองค์กรชุมชนเสนอขอรับการส่งเสริมสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานภาครัฐที่ทำงานหรือสนับสนุน



3. รายชื่อกิจกรรมโครงการ ที่ชาวบ้านต้องแสวงหาทรัพยากร และประสานความร่วมมือ จากภาคีความร่วมมือต่างๆ ทั้งจากภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชน

2.3.6 ปัจจัยที่สำคัญที่จะช่วยให้เทคนิคกระบวนการ AIC ประสบความสำเร็จได้

ธีระพงษ์ แก้วหาญ (2543) ได้อธิบายว่าปัจจัยที่สำคัญที่จะช่วยให้เทคนิคกระบวนการ AIC ประสบความสำเร็จ มีดังนี้

1. การจัดประชุมตามเทคนิคกระบวนการ AIC นี้ “เน้นความเป็นกระบวนการ” จะดำเนินการข้ามขั้นตอน หรือสลับขั้นตอนไม่ได้ เน้นการระดมความคิด และสร้างการยอมรับซึ่งกันและกัน ให้มีความสำคัญกับการตัดสินใจในการกำหนดอนาคตร่วมกัน และเน้นการสร้างพลังความคิด วิเคราะห์ และเสนอทางเลือกในการพัฒนา และพลังความรัก ความเอื้ออาทร การสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร อันเป็นพลังเชิงสร้างสรรค์ในการพัฒนา

2. การศึกษาและการเตรียมชุมชน

2.1 การศึกษาชุมชนเพื่อให้เข้าใจสภาพการณ์ของหมู่บ้าน/ชุมชนหรือตำบล ความสัมพันธ์ของกลุ่มต่างๆ การทราบความสามารถ ศักยภาพของกลุ่มสภาพการพึ่งตนเอง เป็นต้น เพื่อให้ได้ข้อมูลเพียงพอ และเป็นข้อเท็จจริงในการกำหนดอนาคต ทางเลือกรวมทั้งกลวิธีที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหา และการประสานความร่วมมือ

2.2 การเตรียมชุมชนเพื่อทำให้กลุ่มต่างๆ ภายในชุมชน และประชาชนเข้าใจแล้ว ส่งผู้แทนที่มีอำนาจในการตัดสินใจของกลุ่ม เข้าร่วมประชุม รวมทั้งมีการพิจารณาเพื่อกระจายโอกาสให้กลุ่มต่างๆ ในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม เช่น กลุ่มสตรี เด็ก คนจน ผู้ประสบปัญหาต่างๆ เป็นต้น

2.3 วิทยากรกระบวนการ ที่เข้าใจขั้นตอนของเทคนิคกระบวนการ AIC มีประสบการณ์ ความรู้ ในเรื่องที่เกี่ยวข้องในการประชุม มีไหวพริบในการแก้ไขปัญหาสถานการณ์เฉพาะหน้า สามารถไกล่เกลี่ย หรือมีวิธีการในการจัดการกับความขัดแย้งที่เหมาะสม ในกรณีที่อาจเกิดขึ้นโดยสามารถทำหน้าที่

2.3.1 เตรียมชุมชน เตรียมการประชุม ดำเนินการประชุม และสรุป

2.2.2 สร้างบรรยากาศในการประชุมเพื่อคลายความตึงเครียดของผู้ร่วมประชุม

2.2.3. ควบคุมขั้นตอน และใช้เวลาในการดำเนินการประชุมให้เป็นไปตามกระบวนการ AIC ที่วางแผนไว้

2.2.4 การสรุปความเห็นที่แท้จริงของผู้ประชุม โดยไม่สอดแทรกความคิดเห็น หรือทัศนคติของตนเองลงไป

2.2.5 ในกรณีที่มีข้อถกเถียงระหว่างผู้ร่วมประชุม ซึ่งเกิดความต้องการปกป้องผลประโยชน์ของตนเอง ผู้นำการประชุมต้องทำหน้าที่ไกล่เกลี่ยและหาข้อยุติให้ได้



2.2.6 วิเคราะห์ และสังเกตบรรยากาศในการประชุม สำหรับจำนวนผู้จัดการประชุมอาจมีเพียงคนเดียวก็ได้ เป็นผู้นำการประชุม ซึ่งอาจมีข้อดีคือกระบวนการประชุมจะเป็นเอกภาพมากกว่า แต่หากไม่มั่นใจในการดูแลบรรยากาศการประชุม น่าจะจัดคณะมาช่วยกันโดยแบ่งหน้าที่เป็น

- 1) ผู้จัดการประชุม ดูแลอำนวยความสะดวกต่างๆไป ได้แก่ การลงทะเบียนอาหาร และเครื่องดื่ม เป็นต้น
- 2) ผู้นำการประชุม
- 3) ผู้จัดการกิจกรรม เกมสละลายพฤติกรรม การสร้างบรรยากาศเพื่อการละลายพฤติกรรมคลายเครียด และการนำเข้าสู่ขั้นตอนแต่ละขั้นตอน
- 4) ผู้เตรียมวัสดุ อุปกรณ์ ทั้งนี้คณะผู้จัดประชุมจะต้องทำความเข้าใจในขั้นตอนและวิธีการให้ตรงกันและสอดคล้องกัน

สรุปได้ว่า หัวใจของเทคนิคกระบวนการ AIC คือ การระดมความคิด และสร้างการยอมรับซึ่งกันและกันของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ให้ความสำคัญกับการตัดสินใจ ในการกำหนดอนาคตร่วมกัน และเน้นการสร้างพลังความคิด วิเคราะห์ และเสนอทางเลือกในการพัฒนา ฉะนั้น วิทยาการกระบวนการจะต้องทำการ ศึกษา และการเตรียมชุมชนก่อนดำเนินการมาเป็นอย่างดี รวมทั้งต้องมีประสบการณ์ ความรู้ในเรื่องที่เกี่ยวข้องในการประชุม มีไหวพริบในการแก้ไขสถานการณ์เฉพาะหน้าที่เหมาะสม จึงจะสามารถดำเนินการตามขั้นตอนได้อย่างถูกต้อง

2.4 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

2.4.1. ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) หมายถึง การวิจัยประเภทหนึ่ง ซึ่งใช้กระบวนการการปฏิบัติอย่างมีระบบ ผู้วิจัยและผู้เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการปฏิบัติและวิเคราะห์วิจารณ์ผลการปฏิบัติการ 4 ขั้น คือ การวางแผน การลงมือปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผลการปฏิบัติการ ดำเนินการต่อเนื่องไปจนกว่าจะได้ข้อสรุปที่แก้ไขได้จริง หรือพัฒนาสภาพการณ์ของสิ่งที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บุญชม ศรีสะอาด (2543) ได้อธิบายว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เป็นการวิจัยเพื่อนำผลมาใช้แก้ปัญหาอย่างรีบด่วนหรือปรับปรุงการปฏิบัติงาน นอกจากนั้นสุวิมล ร่องวานิช (2544) ได้เสนอขั้นตอนของ Freeman (1998) เกี่ยวกับการวิจัยปฏิบัติการเป็น 6 ขั้นตอน ดังนี้

- ขั้นตอนที่ 1 เป็นการตั้งข้อสงสัยเกี่ยวกับสภาพที่เกิดขึ้น
- ขั้นตอนที่ 2 เป็นการกำหนดปัญหาวิจัยหรือคำถามวิจัยที่มีความเฉพาะเจาะจงมากขึ้น
- ขั้นตอนที่ 3 เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูล
- ขั้นตอนที่ 4 เป็นการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อตอบคำถาม



ขั้นตอนที่ 5 เป็นการทำความเข้าใจกับสิ่งที่เกิดขึ้น

ขั้นตอนที่ 6 เป็นการนำข้อค้นพบเผยแพร่ให้ผู้เกี่ยวข้องทราบไปใช้ประโยชน์

การวิจัยเชิงปฏิบัติการมีลักษณะที่คล้ายคลึงกันและมีกระบวนการดำเนินการวิจัยที่คล้ายกับหลักการวิจัยทั่วไป คือ มีการกำหนดปัญหา การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลการเสนอผลการวิจัย ส่วนที่แตกต่างออกไปอย่างชัดเจน คือ การสะท้อนผลเพื่อให้เกิดการวิพากษ์และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ นอกจากนี้ สุวิมล ว่องวานิช (2544) ได้อธิบายถึงกระบวนการทำงาน PAOR ดังนี้ PAOR เป็นกระบวนการทำงานที่เป็นวงจร ตามแนวคิดของ Kemmis (1988) ที่ 4 ขั้นตอน คือ

- 1) การวางแผน (Plan) การวางแผนหลังจากที่วิเคราะห์และกำหนดประเด็นปัญหาที่ต้องการการแก้ไข
- 2) การปฏิบัติ (Action) การปฏิบัติตามแผนที่กำหนด
- 3) การสังเกต (Observe) การสังเกตผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน
- 4) การสะท้อนผล (Reflect) สะท้อนผลการปฏิบัติงาน ให้ผู้มีส่วนร่วมได้วิพากษ์วิจารณ์ซึ่งนำไปสู่การปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติงานต่อไป

2.4.2 จุดมุ่งหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

จุดมุ่งหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพของการปฏิบัติงานประจำให้ดีขึ้น โดยนำเอางานที่ปฏิบัติอยู่มาวิเคราะห์สภาพปัญหา อันเป็นเหตุให้งานนั้นไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร จากนั้นใช้แนวทางทฤษฎีและประสบการณ์การปฏิบัติงานที่ผ่านมาเสาะหาข้อมูลและวิธีการที่คาดว่าจะแก้ปัญหาดังกล่าวได้แล้วนำวิธีการดังกล่าวไปทดลองใช้กับกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้น

2.4.3 กรอบแสดงลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

กรอบแสดงลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มี 4 ลักษณะ ดังนี้

1. เป็นการวิจัยแบบมีส่วนร่วมและร่วมมือ (Participation and Collaboration) ใช้การทำงานเป็นกลุ่ม ผู้ร่วมวิจัยทุกคนมีความสำคัญและมีบทบาทเท่าเทียมกันในทุกกระบวนการของการวิจัย ทั้งการเสนอความคิดเห็นเชิงทฤษฎีและการปฏิบัติ ตลอดจนการวางแผนการวิจัย
2. เน้นการปฏิบัติ (Action Orientation) การวิจัยชนิดนี้ใช้การวิจัยปฏิบัติการเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและศึกษาผลการปฏิบัติเพื่อมุ่งให้เกิดการพัฒนา
3. ใช้วิเคราะห์วิจารณ์ (Critical Function) วิเคราะห์การปฏิบัติการอย่างลึกซึ้งจากสิ่งที่ยังสงสัยจะนำไปสู่การตัดสินใจที่สมเหตุสมผล เพื่อปรับปรุงแผนการปฏิบัติการ
4. ใช้วงจรการปฏิบัติการ (The Action Research Spiral) ตามแนวคิดของ Kemmis และ Mc Taggart (1988) คือ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observe) การสะท้อนผล (Reflect) ตลอดจนการปรับปรุงแผน (Re-planning) เพื่อไปปฏิบัติในวงจรต่อไปจนกว่าจะได้รูปแบบของการปฏิบัติงานที่พึงพอใจและได้ข้อเสนอเชิงทฤษฎีเพื่อเผยแพร่ต่อไป



2.4.4. กระบวนการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

กระบวนการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีขั้นตอนสำคัญๆ ในการดำเนินการดังนี้

1. การจำแนกหรือพิจารณาปัญหาที่ประสงค์จะศึกษา ผู้วิจัยและกลุ่มที่ทำการวิจัย จะต้องศึกษารายละเอียดของปัญหาที่จะศึกษาอย่างชัดเจน ปัญหาที่เกิดขึ้นในห้องเรียนซึ่งจะทำการวิจัยเชิงปฏิบัติจะต้องมีทฤษฎีรองรับในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้น การวิเคราะห์สภาพปัญหาควรพิจารณาให้ครบ 4 องค์ประกอบต่อไปนี้ คือ ปัญหาที่เกี่ยวกับครู นักเรียน เนื้อหาวิชา และสภาพแวดล้อม

2. เลือกปัญหาสำคัญที่เป็นสาระควรแก่การศึกษาวิจัย เลือกโดยอาศัยทฤษฎีมาร่วมพิจารณาลักษณะปัญหา แล้วสร้างวัตถุประสงค์ของการวิจัย ตลอดจนจะต้องสร้างสมมติฐานของการวิจัย ในรูปแบบของข้อความที่ต้องการประเมินที่แสดงความสัมพันธ์ปัญหาหลักกับการหรือทฤษฎีพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้น

3. เลือกเครื่องมือดำเนินการวิจัย ที่จะช่วยให้ได้คำตอบปัญหาตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ เครื่องมือที่ใช้มี 2 ลักษณะ คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองปฏิบัติหรือฝึกหัดตามวิธีการและเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการปฏิบัติ

4. บันทึกเหตุการณ์อย่างละเอียดในแต่ละขั้นตอนของการวิจัย ทั้งส่วนที่เป็นความก้าวหน้าและเป็นอุปสรรคตามวงจรของการปฏิบัติ คือ ในขั้นตอนของการวางแผนปฏิบัติการสังเกต และการสะท้อนผลการปฏิบัติการ เก็บสะสมเป็นข้อแล้วบันทึกไว้ใช้ในการปรับปรุงตามวงจรการปฏิบัติการต่อไป และเพื่อเป็นการรวบรวมข้อมูลวิเคราะห์หาคำตอบตามสมมติฐาน

5. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้านต่างๆ ของข้อมูลที่รวบรวมไว้ ซึ่งส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การตรวจสอบรายละเอียดของข้อมูลเพื่อให้แน่ใจในความถูกต้องแสดงรายละเอียด อธิบายสถานการณ์ จัดหมวดหมู่ และแยกประเภทของกลุ่มข้อมูลตามหัวข้อที่เหมาะสม เปรียบเทียบข้อแตกต่างและคล้ายคลึงของข้อมูล

6. ตรวจสอบข้อมูลของกลุ่มผู้วิจัย ได้พิจารณาไว้แล้วอีกครั้งหนึ่ง เพื่อสรุปหาคำตอบที่เป็นสาเหตุและวิธีการแก้ปัญหานั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ และก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด โดยสรุปประมวลเป็นหลักการ (Principle) รูปแบบ (Model) ของการปฏิบัติหรือเสนอเชิงทฤษฎี (Proposition) หรือทฤษฎี (Theory) ทั้งนี้ต้องอาศัยหลักตรรกวิทยา โดยวิธีอุปมานและความรู้เชิงทฤษฎีด้วย

2.4.5 ขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

กระบวนการวิจัยนี้ เมื่อกล่าวในเชิงการนำไปใช้เพื่อพัฒนาและปรับปรุงการปฏิบัติงาน มีวิธีดำเนินการตามวงจรของการวิจัย ดังนี้

1. ขั้นวางแผน (Planning) เริ่มต้นด้วยการสำรวจปัญหาร่วมกัน เพื่อให้ปัญหาที่สำคัญที่ต้องการให้แก้ไขตลอดจนการแยกรายละเอียดของปัญหานั้นเกี่ยวกับลักษณะของปัญหาเกี่ยวกับใคร มีแนวทางในการแก้ไขอย่างไร และจะต้องปฏิบัติอย่างไร



2. ขั้นปฏิบัติ (Action) เป็นการนำแนวความคิดที่กำหนดเป็นกิจกรรมในชั้นการวางแผนมาดำเนินการ โดยการวิเคราะห์วิจารณ์ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นร่วมกันของทีมงานประกอบไปด้วย เพื่อทำการแก้ไขปรับปรุงแผน ฉะนั้นแผนที่กำหนดควรจะมีที่ยืดหยุ่นปรับได้

3. ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นด้วยความรอบคอบ ซึ่งอาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งที่คาดหวังและไม่คาดหวัง โดยอาศัยเครื่องมือการเก็บข้อมูลเข้ามาช่วย

4. ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติการ (Reflection) เป็นขั้นตอนสุดท้ายของวงจรการทำงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ การประเมินหรือตรวจสอบกระบวนการการแก้ปัญหา หรือสิ่งที่ป็นข้อจำกัดที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติการ ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มผู้เกี่ยวข้องจะต้องตรวจสอบปัญหาที่เกิดขึ้นในแง่มุมต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กับสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อม โดยผ่านการถกอภิปรายปัญหา การประเมิน โดยกลุ่มจะทำให้ได้แนวทางของการพัฒนาขั้นตอนการดำเนินการกิจกรรม และเป็นพื้นฐานข้อมูลที่จะนำไปสู่การปรับปรุงและวางแผนการปฏิบัติต่อไป

2.4.6 รูปหลักการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

หลักการสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ต้องตระหนักอยู่เสมอ คือ กลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องมีความสำคัญต่อกระบวนการดำเนินการวิจัย นั่นคือ การวิจัยชนิดนี้ไม่ควรจะทำตามลำพังและควรใช้วงจรของกระบวนการวิจัยซึ่งประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตและการสะท้อนผลการปฏิบัติ เพื่อนำมาปรับปรุงแผนงาน แล้วดำเนินการที่ปรับปรุงใหม่ซึ่งมีวงจร 4 ขั้นตอน ดังกล่าวจะมีลักษณะการดำเนินการเป็นบันไดเวียน (Spiral) กระทำซ้ำตามวงจรจนกว่าจะได้รับผลการปฏิบัติตามจุดหมาย การวิจัยเชิงปฏิบัติการอาจเริ่มด้วย โดยครู นักเรียนหรือนักศึกษา แล้วปฏิบัติการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางพัฒนาขึ้น โดยรับฟังความคิดเห็นผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ คือ ครู นักเรียน ผู้ปกครอง ผู้บริหาร หรือสังคมภายนอก บันทึกผลการปฏิบัติการที่ขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ขึ้นที่สำคัญ นั่นคือ

1. บันทึกผลของการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมและการปฏิบัติ
2. บันทึกผลการเปลี่ยนแปลงการใช้ภาษาและการสื่อสารในห้องเรียนหรือหน่วยงาน และบุคคลที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่ต้องแก้ไข
3. บันทึกผลการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพทางสังคมและการจัดระบบองค์กรที่ลดอุปสรรคต่อการฝึกปฏิบัติ
4. บันทึกผลของการพัฒนาการที่เป็นข้อค้นพบที่สำคัญของการวิจัย

แบบวงจรการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (1988) เป็นแบบที่แสดงขั้นตอนหลักของกระบวนการแสวงหาความรู้ด้วยการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยมีรากฐานการพัฒนามาจากแนวคิดของ Kurt Lewin โดยเฉพาะการประยุกต์ในเรื่องการกระทำกิจกรรมหลัก (Core Activities) ได้จำแนกกิจกรรมการวิจัยเชิงปฏิบัติการออกเป็น 4 ขั้นตอนหลักคือ การ



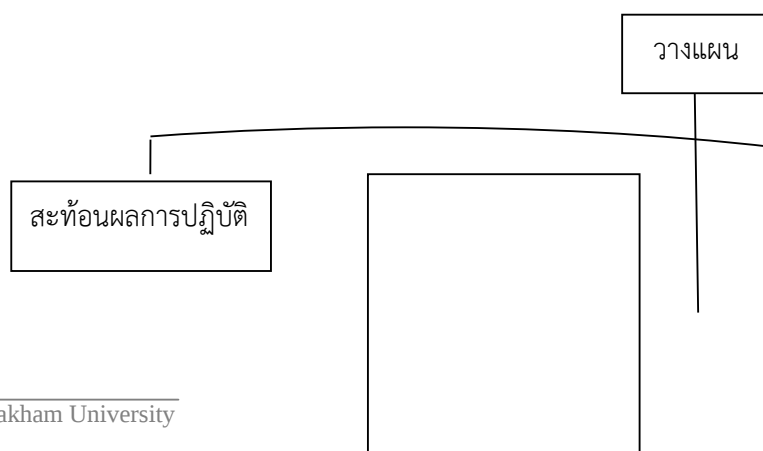
วางแผน (Planning), การลงมือปฏิบัติ (Action), การสังเกตผลการปฏิบัติงาน (Observation), การสะท้อนกลับการปฏิบัติงาน (Reflection) (องอาจ นัยพัฒน์, 2554)

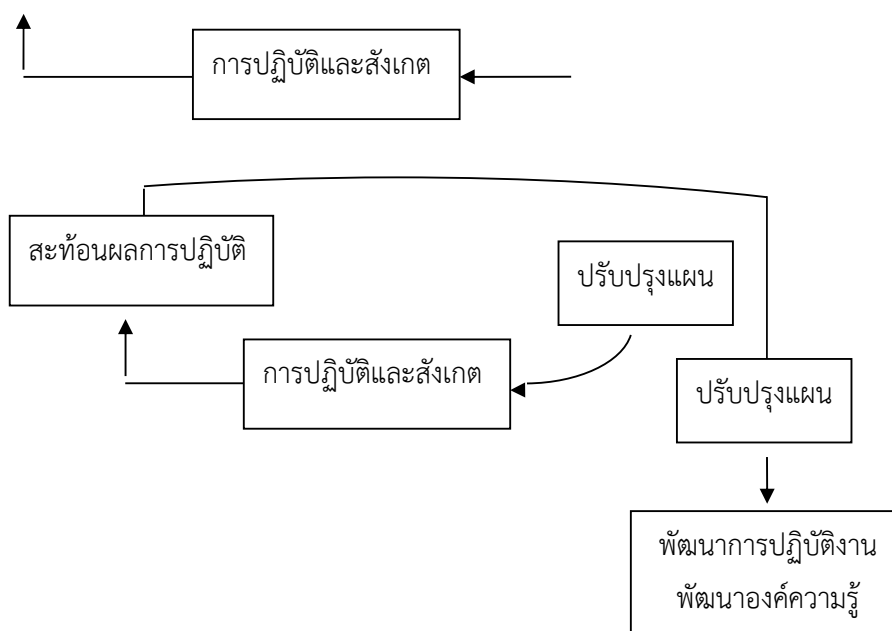
การวางแผน (Planning) เป็นการกำหนดแนวทางปฏิบัติการไว้ก่อนล่วงหน้า โดยอาศัยการคาดคะเนแนวโน้มของผลลัพธ์ที่คาดว่าจะอาจเกิดขึ้นจากการลงมือปฏิบัติการตามแผนที่วางไว้ กอปรกับการระลึกถึงเหตุการณ์หรือเรื่องราวในอดีตที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขตามประสบการณ์ทางตรงและทางอ้อมของผู้วางแผน ภายใต้การตระหนักและไตร่ตรองถึงปัจจัยสนับสนุนหรือขัดขวางความสำเร็จในการแก้ไขปัญหา รวมทั้งสถานการณ์อันเป็นเงื่อนไขอื่นๆที่แวดล้อมปัญหาอยู่ในเวลานั้น

การปฏิบัติการ (Action) เป็นการลงมือดำเนินงานตามแผนที่กำหนดไว้อย่างระมัดระวัง และควบคุมการปฏิบัติการให้เป็นไปตามที่ระบุในแผน อย่างไรก็ตาม ในความเป็นจริงการปฏิบัติการตามแผนที่กำหนดไว้มีโอกาสเกิดการพลิกผันหรือแปรเปลี่ยนไปตามเงื่อนไขและข้อจำกัดในสถานการณ์เวลานั้นได้ด้วยเหตุผลนี้แผนปฏิบัติการที่ดีจะต้องมีลักษณะเป็นเพียงแผนทดลองหรือแผนชั่วคราว ซึ่งเปิดช่องทางให้ผู้ปฏิบัติสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามเงื่อนไขปัจจัยที่เป็นอยู่ขณะนั้น

การสังเกตการณ์ (Observation) เป็นการรวบรวมข้อมูลหลักฐานด้านกระบวนการและผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานที่ได้ลงมือกระทำลงไป ตลอดจนสังเกตการณ์ปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยขัดขวางการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ และประเด็นปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นในระหว่างลงมือปฏิบัติ ตามแผนว่ามีสภาพลักษณะเป็นอย่างไร เพื่อจะได้ใช้เป็นแนวทางสำหรับการสะท้อนกลับกระบวนการและผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้นตามมา

การสะท้อนกลับ (Reflection) เป็นการทวนระลึกถึงการกระทำตามที่บันทึกข้อมูลไว้จากการสังเกตอย่างครุ่นคิดไตร่ตรองในเชิงวิพากษ์กระบวนการและผลการปฏิบัติงานตามแผนที่วางไว้ ตลอดจนการใคร่ครวญเกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยขัดขวางการพัฒนา รวมทั้งประเด็นปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นว่าเป็นไปตามที่พึงประสงค์หรือไม่ กลยุทธ์อย่างหนึ่งที่ช่วยให้กระบวนการสะท้อนกลับเกิดขึ้นอย่างได้ผล ได้แก่ การอภิปรายซักถามในลักษณะวิพากษ์วิจารณ์กระบวนการและผลการปฏิบัติงานระหว่างบุคคลที่มีส่วนร่วมในการวิจัยภายใต้การยึดมั่นต่อเป้าหมายของกลุ่มเป็นหลัก





ที่มา: Kemmis และ McTaggart (1988) อ้างถึงใน องอาจ นัยพัฒน์ (2554)

ภาพประกอบ 2.1 แผนภาพแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart

สรุปหลักการสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ได้ดังนี้

1. การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นความพยายามที่จะปรับปรุงการศึกษา โดยการเปลี่ยนแปลง (Changing) การศึกษานั้นและการเรียนรู้ลำดับขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงนั้น
2. การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นการทำงานของกลุ่ม (Participation) และการให้การศึกษาหรือร่วมมือกันทำงาน (Collaboration) ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโดยฝึกปฏิบัติตามแนวทางที่กลุ่มกำหนด
3. การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ใช้การสะท้อนการปฏิบัติ (Reflection) โดยการประเมินตรวจสอบในทุก ๆ ขั้นตอน เพื่อปรับปรุงฝึกหรือการปฏิบัติให้เป็นไปตามจุดมุ่งหมาย
4. การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่มีระบบ (Systematic Learning Process) โดยบุคคลที่เกี่ยวข้องนำความคิดเชิงนามธรรมมาสร้างเป็นข้อสมมติฐานทดลองฝึกปฏิบัติและประเมินผลการปฏิบัติ ซึ่งเป็นการทดลอง (Test) ว่าสมมติฐานของแนวความคิดนั้นถูกหรือผิด
5. การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เริ่มต้นจากจุดเล็ก ๆ (Start Small) อาจเริ่มจากบุคคล คนเดียวที่พยายามดำเนินการให้มีการเปลี่ยนแปลงหรือปรับปรุงบางสิ่งบางอย่างทางการศึกษาให้ดีขึ้นโดยขณะที่ปฏิบัติต้องปรึกษา รับฟังข้อคิดเห็นและอาศัยการร่วมมือปฏิบัติจากผู้เกี่ยวข้อง



