

กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น
ตำบลคอแลน อำเภอบุณฑริก
จังหวัดอุบลราชธานี

ศุทธิณี หล้ามาชน

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์

กรกฎาคม 2560

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม



กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น
ตำบลคอแลน อำเภอบุณฑริก
จังหวัดอุบลราชธานี

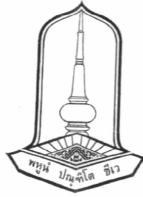
ศุทธิณี หล้ามาชน

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตร์

กรกฎาคม 2560

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม





คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางศุทธิณี หล้ามาชน
แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

- | | |
|--|---|
|
(ผศ.ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรด) | ประธานกรรมการ
(กรรมการบัณฑิตศึกษาประจำคณะ) |
|
(อาจารย์ ดร.ชัยวุฒิ บัวเนี้ยว) | กรรมการ
(อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก) |
|
(อาจารย์ ดร.ศุภวดี แถวเพ็ญ) | กรรมการ
(อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม) |
|
(อาจารย์ ภก.ดร.กัญเกียรติ ทุดป่อ) | กรรมการ
(อาจารย์บัณฑิตศึกษาประจำคณะ) |
|
(ผศ.ดร.กฤษณ์ ขุนลิก) | กรรมการ
(ผู้ทรงคุณวุฒิ) |

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

.....
(รศ.ดร.วิทยา อยู่สุข)

คณบดีคณะสาธาณสุขศาสตร์

.....
(ศ.ดร.ประดิษฐ์ เทอดทูล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่ 31 เดือน ก.ค. พ.ศ. 2560



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างสูงยิ่งจากท่าน อาจารย์ ดร.ชัยวุฒิ บัวเนี่ยว อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก อาจารย์ ดร.ศุภวดี แถงเพี้ย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรวพจน์ พรหมสัตยพรต ประธานกรรมการสอบ อาจารย์ ดร.กัญเกียรติ ทุดปอ กรรมการสอบ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กฤษณ์ ขุนลิก ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ได้กรุณาถ่ายทอดความรู้ แนวคิด วิธีการ คำแนะนำและตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ รวมทั้งสร้างขวัญกำลังใจให้กับผู้วิจัยเสมอมา ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.สุภาภรณ์ ศรีธีรรัตน์ อาจารย์ ดร.กชพงษ์ สารการ อาจารย์ ดร.ศักดา ขำคม อาจารย์ ดร.จิรังกูร ญัฐรังสี และอาจารย์ขวัญพัฒน์ เรืองสิทธิ์ ที่ได้ให้ความกรุณาตรวจสอบและให้คำแนะนำในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

ขอขอบพระคุณท่านนายแพทย์ทง คำศรี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบุณฑริก ท่านอุทัย เลียงศิริฤถาวร สาธารณสุขอำเภอบุณฑริก คุณจารุวรรณ พุทธิผล หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล คุณทศวิษภรณ์ สาเลศ พยาบาลจัดการดูแลผู้ป่วยด้านจิตเวช คุณนฤมล ทุมแถว ผู้อำนวยการส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น คณะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว และกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน ที่ให้ความร่วมมือและให้ความช่วยเหลือในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ คณาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิประสาทความรู้ ความเข้าใจด้านวิชาการ ขอขอบคุณผู้บริหาร เพื่อนร่วมงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบุณฑริก ที่มีส่วนร่วมในการสนับสนุนอำนวยความสะดวกในการศึกษาวิจัย ขอขอบพระคุณบิดา มารดาและครอบครัว ที่คอยปลุกฝังให้ผู้วิจัยใฝ่ในการศึกษาและคอยให้กำลังใจตลอดระยะเวลาของการศึกษา และขอขอบคุณเพื่อนนิสิตสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.14) ทุกท่านที่ให้กำลังใจและให้คำปรึกษาเสมอมา

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอน้อมนำคุณค่าและประโยชน์ที่ได้จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ บูชาพระคุณ บุพการี บูรพาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่าน ที่ได้ให้คำแนะนำด้านวิชาการ คุณธรรมจริยธรรม เพื่อให้ผู้วิจัยนำไปพัฒนาตน พัฒนาคนและพัฒนางาน ให้มีประสิทธิภาพและสัมฤทธิ์ผลต่อไป