6. การปรับปรุงและได้ผลสรุปที่สมเหตุสมผลในขณะเดียวกันสามารถนำปรากฏการณ์ที่ศึกษามาประมวลเป็นข้อเสนอเชิงทฤษฎี (Proposition) ได้จากการศึกษาการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เห็นว่าเป็นการวิจัยเพื่อนำผลการปฏิบัติงานมาใช้แก้ปัญหาหรือปรับปรุงการปฏิบัติงาน เพื่อพัฒนาหน่วยงานให้ประสบความสำเร็จอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ (ยาใจ พงษ์บริบูรณ์, 2537)

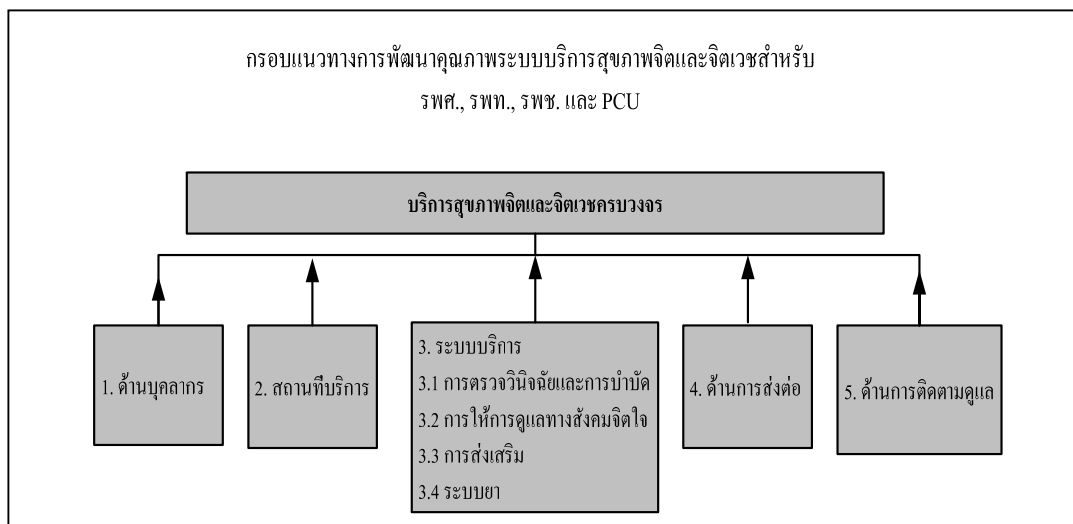
2.5 มาตรฐานระบบบริการของเภสัชกรรม

2.5.1 ระบบยา

ให้มีการจัดหาหรือดำเนินการบริหารจัดการด้วยแนวทางใดแนวทางหนึ่ง เพื่อให้ผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบได้รับการรักษาด้วยยาจิตเวชตามความจำเป็นอย่างต่อเนื่องมีระบบควบคุมความคลาดเคลื่อนทางยา การให้คำแนะนำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้ยาที่ถูกต้องเหมาะสมจากเภสัชกร จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง สามารถคุมอาการทางจิตเอาไว้ได้ ไม่เกิดอาการกลับเป็นซ้ำ และอยู่ในชุมชนได้นานขึ้น

- 1) มีการประเมินความต้องการ มีการบริหารจัดการให้เกิดการสำรองยาจิตเวชไว้บริการผู้ป่วยในเขตความรับผิดชอบ
- 2) มีระบบควบคุมการกระจายยา การจัดเก็บที่มีประสิทธิภาพ และติดตามความคลาดเคลื่อนจากการใช้ยาของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่มีคุณภาพ ถูกต้องและเหมาะสม โดยเฉพาะยาในกลุ่มเสี่ยง
- 3) เภสัชกรผู้รับผิดชอบมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาจิตเวช สามารถให้ข้อมูล/ให้คำแนะนำ/ให้คำปรึกษาการใช้ยาจิตเวชแก่ผู้ป่วย/ญาติ/บุคลากรอื่นๆได้ สามารถประเมินอาการ ADR สำคัญที่เกิดจากยาทางจิตเวชได้ สามารถวิเคราะห์ปัญหาด้านยา และวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยร่วมกับวิชาชีพอื่นๆ
- 4) มีการบันทึกประวัติการใช้ยาจิตเวชรวมถึงปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา หรือปัญหาอื่นๆที่เกี่ยวข้อง มีบันทึกแผนการดูแล และผลการติดตามดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย โดยบุคลากรอื่นๆที่เกี่ยวข้องสามารถเข้าถึงและนำข้อมูลไปใช้รักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องได้





ที่มา: แนวทางการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับ โรงพยาบาลศูนย์,
โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลชุมชน และ PCU (2553)

ภาพประกอบ 2.2 กรอบแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับ รพศ., รพท.,
รพช. และ PCU

2.5.2 หลักการจ่ายยาที่ดี

การจ่ายยาที่มีประสิทธิภาพ คือ ยาถูกต้อง จ่ายรวดเร็ว มีประสิทธิผลและไม่เกิดอันตรายจากการใช้ยา เภสัชกรมีหน้าที่ตามกฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพในอันที่จะช่วยให้ผู้ป่วยที่ต้องใช้ยาทราบถึงสาเหตุที่ต้องใช้ยา และทราบถึงข้อมูลที่สำคัญในการใช้ยาให้ได้ผลและปลอดภัย คือทราบวิธีใช้ การเก็บรักษา อาการข้างเคียงที่พบบ่อยและการหลีกเลี่ยง รวมทั้งต้องแน่ใจว่ายาที่ผู้ป่วยต้องใช้นั้นมีความจำเป็นและเหมาะสมในการรักษาภาวะผิดปกติในผู้ป่วยแต่ละราย

ประเด็นสำคัญของการรักษาด้วยยา คือ ต้องมีกระบวนการที่ช่วยให้ผู้ป่วยใช้ยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และประหยัด ซึ่งประเด็นดังกล่าวสอดคล้องกับพันธกิจของเภสัชกรซึ่งทำหน้าที่บริการผู้ใช้ยาหรือผู้ป่วย ในอันที่จะทำให้การใช้ยานั้นเพิ่มคุณภาพชีวิตแก่ผู้ป่วย มิให้เกิดความสิ้นเปลือง



โดยเปล่าประโยชน์หรือเกิดอันตรายแก่ผู้ใช้อย่างไม่สมควร รวมทั้งคำประกาศสิทธิของผู้ป่วยซึ่งแถลงร่วมกันโดยแพทยสภา, สภาการพยาบาล, สภาเภสัชกรรม, ทันตแพทยสภาและคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลป์ในปี 2540 (1) เภสัชกรจึงจำเป็นต้องพัฒนามาตรฐานวิชาชีพให้สามารถรองรับความจำเป็นดังกล่าว โดยข้อบังคับสภาเภสัชกรรมว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ.2540 (2) ซึ่งกำหนดขอบเขตการปฏิบัติงานของเภสัชกรผู้ประกอบวิชาชีพให้เกิดความชัดเจนนั้น ได้กำหนดเรื่องการจ่ายยาไว้ในข้อ 4 ในเรื่องการปรุงยาและจ่ายยาตามใบสั่งยาของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมหรือผู้ประกอบเภสัชกรรมบำบัดโรคสัตว์ และข้อ 5 การปรุงยาและการขายยาตามกฎหมายว่าด้วยยา

2.5.2.1 การจ่ายยา

การจ่ายยา หมายถึง กระบวนการประเมินการสั่งใช้ยาหรือประเมินความจำเป็นในการใช้ยาและคัดสรรยาตามหลักการวิชาชีพให้มีความครบถ้วนเหมาะสม โดยพิจารณาจากประวัติการเจ็บป่วย ผลการวินิจฉัยทางคลินิกที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนกฎหมายหรือระเบียบเพื่อดำเนินการเลือก, จัดเตรียมยา และอุปกรณ์จำเป็นอย่างถูกต้องเหมาะสม ส่งมอบแก่ผู้ป่วยแต่ละรายพร้อมคำแนะนำที่จะทำให้การใช้ยามีประสิทธิภาพ ปลอดภัยมากที่สุด

การจ่ายยาที่ดีจะต้องจัดการให้ผู้ที่มารับบริการได้รับบริการตามสิทธิอันพึงได้รับตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยและข้อบังคับสภาเภสัชกรรมเป็นอย่างน้อยการบริการเภสัชกรรมจะต้องมีเภสัชกรเป็นผู้รับผิดชอบการจ่ายยาตลอดเวลาให้มั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับบริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐานและสิทธิของผู้ป่วย โดยพิจารณาหลักปฏิบัติเบื้องต้นดังต่อไปนี้

2.5.2.2 หลักปฏิบัติเบื้องต้นในการจ่ายยา

1) เป้าหมายในการจ่ายยา ให้ผู้ป่วยได้รับยาที่สมควรหรือจำเป็นในการรักษา บรรเทาหรือป้องกันอาการ และสามารถใช้นั้นได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพ

2) หลักปฏิบัติในการจ่ายยาที่ดี

2.1) ในการจ่ายยาควรมีข้อมูลผู้รับบริการประกอบการจ่ายยา ได้แก่อายุ น้ำหนัก การวินิจฉัยหรืออาการที่พบ เพื่อให้เภสัชกรสามารถประเมินปัญหาเบื้องต้น เลือกยาหรือจัดยาและให้คำอธิบายความจำเป็นที่ต้องใช้ยา

2.2) การจ่ายยาทุกครั้ง ทุกขนาด เภสัชกรควรพิจารณาให้ผู้รับบริการสามารถใช้ได้อย่างเหมาะสมและสะดวกเป็นประการสำคัญ โดยพร้อมที่จะเตรียมยาในรูปแบบหรือความแรงที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยเมื่อไม่มียาในลักษณะนั้นจำหน่าย หรือให้บริการ

2.3) เภสัชกรมีหน้าที่: คือ คัดกรองปัญหาของการใช้ยา โดยการสั่งใช้ยาที่ระบุข้อมูลไม่ครบถ้วน เช่น การกำหนดขนาดหรือ ความแรงของยา, ระยะเวลาการใช้ หรือชื่อยาไม่ชัดเจน



การใช้ยาซ้ำซ้อน การใช้ยาที่อาจเกิดอันตรกิริยาที่มีนัยสำคัญ การใช้ยาที่ขัดกับกฎหมาย การใช้ยาโดยไม่มีความจำเป็น อันตรายจากการใช้ยา พร้อมทั้งให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาที่จ่ายแก่ผู้ป่วยทุกรายในประเด็นต่างๆ อย่างน้อยควรเป็นไปตามข้อบังคับของสภาเภสัชกรรมว่าด้วยการปรุงยาและจ่ายยาตามใบสั่งยา เน้นให้ความรู้เรื่องยาเพื่อป้องกันปัญหาจากการใช้ยา

2.5.2.3 ขั้นตอนในการจ่ายยา

ขั้นตอนที่ 1 ในกรณีที่มีใบสั่งยา คือ การรับใบสั่งยาและตรวจสอบความสมบูรณ์ของใบสั่งยา ข้อมูลส่วนประกอบของใบสั่งยา อย่างน้อยต้องประกอบด้วย

- 1) ชื่อและสถานที่ตั้งของสถานพยาบาล
- 2) ชื่อ นามสกุล อายุ และเลขที่ของผู้ป่วย
- 3) วันที่ที่สั่งใช้ยา
- 4) ชื่อยาและความแรงของยา รูปแบบของยา
- 5) จำนวนหรือปริมาณยาหรือระยะเวลาที่ต้องการสั่งให้ผู้ป่วยในครั้งนั้น
- 6) วิธีใช้ยา
- 7) ลายมือชื่อแพทย์ผู้สั่งใช้ยา และ/หรือ เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบความเหมาะสมของการสั่งใช้ยา เพื่อช่วยคัดกรองโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนดังต่อไปนี้ เป็นอย่างน้อย

- 1) ผู้ป่วยมีข้อห้ามใช้ยา เช่น แพ้ยา
- 2) ขนาดที่อยู่ในช่วงการรักษาตามอายุน้ำหนักของผู้ป่วย
- 3) ยาที่อาจซ้ำซ้อนโดยไม่เสริมฤทธิ์
- 4) ยาที่อาจเกิดอันตรกิริยาที่มีนัยสำคัญ

ขั้นตอนที่ 3 ในกรณีรับบริการจากเภสัชกรที่ร้านยา ต้องมีหลักเกณฑ์ในการประเมินอาการเบื้องต้นและคัดเลือดยาให้เหมาะสมกับผู้มารับบริการแต่ละราย

ขั้นตอนที่ 4 การจัดทำฉลากและจัดเตรียมยาอย่างมีคุณภาพ

- 1) ยาที่จ่ายต้องครบถ้วน มีฉลากถูกต้อง บรรจุในภาชนะที่เหมาะสมได้มาตรฐาน
- 2) ฉลากยาทุกขนานที่จ่ายควรพิมพ์ผ่านคอมพิวเตอร์หรือเครื่องพิมพ์อย่างน้อยต้องมีข้อมูลดังนี้ วันที่จ่ายยา เลขที่จ่ายยา หรือเลขที่ใบสั่งยา ชื่อผู้ป่วย ชื่อยา และความแรง และจำนวนวิธีใช้ยาที่ชัดเจน เข้าใจง่าย ฉลากช่วยคำแนะนำหรือคำเตือนที่จำเป็น ชื่อที่ตั้ง หมายเลขโทรศัพท์ของสถานที่จ่ายยา นอกจากนั้น ควรมีชื่อแพทย์ผู้สั่งใช้ยาและเภสัชกรผู้จ่ายยาเพื่อกรณีเกิดเหตุฉุกเฉินกับผู้ป่วย หรือเกิดความผิดพลาดที่เร่งด่วน

- 3) ตรวจสอบความถูกต้องของยาที่จัดเทียบกับคำสั่งใช้ยา

ขั้นตอนที่ 5 การจ่ายยาแก่ผู้ป่วย

เป็นหน้าที่ของเภสัชกรในการส่งมอบยาแก่ผู้ป่วยโดยมีเป้าหมายเพิ่มความ



สามารถในการใช้ยาตามสั่ง ลดความคลาดเคลื่อนในการใช้ยา และสืบทอดการไม่พึงประสงค์ที่อาจเป็นปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย โดยดำเนินการ

1) สำหรับผู้ป่วยที่เคยใช้ยาอยู่แล้ว คัดกรองปัญหา หรือย้ำความเข้าใจในเรื่องการไม่ใช้ยาตามสั่ง ความเข้าใจในวิธีใช้ที่ถูกต้อง และอาการข้างเคียงที่น่าจะเกิดแล้วรบกวนผู้ป่วยโดยอาจใช้เทคนิคให้ผู้ป่วยสาธิตและบอกเล่า (Show and Tell) มาประยุกต์

2) ผู้ป่วยได้รับยาครั้งแรก ต้องให้ข้อมูลจำเป็นอย่างน้อยตามข้อบังคับสภาเภสัชกรรม

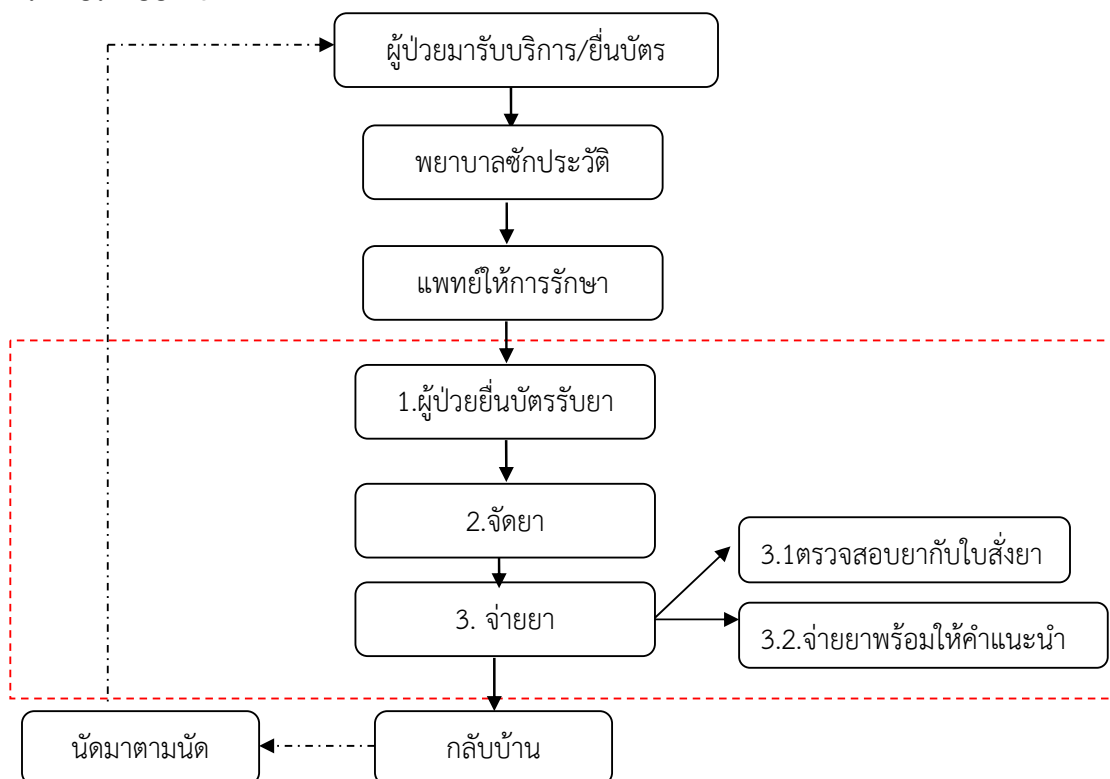
3) ตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์ของยาที่จะจ่ายแล้วส่งมอบแก่ผู้ป่วย

4) ให้ข้อมูลยาหรือบริการคำแนะนำปรึกษาด้านยา

5) ผู้ที่สมควรได้รับบริการจากแพทย์ต้องได้รับการส่งต่ออย่างเหมาะสม

2.5.3 การบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ ตำบลไทรน้อย อำเภอมะนัง จังหวัดอุบลราชธานี

งานบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก ฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ ได้มีการจัดตั้งคลินิกจิตเวช เพื่อให้บริการด้านยาแก่ผู้ป่วยจิตเภท โดยจุดเน้นให้มีการจัดหาหรือดำเนินการบริหารจัดการด้วยแนวทางใดแนวทางหนึ่ง เพื่อให้ผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบได้รับการรักษาด้วยยาจิตเภทตามความจำเป็นอย่างต่อเนื่อง มีระบบควบคุมความคลาดเคลื่อนทางยา การให้คำแนะนำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้ยาที่ถูกต้องเหมาะสมจากเภสัชกร ซึ่งการบริการผู้ป่วยจิตเภทรูปแบบเดิม ดังภาพประกอบ 2.3



ภาพประกอบ 2.3 ขั้นตอนการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภทแบบเดิม

2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.6.1 งานวิจัยในประเทศ

สุตริก พิละกันทา (2548) ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท แผนงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉินทางจิตเวช โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจระดับดี ต่อแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท

พรทิพย์ ธีรรัตน์ไชยเลิศ (2550) ได้ศึกษาการดูแลด้านยาในผู้ป่วยจิตเภท พบว่าจิตเภทเป็นโรคจิตเวชที่พบได้ทั่วไป ผู้ป่วยเกินกว่าครึ่งของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาเป็นผู้ป่วยจิตเภท การใช้ยาที่เหมาะสมมีความสำคัญในการจัดการโรคอย่างมีประสิทธิภาพ แต่การใช้นั้นก็อาจมีปัญหาจากการใช้ยาได้ อาจทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ ความเสี่ยงของปฏิกิริยาระหว่างยา ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา เภสัชกรซึ่งเป็นบุคลากรหนึ่งในทีมการรักษา จึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยด้านยา เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น ผลการวิจัยพบว่า เภสัชกรมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับทีมการรักษาหรือทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับผลลัพธ์การรักษาที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ชาญชัย ชัยสว่าง (2552) ได้ศึกษาการพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น อำเภอเฝ้าไร่ จังหวัดหนองคาย ผลการศึกษาพบว่า สภาพปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงาน ก่อนการพัฒนา ของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ได้แก่ ไม่ทราบบทบาทหน้าที่ ขาดความร่วมมือ ขาดการประสานงานการจัดประชุม และศึกษาดูงาน ทำให้คณะกรรมการมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ส่งผลให้ระดับความรู้ และการมีส่วนร่วมดีขึ้นก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

นพวรรณ ธีระพันธุ์เจริญ และคณะ (2553) ได้ศึกษาเรื่อง การวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุที่มีจิตอาสา ในชมรมผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ มีระดับคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 12.58 คะแนน หลังการอบรมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.00 คะแนน

ศักรินทร์ ทองภูธรณ์ (2553) ซึ่งดำเนินการศึกษาประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมในการพัฒนามาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม พบว่าโปรแกรม



การมีส่วนร่วมโดยการนำเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วมของสถาบันพระปกเกล้ามาประยุกต์ใช้ทำให้ระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนามาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน ในด้านการร่วมให้ข้อมูลข่าวสาร ด้านการร่วมปรึกษาหารือ ด้านการร่วมวางแผนและตัดสินใจ ด้านการร่วมดำเนินการ และด้านการร่วมประเมินผลมีระดับการมีส่วนร่วมสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ศิวรา หนูรอด (2553) ที่ได้ศึกษา ความต้องการพัฒนางานเภสัชกรรม ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร พบว่า การจัดอัตรากำลังควรพิจารณาตามความเหมาะสมของงาน หาดต้องการให้มีการพัฒนางานเภสัชกรรมควรมีเภสัชกรเพิ่มขึ้น เพื่อให้งานมีประสิทธิภาพมากขึ้นและสามารถพัฒนางานด้านต่างๆนอกเหนือจากงานบริการเภสัชกรรมและงานบริหารเวชภัณฑ์ได้ งานที่เภสัชกรต้องการพัฒนาเป็นลำดับที่ 1 คือ งานบริการเภสัชกรรม ลำดับที่ 2 คือ งานบริการเภสัชกรรมและงานบริหารเวชภัณฑ์ และลำดับที่ 3 คือ งานบริการเภสัชกรรม โดยในการพัฒนางาน เภสัชกรต้องการการสนับสนุนเรียงลำดับตามความต้องการจากมากไปหาน้อยได้ ดังนี้ (1) ด้านสถานที่ เครื่องมือ อุปกรณ์ ข้อมูลวิชาการสนับสนุนการทำงาน (2) ด้านกำลังคน (3) ด้านงบประมาณ (4) ด้านกระบวนการทำงาน บริหารจัดการ ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการในการพัฒนางานเภสัชกรรมของศูนย์ เพื่อให้ครอบคลุมบุคคลที่เกี่ยวข้องในทุกภาคส่วนและการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนางานในแต่ละงานในฝ่ายเภสัชกรรม ของศูนย์บริการสาธารณสุขในลักษณะของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ต่อไป

วัฒนาภรณ์ พิบูลาลักษณ์ (2553) ได้ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เท่ากับ 49.17 และค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เท่ากับ 61.67 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกัน พบว่าหลังการทดลองพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท พบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

จิระศักดิ์ เจริญพันธ์ (2554) การจัดการระบบบริหารเวชภัณฑ์ของหน่วยบริการปฐมภูมิแบบมีส่วนร่วม ในพื้นที่อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี ผลการวิจัยพบว่า มีการจัดการระบบบริหารเวชภัณฑ์อย่างเป็นระบบ คือ มีการกำหนดแผนการเบิกเวชภัณฑ์ล่วงหน้ากำหนดรอบการเบิกเวชภัณฑ์การจัดส่งเวชภัณฑ์แก่หน่วยบริการปฐมภูมิ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้อยู่ในระดับมาก 12.77 ทศนคคืออยู่ในระดับมาก 52.85 การปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก 58.87 การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง 14.69 เมื่อพิจารณาปัญหาในการจัดการการระบบบริหารเวชภัณฑ์ พบว่า การเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ยังไม่สามารถเบิกเวชภัณฑ์ได้ครบตามจำนวนที่ต้องการ ห้องเก็บเวชภัณฑ์มีจำกัดและมีอุณหภูมิสูง และบุคลากรน้อย ส่วนปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จคือการทำงานเป็นทีม งบประมาณ และการประสานงาน นอกจากนั้น บุคลากรมีความรู้ ทศนคคือ การปฏิบัติและมีการส่วนร่วมในการจัดการระบบเวชภัณฑ์เพิ่มขึ้นจากการดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



สุมพร จันทร์งาม (2554) ได้ศึกษา ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทโรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก (1) พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ถูกต้องในระดับสูงของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 90.91 เป็นร้อยละ 100 (2) อัตราการกำเริบจากการขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ลดลงจากร้อยละ 67.70 เป็นร้อยละ 20.63 (3) อัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทลดลงจากร้อยละ 3.93 เป็นร้อยละ 0 (4) อัตราการมาตรวจตามนัดของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 81.03 เป็น ร้อยละ 95.45 (5) ร้อยละ 100 ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีความพึงพอใจต่อการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิก (6) ร้อยละ 100 ของบุคลากรมีความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก จากผลการศึกษา แสดงให้เห็นว่าการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท สามารถนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีของการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ดังนั้นบุคลากรผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทควรนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไปปฏิบัติในงานประจำอย่างต่อเนื่องต่อไป

จิราภรณ์ สรรพวิรวงศ์ (2555) ได้ศึกษา ผลลัพธ์ของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผลการวิจัยพบว่า ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการบริการขององค์กรให้มีมาตรฐานสอดคล้องกับมาตรฐานสากล ทำให้เกิดการยอมรับในคุณค่าของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงจากองค์กรต่างๆ สามารถสร้างผลงานทางวิชาการให้กับทีมงานและเผยแพร่สู่สาธารณะ ส่งผลให้องค์กรมีชื่อเสียง การประเมินผลลัพธ์ทั้งสองด้าน พบว่า หลังจากมีผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงอยู่ในทีมของโรงพยาบาล ผู้ป่วยจิตเภทมีความสามารถในการดูแลตนเองระดับมากผู้ดูแลมีภาระการดูแลระดับปานกลาง และผู้ป่วยมีความพึงพอใจในบริการระดับสูง อัตราการกลับมารักษาซ้ำจำนวนวันนอนและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่ำกว่าก่อนมีผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงในทีม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$, $p < .001$, และ $p < .001$)

2.6.2 งานวิจัยต่างประเทศ

Hepler และ Strand (1990) ได้ให้ความหมายของการบริการทางเภสัชกรรมว่า “เป็นเวชปฏิบัติของเภสัชกรที่มุ่งให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยเป็นอันดับแรก เป็นเรื่องของการให้การรักษาด้วยยาที่ตั้งเป้าหมายให้เกิดการมีสุขภาพที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย โดยการให้บริการนี้จะเกี่ยวข้องกับเรื่องของทัศนคติต่อการปฏิบัติงาน หน้าที่ในการปฏิบัติงาน การอุทิศตนเพื่องานการคำนึงถึงผู้ป่วย จริยธรรมในการปฏิบัติงาน หน้าที่ในการปฏิบัติงานของเภสัชกรด้วยผลจากการรักษาด้วยยาจะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งอาจเกิดโดยการหายจากโรคที่เป็นอยู่ การลดหรือกำจัดความทุกข์ทรมานจากอาการของโรค การหยุดยั้งหรือชะลอความรุนแรงของโรค รวมทั้งการป้องกันโรคหรืออาการของโรค การบริการทางเภสัชกรรมจะมีความหมายที่รวมความไปถึงกระบวนการที่เภสัชกรร่วมประสานความร่วมมือกับแพทย์ ผู้ป่วยและบุคลากรอื่นๆ ในการกำหนดและวางแผนการรักษาผู้ป่วย การดำเนินการ



รักษาตามแผน และการตรวจติดตามผลการรักษา ด้วยยาหรือกล่าวให้ชัดเจนขึ้นก็คือผู้ให้บริการทางเภสัชกรรมมีหน้าที่สำคัญ 4 ประการ คือ การระบุเป้าหมายของการรักษาด้วยยา (Identify Drug Objectives) การกำหนดแผนการรักษาด้วยยาที่จะทำให้บรรลุเป้าหมาย (Design a Therapeutic Plan to Meet the Objectives) ผลการวิจัยพบว่า การบริการทางเภสัชกรรม มีประโยชน์ต่อผู้ป่วย โดยมีผลต่อผลการรักษาด้วยยา ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งอาจเกิดโดยการหายจากโรคที่เป็นอยู่ การลดหรือกำจัดความทุกข์ทรมานจากอาการของโรค การหยุดหรือชะลอความรุนแรงของโรค รวมทั้งการป้องกันโรคหรืออาการของโรค

Lobas (1992) ได้ศึกษาบทบาทของเภสัชกรในการบริการผู้ป่วยที่ Ambulatory Care โดยทำการศึกษาเป็นระยะเวลา 14 เดือน ระหว่างปี 1985-1989 ที่ University of Minnesota ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่บริการผู้ป่วยของเภสัชกรนั้นจะประกอบด้วยการสอบประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยในอดีต กำหนดเป้าหมายการรักษาด้วยยา การให้คำแนะนำการใช้ยาทั้งต่อทีมการรักษา และต่อตัวผู้ป่วยเอง รวมทั้งการติดตามการรักษาผู้ป่วยในด้านต่างๆ ในส่วนของการเก็บรวบรวมข้อมูลนั้น เภสัชกรจะมีแบบบันทึกการใช้ยาและการให้คำแนะนำ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ โดยผู้ป่วยที่ได้รับการบริการของเภสัชกรทั้งสิ้น 184 ราย ได้รับคำแนะนำของเภสัชกรทั้งสิ้น 360 ข้อแนะนำ โดยข้อแนะนำจำนวนดังกล่าว เป็นที่ยอมรับของแพทย์ 297 คำแนะนำ (ร้อยละ 82.5) ซึ่งจากผลการศึกษาสามารถสรุปได้ว่าการบริการเภสัชกรรมสามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาของผู้ป่วย และช่วยปรับปรุงคุณภาพในการรักษาให้มีมาตรฐานที่สูงขึ้นกว่าเดิมได้ ซึ่งเป็นการช่วยในการป้องกันและแก้ไขปัญหาอันเนื่องมาจากยาได้อย่างดี ผลการวิจัยพบว่า การบริการเภสัชกรรมสามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาของผู้ป่วย และช่วยปรับปรุงคุณภาพในการรักษาให้มีมาตรฐานที่สูงขึ้นกว่าเดิมได้

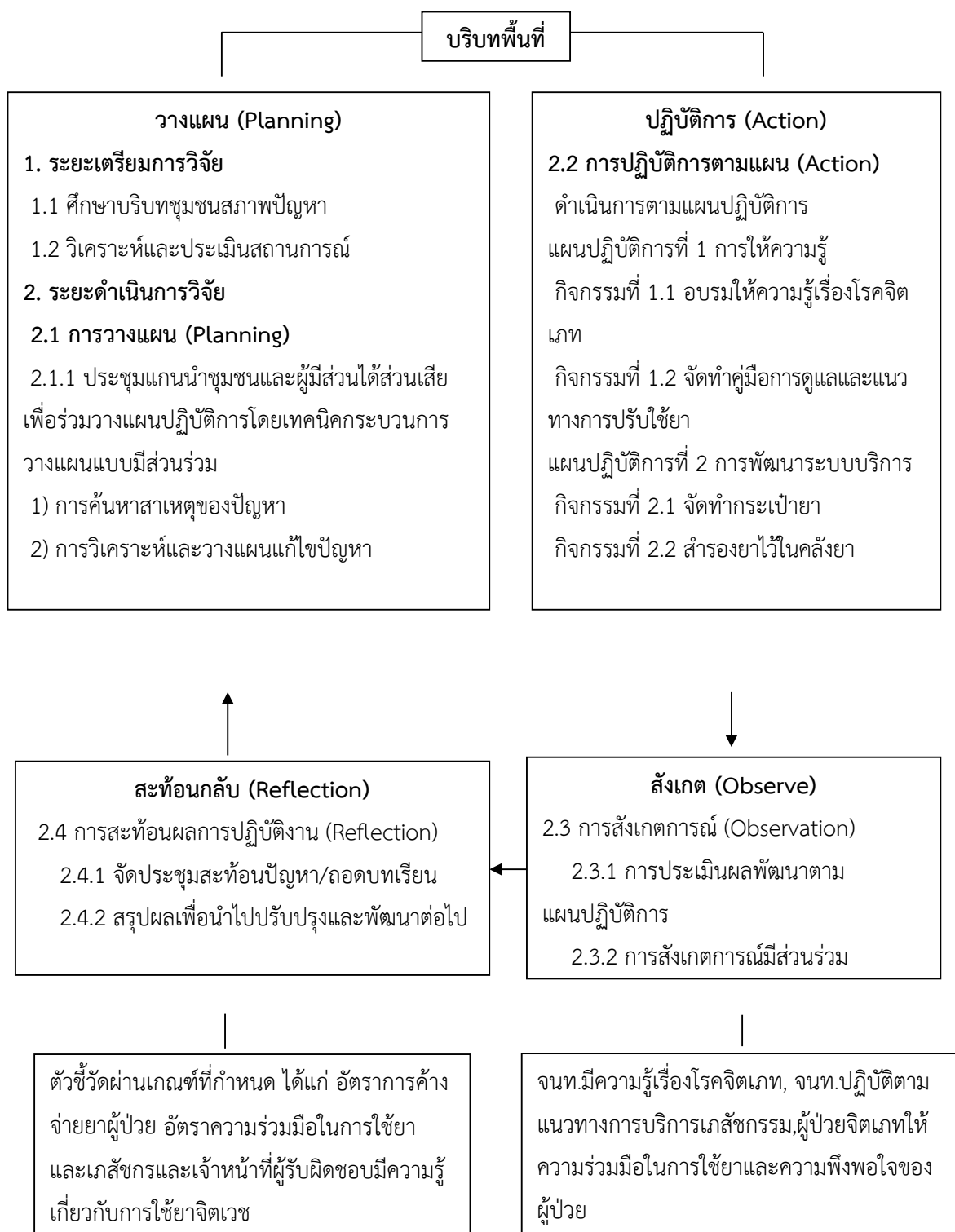
จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปได้ดังนี้ การบริการทางเภสัชกรรม มีประโยชน์ต่อผู้ป่วย โดยมีผลต่อผลการรักษาด้วยยา ที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งอาจเกิดโดยการหายจากโรคที่เป็นอยู่ การลดหรือกำจัดความทุกข์ทรมานจากอาการของโรค การหยุดหรือชะลอความรุนแรงของโรค รวมทั้งการป้องกันโรคหรืออาการของโรค การบริการทางเภสัชกรรม สามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาของผู้ป่วย และช่วยปรับปรุงคุณภาพในการรักษาให้มีมาตรฐานที่สูงขึ้นกว่าเดิม ทำให้ผู้วิจัย สนใจที่จะพัฒนารูปแบบการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการรักษาดูแลอย่างมีคุณภาพและได้มาตรฐานในการใช้ยา ดังนั้นผู้ทำวิจัยจึงได้มีความสนใจในการศึกษาหารูปแบบการบริการทางเภสัชกรรม ในผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างดี

2.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สำหรับงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยสนใจและศึกษาในงานพัฒนาการบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท ในโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ โดยศึกษาขั้นตอนในการรับบริการของผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้



ได้มาตรฐานตามแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งเกณฑ์ในการพัฒนาดังกล่าวได้แบ่งออกเป็น 3 ประเภทคือ ด้านบุคลากร ด้านสถานที่บริการ และด้านขีดความสามารถระบบบริการ ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะศึกษาและพัฒนาด้านขีดความสามารถระบบบริการ โดยกรอบแนวคิดในการวิจัยเป็นดังภาพประกอบ 2.4



รูปแบบการบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท ใน
โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ
อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

ภาพประกอบ 2.4 กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

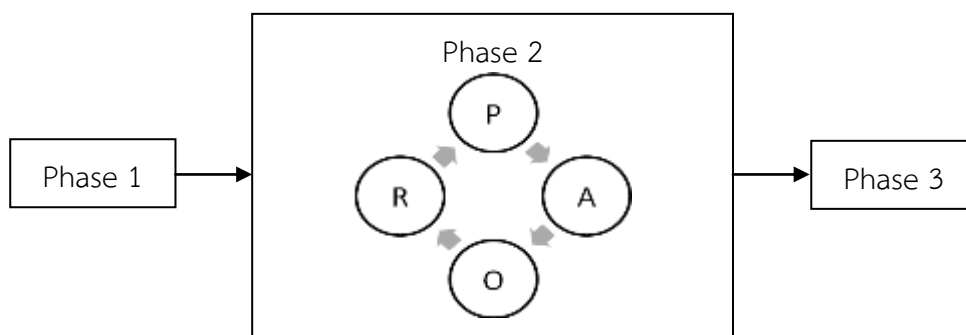
วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อการพัฒนาการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท ของโรงพยาบาล ๕๐ พรรษามหาชริลางกรณ อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี โดยการมีส่วนร่วมของ เจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรม ซึ่งต้องมีการศึกษาถึงแนวทางการปฏิบัติในการแก้ไขข้อบกพร่องเพื่อหาวิธีการบริการทางเภสัชกรรมที่มีประสิทธิภาพที่ต่อเนื่องและยั่งยืนตั้งรายละเอียดของการดำเนินงานวิจัยดังต่อไปนี้

- 3.1 รูปแบบการวิจัย
- 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3.4 การสร้างและการพัฒนาเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.5 ขั้นตอนดำเนินการวิจัย
- 3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล
- 3.8 จริยธรรมในการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติ (Action Research) โดยมุ่งเน้นศึกษาการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาชริลางกรณโดยการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรม ซึ่งต้องมีการศึกษาถึงแนวทางการปฏิบัติในการแก้ไขข้อบกพร่องเพื่อหาวิธีการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของงานด้านเภสัชกรรม ให้ได้มาตรฐาน โดยมีรายละเอียดการดำเนินการศึกษา ดังนี้



ภาพประกอบ 3.1 ขั้นตอนการดำเนินงานตามกระบวนการ PAOR



Phase 1 หมายถึง ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ

Phase 2 หมายถึง ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การดำเนินงาน (Action) การสังเกตผล (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection)

Phase 3 หมายถึง ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล

3.1.1 ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการ

3.1.1.1. คัดเลือก ติดต่อประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทบทวนแนวคิด ทฤษฎีเอกสาร

3.1.1.2. ศึกษาบริบทโรงพยาบาล ปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านมา ผู้วิจัยได้ใช้แบบสัมภาษณ์ในการเก็บข้อมูล โดยศึกษาแนวคิดการดำเนินงานของผู้บริหารโรงพยาบาล ศึกษาปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงานของงานบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท ในการดำเนินงานบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านมา ซึ่งจะใช้เป็นข้อมูลนำเข้าสู่กิจกรรมกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม

3.1.2 ระยะที่ 2 ดำเนินการวิจัยปฏิบัติการ ตามแนวคิด Kemmis และ McTaggart (1988) มี 4 ขั้นตอนดังนี้

3.1.2.1 ขั้นวางแผน (Planning)

ประชุมและวิเคราะห์ปัญหาการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท ความรู้ของผู้ปฏิบัติงาน และผลการรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านมา โดยร่วมการวางแผนแก้ไขปัญหา หาแนวทางและวิธีการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมใช้เทคนิค AIC หลังจากนั้นได้กำหนดแนวทางการปฏิบัติโดยนำกิจกรรมต่างๆ ที่ได้ร่วมตกลงกันมากำหนดเป็นแผนการปฏิบัติ

3.1.2.2 ขั้นปฏิบัติการ (Action)

โดยดำเนินกิจกรรมตามแผนที่วางไว้และดำเนินการจัดอบรมให้ความรู้ด้านโรคจิตเภทและยาแก่ผู้ปฏิบัติตามแนวทางการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท

3.1.2.3 ขั้นการสังเกต (Observation)

โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการสังเกตหรือเก็บรวบรวมข้อมูล (Collecting Data) หรือการเก็บรวบรวมหลักฐาน (Collecting Evidence) เป็นขั้นตอนที่ได้จากการปฏิบัติงานของผู้วิจัยที่ได้ปฏิบัติงานตามแผนตามระยะเวลาที่กำหนดไว้แต่ละช่วงและกิจกรรมในแผนที่กำหนดไว้โดยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และประเมินผลลัพธ์ของการปฏิบัติการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท

3.1.2.4 ขั้นสะท้อนผล (Reflection)

ประชุมสรุปผลการดำเนินงานและถอดบทเรียนทั้งหมดที่ได้จากการวิจัย ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ และประเมินผลลัพธ์ของการปฏิบัติการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท

3.1.3 ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล

สรุปผลการดำเนินงานการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท โดยสรุปการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ในระยะสิ้นสุดโครงการโดยเก็บรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูล และ ประเมินการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท ประเมินความพึงพอใจต่อกิจกรรมการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท



3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1.1 ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับการดูแลรักษาที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ อำเภอมะนัง จังหวัดอุบลราชธานี 94 คน

1.2 เจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรม ประกอบด้วย เภสัชกร เจ้าพนักงานเภสัชกรรม และ ลูกจ้างประจำ รวมทั้งสิ้น 32 คน ประกอบด้วย เภสัชกร (16 คน) เจ้าพนักงานเภสัชกรรม (8 คน) และ ลูกจ้างประจำ (8 คน)

2. กลุ่มตัวอย่าง

2.1 ผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 94 คน โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติ ดังนี้

1. ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่ไม่มีอาการทางจิตหรือมีอาการทางจิต ประเมินโดยแบบ ประเมินอาการทางจิต มีคะแนนไม่เกิน 36 คะแนน

2. มีผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ได้แก่ บิดา มารดา บุตร สามี หรือ ภรรยา คนใดคนหนึ่งอาศัยอยู่ร่วมกัน และช่วยเหลือผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ในการดำรงชีวิตประจำวัน อย่างสม่ำเสมอ

3. สนทนาได้ตอบรู้เรื่อง สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้

4. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

2.2 เจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรม จำนวน 32 คน โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติ ดังนี้

1. ปฏิบัติงานอยู่ในฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ อำเภอมะนัง จังหวัดอุบลราชธานี

2. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 4 ชุดดังนี้

ชุดที่ 1 แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท สำหรับเจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรม จำนวน 7 ข้อ โดยแต่ละข้อจะมีระดับความคิดเห็นอยู่ 3 ระดับ ดังนี้ ลักษณะคำตอบที่เป็นบวก การปฏิบัติประจำ (3 คะแนน) การปฏิบัติบางครั้ง (2 คะแนน) ไม่เคยปฏิบัติ (1 คะแนน) ลักษณะคำตอบที่เป็นลบ การปฏิบัติประจำ (1 คะแนน) การปฏิบัติบางครั้ง (2 คะแนน) ไม่เคยปฏิบัติ (3 คะแนน)

การแปลความหมาย มีหลักเกณฑ์การตัดสินระดับการปฏิบัติโดยการอิงเกณฑ์ดังนี้ (วรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2544; อ้างอิงจาก Best, 1977: 174; Daniel, 1995) คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.66 ระดับการปฏิบัติระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 1.67-2.33 ระดับการปฏิบัติระดับปานกลาง และ คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.00 ระดับการปฏิบัติระดับสูง



ชุดที่ 2 แบบทดสอบความรู้สำหรับเจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรมเกี่ยวกับความรู้โรคจิตเภท และหลักการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท แบบสอบถามมี ทั้งหมด 20 ข้อ แบบกากบาท ถูก/ผิด เกณฑ์การให้คะแนนตามแนวคิดของ Bloom คือ ตอบถูก (1 คะแนน) และตอบผิด (0 คะแนน)

การแปลความหมาย การแปลผลคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท (วิรัตน์ ทาสะโก, 2548 : 30 ; อ้างอิงจาก นิรุวรรณ อุประชัย; 2547) มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ระดับความรู้เป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระดับความรู้อยู่ในระดับน้อย (ต่ำกว่าร้อยละ 60) ระดับความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 – 79) และระดับความรู้ในระดับมาก (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจสำหรับผู้ป่วยที่มารับบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาชิราลงกรณ แบบสอบถามนี้มีทั้งหมด 15 ข้อ ในแต่ละข้อผู้ทำต้องเลือกตอบเพียงข้อเดียว ลักษณะของคำตอบเป็นมาตราส่วน 5 ระดับ ดังนี้ ลักษณะคำตอบที่เป็นบวก โดยประกอบด้วย พึงพอใจมากที่สุด (5 คะแนน) พึงพอใจมาก (4 คะแนน) พึงพอใจปานกลาง (3 คะแนน) พึงพอใจน้อย (2 คะแนน) พึงพอใจน้อยที่สุด (1 คะแนน) ในขณะที่คำตอบสำหรับข้อคำถามเชิงลบมีเกณฑ์การให้ค่าคะแนนในทิศทางตรงกันข้าม

การแปลความหมาย ผู้วิจัยได้มีการแปลผลของค่าคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ ความพึงพอใจมากที่สุด (4.50-5.00) ความพึงพอใจมาก (3.50-4.49) ความพึงพอใจปานกลาง (2.50-3.49) ความพึงพอใจน้อย (1.50-1.49) ความพึงพอใจน้อยที่สุด (1.00-1.49)

ชุดที่ 4 แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาจิตเภท สำหรับผู้ป่วยที่มารับบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท จำนวนข้อคำถาม 7 ข้อ ผู้วิจัยประยุกต์สร้างขึ้นโดยการศึกษาจากเครื่องมือของ สารุพร พุฒขาว (2541) ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อเป็นข้อคำถามทางบวก 2 ข้อ คือ 1 และ ข้อ 7 คำถามทางลบ 5 ข้อ คือ ข้อ 2, 3, 4, 5 และ 6 ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก ให้ผู้ป่วยพิจารณาว่าตรงกับกรปฏิบัติของตนเองหรือไม่ โดยแต่ละข้อจะมีระดับความคิดเห็นอยู่ 3 ระดับ ดังนี้ ลักษณะคำตอบที่เป็นบวก ความร่วมมือในการรักษาสมาเสมอ (3 คะแนน) ความร่วมมือในการรักษาบางครั้ง (2 คะแนน) ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา (1 คะแนน) ในขณะที่คำตอบสำหรับข้อคำถามเชิงลบมีเกณฑ์การให้ค่าคะแนนในทิศทางตรงกันข้าม

การแปลความหมาย มีหลักเกณฑ์การตัดสินระดับการปฏิบัติโดยการอิงเกณฑ์ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00 -1.66 ระดับการร่วมมือในการรักษาระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 1.67-2.33 ระดับการร่วมมือในการรักษาระดับปานกลาง และ คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.00 ระดับการร่วมมือในการรักษาระดับสูง

3.3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการนำข้อมูลจากแนวคำถามการสังเกตการสัมภาษณ์การพูดแบบไม่เป็นทางการและไม่เป็นทางการจากการร่วมดำเนินกิจกรรมในโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาชิราลงกรณ การประชุมกลุ่มสนทนาและแลกเปลี่ยนประสบการณ์มารวบรวมตรวจสอบข้อมูลและวิเคราะห์ตลอดระยะเวลาของการทำวิจัยโดยพิจารณาจัดกลุ่มข้อมูลที่เป็นคำพูดของผู้ให้ข้อมูลแล้วนำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) แล้วนำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่วิเคราะห์และพิจารณาเชิงเหตุผล (ศิริพร จิรวัฒน์กุล, 2552) พร้อมทั้งสรุปประเด็นเขียนตามกระบวนการที่เกิดการเปลี่ยนแปลง ซึ่งจะมีการสรุปผลการดำเนินงานและนำผลการวิเคราะห์คืนสู่โรงพยาบาลและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการพิจารณาหาวิธีการแก้ไขและพัฒนาการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท ให้ดียิ่งขึ้นต่อไป



3.4 การสร้างและพัฒนาเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การสร้างเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยมีขั้นตอนดังนี้

3.4.1 พิจารณารายละเอียดจากวัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.4.2 ศึกษาจากทฤษฎีข้อบังคับระเบียบแผนการปฏิบัติงานและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3.4.3 พิจารณารายละเอียดจากกรอบแนวคิดในการวิจัย

3.4.4 สร้างและปรับปรุงเครื่องมือแล้วนำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาและนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมครบถ้วนตามวัตถุประสงค์ตรงกับเนื้อหาที่ต้องการวัด กรอบแนวคิด การใช้ภาษา และความชัดเจนของภาษา แล้วปรับปรุงแบบสอบถามให้ถูกต้อง ดังนี้

1. นางสาวขวัญชนก บัวพันธ์ ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ
คุณวุฒิ แพทย์ศาสตร์บัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น

2. นางสาวปิยธิดา ประทุมเทศ ตำแหน่ง เกษัตริ์ชำนาญการ
คุณวุฒิ เกษัตริ์ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเกษตรกรรมคลินิกและการบริหาร
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

3. นางระพีพรรณ พิสิฐพยัต ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
คุณวุฒิ ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์
(ต่อเนื่อง 2 ปี เทียบเท่า ปริญญาตรี) วทบ.สรรพสิทธิประสงค์
ประกาศนียบัตรการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง
สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

3.4.5 นำเครื่องมือไปปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญในด้านความตรงเชิงเนื้อหา รูปแบบและความเหมาะสมของภาษา

3.4.6 นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้จำนวน 30 คนในโรงพยาบาลตระการพิรุณ อำเภอดงรัก จ.อุบลราชธานี และนำเครื่องมือไปทดสอบคุณภาพเครื่องมือทางสถิติแล้วนำมาปรับปรุงหาความเที่ยงของแบบสอบถามโดยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach 's Alpha Coefficient) ค่าความเที่ยงจากการวิเคราะห์ ซึ่งค่าความเที่ยงของแบบสอบถามได้ในแต่ละด้านประกอบด้วย ด้านการความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและหลักการบริการทางเกษตรกรรมผู้ป่วยจิตเภท เท่ากับ 0.81 ด้านความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ต่อการปฏิบัติงานบริการทางเกษตรกรรมผู้ป่วยจิตเภท เท่ากับ 0.85 แบบสอบถามความพึงพอใจสำหรับผู้ป่วยที่มารับบริการทางเกษตรกรรมผู้ป่วยจิตเภท เท่ากับ 0.85 และด้านความความร่วมมือในการรักษาด้วยยาผู้ป่วยจิตเภท เท่ากับ 0.85

3.4.7 นำแบบสอบถามไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบ

3.4.8 นำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปใช้ในการเก็บข้อมูลเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง



3.5 ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

หลังการตรวจสอบปรับปรุงและแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้วจึงดำเนินการศึกษาวิจัยตามขั้นตอนต่างๆดังต่อไปนี้

3.5.1 ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

3.5.1.1 ศึกษาข้อมูลทั่วไป บริบทของโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ
บริบทงานเภสัชกรรม ตำบลไทรน้อย อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี

3.5.1.2 ศึกษาข้อมูลการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท ในโรงพยาบาล ๕๐
พรรษา มหาวชิราลงกรณ ตำบลไทรน้อย อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี

3.5.2 ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

3.5.2.1 ประชุมและวิเคราะห์ปัญหาการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท ความรู้
ความเข้าใจของเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับโรคจิตเภท ที่ผ่านมา

3.5.2.2 ร่วมการวางแผนแก้ไขปัญหามาแนวทางและวิธีการบริการทางเภสัชกรรม
ผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมใช้เทคนิค AIC

3.5.2.3 กำหนดแนวทางการปฏิบัติโดยนำกิจกรรมต่างๆ ที่ได้ร่วมตกลงกันมากำหนด
เป็นแผนการปฏิบัติ

3.5.2.4 จัดอบรมให้ความรู้โรคจิตเภทแก่เจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรม

3.5.2.5 สังเกตหรือการเก็บรวบรวมข้อมูล การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

3.5.2.7 สัมภาษณ์กลุ่มเจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรม เกี่ยวกับการปฏิบัติบริการทาง
เภสัชกรรม

3.5.2.8 ประเมินความร่วมมือของผู้ป่วยจิตเภทในการรักษาด้วยยาจิตเภท

3.5.2.9 สรุปผลการดำเนินงานและถอดบทเรียนทั้งหมดที่ได้จากการวิจัย ปัญหา
อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

3.5.3 ขั้นหลังดำเนินงาน

3.5.3.1 ประเมินความรู้เจ้าหน้าที่เกี่ยวกับความรู้โรคจิตเภทและหลักการบริการทาง
เภสัชกรรม

3.5.3.2 ประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท

3.5.3.3 ประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ในคลินิกจิตเภท

3.5.3.4 ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยจิตเภทต่อการบริการทางเภสัชกรรม

3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.6.1. ทำการแจ้งให้ทางโรงพยาบาลทราบเกี่ยวกับโครงการวิจัย และรายละเอียดขั้นตอนการ
ปฏิบัติต่าง ๆ ดังกล่าวเพื่อขอความร่วมมือในการทำการศึกษาวิจัย