ศุภินี หล้ามาชน



ชื่อเรื่อง	กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี		
ผู้วิจัย	นางศุทธิณี หล้ามาชน		
ปริญญา	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต	สาขาวิชา	สาธารณสุขศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษา	อาจารย์ ดร.ชัยวุฒิ บัวเนี่ยว อาจารย์ ดร.ศุภวดี แถวเพ็ญ		
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีที่พิมพ์	2560

บทคัดย่อ

การวิจัยปฏิบัติการเชิงเทคนิค (Technique Action Research) ครั้งนี้ มีความมุ่งหมายเพื่อศึกษากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคอแลน อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยได้คัดเลือกประชากร โดยมีเงื่อนไขของการกำหนดคุณสมบัติของประชากรที่จะถูกเลือกมาศึกษา โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) และเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) จำนวน 39 คน ประกอบด้วยกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวจำนวน 8 คน กลุ่มภาคีเครือข่ายจำนวน 21 คน และกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขจำนวน 10 คน เก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบประเมินอาการทางจิต (PASS 8) และแบบสัมภาษณ์ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการบันทึก จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนครั้งนี้ มี 7 ขั้นตอน คือ 1) การศึกษาบริบทพื้นที่และวิเคราะห์ปัญหา 2) การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยและแต่งตั้งคณะทำงาน 3) การเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ระดับอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภท และระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 4) การจัดประชุมได้แก่ ประชุมวางแผนการประยุกต์ใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) และประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop Method) 5) การดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ได้แก่ การเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน การบริการคลินิกจิตเวชร่วมกับคลินิกโรคเรื้อรังที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น และการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยประยุกต์ใช้แนวคิด (DOT) 6) ติดตามระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภท และการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 7) จัดเวทีสะท้อนผลและติดตามผลการดำเนินงานของกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งพบว่า กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวและกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนมีระดับคะแนนความรู้และระดับค่าเฉลี่ยของทัศนคติและการดูแลเพิ่มขึ้นจากก่อนดำเนินการ เกิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนรูปแบบใหม่คือ PAPA MODEL ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ มินโยบายของรัฐบาลสนับสนุน (Policy) การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน (Participation) การประยุกต์ใช้แบบแผนการดูแลที่สอดคล้องกับโรค (Applied of Model) และออกแบบกิจกรรมที่เหมาะสม (Activities)



โดยสรุป ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการศึกษาคั้งนี้คือ การมีนโยบายของรัฐบาลที่ให้การสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ชุมชน ส่งผลให้หน่วยงานภาครัฐและภาคีเครือข่ายในชุมชนที่มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ให้การสนับสนุนและให้ความร่วมมืออย่างเข้มแข็ง ซึ่งกลุ่มดังกล่าวต่างมีบทบาทหน้าที่ที่มีความครอบคลุมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้งด้านการรักษาทางการแพทย์ การส่งเสริมดูแลด้านสวัสดิการ และด้านความมั่นคงปลอดภัย รวมทั้งการออกแบบกิจกรรมที่เหมาะสมและสอดคล้องกับการแก้ไขปัญหา อันจะนำไปสู่ความต่อเนื่องและยั่งยืน

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน; กระบวนการดูแล; ระบบการดูแล



TITLE The process of care for schizophrenic patients in the community
Area of Khonpean Health Promotion Hospital,
Cohlaen Subdistrict, Buntharik District, Ubon ratchathani Province.

AUTHOR Mrs.Sutthini Lhamachon

DEGREE Master degree of Public Health **MAJOR** Public Health

ADVISOR Chaiwut Bourneow, Ph.D.
Supawadee Theawpia, Ph.D.