3.6.2. ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรม โดยการสังเกต การสัมภาษณ์
และการใช้แบบทดสอบการปฏิบัติโดยใช้กระบวนการ AIC เพื่อเป็นการให้มีส่วนร่วม เภสัชกร เจ้า
พนักงานเภสัชกรรม และเจ้าหน้าที่ ในการแสดงความคิดเห็นต่าง ๆ อย่างมีส่วนร่วม โดยแบ่งออกเป็น



3.6.2.1 การสังเกต โดยการสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วมโดยเข้าร่วมในกิจกรรม และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม

3.6.2.2 การสัมภาษณ์ โดยการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง หรือแบบเป็นทางการ กับ การสัมภาษณ์แบบไม่มีส่วนร่วม หรือแบบไม่เป็นทางการ ซึ่งในครั้งนี้จะใช้การสัมภาษณ์ทั้ง 2 แบบ ในแต่ละสถานการณ์ที่แตกต่างกันไป โดยการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการจะใช้ในขั้นตอนของการสร้างความคุ้นเคยในช่วงแรกๆ ในการเข้าไปทำกิจกรรม ส่วนแบบที่เป็นทางการจะเริ่มทำในช่วงที่มีการทำกิจกรรมไปแล้ว

3.6.2.3 การใช้แบบทดสอบการปฏิบัติ และความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ ของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังทำกิจกรรม

3.6.2.4 การประยุกต์ใช้กระบวนการ AIC เพื่อเป็นโอกาสให้เจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรม เข้ามีส่วนร่วมในการระดมความคิดเห็นต่าง ๆ ของแต่ละบุคคลในการแก้ไขปัญหา และนำไปสู่การพัฒนา โดยใช้หลักการมีส่วนร่วมอย่างเป็นประชาธิปไตย

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ได้มีการวิเคราะห์ข้อมูลต่าง ๆ ร่วมกับการเก็บข้อมูลทุกครั้ง แล้วนำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ซ้ำ โดยมีขั้นตอนดังนี้

3.7.1 วิเคราะห์จากการบันทึกการสังเกต การสัมภาษณ์ และการสรุปการบรรยายของขั้นตอนต่าง ๆ

3.7.2 แบบประเมินการปฏิบัติ แบบสอบถามความรู้ แบบสอบถามความพึงพอใจ แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษา โดยทำการวิเคราะห์จากแบบประเมิน โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.8 จริยธรรมในการวิจัย

ผู้วิจัยให้ความสำคัญและตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลของผู้ที่เข้าร่วมการวิจัยซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูล การวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง เพื่อป้องกันมิให้เกิดผลเสียแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงกำหนดแนวทางการปฏิบัติด้านจริยธรรมของการวิจัยครั้งนี้ดังนี้

3.8.1 ผู้วิจัยนำหนังสือไปเชิญกลุ่มประชากรที่วิจัยด้วยตนเอง พร้อมกับชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัยให้ทราบ และอธิบายให้กลุ่มเป้าหมาย เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การตัดสินใจเข้าร่วมโครงการเป็นไปด้วยความเข้าใจและเต็มใจอย่างแท้จริง

3.8.2 กระบวนการและขั้นตอนการวิจัยจะไม่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนทางร่างกายและจิตใจต่อเจ้าหน้าที่ โดยผู้วิจัยจะไม่บังคับให้เข้าร่วมกิจกรรมหากไม่พร้อม หรือไม่สมัครใจ

3.8.3 ระหว่างการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ซึ่งเน้นให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้พูดและแสดงออกเท่าเทียมกันโดยเสรี มีสิทธิที่จะไม่เปิดเผยข้อมูล



ส่วนตัวต่อที่ประชุมได้ ผู้วิจัยซึ่งผู้จัดประชุม ผู้ดำเนินการประชุมไม่ควรรุกร้า หรือเพิ่มความเครียดให้กับผู้เข้าร่วมประชุม จะให้เกียรติและคำนึงถึงสิทธิส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมประชุมทุกคน

3.8.4 ผู้วิจัยต้องทำความเข้าใจขั้นตอนของเทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมไว้หาวิธีในการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า และสามารถจัดการกับความขัดแย้งที่อาจจะเกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม เช่น การไกล่เกลี่ยและหาข้อยุติ

3.8.5 สร้างบรรยากาศที่เป็นกันเอง ในการประชุม เพื่อคลายความเครียด และเกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้เข้าร่วมประชุม

3.8.6 รับฟังความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมประชุมทุกคน วางตัวเป็นกลาง ไม่ตัดสินความคิดเห็นว่าใครถูกหรือผิด

3.8.7 เคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมประชุมทุกคน

3.8.8 สร้างความมั่นใจเกี่ยวกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องให้ความร่วมมือ จะนำไปใช้ในการวิจัยเท่านั้น

3.8.9 หากจะต้องมีการบันทึกภาพ การบันทึกเทป หรือจดบันทึกการสังเกต จะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมประชุมและผู้เกี่ยวข้องทราบ และขออนุญาตก่อนทุกครั้ง

3.8.10 การดำเนินการวิจัยได้ปฏิบัติโดยคำนึงถึงสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกขั้นตอน



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาล ๕๐ พรรษามหาชिरาลงกรณ ตำบลไรร้อย อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ (Quantitative Data) และเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) นำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ผู้วิจัยได้เสนอผลการวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

- 4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิจัย
- 4.2 ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิจัย
- 4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้สัญลักษณ์ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

n	แทน	กลุ่มตัวอย่าง
$\bar{x}$	แทน	ค่าเฉลี่ย (Mean)
S.D.	แทน	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
p -value	แทน	ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05
95% CI	แทน	ช่วงความเชื่อมั่นที่ระดับ 95 % ของค่าเฉลี่ยความแตกต่างของข้อมูล กลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อนและหลังการพัฒนา (95% Confidence Interval of the Difference)
Min	แทน	ค่าต่ำสุดของข้อมูล (Minimum)
Max	แทน	ค่าสูงสุดของข้อมูล (Maximum)
df	แทน	ค่าองศาความเป็นอิสระ (Degrees of Freedom)
t	แทน	สถิติทดสอบที่ใช้เปรียบเทียบกับค่าวิกฤตเพื่อทราบความมีนัยสำคัญ

4.2 ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 การศึกษาและวิเคราะห์สภาพการณ์ การบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาล ๕๐ พรรษามหาชिरาลงกรณ ตำบลไรร้อย อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์กระบวนการการดำเนินงานการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาล ๕๐ พรรษามหาชिरาลงกรณ ตำบลไรร้อย อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ผลการดำเนินงานตามรูปแบบการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาล ๕๐ พรรษามหาชिरาลงกรณ ตำบลไรร้อย อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี



4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 การศึกษาและวิเคราะห์สภาพการณ์ การบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ ตำบลไรร้อย อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อศึกษาสภาพและปัญหาการดำเนินงานการพัฒนาการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ โดยข้อมูลที่น่ามาวิเคราะห์ได้มาจากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสนทนากลุ่ม และการประชุมเชิงปฏิบัติการ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจำแนกตามประเด็นดังนี้

1. สภาพข้อมูลทั่วไป

1.1 ประวัติความเป็นมา

เนื่องจากในอดีตที่ผ่านมา พระสงฆ์ในชนบทของประเทศไทย เวลาอาพาธจะเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลท้องถิ่นในอำเภอ หรือในจังหวัดของตนปะปนและแออัดกับคนไข้คฤหบดี ซึ่งมีจำนวนมากอยู่แล้วจนเตียงและห้องไม่เพียงพอ อันเป็นภาพที่ไม่เหมาะสม ในกรณีที่เป็นเรื่องสำคัญก็จะเข้าไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลสงฆ์ในกรุงเทพฯ ซึ่งก็มักจะมีปัญหาในเรื่องหาที่พำนักก่อนเข้าโรงพยาบาล รวมถึงปัญหาค่าใช้จ่ายที่จำเป็นอย่างยิ่ง เช่น ค่าพาหนะและภัตตาหารตลอดถึงจะต้องหาพระเถระผู้ใหญ่ให้การรับรองเข้าโรงพยาบาลเป็นต้น

สมเด็จพระบรมโอรสาธิราชฯ สยามมกุฎราชกุมาร ทรงทราบถึงปัญหาและทรงตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องนี้ จึงทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ รับโครงการก่อสร้างโรงพยาบาลนี้ว่า “โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ” และได้เสด็จพร้อมด้วย พระเจ้าหลานเธอ พระองค์เจ้าพัชรกิติยาภา ไปทรงวางศิลาฤกษ์โรงพยาบาลแห่งนี้ ที่บ้านปลาตุก หมู่ 3 อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี เมื่อวันที่ 23 พฤษภาคม 2545

1.2 ที่ตั้ง ขนาด และอาณาเขต

โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ ตั้งอยู่ที่ 300 หมู่ 3 บ้านปลาตุก ถ. อุบล – ตระการ ต.ไรร้อย อ.เมือง จังหวัดอุบลราชธานี ระยะห่างจากกรุงเทพมหานคร 642 กิโลเมตร ระยะทางจากตัวจังหวัดอุบลราชธานี 12 กิโลเมตร มีอาณาเขตติดต่อกับเขตการปกครองข้างเคียง ดังนี้

ทิศเหนือ	ติดกับ อำเภอม่วงสามสิบ และอำเภอสว่างวีระวงศ์
ทิศตะวันออก	ติดกับ อำเภอดอนมดแดง และอำเภอสว่างวีระวงศ์
ทิศใต้	ติดกับ อำเภอสว่างวีระวงศ์ อำเภอวารินชำราบ

และอำเภอกันทรารมย์ (จังหวัดศรีสะเกษ)

ทิศตะวันตก	ติดกับ อำเภอเขื่องใน
------------	----------------------

1.4 ลักษณะทางด้านทรัพยากร

1.4.1 ทรัพยากรดิน มีลักษณะเป็นดินปนทราย จะมีความอุดมสมบูรณ์สูงกว่าพื้นที่อื่นๆ อยู่ในเขตที่มีปริมาณน้ำฝนค่อนข้างสูง เมื่อเปรียบเทียบกับปริมาณน้ำฝนโดยเฉลี่ยในภูมิภาคอื่นๆ แต่เนื่องจากเป็นดินร่วนปนทรายจึงเก็บน้ำไม่ค่อยอยู่ทำให้เกิดความแห้งแล้งในฤดูแล้ง

1.4.2 ทรัพยากรน้ำ ทรัพยากรน้ำที่สำคัญในการอุปโภค บริโภคสามารถจำแนกตามแหล่งกำเนิด ดังนี้ น้ำในอากาศ (น้ำฝน) เป็นแหล่งน้ำที่มีความสำคัญต่อวิถีชีวิตของชาวบ้านตำบลไรร้อย เนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมที่ต้องอาศัยธรรมชาติเป็นหลัก นอกจากนี้



จะใช้แหล่งน้ำในอากาศเพื่อการเกษตรแล้ว ยังใช้เพื่อการอุปโภค บริโภคด้วย ปริมาณน้ำฝนส่วนใหญ่จะไหลลงสู่แม่น้ำและแหล่งน้ำ, น้ำผิวดิน เป็นแหล่งที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตของชาวตำบลไทรน้อย เช่นเดียวกัน เนื่องจากการใช้ประโยชน์จากแหล่งน้ำผิวดินเพื่อการอุปโภค บริโภค การประกอบอาชีพทั้ง เกษตรกรรม การประมง การคมนาคม และการท่องเที่ยว

1.5 บุคลากรทางด้านสาธารณสุข

มีบุคลากรทางการแพทย์ ประกอบด้วย อายุรแพทย์ (3 คน) กุมารแพทย์ (1 คน) แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (2 คน) แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (11 คน) ทันตแพทย์ (9 คน) เภสัชกร (16 คน) พยาบาลวิชาชีพ (72 คน) พยาบาลเฉพาะทาง (9 คน) พยาบาลเวชปฏิบัติ (3 คน) พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ (2 คน) วิสัญญีพยาบาล (2 คน) เทคนิคการแพทย์ (4 คน) เจ้าหน้าที่รังสีการแพทย์ (2 คน) นักกายภาพบำบัด (4 คน) นักโภชนาการ (2 คน) นักวิชาการสาธารณสุข (6 คน) และเจ้าหน้าที่อื่นๆ (150 คน) รวมทั้งสิ้น 298 คน จำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการโดยจำแนกประเภทผู้ป่วยดังนี้ ผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 1,240 คนต่อปี ผู้ป่วยทั่วไป จำนวน 42,775 คนต่อปี อุบัติเหตุ – ฉกฉวย 28,186 คนต่อปี

1.6 การบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเวช

งานบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก ฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ ได้มีการจัดตั้งคลินิกจิตเวช เพื่อให้บริการด้านยาแก่ผู้ป่วยจิตเวช โดยจุดเน้นให้มีการจัดหาหรือดำเนินการบริหารจัดการด้วยแนวทางใดแนวทางหนึ่ง เพื่อให้ผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบได้รับการรักษาด้วยยาจิตเวชตามความจำเป็นอย่างต่อเนื่อง มีระบบควบคุมความคลาดเคลื่อนทางยา การให้คำแนะนำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้ยาที่ถูกต้องเหมาะสมจากเภสัชกร จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง สามารถคุมอาการทางจิตเอาไว้ได้ ไม่เกิดอาการกลับเป็นซ้ำและอยู่ในชุมชนได้นานขึ้น โดยมาตรฐานการบริการทางเภสัชกรรม ดังนี้

1. เภสัชกรผู้และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาจิตเวช สามารถให้ข้อมูล คำแนะนำ คำปรึกษาการใช้ยาจิตเวชแก่ผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรอื่นๆ ได้ สามารถประเมินอาการ ADR สำคัญที่เกิดจากยาทางจิตเวชได้ สามารถวิเคราะห์ปัญหาด้านยา และวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยร่วมกับวิชาชีพอื่นๆ

2. มีการประเมินความต้องการ มีการบริหารจัดการให้เกิดการสำรองยาจิตเวชไว้บริการผู้ป่วยในเขตความรับผิดชอบ

3. มีการบันทึกประวัติการใช้ยาจิตเวชรวมถึงปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาหรือปัญหาอื่นๆที่เกี่ยวข้อง มีบันทึกแผนการดูแล และผลการติดตามดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย โดยบุคลากรอื่นๆที่เกี่ยวข้องสามารถเข้าถึงและนำข้อมูลไปใช้รักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องได้

จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมาของการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ พบว่า เภสัชกร และเจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรม มีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชน้อย ระบบการสำรองยาในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชไม่เพียงพอต่อการบริการผู้ป่วย และผู้ป่วยโรคจิตเวชมีการดูแลสุขภาพตนเองไม่ถูกต้อง จึงได้มีการพัฒนาการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วม ในโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ



2. ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของของเจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรม

ตาราง 4.1 ความถี่และร้อยละของลักษณะทั่วไปของเจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรม (n = 32)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	11	34.38
หญิง	21	65.62
สถานภาพสมรส		
โสด	10	31.25
สมรส	22	68.75
อายุ (ปี)		
น้อยกว่า 25	1	3.13
25-30	9	28.13
31-35	9	28.13
36-40	12	37.50
มากกว่า 40	1	3.13
Min= 26,Max= 45, $\bar{x}$ = 33.59		
ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษา/ปวช	1	3.13
ปวส/ปริญญาตรี	26	81.25
ปริญญาโท	5	15.63
ประสบการณ์ทำงานในหน่วยงาน (ปี)		
น้อยกว่า 1	1	3.13
1-5	5	15.63
6-10	18	56.25
มากกว่า 11	8	25.00
ลักษณะตำแหน่งในปัจจุบัน		
เภสัชกร	16	50.00
เจ้าพนักงานเภสัชกรรม	8	25.00
ลูกจ้างประจำ	8	25.00

จากตาราง 4.1 ข้อมูลก่อนการพัฒนาการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ พบว่า เจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 65.62) มีอายุระหว่าง 36 - 40 ปี (ร้อยละ 37.50) อายุน้อยที่สุด 26 ปี อายุมากที่สุด 45 ปี โดยอายุเฉลี่ย 45 ปี



สถานภาพสมรส (ร้อยละ 68.75) จบการศึกษาปริญญาตรีมากที่สุด (ร้อยละ 81.25) ประสบการทำงานในหน่วยงาน อยู่ระหว่าง 6 -10 ปี (ร้อยละ 56.25) เป็นเกษตรกรมากที่สุด (ร้อยละ 50.00)

2.2. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท

ตาราง 4.2 ความถี่และร้อยละของลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท (n=94)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	29	30.90
หญิง	65	69.10
อายุ (ปี)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30	5	5.30
31-40	20	21.30
41-50	31	33.00
51-60	19	20.20
มากกว่า 61 ปี ขึ้นไป	19	20.20
$\bar{x} = 49.27$, S.D. = 13.41		
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	7	7.5
ประถมศึกษา	38	40.40
มัธยมศึกษา	27	28.70
อาชีวศึกษา	5	5.30
อุดมศึกษา	17	18.10
สถานภาพสมรส		
โสด	11	11.70
คู่	67	71.30
หม้าย	11	11.70
หย่า	2	2.10
แยก	3	3.20
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน (บาท)		
0 – 5,000	21	34.00
5,000 – 10,000	21	22.30
10,000 ขึ้นไป	42	43.70



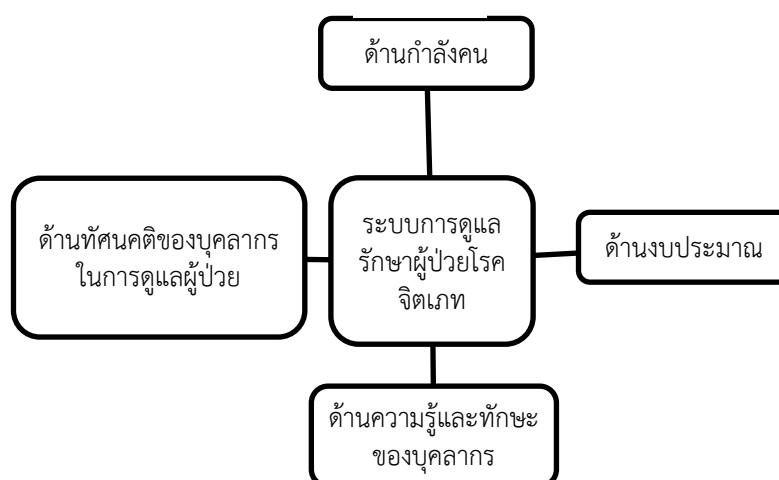
ตาราง 4.2 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาของการเจ็บป่วย		
1 -5 ปี	82	87.20
6 – 10 ปี	10	10.70
มากกว่า 10 ปีขึ้นไป	7	2.10
จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล		
1 – 10 ครั้ง	43	45.70
11 – 20 ครั้ง	38	40.50
21 ครั้งขึ้นไป	13	13.80

จากตาราง 4.2 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภท ที่มารักษาที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ 94 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 69.10) มีอายุมากที่สุดอยู่ระหว่าง 41-50 ปี (ร้อยละ 30.0) อายุเฉลี่ยที่ 49 ปี ระดับการศึกษาสำเร็จระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 40.40) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 71.30) รายได้ ของครอบครัวต่อเดือน 10,000 บาทขึ้นไป (ร้อยละ 43.70) ระยะเวลาของการเจ็บป่วยส่วนใหญ่ 1- 5 ปี (ร้อยละ 87.20) จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 1 – 10 ครั้ง (ร้อยละ 45.70)

3. ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม (Group Discussion)

จากการประชุมเจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ โดยการระดมสมองผู้ปฏิบัติงาน เพื่อวิเคราะห์ระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งประกอบด้วยเภสัชกร (16 คน) เจ้าหน้าที่เภสัชกรรม (8 คน) และลูกจ้างประจำ (8 คน) โดยใช้ประเด็นการสนทนาแบบมีโครงสร้าง รายละเอียดดังภาพประกอบ 4.1



ภาพประกอบ 4.1 ประเด็นในการวิเคราะห์ระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท



จากการวิเคราะห์ระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทในคลินิกโรคจิตเวช โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ ของเจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรม สามารถสรุปสาระสำคัญได้ ดังนี้

3.1 ด้านกำลังคน

ปัญหาและอุปสรรค

1. บุคลากรไม่เพียงพอกับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับการตรวจรักษาและยังไม่ครอบคลุมทุกเจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรม ทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่มีประสิทธิภาพ
2. บุคลากรรับผิดชอบหลายงาน ทำให้การทำงานไม่เต็มที่และไม่ต่อเนื่อง
3. บุคลากรมีน้อยทำให้การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ทำได้ไม่ดีและไม่ต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. เพิ่มจำนวนบุคลากรในคลินิกโรคจิตเวชให้เพียงพอกับจำนวนผู้ป่วย
2. ให้บุคลากรรับผิดชอบงานเดียว เพื่อให้การทำงานนั้นมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง อีกทั้งยังสามารถทำงานเชิงรุกได้
3. ควรมีการจัดสรรอัตรากำลังให้เหมาะสม เพื่อให้เกิดการให้บริการแบบจุดบริการเบ็ดเสร็จ (One Stop Service)

3.2 ด้านงบประมาณ

ปัญหาและอุปสรรค

1. งบประมาณมีน้อย ทำให้การพัฒนาระบบงานทำไม่ได้หรือทำได้จำกัด
2. ขาดแคลนงบประมาณในการก่อสร้างสถานที่ตรวจรักษาที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน
3. อาคารและสถานที่คับแคบ จำนวนเก้าอี้ไม่เพียงพอสำหรับผู้มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคจิตเภท
4. งบประมาณในการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ค่อนข้างน้อย ไม่เพียงพอกับจำนวนผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

1. จัดหางบประมาณในการก่อสร้างสถานที่ตรวจรักษาที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน
2. จัดหาเก้าอี้และพัดลมเพิ่มเติม เพื่อให้เพียงพอกับจำนวนผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษา
3. เพิ่มงบประมาณในการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ เพื่อผลประโยชน์ในการรักษาที่มีประสิทธิภาพ

3.3 ด้านความรู้และทักษะของบุคลากร

ปัญหาและอุปสรรค

1. ความรู้ของบุคลากรยังไม่ครอบคลุมทุกหน่วยงานและยังขาดทักษะในบุคลากรที่ไม่ได้รับผิดชอบคลินิกโรคจิตเภทโดยตรง ทำให้ผู้มารับบริการนอกเวลาคลินิกอาจจะไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้อง
2. การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิต มีการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ทำให้บุคลากรจะต้องปรับปรุงและพัฒนาความรู้ของตนเองให้ทันสมัยอยู่เสมอ



3. บุคลากรบางคน บางหน่วยงาน ยังไม่เข้าใจแนวทางในการรักษาโรคจิต
วิธีการใช้ยา การปรับเปลี่ยนยา

ข้อเสนอแนะ

1. ส่งเจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรมที่ดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท ไปอบรมเพื่อ
เพิ่มพูนความรู้และทักษะในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท ให้คำปรึกษาผู้ป่วยโรคจิตเภท ทั้งเรื่องโรคและเรื่อง
ยา อย่างน้อยปีละ 1-2 ครั้ง

2. ควรมีการจัดอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรในหน่วยงานอื่นๆ ภายใน
โรงพยาบาล โดยเจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรมที่ไปอบรมมา อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

3. ควรมีการทบทวนกระบวนการทำงานและแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วย
โรคจิตเภทอยู่เสมอ

3.4 ด้านทัศนคติของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วย

ปัญหาและอุปสรรค

1. เจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรม ขาดแรงจูงใจหรือกิจกรรมในการสร้างเสริมและ
กระตุ้นทัศนคติในการดูแลผู้ป่วย

2. บุคลากรบางคนยังขาดความเอาใจใส่ต่อผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยมีปริมาณมาก
และคิดว่าผู้ป่วยและญาติน่าจะรู้จักวิธีการดูแลรักษาตนเองดีแล้ว

3. บุคลากรบางคนคิดว่า โรคจิตเภทไม่มีความสำคัญเท่าที่ควร จึงไม่เอาใจใส่
ในการซักประวัติ เพื่อประเมินความรุนแรงของโรค

4. บุคลากรบางคนคิดว่า ผู้ป่วยยังไม่รู้จักวิธีการดูแลตนเอง อีกทั้งยังไม่มี
ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการดูแลตนเอง

5. การลงบันทึกข้อมูลในระเบียบประวัติผู้ป่วยมีมาก จะต้องใช้ความเข้าใจ
และความชำนาญในการลงบันทึก

ข้อเสนอแนะ

1. ควรจัดให้มีการศึกษาดูงานของเจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรมในคลินิกโรคจิต
เภท เพื่อให้เกิดทัศนคติที่ดีในการช่วยเหลือและสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยรวมทั้งญาติผู้ป่วยด้วย

2. บุคลากรจะต้องมีการทบทวนและฟื้นฟูความรู้ อีกทั้งยังจะต้องหมั่นศึกษา
หาความรู้ใหม่ๆ อยู่เสมอ

3. ควรมีการส่งเสริมความรู้และทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล
ในเรื่องของการปฏิบัติตัวและการใช้ยา

4. การลงบันทึกข้อมูลจะต้องใช้ความพยายามและรอบคอบ เพื่อให้เกิด
ความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูล

3.5 ข้อเสนอแนะอื่นๆ

1. ควรมีการประชุมทีมฝ่ายเภสัชกรรม เดือนละ 1 ครั้ง เพื่อที่จะได้ปรับปรุง
แก้ไขและประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

2. การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท จะประสบความสำเร็จได้นั้น จะต้องได้รับ
ความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรมทั้งแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยา และเจ้าพนักงาน



เภสัชกรรม อีกทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลจะต้องรู้จักวิธีการดูแลตนเอง เห็นความสำคัญและตระหนักถึงความรุนแรงของโรคด้วย

3. ปริมาณบุคลากรยังมีจำนวนน้อยทำให้ผู้ป่วยต้องรอนาน ควรมีการจัดระบบการดูแลในคลินิกโรคจิตเภทแบบจุดบริการเบ็ดเสร็จ (One Stop Service) คือ ให้การตรวจรักษาแบบเบ็ดเสร็จภายในคลินิก เพื่อลดระยะเวลาการรอคอยและผู้ป่วยโรคจิตเภทจะได้รับประโยชน์สูงสุดในการมารับบริการ ควรมีการติดตามเยี่ยมบ้านแบบเจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรมในผู้ป่วยที่ต้องมารักษาที่ห้องฉุกเฉินบ่อยๆ และในผู้ป่วยที่ต้องมานอนโรงพยาบาลบ่อยๆ ควรมีระบบที่ดีในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในคลินิก เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้องและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

4. ควรมีการพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่สอดคล้องกับบริบทและพื้นที่ของชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก ลดอัตราการมาตรวจรักษาซ้ำ (Re-visit) และลดอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำ (Re-admit) พัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน (Fast Track) เพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถเข้าถึงบริการได้รวดเร็ว พร้อมทั้งเฝ้าระวังป้องกัน

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์กระบวนการ การดำเนินงานการพัฒนาการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ ตำบลไทรน้อย อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี

1. ทบทวนวรรณกรรม ศึกษาเอกสารวิชาการ ทฤษฎีต่างๆ ที่เกี่ยวข้องและสนใจ นำมาทบทวนให้เข้าใจอย่างท่องแท้ แล้วนำมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาค้นคว้า โดยใช้กระบวนการศึกษาวิจัยอาศัยรูปแบบเทคนิคกระบวนการมีส่วนร่วม (AIC)

2. การวางแผนการดำเนินงาน (Planning)

2.1 การสร้างความรู้ความเข้าใจ (Appreciation; A)

เป็นขั้นตอนของการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เพื่อให้ผู้ร่วมวิจัยได้วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท ใช้กระบวนการอบรมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ และพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรม ที่เข้าร่วมดำเนินการ เกี่ยวกับเทคนิคการสร้างการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา รวมทั้งสร้างความเข้าใจในการดำเนินงาน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรม จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ การพัฒนารูปแบบการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท วันที่ 9 – 10 กุมภาพันธ์ 2557 ณ ห้องประชุมโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ กลุ่มเป้าหมาย เป็นเจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรม จำนวน 32 คน โดยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนแสดงข้อคิดเห็นรับฟัง และหาข้อสรุปร่วมกันอย่างเป็นประชาธิปไตย โดยการวาดรูปเป็นสื่อ มีรายละเอียดในการดำเนินกิจกรรม ดังนี้

2.1.1 สร้างความสัมพันธ์และยอมรับคุณค่าของบุคคลอื่น เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมไม่รู้สึกกังวลใจหรือเกรงกลัวในการมีส่วนร่วม และการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน ผู้วิจัยได้นำกิจกรรมย่อยมาใช้สร้างความสัมพันธ์และการยอมรับคุณค่าของบุคคลอื่น ดังนี้

2.1.1.1 สร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้เข้าร่วมประชุมให้เกิดความคุ้นเคยกันมากยิ่งขึ้น โดยผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนแนะนำตนเองต่อเพื่อนสมาชิกคนอื่นๆ ด้วยการบอกชื่อเล่น บทบาทในครอบครัว พร้อมกับกล่าวทักทายเพื่อนๆ ในที่ประชุมด้วยบรรยากาศที่เป็นกันเอง ทำให้เกิดความคุ้นเคยเป็นกันเองและไม่รู้สึกรอ



2.1.1.2 สร้างความคาดหวังและเป้าหมายร่วมในการประชุม โดยให้ผู้เข้าร่วมประชุมเสนอความคาดหวังในผลที่จะได้รับจากการเข้าร่วมประชุม ซึ่งผลของความคาดหวังของผู้เข้าร่วมประชุมสรุปได้ ดังนี้

1) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้เข้าร่วมประชุมมีความคาดหวังเกี่ยวกับความรู้ คือ ต้องการได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ถูกต้องและทันสมัย และสามารถนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติงานได้ ดังตัวอย่างความคาดหวัง ดังนี้ “ต้องการได้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท” “ต้องการนำความรู้ที่ได้รับในวันนี้ไปใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท”

2) การพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทแบบมีส่วนร่วม โดยที่ผู้เข้าร่วมประชุมบางท่านได้ให้ความคาดหวังว่า “ต้องการให้มีความสามัคคี อยากให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการพัฒนา”

เพื่อปรับความคาดหวังและเป้าหมายร่วมให้ตรงกัน ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการประชุมให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้รับทราบ โดยชี้แจงว่าในการประชุมครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาความรู้และทัศนคติของบุคลากรฝ่ายเภสัชกรรม อีกทั้งให้ร่วมกันวางแผนคิดรูปแบบในการพัฒนาระบบการบริการทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเภท อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี พร้อมทั้งได้ชี้แจงถึงขั้นตอนของการประชุมว่าจะมีการร่วมทำกิจกรรมกลุ่มอะไรบ้าง ซึ่งจะได้ผลของการประชุมสอดคล้องกับความคาดหวังของผู้เข้าร่วมประชุมในประเด็นต่างๆ ที่อยากให้เกิดขึ้น

2.2 การสร้างแนวทางพัฒนา (Influence; I)

เป็นขั้นตอนของการหาวิธีการที่จะทำให้เกิดการพัฒนาไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งหลังจากประชุมเสร็จ สรุปได้ดังนี้

2.2.1. โครงการเพื่อการพัฒนาได้ 2 โครงการ ได้แก่

1. โครงการพัฒนาความรู้เรื่องโรคจิตเภท แก่เจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรม
2. โครงการพัฒนาระบบการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท

2.2.2. รูปแบบในการพัฒนาระบบการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท

เจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ โดยเจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรม ได้ร่วมกันวางแผนคิดรูปแบบในการพัฒนาระบบการบริการ

2.3 การสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control; C)

จากการอบรมเชิงปฏิบัติการร่วมกัน ทำให้เกิดแผนงาน นำไปสู่การปฏิบัติดังนี้

แผนปฏิบัติการที่ 1 การให้ความรู้ เพื่อสร้างความตระหนักต่อสภาพปัญหา

โรคจิตเภท

กิจกรรมที่ 1 อบรมให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท แก่เจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรม

กิจกรรมที่ 2 จัดทำคู่มือการดูแลและแนวทางการปรับใช้ยาที่เหมาะสมในการ

ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

แผนปฏิบัติการที่ 2 การพัฒนาระบบการบริการผู้ป่วย เพื่อการดูแลส่งเสริม

สุขภาพของผู้ป่วยโรคจิตเภทและการรับประทานยาที่ต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ 1 จัดทำกระเป๋ยาพร้อมทั้งสมุดบันทึกการรับประทานยา แก่

ผู้ป่วยจิตเภท เพื่อเป็นการตรวจสอบการรับประทานยาของผู้ป่วย



กิจกรรมที่ 2 ตรวจสอบการผลข้างเคียงของยา ในผู้ป่วยจิตเภททุกคน โดยดูในคู่มือติดตามการรับประทานยา ทั้งนี้เพื่อผู้ป่วยจะได้รับผลข้างเคียงของยาน้อยที่สุด

กิจกรรมที่ 3 สำรองยาไว้ในคลังยาเพื่อให้เพียงพอต่อการจ่ายให้ผู้ป่วยจิตเภท

ตาราง 4.3 แผนกำกับการประชุมเชิงปฏิบัติการโดยประยุกต์ใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม

ลำดับ	ลักษณะกลุ่ม	วิธีดำเนินการ	สื่อ อุปกรณ์	เวลา
(1) ขั้นตอน Appreciation; A A : 1.2 สรุปข้อมูล สภาพปัจจุบัน	กลุ่มใหญ่	1. พุดคุย / สันทนาการ 2. นำเข้าสู่ขั้นตอน A 1.2 โดยวิทยากร สรุปข้อมูลสภาพปัญหาด้านการบริการ ทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท 3. สมาชิกกลุ่มใหญ่รับฟัง ชักถามเมื่อ ไม่เข้าใจ	1. เกมสั้วสติ ทักทาย 2. บรรยาย	40 นาที
A : 2.1 เป้าหมายใน อนาคตที่ปรารถนา	กลุ่มย่อย	1. แบ่งสมาชิกเป็นกลุ่มย่อยละกัน จำนวน 4 กลุ่มๆละ 8 คน 2. วิทยากรมอบหมายงาน 3. สมาชิกแต่ละคนแสดงความคิดเห็น อนาคตที่ปรารถนา โดยภาพหรือ ข้อความ พร้อมอธิบาย 4. สมาชิกกลุ่มรับฟัง ชักถามเมื่อไม่ เข้าใจ ไม่วิพากษ์วิจารณ์ 5. สมาชิกกลุ่มร่วมแสดงความคิดเห็น และสรุปกลุ่มเป้าหมายในอนาคตที่ ปรารถนาเป็นภาพรวมของกลุ่ม	1. เกมสั้วสติ เพลงพัด 2. นั้บเลข 1-4 เพื่อ แบ่งกลุ่มย่อย 3. กระดาษร่างแบบ 4. ปากกาหมึกแห้ง 5.ปากกาเคมี 6.กระดานบอร์ดพร้อม ขาตั้ง	50 นาที
A : 2.2 กำหนด วิสัยทัศน์ร่วม	กลุ่มใหญ่	1. แต่ละกลุ่มส่งตัวแทนนำเสนอ เป้าหมายในอนาคตที่ปรารถนา 2. สมาชิกกลุ่มใหญ่รับฟัง ชักถามเมื่อ ไม่เข้าใจ ไม่วิพากษ์วิจารณ์	1. บรรยาย 2. โปสเตอร์สรุป	50 นาที
(2) ขั้นตอน Influence; I I : 1 แนวทางสู่ วิสัยทัศน์ร่วม	กลุ่มย่อย	1. วิทยากรมอบหมายงาน 2. สมาชิกกลุ่มแต่ละคนเขียนและ นำเสนอแนวทาง/กิจกรรมเพื่อการ พัฒนา 3. สมาชิกกลุ่มรับฟัง ชักถามเมื่อไม่ เข้าใจ ไม่วิพากษ์วิจารณ์ 4. สมาชิกกลุ่มร่วมแสดงความคิดเห็น จัดลำดับความสำคัญและสรุปรวม กิจกรรมของกลุ่ม	1. เกมสั้วสติ สันทนาการ 2. กระดาษร่างแบบ 3. ปากกาหมึกแห้ง 4.ปากกาเคมี 5.กระดานบอร์ดพร้อม ขาตั้ง	40 นาที



ตาราง 4.3 (ต่อ)

ลำดับ	ลักษณะกลุ่ม	วิธีดำเนินการ	สื่อ อุปกรณ์	เวลา
(3) ขั้นตอน Control; C C : 1 เลือก แนวทาง/กิจกรรม	กลุ่มใหญ่	1. แต่ละกลุ่มส่งตัวแทนนำเสนอ เป้าหมายในอนาคตที่ปรารถนา 2. สมาชิกกลุ่มใหญ่รับฟัง ชักถามเมื่อ ไม่เข้าใจ ไม่วิพากษ์วิจารณ์ 3. สมาชิกกลุ่มใหญ่ร่วมแสดงความ คิดเห็นเพื่อตัดสินใจเลือกแนวทาง 4. จัดลำดับแนวทาง/กิจกรรมเพื่อ นำไปสู่การจัดทำแผน 5. สมาชิกกลุ่มร่วมแสดงความคิดเห็น และสรุปเป็นแนวทาง/กิจกรรมของกลุ่ม	1. บรรยาย 2. โปสเตอร์สรุป 3. กระดาษร่างแบบ 4. ปากกาหมึกแห้ง 5.ปากกาเคมี 6.กระดานบอร์ดพร้อม ขาตั้ง	40 นาที
C 2: 2 เสนอ แผนปฏิบัติการ	กลุ่มใหญ่	1. แต่ละกลุ่มส่งตัวแทนนำเสนอ เป้าหมายในอนาคตที่ปรารถนา 2. สมาชิกกลุ่มใหญ่รับฟัง ชักถามเมื่อ ไม่เข้าใจ ไม่วิพากษ์วิจารณ์ 3. สมาชิกกลุ่มใหญ่ร่วมแสดงความ คิดเห็นเพื่อตัดสินใจเลือกแนวทาง/ กิจกรรมพัฒนา 4. วิทยากรสรุปผลการประชุมจัดทำ แผนแบบมีส่วนร่วม 5. ตัวแทนสมาชิกแต่ละกลุ่มแสดงความ คิดเห็นต่อการจัดประชุมแบบมีส่วนร่วม	1. บรรยาย 2. โปสเตอร์สรุป 3. เกมส้นสนทนา 4. กระดาษร่างแบบ 5. ปากกาหมึกแห้ง 6.ปากกาเคมี 7.กระดานบอร์ดพร้อม ขาตั้ง	50 นาที

3. การปฏิบัติการตามแผนแบบมีส่วนร่วม (Action)

จากการร่วมวางแผนและแนวทางการดำเนินงาน ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยได้ประชุมจัดทำแผนในวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2557 ผลการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน การวางแผนการดำเนินงานในชุมชน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันมีมติในการดำเนินการตามแผน และสะท้อนการปฏิบัติ จึงได้กำหนดกิจกรรมดำเนินงาน เพื่อแก้ไขปัญหา โดยมีรายละเอียดดังนี้



ตาราง 4.4 กิจกรรมการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหา การบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยโรคจิตเภท

โครงการ	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	ระยะเวลา	ตัวชี้วัดความสำเร็จ
1.โครงการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท	เพื่อให้เจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรมมีความรู้เรื่องโรคจิตเภท	1.จัดอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรม 2.จัดทำคู่มือและการปรับขนาดยาที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	22-23 มีนาคม 2557	1.เจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรมมีความรู้เรื่องโรคจิตเภทในระดับปานกลาง ร้อยละ 80 2. มีคู่มือการในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท
2.โครงการพัฒนาระบบการกำกับการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท	1.เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท 2 มีการรับประทานยาที่ต่อเนื่อง 2. เพื่อสำรองยาให้เพียงพอกับจำนวนผู้ป่วย 3.สร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	1.จัดแบ่งกลุ่มให้คลงกันเป็น 4 กลุ่ม และจัดตั้งหัวหน้ากลุ่มเป็นผู้ประสานงานระหว่างกลุ่มกับบุคลากรสาธารณสุขและผู้วิจัย 2.เจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรมมีการสำรองยาเพื่อให้เพียงพอต่อการจ่ายให้ผู้ป่วยจิตเภท เดือนละ 1 ครั้งโดยจะมีแบบฟอร์มบันทึกข้อมูลยา 3. ติดตาม กำกับการรับประทานยา รวมถึงอาการแทรกซ้อนต่างๆที่จะเกิดขึ้นตามมา 4.จัดทำคู่มือติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท 5. จัดทำกระเป๋ยาทั้งนี้เพื่ออำนวยความสะดวกในการรับประทานยาของผู้ป่วย 6. สร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อการรักษาที่ต่อเนื่อง และลดอัตราการค้าขายยาผู้ป่วย	มีนาคม ถึง กรกฎาคม 2557	1.ผู้ป่วยจิตเภทรับประทานยาอย่างต่อเนื่องร้อยละ 85 2.มีคู่มือติดตามการรับประทานยาของผู้ป่วย 3. มีกระเป๋ยา 4. มีเครือข่ายดูแลผู้ป่วยจิตเภท

4. การสังเกตการณ์ (Observation)

เป็นการสังเกตการณ์การดำเนินงานตามกิจกรรม ที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการโดยผู้วิจัยและทีมผู้วิจัยภาคสนามด้วยการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์และการสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม โดยบันทึกการปฏิบัติงาน สถานการณ์ทางสังคม ด้วยภาพถ่าย การบันทึกเสียงและแบบบันทึกการสังเกต ในขณะที่การวิจัยดำเนินการอยู่ ได้ดังนี้

1. จากการสังเกตของผู้วิจัย เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรมในคลินิกโรคจิตเภท ในการอบรมจัดทำแผนในครั้งนี้ พบว่า บุคลากรในคลินิกโรคจิตเภทที่เข้าร่วมการอบรมตั้งใจฟังการบรรยายทุกคน พิจารณาภาพรวมของการฟังการบรรยายในช่วงแรกๆ ถึงแม้บางคนจะกล้าแสดงออกแต่ยังคงเขินอาย ทำให้ไม่ได้ร่วมแสดงออกความคิดเห็นอย่างเต็มที่ จากการสังเกตการณ์



แสดงความคิดเห็นในช่วงเวลาต่อมาของการทำกิจกรรมกลุ่มของผู้เข้าร่วมประชุม สมาชิกกลุ่มสามารถปรับตัวต่อการร่วมกิจกรรมกลุ่มได้เร็วขึ้น เมื่อการประชุมมีบรรยากาศที่เป็นกันเอง ซึ่งในระยะหลังๆ สมาชิกส่วนใหญ่จะกล้าแสดงออกมากยิ่งขึ้น อีกทั้งยังมีการปรับเปลี่ยนทัศนคติที่มีต่อผู้ป่วยโรคจิตเภทในทางที่ดีขึ้น และมีความตั้งใจและมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติหน้าที่อย่างเต็มกำลังความสามารถ เพื่อสุขภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วยในคลินิกโรคจิตเภท โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ ตำบลไทรน้อย อำเภอมะนัง จังหวัดอุบลราชธานี

2. จากการสังเกตของผู้วิจัย เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรมในคลินิกโรคจิตเภท ในการอบรมให้ความรู้ในครั้งนี้ พบว่า บุคลากรในคลินิกโรคจิตเภทที่เข้าร่วมการอบรมตั้งใจฟังการบรรยายทุกคน มีการซักถามข้อสงสัยได้ตอบกันกับวิทยากร พิจารณาภาพรวมของการฟังการบรรยายในช่วงแรกๆ ถึงแม้บางคนจะกล้าแสดงออกแต่ยังคงเขินอาย ทำให้ไม่ได้ร่วมแสดงออกความคิดเห็นอย่างเต็มที่ จากการสังเกตการแสดงความคิดเห็นในช่วงเวลาต่อมาของการทำกิจกรรมกลุ่มของผู้เข้าร่วมประชุม สมาชิกกลุ่มสามารถปรับตัวต่อการร่วมกิจกรรมกลุ่มได้เร็วขึ้น เมื่อการประชุมมีบรรยากาศที่เป็นกันเอง ซึ่งในระยะหลังๆ สมาชิกส่วนใหญ่จะกล้าแสดงออกมากยิ่งขึ้น และสมาชิกทุกคนยังมีความมุ่งมั่นที่จะนำความรู้ที่ได้รับไปพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยในคลินิกโรคจิตเภท โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ ตำบลไทรน้อย อำเภอมะนัง จังหวัดอุบลราชธานี

5. การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (Reflection)

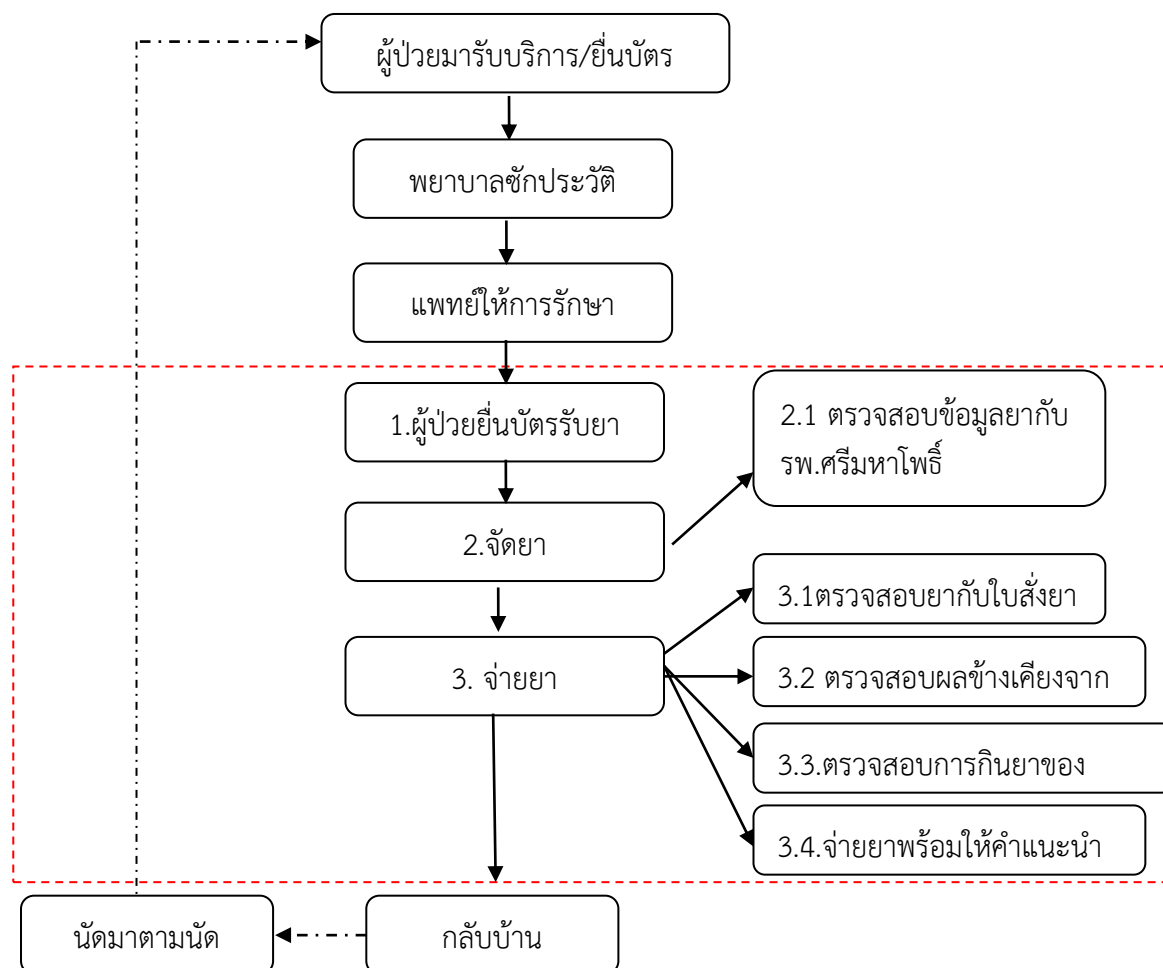
สรุปและถอดบทเรียนทั้งหมดที่ได้จากการดำเนินการวิจัย เป็นการดำเนินการเพื่อประเมินผลการดำเนินงานทั้งหมดที่ได้จากการวิจัย โดยดำเนินการในวันที่ 12 มิถุนายน 2556 ณ ห้องประชุมโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ มีผู้เข้าร่วมประชุมจำนวน 28 คน (ร้อยละ 87.50)

จัดประชุมสรุปผลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อถอดบทเรียนที่ได้จากการดำเนินงานที่ผ่านมาเพื่อนำมาปรับปรุง และพัฒนาต่อไป ตลอดจนแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานที่ผ่านมาเป็นการทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นในชุมชนที่ผ่านมา ว่ามีเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์อย่างไร ได้ทำอะไรกันบ้าง ทำอย่างไรบ้าง สิ่งที่เกิดขึ้นเป็นไปตามที่คาดหวังหรือไม่ เกิดความรู้สึกอย่างไรบ้างในการทำกิจกรรมนี้ สิ่งที่ทำได้ดีคืออะไร อะไรเป็นปัญหา สิ่งที่เราควรทำต่อไปสำหรับกิจกรรมนี้คืออะไร การเรียนรู้ ได้ตรวจสอบผลการดำเนินงานที่ผ่านมาเป็นอย่างไรบ้าง มีสิ่งไหนที่ควรดำเนินการต่อ สิ่งไหนที่ต้องพัฒนา ปรับปรุงให้ดีขึ้น

ผลพบว่า ผู้วิจัยนำเสนอสรุปผลการดำเนินงาน และแบ่งกลุ่มผู้เข้าร่วมประชุมเป็น 4 กลุ่มย่อย ร่วมกันพิจารณาประเด็นที่เกี่ยวข้องกับขั้นตอนการปฏิบัติการที่ผ่านมาแล้วให้สรุปปัจจัยของความสำเร็จซึ่งจากปัญหาการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้วิจัยได้นำระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการมาเป็นรูปแบบในการวิจัยเพื่อศึกษากระบวนการที่เกิดขึ้นและทำให้เกิดการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงการพัฒนา โดยเน้นการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ซึ่งนำเทคนิคกระบวนการมีส่วนร่วมมาเป็นแนวทางในการดำเนินการวิจัย ตั้งแต่ระยะเตรียมการก่อนการวิจัยที่ทำให้คณะทำงานวิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับรู้สภาพของปัญหาการดำเนินการพัฒนา และในระยะปฏิบัติการวิจัยการอบรมให้ความรู้ ทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับทราบแนวทางการดำเนินงานเป็นแนวทางเดียวกันและนำข้อมูลมาวางแผนปฏิบัติการร่วมกัน เกิดแผนปฏิบัติการที่นำไปสู่การปฏิบัติและสรุปรูปแบบการพัฒนาโดยใช้กระบวนการถอดบทเรียน ซึ่งจะเห็นได้ว่าในทุกขั้นตอนของการดำเนินการวิจัยได้นำแนวคิดและกระบวนการมีส่วนร่วม



จากผลการวิจัยการพัฒนาการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท ของโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ ทำให้สามารถกำหนดขั้นตอนการบริการที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพในการดำเนินงาน ดังภาพประกอบ 4.2



ภาพประกอบ 4.2 ขั้นตอนการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท



ตาราง 4.5 เปรียบเทียบการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท ในโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา
มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

การบริการแบบเดิม	การบริการแบบใหม่
1. ผู้ป่วยยื่นบัตร	1. ผู้ป่วยยื่นบัตร
2. จัดยา	2. จัดยา 2.1 ตรวจสอบรายชื่อ พร้อมยา ของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับ การส่งต่อผู้ป่วยจาก โรงพยาบาลศรีมหาโพธิ์ ที่มีอาการดี ขึ้นกลับมาได้รับการรักษาที่ โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหา วิทยาลัยราชภัฏ
3. จ่ายยาโดยเภสัชกร	3. จ่ายยาโดย เจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกร
3.1 ตรวจสอบยากับใบสั่งยา	3.1 ตรวจสอบยากับใบสั่งยา
3.2 จ่ายยาพร้อมให้คำแนะนำ	3.2 ตรวจสอบผลข้างเคียงจาก 3.3 ตรวจสอบการกินยาของผู้ป่วย 3.4 จ่ายยาพร้อมให้คำแนะนำ

สรุปผลการประชุมเจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ได้มติที่ประชุม รูปแบบการดำเนินงานการบริการทางเภสัชกรรม
ผู้ป่วยจิตเภท เป็น RAINOP ซึ่งได้อธิบายรายละเอียด ตามตาราง 4.6

ตาราง 4.6 รูปแบบการดำเนินงานการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท ของโรงพยาบาล
๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ที่เหมาะสม