UNIVERSITY Mahasarakham University **YEAR** 2017

ABSTRACT

This technique action research aimed to study the process of care for schizophrenic patients in the community in the area of Khonpean Health Promotion Hospital, Cohlaen Subdistrict, Buntharik District, Ubon Ratchathani Province. Thirty-nine people who involved in the schizophrenic care process were recruited by the eligibility criteria will be selected with the inclusion criteria and exclusion criteria which included 8 schizophrenic patients caregivers, 21 network partners, and 10 health workers. The quantitative data was collected by PASS 8 assessment scale and interview data was analyzed by using frequency, percentage, mean, and standard deviation. The qualitative data was collected by in-depth interview, participatory observation, group discussion, and recording. Data was analyzed by content analysis.

The results showed that the process of developing this system consists of 7 steps: 1) study the context of the area and analyze the problem; 2) select the participants; and appoint the working group; 3) Data collecting such as mental symptoms, knowledge, attitude, and practice of the caregivers. 4) Organized workshops such as planning meetings, application of patient care plans, chronic diseases, and meeting plans. 5) Implementation of the plan; (a) Development of the potential for schizophrenic care performance in the community, (b) Psychiatric clinical services project with chronic disease clinic at Khonpean health promotion hospital and (c) the schizophrenic monitoring program in the community by applying the DOT implemented concept 6) Observation, monitoring and supporting mental symptoms, knowledge, attitudes and behavioral care practice. Notice of participation continuation of treatment 7) Organize discussion forums to reveal the effective process. It was found that knowledge, attitude and practice of the participants had improved. Moreover, the operational process was satisfied to represent as a PAPA MODEL with 4 keys success factors that included policy of government support, participation, applying the model, and effective activities. The application of appropriate technology and the problem-solving activity design.



In summary, the key success factor in this study is the government policies that focus on the importance of care for schizophrenic patients, with emphasis on community care. The government agencies, parties, and community networks play a role in the care of schizophrenic patients effective. These have a comprehensive role in the care of schizophrenic patients the medical treatment. Welfare promotion and security. The appropriated activities and corresponded to the problem will lead to continuity and sustainability.

Key Words: Schizophrenic in community; The process of care; The system of care.



สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพประกอบ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ภูมิหลัง	1
1.2 คำถามการวิจัย	4
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
1.4 ความสำคัญของการวิจัย	4
1.5 ขอบเขตของการวิจัย	5
1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ	5
บทที่ 2 ปรัชญาเอกสารข้อมูล	7
2.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท	7
2.2 แนวคิดการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท	16
2.3 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน	21
2.4 แบบแผนการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model)	27
2.5 แนวคิดการรักษาภายใต้การสังเกตโดยตรง (DOT)	31
2.6 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)	33
2.7 การประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop Method)	38
2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	39
2.9 กรอบแนวคิดในการวิจัย	45
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	46
3.1 รูปแบบการวิจัย (Research Design)	46
3.2 ประชากร	46
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	48
3.4 การสร้างเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	54
3.5 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	55
3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล	58
3.7 จริยธรรมในการวิจัย	59



	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปราย	60
4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล	60
4.2 ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล	60
4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	61
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	114
5.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	114
5.2 สรุปผล	114
5.3 อภิปรายผล	126
5.4 ข้อเสนอแนะ	134
เอกสารอ้างอิง	135
ภาคผนวก	141
ภาคผนวก ก หนังสือขอความอนุเคราะห์ผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือ	142
ภาคผนวก ข หนังสือขอความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือ	148
ภาคผนวก ค หนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูล	150
ภาคผนวก ง แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการเก็บข้อมูล	152
ภาคผนวก จ ใบรับรองการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์	158
ภาคผนวก ฉ แผนปฏิบัติการ (Action Plan)	160
ภาคผนวก ช เครื่องมือในการวิจัย	170
ประวัติย่อผู้วิจัย	190



สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 2.1 เปรียบเทียบความแตกต่างของแนวทางการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วย	29
ตาราง 3.1 แบบประเมินอาการทางจิต (PASS 8)	49
ตาราง 3.2 การแปลผลระดับอาการทางจิต	50
ตาราง 4.1 พฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ	63
ตาราง 4.2 ระดับอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทด้วยแบบประเมินอาการทางจิต (PASS 8) ก่อนการพัฒนา	64
ตาราง 4.3 ข้อมูลลักษณะทางประชากรของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว	65
ตาราง 4.4 ข้อมูลลักษณะทางประชากรของผู้ป่วยจิตเภท	66
ตาราง 4.5 ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว ก่อนการพัฒนา	68
ตาราง 4.6 ระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวรายข้อ ก่อนการพัฒนา	69
ตาราง 4.7 ระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวรายด้าน ก่อนการพัฒนา	69
ตาราง 4.8 ระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวรายข้อ ก่อนการพัฒนา	71
ตาราง 4.9 ระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวรายด้าน ก่อนการพัฒนา	72
ตาราง 4.10 ข้อมูลลักษณะทางประชากรของกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน	73
ตาราง 4.11 ระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน ก่อนการพัฒนา	75
ตาราง 4.12 ระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนรายข้อ ก่อนการพัฒนา	76
ตาราง 4.13 ระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนรายด้าน ก่อนการพัฒนา	76
ตาราง 4.14 ระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนรายข้อ ก่อนการพัฒนา	77
ตาราง 4.15 ระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนรายด้าน ก่อนการพัฒนา	78
ตาราง 4.16 ผลการประยุกต์ใช้แผนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน	81
ตาราง 4.17 แผนปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน	87
ตาราง 4.18 ผลการปฏิบัติงานตามแผนปฏิบัติการ	92
ตาราง 4.19 เปรียบเทียบระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังการพัฒนา โดยประยุกต์ใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model)	94



ตาราง 4.20	ผลการเปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการพัฒนา ของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว	96
ตาราง 4.21	เปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการพัฒนา ของกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน	97
ตาราง 4.22	เปรียบเทียบระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภท รายข้อก่อนและหลังการพัฒนา ของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว	98
ตาราง 4.23	เปรียบเทียบระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภท รายด้าน ก่อนและหลังการพัฒนา ของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว	99
ตาราง 4.24	เปรียบเทียบระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภท รายด้าน ก่อนและหลังการพัฒนา ของกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน	99
ตาราง 4.25	เปรียบเทียบระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภท รายด้าน ก่อนและหลังการพัฒนา ของกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน	101
ตาราง 4.26	เปรียบเทียบระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท รายข้อ ก่อนและหลังการพัฒนา ของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว	101
ตาราง 4.27	เปรียบเทียบระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท รายด้าน ก่อนและหลังการพัฒนา ของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว	104
ตาราง 4.28	เปรียบเทียบระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท รายข้อ ก่อนและหลังการพัฒนา ของกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน	104
ตาราง 4.29	เปรียบเทียบระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท รายด้าน ก่อนและหลังการพัฒนา ของกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน	106



สารบัญญภาพประกอบ

	หน้า
ภาพประกอบ 2.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย	45
ภาพประกอบ 4.1 แผนที่แสดงพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น	62
ภาพประกอบ 4.2 ขั้นตอนของกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี	110
ภาพประกอบ 4.3 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี (PAPA Model)	111