กิจกรรมที่ดำเนินงาน	รูปแบบ
ผู้วิจัยร่วมกับทีมเจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรม ร่วมกันศึกษาบริบท ของพื้นที่ และร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ตระหนักถึง ปัญหาร่วมกัน	ตระหนักถึงปัญหาร่วมกัน (Realize; R)
ผู้วิจัย ผู้ป่วยโรคจิตเภท ร่วมกับทีมเจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรม ได้ ร่วมกันจัดกิจกรรมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนการ ดำเนินงานร่วมกัน ทั้งนี้เพื่อสะท้อนปัญหาและอุปสรรคในการ ดำเนินงาน	การถอดบทเรียนร่วมกัน (After Action Review; A)
ผู้วิจัยร่วมกับทีมเจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรม เริ่มแรกมีการฝึกอบรม ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท รวมถึงอบรมแนวทางการ ปฏิบัติงานเพื่อเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยจิตเภทร่วมกัน	เริ่มต้นด้วยการฝึกอบรม (Initial Training; I)
ผู้วิจัยร่วมกับทีมเจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรม มีการทำงานร่วมกัน เริ่มตั้งแต่การสำรวจและวิเคราะห์ปัญหา กำหนดวิธีการ	ร่วมกันทำงานเป็นทีม เป็นเครือข่าย (Network; N)



ตาราง 4.6 (ต่อ)

กิจกรรมที่ดำเนินงาน	รูปแบบ
ในการแก้ไขปัญหา การปฏิบัติการตามแผนการดำเนินงาน และ การประเมินผลและสะท้อนผลการดำเนินงาน	
ผู้วิจัย ร่วมกับทีมเจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรม ได้ร่วมกันสังเกต ติดตามการดำเนินงาน ทั้งในระหว่างการดำเนินงานและหลังการ ดำเนินงาน	การสังเกต ติดตามร่วมกัน (Observation; O)
ผู้วิจัยร่วมกับทีมเจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรม ได้มีส่วนร่วมในการ จัดตั้งกลุ่ม ชมรม เพื่อเฝ้าระวังป้องกันผู้ป่วยโรคจิตเภท ทั้งนี้เพื่อ ติดตามเยี่ยมบ้าน กำกับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง	ทีมเภสัชกรรม (Pharmacy Team)

สรุปการวิจัยครั้งนี้ ได้สร้างและพัฒนาแบบการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท ของ
โรงพยาบาล ๕๐ พรรษามหาวิราลงกรณ ตำบลไธ้อย อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี รูปแบบใหม่ที่
เหมาะสม คือ RAINOP Model



ภาพประกอบ 4.3 รูปแบบ RAINOP Model



ตาราง 4.7 สรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท

ตัวชี้วัดการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท	กิจกรรมที่ดำเนินงาน	ผลที่ได้
1. อัตราการจ่ายยาผู้ป่วย (< ร้อยละ 5)	ดำเนินงานตามโครงการพัฒนาระบบการกำกับการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยมีกิจกรรมการพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้งนี้เพื่อการรักษาที่ต่อเนื่อง	1. ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด เดิม ร้อยละ 15.2 ผลการดำเนินงาน ร้อยละ 4.2 2. โครงการจัดระบบยาในโรงพยาบาล
2. อัตราความร่วมมือในการใช้ยา (> ร้อยละ 80)	ดำเนินงานตามโครงการพัฒนาระบบการกำกับการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยมีกิจกรรม 1. ติดตาม กำกับการรับประทานยารวมถึงอาการแทรกซ้อนต่างๆที่จะเกิดขึ้นตามมา 2. จัดทำคู่มือติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท 3. จัดทำกระเป๋ยาทั้งนี้เพื่อต่อการติดตามการรับประทานยาของผู้ป่วย	1. ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด เดิม ร้อยละ 75 ผลการดำเนินงาน ร้อยละ 85 2. ได้คู่มือการกำกับการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท 3. มีกระเป๋ยา 4. ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการใช้ยาในระดับปานกลาง 5. ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระบบการบริการเภสัชกรรมในระดับมาก
3. เภสัชกรและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาจิตเวช (> ร้อยละ 80)	ดำเนินงานตามโครงการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท กิจกรรม 1. จัดอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรม 2. จัดทำคู่มือและการปรับขนาดยาที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	1. เจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรมมีความรู้เรื่องโรคจิตเภทในระดับดี และหลังการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด เดิม 69.22 ผลการดำเนินงาน 89.2 2. มีคู่มือการในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท



ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ผลการดำเนินงานตามรูปแบบการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท
โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ ตำบลไทรน้อย อำเภอมะนัง จังหวัดอุบลราชธานี

3.1 ข้อมูลด้านความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ของเจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรม

ตาราง 4.8 ความถี่และร้อยละของเจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรมตอบคำถามถูกต้องเรื่องความรู้ทั่วไป
เกี่ยวกับโรคจิตเภท ก่อนและหลังการพัฒนา (n=32)

ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท	ก่อนการอบรม	หลังการอบรม
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ระดับมาก (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	1 (3.1)	32 (100.0)
ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79)	28 (87.5)	0 (0.0)
ระดับต่ำ (ต่ำกว่าร้อยละ 60)	3 (9.4)	0 (0.0)
รวม	32 (100.0)	32 (100.0)

จากตาราง 4.8 เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทของเจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรม
จำนวน 32 คน พบว่า ก่อนการอบรม เจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรม มีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทมากที่สุด
อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 87.5) รองลงมาคือ อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 9.4) และน้อยที่สุดอยู่ใน
ระดับมาก (ร้อยละ 3.1) หลังการอบรม พบว่า เจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรมมีความรู้อยู่ในระดับมาก
(ร้อยละ 100.0)

ตาราง 4.9 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท
ก่อนและหลังการอบรมให้ความรู้ (n=32)

ความรู้	ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนน				t	p-value
	Mean	df	S.D.	95%CI		
ก่อนการพัฒนา	13.2	31	1.8	4.0 – 5.3	14.7	<0.001*
หลังการพัฒนา	17.8					

* ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

จากตาราง 4.9 พบว่า ก่อนการอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรม มีความรู้ทั่วไป
เกี่ยวกับโรคจิตเภทอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 13.2$) และหลังการอบรมให้ความรู้ มีความรู้ทั่วไป
เกี่ยวกับโรคจิตเภทในระดับดี ($\bar{X} = 17.8$) ซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ 0.05



3.2 ข้อมูลการปฏิบัติตามแนวทางการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท ของเจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรม

ตาราง 4.10 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตามแนวทางการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภทของเจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรม ก่อนและหลังการพัฒนา โดยใช้สถิติ Paired t – test (n =32)

การปฏิบัติ	ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนน				t	p -value
	Mean	df	S.D.	95%CI		
ก่อนการพัฒนา	11.7	31	2.5	2.8 – 4.7	8.3	<0.001*
หลังการพัฒนา	15.5					

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 4.10 พบว่า ก่อนการพัฒนาเจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรม มีปฏิบัติตามแนวทางการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 11.7$) และหลังการพัฒนาตามแนวทางการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภทในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 15.5$) ซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 4.11 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรมต่อการปฏิบัติตามแนวทางการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการพัฒนา (n=32)

ข้อคำถาม	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา			t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล		
1. มีการสำรองยาจิตเภทให้พร้อมใช้	1.50	0.5	น้อย	2.19	0.47	ปานกลาง	6.03	<0.001*
2. มีการประเมินอาการข้างเคียงและปัญหาที่เกิดจากการรักษาด้วยยาจิตเภท	1.59	0.61	น้อย	2.22	0.65	ปานกลาง	4.71	<0.001*
3. มีแนวทางในการแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วย	1.59	0.56	น้อย	2.25	0.67	ปานกลาง	4.28	<0.001*
4. มีการตรวจสอบควบคุมคุณภาพของยาจิตเภทไม่ให้หมดอายุเสื่อมสภาพ	1.81	0.59	ปานกลาง	2.09	0.58	ปานกลาง	3.04	0.005*



ตาราง 4.11 (ต่อ)

ข้อคำถาม	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา			t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล		
5. มีการปรับขนาดของยาให้ง่ายและเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย	1.75	0.71	ปานกลาง	2.28	0.63	ปานกลาง	3.94	<0.001*
6. ให้คำแนะนำและความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาจิตเภท และประโยชน์ของการรักษาสำหรับผู้ป่วย	1.72	0.58	ปานกลาง	2.12	0.60	ปานกลาง	3.45	0.002*
7. ให้ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา	1.72	0.58	ปานกลาง	2.23	0.54	ปานกลาง	4.70	<0.001*
รวม	1.65	0.65	ปานกลาง	2.22	0.65	ปานกลาง	4.71	<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 4.11 พบว่า ก่อนการพัฒนา เจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรมต่อการปฏิบัติตามแนวทางการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.65$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ มีการตรวจสอบควบคุมคุณภาพของยาจิตเภทไม่ให้หมดอายุเสื่อมสภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.81$) รองลงมาคือ มีการปรับขนาดของยาให้ง่ายและเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.75$) และหลังการพัฒนา พบว่า เจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรมต่อการปฏิบัติตามแนวทางการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.22$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ มีการปรับขนาดของยาให้ง่ายและเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.28$) รองลงมา คือ มีแนวทางในการแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.25$)



3.3 ข้อมูลด้านการร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท

ตาราง 4.12 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการพัฒนา โดยใช้สถิติ Paired t – test (n =94)

การร่วมมือ	ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนน				t	p -value
	Mean	df	S.D.	95%CI		
ก่อนการพัฒนา	11.3	93	1.6	4.2 – 4.8	27.4	<0.001*
หลังการพัฒนา	15.8					

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 4.12 พบว่า ก่อนการพัฒนาผู้ป่วยจิตเภทมีส่วนร่วมในการรักษาด้วยยาจิตเภท อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =11.3) และหลังการพัฒนา ผู้ป่วยจิตเภท มีส่วนร่วมในการรักษาด้วยยาจิตเภท อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =15.8) ซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 4.13 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้ป่วยจิตเภทต่อการร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทก่อน และหลังการพัฒนา (n=94)

ข้อคำถาม	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา			t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล		
1.ตั้งแต่เริ่มรับการรักษาจนถึงปัจจุบันท่านรับประทานยาที่แพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ	1.39	0.51	ต่ำ	2.13	0.36	ปานกลาง	11.38	<0.001*
2.ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมาท่านเคยลดจำนวนยาด้วยตนเองหรือไม่	1.60	0.51	ต่ำ	2.32	0.46	ปานกลาง	9.13	<0.001*
3.ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมาท่านเคยเพิ่ม จำนวนยาด้วยตนเองหรือไม่	1.59	0.53	ต่ำ	2.16	0.39	ปานกลาง	8.83	<0.001*
4.ในระหว่างการรักษา ท่านเคยมารับยาหรือตรวจรักษาหลังจากหายหมดไปแล้วมากกว่า 7 วันบ้างหรือไม่	1.60	0.51	ต่ำ	2.19	0.42	ปานกลาง	8.73	<0.001*
5.ในระหว่างการรักษา ท่านบอกให้แพทย์ทราบหรือไม่ว่าอาการของท่านเป็นอย่างไรบ้างหลังจากรับประทานยา	1.73	0.51	ปานกลาง	2.14	0.37	ปานกลาง	6.82	<0.001*



ตาราง 4.13 (ต่อ)

ข้อคำถาม	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา			<i>t</i>	<i>p</i> -value
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล		
6.ในระหว่างการรักษา ท่านเคยมารับยาก่อนกำหนดเนื่องจากยาหมดบ้างหรือไม่	1.65	0.51	ต่ำ	2.52	0.52	สูง	11.96	<0.001*
7.ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมาท่านมีการลิ้มรับประทานยาหรือรับประทานไม่ติดต่อกันบ้างหรือไม่	1.78	0.49	ปานกลาง	2.37	0.65	สูง	6.62	<0.001*
รวม	1.60	0.51	ปานกลาง	2.25	0.42	ปานกลาง	27.41	<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 4.13 พบว่า ก่อนการพัฒนา ผู้ป่วยจิตเภทมีการร่วมมือในการรักษา ด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.60$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมาท่านมีการลิ้มรับประทานยาหรือรับประทานไม่ติดต่อกันบ้างหรือไม่ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.78$) รองลงมาคือ ในระหว่างการรักษา ท่านบอกให้แพทย์ทราบหรือไม่ว่าอาการของท่านเป็นอย่างไรบ้างหลังจากรับประทานยาแล้ว อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.73$) และหลังการพัฒนา พบว่า เจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรมต่อการปฏิบัติตามแนวทางการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.25$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ในระหว่างการรักษา ท่านเคยมารับยาก่อนกำหนดเนื่องจากยาหมดบ้างหรือไม่ อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.52$) รองลงมา คือ ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมาท่านมีการลิ้มรับประทานยาหรือรับประทานไม่ติดต่อกันบ้างหรือไม่ อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.37$)



3.4 ข้อมูลด้านความพึงพอใจสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการทางเภสัชกรรม ผู้ป่วยจิตเภท

ตาราง 4.14 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท (n=94)

ข้อคำถาม	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
ด้านเจ้าหน้าที่	3.51		มาก
1. เภสัชกรให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับยาและการใช้ยาเป็นอย่างดี	3.15	0.74	ปานกลาง
2. ให้บริการอย่างรวดเร็ว เอาใจใส่ผู้รับบริการ	3.31	0.52	ปานกลาง
3. แต่งกายสุภาพ เรียบร้อย	3.37	0.83	ปานกลาง
4. จำนวนเจ้าหน้าที่ที่มีเพียงพอในการให้บริการ	3.74	1.08	มาก
5. ให้บริการด้วยใบหน้ายิ้มแย้ม พุดจาสุภาพ	3.99	1.15	มาก
ด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อม	3.35		ปานกลาง
6. สถานที่บริการสะอาด	2.82	0.79	ปานกลาง
7. สถานที่เป็นระเบียบ	2.86	0.88	ปานกลาง
8. อากาศถ่ายเทสะดวก ไม่มีกลิ่นเหม็นรบกวน	3.26	0.48	ปานกลาง
9. ป้ายบอกตำแหน่งห้องและโต๊ะให้บริการชัดเจน	3.53	0.63	มาก
10. จำนวนเก้าอี้ที่นั่งรอรับบริการมีเพียงพอ	3.76	0.56	มาก
11. มีแผนผังขั้นตอนในการรับบริการชัดเจน	3.88	0.48	มาก
ด้านระบบบริการ	4.05		มาก
12. มีการอธิบายขั้นตอนการให้บริการชัดเจน เข้าใจง่าย	3.85	0.76	มาก
13. มีการจัดลำดับคิวในการบริการ	3.90	0.90	มาก
14. ท่านได้รับบริการที่มีความสะดวกรวดเร็ว	4.19	0.47	มาก
15. การเรียกชื่อรับบริการได้ยินชัดเจน	4.27	0.57	มาก
รวม	3.59	0.61	มาก

จากตาราง 4.14 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีความพึงพอใจ ส่วนใหญ่ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.59$) เมื่อพิจารณาารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ การเรียกชื่อรับบริการได้ยินชัดเจน อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.27$) รองลงมา คือ ท่านได้รับบริการที่มีความสะดวกรวดเร็ว อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.19$) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ สถานที่บริการสะอาด ($\bar{X} = 2.82$)



บทที่ 5

สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เรื่อง การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ กลุ่มตัวอย่างคือเจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรม จำนวน 32 คน และผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 94 คน การเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก การถอดบทเรียน การสังเกต แบบสอบถาม ใช้ระยะเวลาในการวิจัย 3 เดือน ตั้งแต่เดือน มกราคม 2557 ถึงเดือน มีนาคม 2557 เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก การถอดบทเรียน แบบสอบถาม โดยสรุปเชื่อมโยงความสัมพันธ์และเหตุผลในประเด็นที่ศึกษา โดยเสนอผลการศึกษาตามลำดับหัวข้อดังต่อไปนี้

5.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

5.2 สรุปผล

5.3 อภิปรายผล

5.4 ข้อเสนอแนะ

5.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

5.1.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษารูปแบบการบริการทางเภสัชกรรม ผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ ตำบลไทรน้อย อำเภอมะนัง จังหวัดอุบลราชธานี

5.1.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

5.1.2.1 เพื่อศึกษาบริบท การดำเนินงานการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ ตำบลไทรน้อย อำเภอมะนัง จังหวัดอุบลราชธานี

5.1.2.2 เพื่อพัฒนาระบบการบริการ การดำเนินงานการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ ตำบลไทรน้อย อำเภอมะนัง จังหวัดอุบลราชธานี

5.1.2.3 เพื่อศึกษาผลการดำเนินงาน การบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ ตำบลไทรน้อย อำเภอมะนัง จังหวัดอุบลราชธานี

5.2 สรุปผล

จากการพัฒนาการบริการทางเภสัชกรรม ผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ ตำบลไทรน้อย อำเภอมะนัง จังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยสรุปผลการวิจัยดังนี้

1. สรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบริบทการดำเนินงานการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ ตำบลไทรน้อย อำเภอมะนัง จังหวัดอุบลราชธานี สรุปได้ว่า



1.1. บริบทของชุมชน

จากการศึกษาสภาพบริบทของชุมชนตำบลไธ้อย อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย 14 หมู่บ้าน มีจำนวนหลังคาเรือน 4,316 หลังคาเรือน จำนวนประชากร 13,895 คน มีโรงพยาบาลชุมชน คือโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ ระดับ 2.1 ทุติยภูมิระดับต้น สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข จำนวนเตียงที่ขออนุญาต 180 เตียง แต่ให้บริการได้จริง 150 เตียง อัตราครองเตียง ร้อยละ 44.79 ความครอบคลุมหน่วยบริการประกอบด้วย รพ.สต.19 แห่ง ให้บริการดูแล ตรวจรักษาแก่ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในทุกสาขา ในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิทั้งผู้ป่วยที่เป็นพระภิกษุ สามเณรและประชาชนทั่วไปทุกกลุ่มโรค ยกเว้น ผู้ป่วยที่มีอาการหนักเกินขีดความสามารถของ โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ ผู้ป่วยคลอด และทารกแรกเกิดซึ่งทางโรงพยาบาลยังไม่มี ความพร้อม รวมทั้งผู้ป่วยทางสูติกรรม ที่ต้องนอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยศัลยกรรมที่ต้องรักษาด้วยการ ผ่าตัดในรายที่ผ่าตัดใหญ่และเสี่ยงสูง

1.2 ข้อมูลลักษณะทั่วไปของเจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรม

จากการศึกษาพบว่า เจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 65.62) มีอายุระหว่าง 36 - 40 ปี (ร้อยละ 37.50) อายุน้อยที่สุด 26 ปี อายุมากที่สุด 45 ปี โดย อายุเฉลี่ย 45 ปี สถานภาพสมรส (ร้อยละ 68.75) จบการศึกษาปริญญาตรีมากที่สุด (ร้อยละ 81.25) ประสบการทำงานในหน่วยงาน อยู่ระหว่าง 6 - 10 ปี (ร้อยละ 56.25) เป็นเภสัชกรมากที่สุด (ร้อยละ 50.00)

1.3 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภท ที่มารักษาที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ จำนวน 94 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 69.10) มีอายุมากที่สุด อยู่ระหว่าง 41-50 ปี (ร้อยละ 30.00) อายุเฉลี่ยที่ 49 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 40.40) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 71.30) รายได้ ของครอบครัวต่อเดือน 10,000 บาทขึ้นไป (ร้อยละ 43.70) ระยะเวลาของการเจ็บป่วยส่วนใหญ่ 1- 5 ปี (ร้อยละ 87.20) จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 1 – 10 ครั้ง (ร้อยละ 45.70)

2. สรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อพัฒนาระบบการดำเนินงาน บริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ ตำบลไธ้อย อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี สรุปได้ว่า

การพัฒนากระบวนการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท เริ่มต้นจากการนำข้อมูลที่ศึกษา บริบทและสภาพปัญหาในชุมชน โดยการสนทนากลุ่มของเจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรม ร่วมรับทราบและ ตระหนักถึงปัญหามากขึ้น ได้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น หลากหลายมุมมอง หลายความคิด สรุปว่า เจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรม จะต้องร่วมด้วยช่วยกันในการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคจิตเภทร่วมกัน มีการ ปรับทัศนคติในการทำงานร่วมกัน มีการประชุมการจัดทำแผนในการดำเนินงาน โดยประยุกต์ใช้เทคนิค กระบวนการเพื่อการมีส่วนร่วม (AIC) ด้วยวิธีการวิเคราะห์สภาพปัญหา จัดทำแผนปฏิบัติงาน ทำให้เกิด แผนงานการดำเนินงานได้แก่

1 การอบรมให้ความรู้เรื่องจิตเภท เพื่อสร้างความตระหนักต่อสภาพปัญหาโรคจิต เภท โดยมีกิจกรรมดังนี้



กิจกรรมที่ 1 อบรมให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท แก่เจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรม
 กิจกรรมที่ 2 จัดทำคู่มือการดูแลและแนวทางการปรับใช้ยาที่เหมาะสมในการดูแล
 ผู้ป่วยโรคจิตเภท

2. การพัฒนาระบบกำกับกับการรับประทานยาของผู้ป่วย เพื่อการดูแลส่งเสริมสุขภาพ
 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทและการรับประทานยาที่ต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ 1 จัดทำกระเป๋ายาพร้อมทั้งสมุดบันทึกการรับประทานยา แก่ผู้ป่วยจิต
 เภท เพื่อเป็นการตรวจสอบการรับประทานยาของผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 2 ตรวจสอบการผลข้างเคียงของยา ในผู้ป่วยจิตเภททุกคน โดยดูในคู่มือ
 ติดตามการรับประทานยา ทั้งนี้เพื่อผู้ป่วยจะได้รับผลข้างเคียงของยาน้อยที่สุด

กิจกรรมที่ 3 สำรองยาไว้ในคลังยาเพื่อให้เพียงพอต่อการจ่ายให้ผู้ป่วยจิตเภท

3. สรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 ผลการดำเนินงานบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วย
 จิตเภท โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี ตำบลไฉน อำเภอมะนัง จังหวัดอุบลราชธานี สรุป
 ได้ว่า

3.1 ข้อมูลด้านความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

จากผลการประเมินระดับความรู้โรคจิตเภท ของเจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรม พบว่า
 ก่อนการอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรม มีความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภทอยู่ในระดับปาน
 กลาง ($\bar{X} = 13.2$) และหลังการอบรมให้ความรู้ มีความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภทในระดับดี ($\bar{X} = 17.8$)
 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.2 ข้อมูลการปฏิบัติตามแนวทางการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท

จากผลการประเมินระดับการปฏิบัติตามแนวทางการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วย
 จิตเภท พบว่า ก่อนการพัฒนาเจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรม มีปฏิบัติตามแนวทางการบริการทางเภสัชกรรม
 ผู้ป่วยจิตเภท อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 11.7$) และหลังการพัฒนา อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 15.5$)
 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.3 ข้อมูลด้านการร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท

จากผลการประเมินระดับการร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า
 ก่อนการพัฒนาผู้ป่วยจิตเภทยังมีส่วนร่วมในการรักษาด้วยยาจิตเภท อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 11.3$)
 และหลังการพัฒนา มีส่วนร่วมในการรักษาด้วยยาจิตเภท อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 15.8$) ซึ่งเพิ่มขึ้น
 จากก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.4 ข้อมูลด้านความพึงพอใจสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วย จิตเภท

จากผลการประเมินระดับความพึงพอใจ พบว่า ส่วนใหญ่ ผู้ป่วยจิตเภทมีความพึง
 พอใจ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.59$) เมื่อพิจารณาข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การเรียกซื้อรับ
 บริการได้ยืมชัดเจน อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.27$) รองลงมา คือ ท่านได้รับการที่มีความสะดวกรวดเร็ว
 อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.19$) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ สถานที่บริการสะอาด เป็นระเบียบ
 ($\bar{X} = 2.82$)



5.3 อภิปรายผล

จากสรุปผลวิจัย สามารถอภิปรายผลการพัฒนาการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ ตำบลไทรน้อย อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี ได้ดังนี้

1. ผลการศึกษาบริบท การบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ ตำบลไทรน้อย อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี

ตำบลไทรน้อย มีลักษณะเป็นชุมชนเมือง ทำให้มีความเจริญทางสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม จากบริบทชุมชน สิ่งแวดล้อมแออัด มีแหล่งมั่วสุมอบายมุข เช่น เล่นการพนัน ร้านเกม วิถีชีวิตในชุมชนเป็นแบบแข่งขันกัน สังคมที่มีความเจริญทางด้านวัตถุ สิ่งอำนวยความสะดวกมีมากมาย มีการดื่มสุราหลังเลิกงาน มีการใช้สารเสพติด สภาพครอบครัว ขาดความอบอุ่น ปู่ ย่าตา ยาย เลี้ยงหลาน ครอบครัวแตกแยก สภาพสุขภาพของประชาชน ส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรังประจำตัว ล้วนแต่มีผลต่อปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะจิตเภทและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีความรุนแรงระดับปานกลางถึงมากดังจะเห็นว่ามีการพบในประเทศไทยพบที่มีความชุกของการเกิดโรคจิตเภทประมาณ ร้อยละ 0.7 – 0.9 (มานิช หล่อตระกูล, 2548) และใน ปี 2551-2555 พบว่า อัตราความชุก เป็น 2,262.42, 2,266.01, 2346.22, 2,608.85, 2,840 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2555)

2. ผลการศึกษาระบบการดำเนินงาน การบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ ตำบลไทรน้อย อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี

จากผลการวิจัย สามารถนำมาอภิปรายผลการพัฒนาการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภทได้ดังต่อไปนี้ การพัฒนาการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท ทำให้เกิดผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ดี โดยเจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรมส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าเป็นไปได้ในการปฏิบัติ มีความสะดวกในการปฏิบัติ ใช้งานได้ไม่ยุ่งยากซับซ้อน เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย และมีความพึงพอใจในการใช้อยู่ในระดับมากผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรมได้ร่วมกันนำข้อมูลจากการศึกษาและวิเคราะห์สภาพการณ์ก่อนการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยในปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรคของการดูแลผู้ป่วย การรับรู้และความคาดหวังของเจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรม การมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรม ในการกำหนดวัตถุประสงค์ เป้าหมาย ตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ชัดเจน ครอบคลุม กำหนดกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้การบริการทางเภสัชกรรม มีความเหมาะสม และสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ เจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรมเห็นประโยชน์ เห็นคุณค่า นำไปใช้จริง ทำให้เกิดผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ดีมากยิ่งขึ้น

กระบวนการสร้างมีส่วนร่วม ผู้วิจัยเริ่มจากการพูดคุยกันเฉพาะ เจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรม ประชาสัมพันธ์ ให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้เข้าใจนัดพบปะพูดคุยกันครั้งแรก ค้นหาปัญหาเล็กละเอียดเป้าหมายที่ตรงกับ สิ่งที่ต้องการให้เกิดขึ้น หลายคนมีแนวความคิดที่ตรงกันพร้อมที่จะแก้ปัญหาด้วยกัน แต่ละคนเข้าร่วมกิจกรรมด้วยความสนใจ เมื่อได้สิ่งที่ต้องการแก้ปัญหาแล้ว การเก็บรวบรวมข้อมูล การค้นหาศักยภาพของชุมชนที่มีอยู่เดิม ทำให้เกิดความรู้สึกคิดเป็นพลังเชิงบวก ทำให้ชุมชนอยากพัฒนากิจการของตนเอง สอดคล้องกับ ชาญชัย ชัยสว่าง (2552) ได้ศึกษาการพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น อำเภอมือง จังหวัดหนองคาย ผลการศึกษาพบว่า สภาพปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงาน ก่อนการพัฒนา ของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ได้แก่



ไม่ทราบบทบาทหน้าที่ ขาดความร่วมมือ ขาดการประสานงานการจัดประชุม และศึกษาดูงาน ทำให้คณะกรรมการมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ส่งผลให้ระดับความรู้ และการมีส่วนร่วมดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อข้อมูลเหล่านั้นถูกนำมาวิเคราะห์ การเปิดเวทีแลกเปลี่ยน เรียนรู้อย่างเป็นทางการจึงเกิดขึ้น โดยใช้วิธีถกปัญหาอย่างมีส่วนร่วม จะช่วยให้เราทำงานแบบมี โครงสร้าง สำหรับการสื่อสาร ที่มีประสิทธิภาพภายในกลุ่ม เป็นชุดคำถามที่นำกลุ่มให้เดินไปตามเส้นทาง ของการสนทนา ซึ่งคำถามเหล่านี้จะพากลุ่มผ่านระดับความสำนึกจะช่วยให้กลุ่มเคลื่อนผ่านจากการถก ปัญหาพื้นผิวไปสู่การเข้าถึงความหมายและ ปัญญา รู้แจ้งอย่างลึกลับ สอดคล้องกับการศึกษาของศักรินทร์ ทองอุดร (2553) ซึ่งดำเนินการศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมในการพัฒนา มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม พบว่าโปรแกรมการมีส่วนร่วมโดยการนำ เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วมของสถาบันพระปกเกล้ามาประยุกต์ใช้ทำให้ระดับการมีส่วนร่วมในการ พัฒนามาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน ในด้านการร่วมให้ข้อมูลข่าวสาร ด้านการร่วมปรึกษาหารือ ด้านการ ร่วมวางแผนและตัดสินใจ ด้านการร่วมดำเนินการ และด้านการร่วมประเมินผลมีระดับการมีส่วนร่วม สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. ผลการศึกษาผลการดำเนินงานการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิชราลงกรณ ตำบลไร่น้อย อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

3.1 ข้อมูลด้านความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

จากผลการศึกษา การประเมินระดับความรู้โรคจิตเภท ของเจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัช กรรม พบว่าเจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรม มีความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท ภาพรวมทุกข้อเพิ่มขึ้น อยู่ใน ระดับปานกลาง อภิปรายผลได้ว่า การที่เจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรม มีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นหลังการอบรม นั้น เนื่องจาก เจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรม มีโอกาสได้อบรมฟื้นฟูความรู้ ทักษะการเฝ้าระวังดูแลผู้ป่วยจิต เภทที่ถูกต้อง เป็นไปได้ว่าการที่เจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรมมีความรู้ ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ ทำให้ ผู้ป่วยรับกำลังใจ ไม่ถูกทอดทิ้ง ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ของแคพแลน (Kaplan , 1976 :39 - 42) ได้ให้คำจำกัดความแรงสนับสนุนทางสังคม ว่า สิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือ กลุ่มบุคคล อาจเป็นทางข่าวสาร เงิน กำลังงาน หรือทางอารมณ์ ย่อมเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่ เป้าหมายที่ผู้ให้ต้องการได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นพวรรณ ชีระพันธุ์เจริญ และคณะ (2553) ได้ศึกษาเรื่อง การวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุที่มีจิตอาสา ในชมรมผู้สูงอายุ เพื่อ ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ มีระดับคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 12.58 คะแนน หลังการ อบรมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.00 คะแนน

3.2 ข้อมูลการปฏิบัติตามแนวทางการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท

จากผลการศึกษา การประเมินระดับการปฏิบัติตามแนวทางการบริการทางเภสัช กรรมผู้ป่วยจิตเภท ของเจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรม ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง อภิปรายผลได้ว่า การที่ เจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรม ปฏิบัติตามแนวทางการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลให้ผู้ป่วยจิต เภท ตระหนักและให้ความสำคัญกับตนเอง ใส่ใจในเรื่องการดูแลตนเอง การรับประทานยาที่ถูกต้องและ ต่อเนื่อง เป็นไปตามแนวความคิดการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender ได้อธิบายไว้ว่า เป็นแนวคิดที่สามารถทำ ให้บุคคลมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ สามารถควบคุมอาการของโรคและลดความรุนแรงของโรคได้ โดย การที่จะให้บุคคลกระทำพฤติกรรมใดๆ เพื่อให้มีสุขภาพดีนั้นต้องทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อว่าตนเอง



สามารถควบคุมสภาวะสุขภาพของตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษา ของ วัฒนภรณ์ พิบูลลักษณ์ (2553) ได้ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เท่ากับ 49.17 และค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เท่ากับ 61.67 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับ พบว่าหลังการทดลองพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท พบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

3.3 ข้อมูลด้านการร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท

จากผลการประเมินระดับการร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ป่วยจิตเภท มีส่วนร่วมในการรักษาด้วยยาจิตเภท อยู่ในระดับปานกลาง อภิปรายผลได้ว่า การที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทได้รับคำแนะนำ คำปรึกษาที่ดี ทั้งนี้รวมถึงการได้รับความรู้ถึงประโยชน์ในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเพื่อสามารถป้องกันตนเองจากภาวะทางจิต ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีการรับรู้ของ (Becker, 1974) ได้อธิบายว่า การที่บุคคลได้รับรู้ประโยชน์หรือข้อดีในการปฏิบัติให้หายจากการเป็นโรคหรือการป้องกันไม่ให้เกิดโรคว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษา ของ สมบูรณ์ จันทรงาม (2554) ได้ศึกษา ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทโรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก 1) พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ถูกต้องในระดับสูงของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เพิ่มขึ้น (ร้อยละ 9.99) 2) อัตราการกำเริบจากการขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ลดลงจากร้อยละ 67.70 เป็นร้อยละ 20.63 3) อัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทยาลดลงจากร้อยละ 3.93 เป็นร้อยละ 0 4) อัตราการมาตรวจตามนัดของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 81.03 เป็น ร้อยละ 95.45 5) ร้อยละ 100 ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีความพึงพอใจต่อการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิก 6) ร้อยละ 100 ของบุคลากรมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายทางคลินิก จากผลการศึกษา แสดงให้เห็นว่าการใช้นโยบายทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท สามารถนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีของการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ดังนั้นบุคลากรผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทควรนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไปปฏิบัติในงานประจำอย่างต่อเนื่องต่อไป

3.4 ข้อมูลด้านความพึงพอใจสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการบริการทางเภสัชกรรม

จากผลการศึกษา การประเมินระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยจิตเภทต่อการบริการทางเภสัชกรรม ภาพรวมอยู่ในระดับมาก อภิปรายผลได้ว่า การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีความพึงพอใจต่อการบริการเภสัชกรรม ทั้งนี้เนื่องจากการเจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรมให้ความสนใจและตระหนัก ใส่ใจในการดูแล ส่งผลให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจ กำลังใจ และการยอมรับจากครอบครัว สังคมและชุมชน เป็นไปตามทฤษฎีแรงจูงใจของมาสโลว์ (Maslow's theory Motivation) ตรงกับประเด็นความต้องการทางสังคม (Social Needs) เป็นความต้องการการยอมรับจากเพื่อน และ ความต้องการการยกย่อง (Esteem Needs) เป็นความต้องการการยกย่องส่วนตัว ความนับถือและสถานะทางสังคม สอดคล้องกับการศึกษา ของ สุตรัก พิละกันทา (2548) ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท แผนกงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉินทางจิตเวช



โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจระดับดี ต่อแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท

5.4 ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

5.4.1 ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

- 1) ควรมีการจัดการศึกษาในงานในชุมชนอื่นที่มีระบบการเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ดี เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
- 2) ควรสนับสนุนให้ภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างครอบคลุม
- 3) ควรมีการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท เพื่อเติมพลังความเข้มแข็งทางใจ และวิธีการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ถูกต้อง

5.4.2 ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งต่อไป

- 1) ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยจิตเภท และผลกระทบที่เกิดจากปัจจัยต่าง ๆ ต่อการดำเนินงาน เฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เพื่อนำมาแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างครอบคลุม
- 2) ควรมีการศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ชุมชนได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท



เอกสารอ้างอิง



เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2543). *คู่มือการใช้ยาจิตเวชสำหรับแพทย์ทั่วไป*. นนทบุรี: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์
- กรมสุขภาพจิต. (2555). *รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต 2551-2555*. ศูนย์สารสนเทศ กองแผน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (2553). *รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต 2553*. ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- เกษม ต้นติผลาชีวะ. (2536). *โรคจิตเภท ใน เกษม ต้นติผลาชีวะ(บรรณาธิการ)*. ตำราจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. หน้า 331-347.
- จิตรา เกณฑ์กระโทก และคณะ. (2553). *ผลการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเภทและการใช้ความรู้ด้านยาแก้อาการ*. วารสารโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์ ปีที่ 11 ฉบับ ตุลาคม 2553 - กันยายน 2554.
- จิระศักดิ์ เจริญพันธ์. (2553). *การจัดการสาธารณสุขชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 10*. มหาสารคาม: สารคามการพิมพ์-สารคามเปเปอร์.
- จิระศักดิ์ เจริญพันธ์, ไพรัช จันทพันธ์ และกฤษณา วุฒิสินธ์. (2554). *การจัดการระบบบริหารเวชภัณฑ์ของหน่วยบริการปฐมภูมิแบบมีส่วนร่วม ในพื้นที่อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี*. *วารสารวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพ*, 5(3), 227-236.
- จิราภรณ์ สรรพวิรวงศ์, นิยมล เผือกคง และสมจิต หนูเจริญกุล. (2555). *ผลลัพธ์ของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในผู้ป่วยจิตเภท*. *วารสารสภาการพยาบาล*, 27(2), 17-35
- เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง. (2539). *ขั้นตอนการมีส่วนร่วม*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรวัฒนา.
- เฉลียว บุรีภักดีและคณะ. (2545). *การวิจัยชุมชน ชุดการเรียนรู้ด้วยตนเอง*. กรุงเทพฯ: สำนักมาตรฐานการศึกษา สำนักงานสภาสถาบันราชภัฏ กระทรวงศึกษาธิการ ; สำนักมาตรฐานอุดมศึกษา ทบวงมหาวิทยาลัย.
- ชาญชัย ชัยสว่าง. (2552). *การพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นอำเภอเฝ้าไร่ จังหวัดหนองคาย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ทานตะวัน คำราช,จิระศักดิ์ เจริญพันธุ์ และ สุพร ลอยหาร. (2555). *การพัฒนาระบบนิเทศเพื่อความเป็นเลิศทางการพยาบาลในโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี*. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 13(3), 60-71, กันยายน-ธันวาคม.
- ธวัชชัย ฤกษ์ประกรกิจ และคณะ. (2544). *จิตเวชศาสตร์สำหรับบุคลากรทางการแพทย์*. ขอนแก่น: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ธีระพงษ์ แก้วหาญ. (2543). *กระบวนการเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง ประชาคม ประชาสังคม*. พิมพ์ครั้งที่ 6. ขอนแก่น: คลังนาวิทยา.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2543). *การวิจัยเบื้องต้น*. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- พีรสิทธิ์ คำวนศิลป์. (2544). *การพัฒนาศักยภาพการบริหารจัดการองค์การบริหารส่วนตำบลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.



- พรทิพย์ อีร์รัตน์ไชยเลิศ. (2550). การดูแลด้านยาในผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา*, 1(2), 97, กันยายน.
- มานิช หล่อตระกูล. (2548). โรคจิตเภท (Schizophrenia) ใน มานิช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (บรรณาธิการ). *ตำราจิตเวชศาสตร์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล*. กรุงเทพฯ: บริษัท พี ยอนด์ เอ็นเตอร์ไพรส์.
- มานิช หล่อตระกูล. (2543). โรคจิตเภท. ใน มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (บรรณาธิการ), *จิตเวชศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: สวีชาญการพิมพ์.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2548). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: พียอนด์ เอ็นเตอร์ไพรส์.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2550). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: พียอนด์ เอ็นเตอร์ไพรส์.
- ยาใจ พงษ์บริบูรณ์. (2537). *การวิจัยเชิงปฏิบัติการ*. ขอนแก่น: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- รัตนารณ อวิพันธุ์ และ อัญชลี ธาตภาคย์. (2546). *แบบวัดการบริหารเภสัชกรรม และ ทักษะคิดต่อ งานบริหารเภสัชกรรมของเภสัชกรรมของเภสัชกรในโรงพยาบาลในประเทศไทย โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์*. รายงานผลการดำเนินงานประจำปี 2551. สระแก้ว: งานแผนงาน โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์.
- โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ. (2556). *เอกสารสรุปผลการดำเนินงานฝ่ายเภสัชกรรม ปีงบประมาณ 2556*. โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ, อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี. อุบลราชธานี: โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ.
- วรพจน์ พรหมสัตยพรต. (2544). *การเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือการทำวิจัย ในหนังสือหลักการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- วรพจน์ พรหมสัตยพรต. (2551). *หลักการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- วัฒนาภรณ์ พิบูลอักษณ. (2553). *ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิฑูรย์ สิมะโชคดี. (2541). *คุณภาพคือความอยู่รอด*. กรุงเทพฯ: สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย-ญี่ปุ่น).
- วิฑูรย์ สิมะโชคดี และวีรพงษ์ เฉลิมจิระรัตน์. (2540). *วิศวกรรมและการบริหารความปลอดภัยในโรงงาน*. สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย - ญี่ปุ่น).
- วิรัตน์ ทาสะโก. (2548). *แนวความคิดเพื่อสร้างอนาคตร่วมกัน ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธาณสุขศาสตรมหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- วีรพงษ์ เฉลิมจิระรัตน์. (2540). *คู่มือพัฒนาระบบคุณภาพสู่มาตรฐาน*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ผู้จัดการ.
- ศิริพร จิรวัดกุล. (2552). *การวิจัยเชิงคุณภาพด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒน์.



- ศักรินทร์ ทองภูธรณ์. (2553). *ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมในการพัฒนามาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม*. วิทยานิพนธ์ปริญญา
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- สาธิตพร พุฒขาว. (2541). *ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลส่วนปรางค์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเภท มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สยมพร จันทร์งาม. (2554). *ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเภท มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมชาย จักรพันธ์. (2543). *แนวโน้มและทิศทางการพยาบาลสุขภาพจิต*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2542). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2548). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์. (2536). *ผลการสร้างสัมพันธภาพการสอนสุขภาพและการให้เงื่อนไขผู้ถูกพันต่อความร่วมมือของผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุวิมล ว่องวานิช. (2544). *การวิจัยปฏิบัติการชั้นเรียน*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ภาควิชาวิจัยการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุตกร พิละกันทา. (2548). *แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อนงค์ พัฒนจักร. (2535). *การมีส่วนร่วมของสตรีในการจัดการทรัพยากรป่าไม้ กรณีศึกษาบ้านห้วยม่วง จังหวัดขอนแก่น*. ขอนแก่น: คณะสังคมวิทยาการจัดการพัฒนา มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อภิฤดี เหมะจุฑา. (2541). *อนาคตของงานวิจัยทางการบริหารทางเภสัชกรรม*. วารสารไทยเภสัชสาร, 22(3), 54-55, กรกฎาคม-กันยายน.
- อนวัณณ์ ศุภชุตีกุล และคณะ. (2542). *ก้าวแรกของTQM/CQI ในโรงพยาบาล*. กรุงเทพฯ: สถาบันรับรองและพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2544). *จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ชันดำ.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2545). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- องอาจ นัยพัฒน์. (2554). *การออกแบบการวิจัย: วิธีการเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพและผสมผสานวิธีการ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Adewuya, A. O., Ola, B. A., Mosaku, S. K., Fatoye, F. O., & Eegunranti, A. B. (2006). Attitude Towards Antipsychotics Among Out-Patient with Schizophrenia in Nigeria. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 207-211.



- Becker, G. S. (1974). A Theory of Social Interactions. *Journal of Political Economy*, 82(6), 1063-1093.
- Benjamins, M. R. (2006). Religious Influences on Trust in Physicians The Health Care System. *Journal of Psychiatry in Medicine*, 36(1), 69-83.
- Carter, J. H. (2002). Religion/Spirituality in African-American Culture: An Essential Aspect of Psychiatric Care. *Journal of the National Medication Association*, 94(5), 371-384.
- Diaz, E., Levine, H. B. Sullivan, M. C., Sernyak, M. J., Hawkins, K. A., Cramer, J. A., et.al. (2001). Use of The Medication Event Monitoring System to Estimate Medication Compliance In Patients With Schizophrenia. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 26(4), 325-329.
- Crismon, M.L. and Buckley, P.F. Schizophrenia. In: Dipro, J.T., et al. (Editors). (2005). *Pharmacotherapy: A Pathophysiologic Approach*. 6th ed. Stamford (CT): McGraw-Hill, pp.1209-33.
- Falloon, I. (2003). Family Interventions for Mental Disorders: Efficacy and effectiveness. *World Psychiatry*, 2(1), 20-28.
- Haynes, R. B., Yao, X., Degani, A., Kripalani, S., Garg, A., & McDonald, H. P. (2005). *Intervention for Enhancing Medication Adherence*. [online]. Retrieved June 22, 2010, from <http://www.pubmedcentral.nih.gov>.
- Heneghan, C. J., Glasziou, P., & Perera, R., (2006). *Remainder Packaging for Improving Adherence to Self-Administered Long-Term Medications (Review)*. [Online]. Available from <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD005025/pdf fs.html> [Cited 4 September, 2013].
- Kaplan HI, Sadock BJ. (1998). Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Science/Clinical Psychiatry. *Baltimore: Williams & Wilkins*, 953:1076-8.
- Kemmis, S. and R. McTaggart. *The Action Research Planner*. 3rd ed. Victoria, Australia: Deaken University Press, 1988.
- Leo, R. J., Fassal, K., & Bakhai, Y. D. (2005). Nonadherence with Psychopharmacologic Treatment Among Psychiatric Patients. *Primary Psychiatry*, 12(5), 33-39.
- McDonald, H. P., Haynes, R. B., & Garg, A. X. (2002). Interventions to Enhance Patients to Medication Prescriptions. *Journal of American Medical Association*, 11(288), 2868- 2879.
- Rusch, N., & Corrigan, P. W. (2002). Motivational interviewing to Improve Insight and Treatment Adherence in Schizophrenia. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 26(1), 23-32.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2000). *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.



- Sellwood, W., Tarrier, N., & Barrowclogh, C. (2003). *The Family and Compliance in Schizophrenia: The Influence of Clinical Variables, Relatives' Knowledge and Expressed Emotion*. *Psychological Medicine*, 33(1), 91-96.
- Van Vliet, M. J., Schuurmans, M. J., Grypdonck, H. F., & Duijnste, S. H. (2006). Improper intake of Medication by Elders-Insights on Contributing Factor: A Review of The Literature. *Research and Theory for Nursing Practice*, 20(1), 79-87.
- Videbeck, S. L. (2001). *Mood disorder*. In L.S. Videbeck (Ed.), *Psychiatric Mental Health Nursing*. Philadelphia: Lippincott. pp. 330-349.
- Yen, C. F., Cheng Chen, C. S., Ko, C. H., Yeh, M. L., Yang, S. J., Yen, J. Y., et.al. (2005). Relationship between Insight and Medication Adherence in Outpatients with Schizophrenia and Bipolar Disorder: Prospective study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59, 403- 409.



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก
รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ



รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

แพทย์หญิงขวัญชนก บัวพันธ์

นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา

มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี อำเภอมะนัง จังหวัดตราด

เภสัชกรหญิงปิยธิดา ประทุมเทศ

เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา

มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี อำเภอมะนัง จังหวัดตราด

นางระพีพรรณ พิสิฐพยัคฆ์

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา

มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี อำเภอมะนัง จังหวัดตราด



ภาคผนวก ข
หนังสือขอความอนุเคราะห์





ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘(๑.๒,๒)/ ๖๓๐

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๖ มกราคม ๒๕๕๗

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

เรียน พญ.ขวัญชนก บัวพันธ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำโครงการวิทยานิพนธ์ จำนวน๑.... เล่ม
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน๑.... ชุด
๓. แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการเก็บข้อมูล (PH2) จำนวน๓.... ชุด

ด้วย นางพิมพ์ปวี เพชรวงศ์ รหัสนิสิต ๕๕๐๕๑๔๘๐๐๑๙ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชา
การจัดการระบบสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การ
พัฒนาคุณภาพการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ์ อำเภอเมือง
จังหวัดอุบลราชธานี” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.)
โดยมี ผศ.ดร.บัวรุณ ศรีชัยกุล เป็นประธานกรรมการควบคุม ความละเอียดทราบแล้วนั้น

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่าน เป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และ
มีประสบการณ์ในเรื่องนี้ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่จะใช้ในการเก็บ
รวบรวมข้อมูลสำหรับทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิสิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไปรายละเอียดตามสิ่งที่ส่ง
มาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ระพีพร จรุงพันธ์)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติราชการแทน
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

งานวิชาการบัณฑิตศึกษา สำนักงานคณบดี
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓





ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘(๑.๒.๒)/ ๖๑๐

คณะกรรมการสุขภาพ
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๗ มกราคม ๒๕๕๗

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

เรียน ญญ.ปิยธิดา ประทุมเทศ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำทำวิทยานิพนธ์ จำนวน ...๓... เล่ม
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน๑.... ชุด
๓. แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการเก็บข้อมูล (PH2) จำนวน๑.... ชุด

ด้วย นางพิมพ์ปวี เพชรวงษ์ รหัสนิสิต ๕๕๐๕๓๔๘๐๐๓๔ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชา
การจัดการระบบสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การ
พัฒนาศูนย์สุขภาพการบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ์ อำเภอเมือง
จังหวัดอุบลราชธานี” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.)
โดยมี ผศ.ญ.ดร.บัววรรณ ศรีชัยกุล เป็นประธานกรรมการควบคุม ความละเอียดครบถ้วนแล้ว

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่าน เป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และ
มีประสบการณ์ในเรื่องนี้ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่จะใช้ในการเก็บ
รวบรวมข้อมูลสำหรับทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิสิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไปรายละเอียดตามสิ่งที่ส่ง
มาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ปิยธิดา ประทุมเทศ)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติราชการแทน
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

งานวิชาการบัณฑิตศึกษา สำนักงานคณบดี
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๐๕๓





ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘(๑.๒.๒) / ๖๒๕

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๒๕ มกราคม ๒๕๕๗

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

เรียน นางระพีพรรณ พิสิษฐยัต

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำโครงการวิทยานิพนธ์ จำนวน เล่ม
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ชุด
๓. แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการเก็บข้อมูล (PH2) จำนวน ชุด

ด้วย นางพิมพ์วิ เพชรวงค์ รหัสนิสิต ๕๕๐๕๑๔๘๐๐๑๙ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชา
การจัดการระบบสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การ
พัฒนาคุณภาพการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ์ อำเภอเมือง
จังหวัดอุบลราชธานี” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.)
โดยมี ผศ.ญ.ดร.บัวรุณ ศรีชัยกุล ความละเอียดทราบแล้วนั้น

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่าน เป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และ
มีประสบการณ์ในเรื่องนี้ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่จะใช้ในการเก็บ
รวบรวมข้อมูลสำหรับทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิสิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไปรายละเอียดตามสิ่งที่ส่ง
มาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ระพีพรรณ พิสิษฐยัต)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติราชการแทน
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

งานวิชาการบัณฑิตศึกษา สำนักงานคณบดี
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓



ที่ ศร ๐๕๓๐.๑๘(๑.๒.๒) ๖๒๕๖



โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ

เลขที่ ๖๒๕๖

วันที่ ๒๙ ก.ย. ๒๕๖๗

เรื่อง ๐๗.๑๘ ม.

คณะกรรมการสุขภาพ

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ตำบลสามร้อย อำเภอกันทรวิชัย

จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๒๙ มกราคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขออนุมัติงบประมาณเพื่อซื้อเครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ

ด้วย นางพิมพ์วิ เพชรวงค์ รหัสนิสิต ๕๕๐๕๓๔๘๐๐๑๙ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชา
การจัดการระบบสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การ
พัฒนาคุณภาพการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ อำเภอเมือง
จังหวัดอุบลราชธานี” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.)
โดยมี ผศ.กฤษณ์ บัววรรณ ศรัทธาเป็นประธานกรรมการควบคุม ในครั้งนี้

คณะกรรมการสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขออนุมัติงบประมาณจากท่านได้โปรด
อนุญาตให้ นางพิมพ์วิ เพชรวงค์ เก็บรวบรวมเครื่องมือกับ เจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรม จำนวน ๓๒ คน
ประกอบด้วย เภสัชกร ๒๖ คน เจ้าหน้าที่เภสัชกรรม ๘ คน ลูกจ้างฝ่ายเภสัชกรรม ๘ คน ระยะเวลาใน
การเก็บข้อมูล ระหว่างวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ - ๓๐ มีนาคม ๒๕๖๗ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปดำเนินการทำ
วิทยานิพนธ์ในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วยจักขอบพระคุณยิ่ง

เรียน ผอ.รพ. ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ

(นายสมพล จันทร์จุลเจิม)

นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ

หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ระพีภัฏ จงเจริญ)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติราชการแทน

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

(นายสุเมธ นิยกิจ)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ

งานวิชาการบัณฑิตศึกษา สำนักงานคณบดี

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๔๓๗๕-๔๔๓๕๑





ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘(๑.๒.๒)/ ๖๒๖

๒๖ มกราคม ๒๕๕๗

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือ

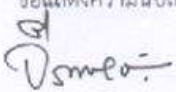
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตระการพิรุณ

ด้วย นางพิมพ์วี เพชรวงศ์ รหัสนิสิต ๕๕๐๕๑๔๘๐๐๑๙ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชา
การจัดการระบบสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การ
พัฒนาคุณภาพการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ์ อำเภอเมือง
จังหวัดอุบลราชธานี” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.)
โดยมี ผศ.ภญ.ดร.บัวรุณ ศรีชัยกุล เป็นประธานกรรมการควบคุม ในครั้งนี้

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านได้โปรด
อนุญาตให้ นางพิมพ์วี เพชรวงศ์ ทดลองใช้เครื่องมือกับ เจ้าหน้าที่ในฝ่ายเภสัชกรรม และผู้รับผิดชอบใน
งานบริการเภสัชกรรมจิตเวช โรงพยาบาลตระการพิรุณ ระยะเวลาทดลอง ๒ สัปดาห์ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไป
ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาและคณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่าง
ยิ่งว่าคงได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์จรัสศักดิ์ เจริญพันธ์)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติราชการแทน
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

งานวิชาการบัณฑิตศึกษา สำนักงานคณบดี
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๐๑๕๓

ภาคผนวก ค
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย



ชุดฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ

การมีส่วนร่วมของทีมนิสิตวิชาชีพในการพัฒนาการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท
โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาวิเคราะห์รูปแบบการบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อพัฒนาการบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี
3. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

ความสำคัญ

การพัฒนาและการแก้ไขปัญหาที่ยั่งยืนนั้นต้องเปิดโอกาสให้ทุกคนและผู้ปฏิบัติงาน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วม รับผิดชอบในการกำหนดทิศทางการพัฒนา ร่วมดำเนินกิจกรรมการพัฒนา กระบวนการการอบรมด้วยเทคนิค A-I-C จะช่วยให้ผู้เข้าอบรมมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจ ร่วมสร้างความเข้าใจในการกำหนดเนื้อหา สร้างการยอมรับความรับผิดชอบในฐานะสมาชิกกลุ่ม เกิดความเข้าใจร่วมกัน การมีส่วนร่วมในกระบวนการจึงเกิดความสำเร็จสูง จากการศึกษาที่มีข้อสรุปว่ากระบวนการ A-I-C

1. กระตุ้นหรือรื้อฟื้นในการวิเคราะห์เนื้อหาการฝึกอบรม
2. กำหนดแนวทางและจัดสรรทรัพยากรการมีส่วนร่วมในกิจกรรมและเสริมสร้างความเข้าใจซึ่งกันและกัน ซึ่งเป็นพลังเชิงสร้างสรรค์
3. ช่วยให้ผู้อบรมรู้สึกเป็นเจ้าของทั้งกิจกรรม โครงการ ผลของการฝึกอบรมทำให้มีพลังรู้ถึงศักยภาพในการพึ่งพาตนเอง
4. ช่วยให้เกิดการประสานงานกับองค์กรต่างๆ



ตาราง 1 การอบรมเพื่อพัฒนาการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรม

ลำดับ	เวลา	เวลาที่ใช้	กิจกรรม
วันแรก	09:00 – 09:30 น.	30 นาที	แนะนำวิทยากร/ชี้แจงวัตถุประสงค์
	09:30 – 10:00 น.	30 นาที	ปัญหา/ผลกระทบต่อการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบัน (A-1)
	10:00 – 10:30 น.	30 นาที	การบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภทในอดีต
	10:30 – 11:30 น.	60 นาที	วิเคราะห์รูปแบบการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภทในอดีต(A-1) นำเสนอครั้งต่อไป
วันที่ 2	09:00 – 09:30 น.	30 นาที	แนวทางการพัฒนาการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท
	09:30 – 10:00 น.	30 นาที	ให้วิเคราะห์หาความคาดหวังและความต้องการพัฒนาการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท
	10:00 – 10:30 น.	30 นาที	รูปแบบการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท(A-2)
	10:30 – 11:30 น.	60 นาที	กิจกรรมในการพัฒนาการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท (I-1)
	11:30 – 12:00 น.	30 นาที	เลือกกิจกรรมที่สำคัญ (I-2) กำหนดรายละเอียดกิจกรรมสู่การปฏิบัติ (C-1)



ใบงานที่ 1
การสร้างความรู้ A-1

โดยมีหัวข้อต่อไปนี้

1. ปัญหาการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท ในปัจจุบัน
2. ผลกระทบต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

สมาชิกในกลุ่ม

1. ประธาน
2. รองประธาน.....
3. ผู้นำเสนอ.....
4. สมาชิก.....
5. สมาชิก.....
6. สมาชิก.....
7. สมาชิก.....
8. สมาชิก.....

สรุปผลการประชุม

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ผู้บันทึก

(.....)

...../...../.....



ใบงานที่ 2
การพัฒนาการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภทในอดีต A-1

โดยมีหัวข้อต่อไปนี้

1. การบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านมาเป็นอย่างไร
สมาชิกในกลุ่ม

1. ประธาน
2. รองประธาน.....
3. ผู้นำเสนอ.....
4. สมาชิก.....
5. สมาชิก.....
6. สมาชิก.....
7. สมาชิก.....
8. สมาชิก.....

สรุปผลการประชุม

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ผู้บันทึก

(.....)

...../...../.....



ใบงานที่ 3
วิเคราะห์ปัญหาการพัฒนาการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท

สมาชิกในกลุ่ม

1. ประธาน
2. รองประธาน.....
3. ผู้นำเสนอ.....
4. สมาชิก.....
5. สมาชิก.....
6. สมาชิก.....
7. สมาชิก.....
8. สมาชิก.....

สรุปผลการประชุม

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ผู้บันทึก

(.....)

...../...../.....



ใบงานที่ 4
แนวทางการพัฒนาการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท A-2

ให้วิเคราะห์หาความคาดหวังและความต้องการพัฒนาการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท
สมาชิกในกลุ่ม

1. ประธาน
2. รองประธาน.....
3. ผู้นำเสนอ.....
4. สมาชิก.....
5. สมาชิก.....
6. สมาชิก.....
7. สมาชิก.....
8. สมาชิก.....

สรุปผลการประชุม

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ผู้บันทึก

(.....)

...../...../.....



ใบงานที่ 5

หารูปแบบการพัฒนาการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภทที่พึงประสงค์ A-2

วาดภาพจินตนาการการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภทในอนาคต
สมาชิกในกลุ่ม

1. ประธาน
2. รองประธาน.....
3. ผู้นำเสนอ.....
4. สมาชิก.....
5. สมาชิก.....
6. สมาชิก.....
7. สมาชิก.....
8. สมาชิก.....

สรุปผลการประชุม

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ผู้บันทึก

(.....)

...../...../.....



ใบงานที่ 6

การสร้างแนวทางการพัฒนาการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท I-1

กิจกรรมในการพัฒนารูปแบบการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภทมีอะไรบ้าง

ให้เขียนแนวทางกิจกรรม

สมาชิกในกลุ่ม

1. ประธาน
2. รองประธาน.....
3. ผู้นำเสนอ.....
4. สมาชิก.....
5. สมาชิก.....
6. สมาชิก.....
7. สมาชิก.....
8. สมาชิก.....

สรุปผลการประชุม

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ผู้บันทึก

(.....)

...../...../.....



ใบงานที่ 7
การสร้างแนวทางการพัฒนาการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท I-2

ให้จัดลำดับความสำคัญ/คัดเลือกกิจกรรมการดำเนินการพัฒนารูปแบบการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท

สมาชิกในกลุ่ม

1. ประธาน
2. รองประธาน.....
3. ผู้นำเสนอ.....
4. สมาชิก.....
5. สมาชิก.....
6. สมาชิก.....
7. สมาชิก.....
8. สมาชิก.....

สรุปผลการประชุม

ลำดับ	ชื่อกิจกรรม

ผู้บันทึก

(.....)

...../...../.....



ใบงานที่ 8
การสร้างแนวทางปฏิบัติ (C-1)

จัดทำแผนปฏิบัติการ

สมาชิกในกลุ่ม

1. ประธาน
2. รองประธาน.....
3. ผู้นำเสนอ.....
4. สมาชิก.....
5. สมาชิก.....
6. สมาชิก.....
7. สมาชิก.....
8. สมาชิก.....

สรุปผลการประชุม

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ผู้บันทึก

(.....)

...../...../.....



บทบาทหน้าที่ของวิทยากรกระบวนการ (Facilitation)

1. ทำความเข้าใจเป้าหมายและจุดประสงค์ของการประชุม
2. เตรียมประเด็นหลักตามเป้าหมายและจุดประสงค์ เพื่อบอกหมายให้กลุ่มระดมสมอง กำหนดกิจกรรมและกระบวนการที่สอดคล้องต่อเนื่องตามลำดับ
3. ประสานงานกับผู้จัดประชุม เพื่อรวบรวมข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญสำหรับผู้เข้าร่วมประชุมใช้ประกอบการประชุม โดยส่งให้ผู้เข้าร่วมประชุมล่วงหน้าหรือจัดนิทรรศการในวันประชุมหรือนำมาจัดประกายในช่วงเปิดประชุม
4. ประสานงานกับผู้จัดการประชุม เพื่อกำหนดประเภทและเชิญผู้เข้าร่วมประชุมให้หลากหลาย และจำนวนผู้เข้าร่วมประชุมต้องสามารถอยู่ร่วมกระบวนการได้ตลอด วิทยากรควรทราบข้อมูลพื้นฐานเพื่อปรับกระบวนการ เช่น ชีตจำกัดเรื่องภาษาของผู้เข้าร่วมประชุม
5. ประสานงานกับผู้จัดประชุม เรื่องลักษณะที่เอื้อให้เกิดการมีส่วนร่วมมีความคิดสร้างสรรค์
6. ประสานงานกับผู้จัดเรื่องวัสดุอุปกรณ์ เครื่องเขียนที่จำเป็น
7. หน้าที่เตรียมงานและนัดหมายทีมวิทยากรและทีมจัดการประชุม เพื่อทบทวนบทบาทหน้าที่เป้าหมาย วัตถุประสงค์ ซึ่งจะทำให้การประชุมมีประสิทธิภาพและราบรื่น รวมทั้งการเตรียมการ
8. ปฐมนิเทศรูปแบบการประชุม กติกาการประชุม จุดประสงค์และเป้าหมาย
9. บทบาทสำคัญคือ กระตุ้นให้สมาชิกทุกคนได้แสดงความคิดเห็นอย่างเท่าเทียมกัน สะท้อนภาพ ทบทวนและเชื่อมโยง สรุปประเด็นให้ตรงกับความหมายที่แท้จริงของสมาชิกในกลุ่มตัดการอภิปรายที่ยืดเยื้อนอกประเด็น หรือป้องกันแก้ไขข้อขัดแย้งทางความคิดด้วยความนุ่มนวล
10. สร้างบรรยากาศที่เป็นกันเอง มีความสนุกสนานในการแสดงความคิดเห็น กระตุ้นให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกที่ร่วมประชุม
11. สร้างความชัดเจนในข้อความของสมาชิกบางคนที่เขียนหรือพูดแล้วไม่สื่อความหมายตามประเด็น ต้องซักถามให้เขียนหรืออธิบายเพิ่มเติม
12. แม้จะมีการวางแผนหรือเตรียมการอย่างรอบคอบเป็นระบบก็ต้องสามารถยืดหยุ่นปรับเปลี่ยนกำหนดเวลาและกระบวนการได้ตามความจำเป็น ซึ่งจะทำให้กระบวนการราบรื่น ส่งเสริมการมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่
13. วิทยากรไม่มีหน้าที่บอกหรือสอนว่าการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหอะไร จะแก้ไขอย่างไร อนาคตควรเป็นอย่างไร
14. วิทยากรควรคำนึงเสมอว่ากระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นเพียงจุดเริ่มต้นของการลงมือทำเพื่ออนาคตที่ดีกว่า การมีกิจกรรมลงมือกระทำที่ต่อเนื่องต่อการประชุมจึงจะสามารถประสานทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้อย่างแท้จริง
15. วิทยากรควรเป็นผู้ที่สามารถประสานให้สมาชิกในกลุ่มเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ทักษะ ทรรศนะ ที่จำเป็น เพื่อให้กลุ่มสามารถวิเคราะห์ ตัดสินใจ และปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม

คุณสมบัติของวิทยากรกระบวนการที่ดี

1. มีทักษะการสื่อสารที่ดี รู้จักวิธีการให้ทุกคนมีปฏิริยาโต้ตอบซึ่งกันและกันด้วยสัมพันธภาพที่ดี สร้างความเชื่อถือไว้วางใจ
2. รู้จักคำถามที่เหมาะสม และกระตุ้นให้คิด รู้จักใช้คำพูดที่กระชับและตรงประเด็นชัดเจน ฟังเพื่อจับประเด็น เชื่อมโยงความคิดและสรุปได้ดี



3. มีความยืดหยุ่นทางความคิด คิดในแง่ดี รับฟังความคิดเห็นของคนอื่น มีจินตนาการ คิดสร้างสรรค์ ไม่ครอบงำความคิดผู้อื่น
4. มีบุคลิกภาพที่เป็นมิตร อยากรู้ อยากเห็น อยากเข้าใจ มีอารมณ์ขัน ไวต่อความรู้สึกของสมาชิกที่เปลี่ยนไป รู้จักคลี่คลายสถานการณ์และผ่อนคลายบรรยากาศ
5. วางตัวเป็นกลาง ไม่ตัดสินความคิดเห็นใดว่าถูกผิด ไม่ตัดสินคุณค่า ค่านิยมเชิงจริยธรรม
6. เชื่อในศักยภาพของทุกคน เคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของทุกคน

สื่อการเรียนรู้

1. สื่อประกอบการละลายพฤติกรรม เช่น อุปกรณ์การเล่นเกมส์ อุปกรณ์ดนตรีประกอบแล้วแต่วิทยากรจะเตรียมการ
2. สื่ออุปกรณ์เครื่องขยายเสียง เช่น ไมโครโฟน ตู้ขยายเสียง เป็นต้น
3. สื่ออุปกรณ์เครื่องเขียน เช่น กระดาษขนาด A4 กระดาษชาร์ท กระดาษชาร์ทสีหรือฟลิปชาร์ท สมุดบันทึก ปากกา ดินสอ
4. สื่ออุปกรณ์ในการประชาสัมพันธ์ เช่น ป้ายผ้าประชาสัมพันธ์ กระดาษสี สติกเกอร์
5. สื่ออุปกรณ์อื่นๆเช่น ยางรัดของ เชือก กระดานดำ บอร์ด กาว เครื่องเย็บกระดาษ ลวดเย็บ ลวดเสียบ ฯลฯ
6. สื่ออุปกรณ์ในการอบรม เช่น ชุดฝึกด้วยเทคนิค A-I-C ใบงานที่ 1-8 แบบสัมภาษณ์ทะเบียนอื่นๆที่จำเป็น

การวัดการประเมินผล

การวัดการประเมินผลการเรียนรู้จากการฝึกอบรมด้วยเทคนิค A-I-C ดังนี้

1. ใช้แบบบันทึกการเรียนรู้ เช่น ใบงานที่ 1-8
2. ใช้แบบบันทึกการสังเกต
3. จากการอภิปรายปัญหาทั่วไป และข้อเสนอแนะในการประชุม



แบบสอบถาม
การพัฒนาการบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท
โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ จังหวัดอุบลราชธานี

คำชี้แจง

แบบสอบถามชุดนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการค้นคว้าอิสระตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ คำตอบของท่านจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่องานวิจัย ผู้ศึกษาจะเก็บข้อมูลที่ได้จากท่านไว้เป็นความลับ โดยจะนำไปใช้เพื่อสรุปผลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น และจะไม่มีผลกระทบต่อผู้ตอบแบบสอบถามไม่ว่ากรณีใดๆ ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงและสมบูรณ์จะช่วยให้การวิจัยดำเนินไปด้วยความถูกต้อง ผู้ศึกษาจึงขอความอนุเคราะห์จากท่าน

โปรดตอบแบบสอบถามตามความคิดเห็นของท่านอย่างรอบคอบและครบทุกข้อ
 แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามสำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามสำหรับเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับความรู้โรคจิตเภทและหลักการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 7 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการ ระหว่างเดือน มกราคม – มีนาคม 2557 ณ โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ จังหวัดอุบลราชธานี

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจสำหรับผู้ป่วยที่มารับบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ จำนวน 15 ข้อ

นางพิมพ์วิณี เพชรวงศ์



ผู้วิจัย
เลขที่แบบสอบถาม
สำหรับเจ้าหน้าที่

แบบสอบถาม

การพัฒนาการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท
สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงมากที่สุด

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
2. สถานภาพสมรส
☐ โสด ☐ สมรส
☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่ ☐ หม้าย
3. อายุ ปี
4. ระดับการศึกษา
☐ มัธยมศึกษา/ปวช ☐ ปวส/ปริญญาตรี
☐ ปริญญาโท ☐ สูงกว่าปริญญาโท
5. ประสบการณ์ทำงานในหน่วยงานปี
6. ลักษณะตำแหน่งในปัจจุบัน



ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและหลักการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภทโปรดกาเครื่องหมาย (/) ในช่องที่ท่านต้องการ

ลำดับ	ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและหลักการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท	ใช่	ไม่ใช่
1.	ในระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า กลุ่มบุคคลที่มีผลบวจากการคัดกรองที่ควรจะให้การดูแลรักษาทุกคน		
2.	กลุ่มที่มีผลรวมคะแนน = 7-12 คะแนน จากการประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) ควร ได้รับการประเมินแนวโน้มนการฆ่าตัวตายด้วย 8 คำถาม (8Q) ทุกราย		
3.	วิตกกังวล ก้าวร้าว นอนไม่หลับ ประสาทหลอนเป็นอาการสำคัญที่ทำให้เราสงสัยปัญหาทางจิตเวช		
4.	สิ่งสำคัญที่จะช่วยให้เรา วินิจฉัยจิตเวชได้ถูกต้องจะต้องได้ประวัติจากผู้ป่วย และประเมินสภาพจิตเบื้องต้น		
5.	การประเมิน orientation คือการประเมินการรับรู้เวลา สถานที่ ความจำ		
6.	Psychosis คือการเสียการรับรู้ความเป็นจริง แยกไม่ออกระหว่างความเป็นจริงกับความฝัน		
7.	โรคจิตเภทมักมีอาการหลงผิด ประสาทหลอน พุดจาสับสน พฤติกรรมเปลี่ยน		
8.	Schizophreniform disorder เกณฑ์การวินิจฉัยเหมือนโรคจิตเภท ยกเว้นระยะเวลาเป็นมากกว่า 1 ปี		
9.	delusional disorder มีอาการหลงผิด เกิดขึ้นนานอย่างน้อย 3 เดือน		
10.	Mood disorder with psychotic feature ผู้ป่วยมีอาการทางด้านอารมณ์ นำมาก่อน อาจมีอาการได้ 3 รูปแบบ ได้แก่ 1. แบบซึมเศร้า 2. แบบ mania 3. แบบ Mixed 1+2 ร่วมกับมีอาการทางจิต		
11.	ผู้ที่มีอาการโรคจิตครั้งที่สอง ควรได้รับยาป้องกันนาน 1-2 ปี		
12.	ยารักษาโรคจิตชนิดฉีดออกฤทธิ์สั้น จะออกฤทธิ์นาน 12 ชม.		
13.	Risperidone ใช้กับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง จำเป็นต้องตรวจ CBC ทุก 1 เดือนในปีแรก และทุก 2-3 เดือน ในปีต่อไป หรือทุกครั้งที่มีอาการติดเชื้อ		
14.	delirium เป็นกลุ่มอาการที่มีลักษณะ short – term confusion, cognitive change, มีหลายชื่อ เช่น acute confusional state , acute brain syndrome		
15.	ยารักษาโรคซึมเศร้าที่มีในโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลทั่วไป ได้แก่ Diazepam, Amitriptyline, Fluoxetine		
16.	อาการ Akathisia คือ กระสับกระส่าย ผุดลุกผุดนั่ง กระวนกระวายร่างกายเกิดขึ้นได้ในช่วงระยะเวลา 1-2 สัปดาห์แรก ผู้ป่วยจะดีขึ้นได้		



17.	Extrapyramidal side effects (EPS) อาการข้างเคียงจากยา ประกอบไปด้วย 1. acute dystonia 2. akathisia 3. parkinsonism 4. tardive dyskinesia 5. ปากแห้ง ท้องผูก ตาลาย ปัสสาวะลำบาก ง่วงซึม Neuroleptic Malignant Syndrome (NMS)		
18.	กลุ่มอาการคล้ายโรคพาร์กินสัน (Parkinsonism) กรณีอาการรุนแรง หรือไม่ดีขึ้น จำเป็นปรับการรักษา เพิ่ม Artane 2-10 mg (Max ไม่เกิน 15 mg/d)		
19.	ในกรณีขนาดความแรงของยาไม่ตรง ผู้ป่วยเคยได้รับ Perphenazine 16 mg 2xhs สามารถปรับเป็น Perphenazine 8 mg 4xhs พร้อมทั้งแนะนำผู้ป่วยถึงจำนวนเม็ดยา/ สีเม็ดยาที่มีการเปลี่ยนแปลง		
20.	การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ไม่มีความจำเป็นจะต้องมีเภสัชกร มาดูแลในระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภท		



ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติต่องานบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท

กรุณาทำเครื่องหมาย (/) ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยที่ตัวเลขแต่ละค่าหมายถึง

แนวทางการปฏิบัติต่องานบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท	ความคิดเห็น		
	ประจำ	บางครั้ง	ไม่เคย
1. แนวทางการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภทไม่ยุ่งยากซับซ้อน			
2. แนวทางบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภทมีความสะดวกในการทำงาน			
3. การบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภททำให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการรักษาผู้ป่วย			
4. การทำงานบริการทางเภสัชกรรมจิตเภทสามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาได้			
5. การพัฒนางานบริการทางเภสัชกรรมจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย			
6. ท่านมีความพึงพอใจในงานบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท			
7. แนวทางการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภทมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจริง			
ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม			

ขอขอบพระคุณ ที่ท่านให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม
 ข้อคิดเห็นของท่านจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ในการปรับปรุงบริการของโรงพยาบาล



เลขที่แบบสอบถาม□□□

สำหรับผู้ป่วย

แบบสอบถาม
การพัฒนาการบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงมากที่สุด

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
2. อายุ ปี
3. ระดับการศึกษา

☐ ไม่ได้เรียน	☐ ประถมศึกษา
☐ มัธยมศึกษา/ปวช	☐ ปวส/ปริญญาตรี
☐ ปริญญาโท	☐ สูงกว่าปริญญาโท
4. สถานภาพสมรส

☐ โสด	☐ สมรส
☐ หย่าร้าง	☐ แยกกันอยู่ ☐ หม้าย
5. รายได้ของครอบครัวต่อเดือนบาท
6. ระยะเวลาของการเจ็บป่วยปี
7. จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้ง



ส่วนที่ 2 แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ในคลินิกจิตเภท
โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ จำนวน 7 ข้อ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่างหลังข้อความที่ตรงกับกรปฏิบัติของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา		
	สม่ำเสมอ	บางครั้ง	ไม่เคย
1. ตั้งแต่เริ่มได้รับการรักษาจนถึงปัจจุบันท่านรับประทานยาที่แพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ			
2. ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมาท่านมีการลืมรับประทานยาหรือรับประทานไม่ติดต่อกันบ้างหรือไม่			
3. ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมาท่านเคยลดจำนวนยาด้วยตนเองหรือไม่			
4. ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมาท่านเคยเพิ่ม จำนวนยาด้วยตนเองหรือไม่			
5. ในระหว่างการรักษา ท่านเคยมารับยาก่อนกำหนดเนื่องจากยาหมดบ้างหรือไม่			
6. ในระหว่างการรักษา ท่านเคยมารับยาหรือตรวจรักษาหลังจากยาหมดไปแล้วมากกว่า 7 วันบ้างหรือไม่			
7. ในระหว่างการรักษา ท่านบอกให้แพทย์ทราบหรือไม่ว่าอาการของท่านเป็นอย่างไรบ้างหลังจากรับประทานยาแล้ว			



ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจสำหรับผู้ป่วยที่มารับบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเวช
โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย (✓) ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ประเภทความพึงพอใจ	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ด้านเจ้าหน้าที่					
1. ให้บริการด้วยใบหน้ายิ้มแย้ม พุดจาสุภาพ					
2. แต่งกายสุภาพ เรียบร้อย					
3. ให้บริการอย่างรวดเร็ว เอาใจใส่ผู้รับบริการ					
4. จำนวนเจ้าหน้าที่ที่มีเพียงพอในการให้บริการ					
5. เภสัชกรให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับยาและการใช้ยาเป็นอย่างดี					
ด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อม					
6. สถานที่บริการสะอาด เป็นระเบียบ					
7. อากาศถ่ายเทสะดวก ไม่มีกลิ่นเหม็นรบกวน					
8. จำนวนเก้าอี้ที่นั่งรอรับบริการมีเพียงพอ					
9. ป้ายบอกตำแหน่งห้องและโต๊ะให้บริการชัดเจน					
10. มีแผนผังขั้นตอนในการรับบริการชัดเจน					
11. สถานที่บริการสะอาด เป็นระเบียบ					
ด้านระบบบริการ					
12. ท่านได้รับการที่มีความสะดวกรวดเร็ว					
13. มีการจัดลำดับคิวในการบริการ					
14. การเรียกชื่อรับบริการได้ยินชัดเจน					
15. มีการอธิบายขั้นตอนการให้บริการชัดเจน เข้าใจง่าย					



ภาคผนวก ง
ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน



ภาพกิจกรรมประชุมด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม



ประวัติย่อผู้วิจัย



ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ นามสกุล	นางพิมพ์ปวีณ์ เพชรวงค์
วัน เดือน ปีเกิด	วันที่ 5 ธันวาคม พ.ศ. 2519
จังหวัด และประเทศที่เกิด	อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2534 มัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนสตรีศึกษา จังหวัดร้อยเอ็ด พ.ศ. 2537 มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนร้อยเอ็ดวิทยาลัย จังหวัดร้อยเอ็ด พ.ศ. 2542 ปริญญาเฝ้าศัสตรบัณฑิต (ภ.บ.) มหาวิทยาลัยขอนแก่น พ.ศ. 2557 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เภสัชกรชำนาญการ ฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏ จังหวัดอุบลราชธานี
ตำแหน่ง สถานที่ทำงาน	บ้านเลขที่ 10 ซอยสุขาอุปถัมภ์ 3 อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี 34000
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้	