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ภูมิหลัง

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้กำหนดให้โรคเรื้อรังหมายถึงรวมถึง โรคไม่ติดต่อ (Non-Communicable Condition) โรคติดเชื้อที่ต้องรักษายาวนาน (Persistent Communication Condition) ความพิการ (Ongoing Physical/Structural Impairments) และภาวะทางจิต (Long-Term Mental Disorder) เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้มีสภาพการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและการจัดการดูแลสุขภาพเป็นระยะเวลานาน (อาทิตยา วัจนสินธุ์, 2557 อ้างอิงจาก U.S. Department of Health and Human Service, 2010; Shalowitz, 2005; Olmen, et al., 2010; WHO, 2011) จากนิยามดังกล่าว โรคจิต (Psychosis) จึงจัดเป็นโรคเรื้อรังประเภทหนึ่งอันเนื่องมาจากการมีภาวะความผิดปกติของการทำงานของจิตใจ ได้แก่ อารมณ์ พฤติกรรม และการรับรู้ความเป็นจริง (Out of Reality) ซึ่งในกลุ่มของโรคจิต (Psychosis) พบว่าโรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดและก่อให้เกิดการตีตรา (Stigma) ความทุกข์ทรมานทางจิต และภาวะอันตรายต่อผู้ป่วยเอง ต่อญาติหรือผู้ดูแล รวมทั้งอาจก่อให้เกิดภาวะอันตรายต่อชุมชนและสังคม และยังก่อให้เกิดผลกระทบอย่างมากต่อเศรษฐกิจในภาพรวมของประเทศ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่มีลักษณะการเจ็บป่วยทางจิต โดยมีผลกระทบต่อจิตใจที่แปลกแยกชัดเจน มีความแปรปรวนของการรู้คิด (Cognition) ภาวะทางอารมณ์ (Emotion) รวมถึงด้านการรับรู้ (Perception) และพฤติกรรม (Behavior) (วัฒนะ แก้วมะไฟ, 2555) เป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน และต่อเนื่องมากกว่า 6 เดือน (นาถนภา วงษ์ศีล, 2555) พบในประชากรอายุระหว่าง 15 – 30 ปี สูงถึงร้อยละ 75 (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) เป็นโรคทางจิตเวชที่รุนแรงและเรื้อรัง จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบความชุกของผู้ป่วยจิตเภทเท่ากับ 7 ต่อประชากร 1,000 รายหรือประมาณ 24 ล้านคนทั่วโลก และพบเป็นอันดับ 1 ของโรคทางจิตเวชทั้งหมด (วรวรรณ สวนศรี, 2557 อ้างอิงจาก WHO, 2013) โดยอุบัติการณ์ของโรคจิตเภทนั้นพบร้อยละ 0.85 ของประชากรทั่วโลกหรือเท่ากับ 0.1-0.5 ต่อประชากร 1,000 ราย พบได้ทุกเชื้อชาติ (อเมริกา กลยณี, 2556 อ้างอิงจาก Sadock & Sadock, 2000) และองค์การอนามัยโลกจัดให้เป็นอันดับหนึ่งในสามของโรคที่มีผลทำให้สูญเสียสมรรถภาพ (Disabling effect) ของผู้ป่วยมากที่สุด (สุทธดา บัวจัน, 2557 อ้างอิงจาก WHO, 2011) โดยพบในเพศหญิงและเพศชายในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน (ชุมทรัพย์ ก้อนทอง, 2557 อ้างอิงจาก WHO, 2015) สำหรับประเทศไทย จากสถิติผู้ป่วยนอกจิตเวช พบผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิตในปีงบประมาณ 2554-2556 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยจิตเภทมากเป็นอันดับ 1 จากจำนวนผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมดที่มารับบริการในหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต คิดเป็นอัตรา 4.02, 4.37 และ 2.85 ต่อประชากร 1,000 ราย ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2557)



สาเหตุของโรคจิตเภท ปัจจุบันยังไม่ทราบแน่ชัดว่าสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทนั้นมาจากสาเหตุใด เชื่อว่าเป็นความผิดปกติของสมองคือ ปัจจัยทางชีวภาพ ได้แก่ พันธุกรรม ระบบเคมีในสมอง กายวิภาคของสมอง ประสาทสรีรวิทยา ปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม ได้แก่ การใช้อารมณ์ต่อกันในครอบครัวและเศรษฐกิจต่ำ ปัจจัยด้านจิตใจ อาจเกิดจากความผิดปกติจากพัฒนาการทางบุคลิกภาพของบุคคลในวัยเด็กส่งผลต่อการปรับตัว ควบคุมพฤติกรรม และการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) รวมถึงปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม เช่น ปัญหาเสพติด ปัญหาการติดสุรา ปัญหาทางเพศบางอย่างและโรคที่นับรวมเฉพาะวัฒนธรรม ปัจจัยนี้มีความหมายรวมไปถึงศาสนาและการเมือง ทั้งนี้โรคจิตเภทอาจจะไม่เกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งแต่อาจเกิดจากหลายปัจจัยรวมกัน (โสธยา ศุภโรจน์, 2554 อ้างอิงจาก Angell and Test, 2002)

การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทมีหลายรูปแบบ ประกอบด้วย การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า และการรักษาจิตสังคม แต่การรักษาหลักของผู้ป่วยจิตเภทคือการรักษาด้วยยาเพื่อปรับสมดุลของสารชีวเคมีในสมอง ช่วยลดอาการ ควบคุมความรุนแรง และสามารถลดอัตราการป่วยซ้ำของโรคได้ (ชุตินา ทองอยู่, 2557) แต่เมื่อใดที่ผู้ป่วยขาดการรักษาจนกระทั่งเกิดการป่วยซ้ำซึ่งจะส่งผลต่อผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ (สุทธดา บัวจัน, 2557 อ้างอิงจาก Sadock & Sadock, 2000) ผลกระทบต่อผู้ป่วยจิตเภทนั้นพบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตกำเริบจะสูญเสียความสามารถและประสิทธิภาพในการทำงานที่ด้านต่างๆ มีความพร้อมในด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการดำเนินชีวิตในสังคม (สุทธดา บัวจัน, 2557 อ้างอิงจาก WHO, 2001) ผลกระทบต่อครอบครัว พบว่าญาติหรือผู้ดูแลได้รับผลกระทบด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม เนื่องจากเป็นโรคที่ก่อให้เกิดภาวะสูงในการดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลท้อแท้ เบื่อหน่ายและหมดกำลังใจในการรักษา ผลกระทบต่อสังคม พบว่าผู้ที่เป็โรคจิตเภทจำนวนหนึ่งเมื่อจำหนายกลับไปอยู่ในชุมชน เมื่อมีอาการทางจิตจะทำความเดือดร้อนให้ชุมชน เช่น ทำร้ายผู้อื่นเนื่องจากมีพฤติกรรมรุนแรงจากอาการหวาดระแวงหลงผิด เป็นต้น (โสธยา ศุภโรจน์, 2554 อ้างอิงจาก Zygmunt et al., 2002) และผลกระทบต่อประเทศชาติ การป่วยซ้ำเป็นผลกระทบของการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาทั้งผู้ป่วย แพทย์ และระบบบริการสุขภาพจิต ทำให้ขาดกำลังคนในการพัฒนาประเทศและสูญเสียทางเศรษฐกิจเป็นอย่างมาก ในแต่ละปีรัฐบาลต้องสูญเสียงบประมาณในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นเงินสูงกว่า 200 ล้านบาทต่อปีและมีแนวโน้มสูงขึ้นเนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารักษาซ้ำในแต่ละปีเพิ่มขึ้น (สุทธดา บัวจัน, 2557 อ้างอิงจาก กรมสุขภาพจิต, 2552)

ปัจจัยหลักที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการป่วยซ้ำมี 3 ปัจจัย ปัจจัยแรกคือด้านผู้ป่วย ได้แก่ การปฏิเสธการเจ็บป่วย ขาดการรักษาที่ต่อเนื่อง ไม่ยอมรับประทานยาหรือปรับยาเอง ปัจจัยที่สองคือด้านผู้ดูแล ประกอบด้วย ผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ หรือผู้ดูแลไม่มีเวลาดูแลเท่าที่ควร เนื่องจากการประกอบอาชีพ ผู้ดูแลขาดความรู้และทักษะในการดูแล รวมไปถึงมีทัศนคติด้านลบต่อการรักษาของผู้ป่วย คิดว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หาย และปัจจัยสุดท้ายคือด้านชุมชน ได้แก่ คนในชุมชนมีทัศนคติด้านลบกับผู้ป่วย เพิกเฉย คิดว่าผู้ป่วยต้องรักษาในโรงพยาบาลเท่านั้น ไม่สามารถอยู่ในชุมชนได้ จึงมีความหวาดระแวงต่อการป่วยซ้ำ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)



สถิติจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี ในปี พ.ศ. 2556 – 2558 ในภาพรวมของเขตสุขภาพที่ 10 ประกอบด้วย 5 จังหวัด ได้แก่ อุบลราชธานี ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ ยโสธร และมุกดาหาร พบว่ามีจำนวน 6,578 6,745 และ 6,883 ราย และคิดเป็นอัตรา 1.88, 1.85 และ 1.89 ต่อประชากร 1,000 ราย ตามลำดับ และจากสถิติจำนวนผู้ป่วยจิตเภทในจังหวัดอุบลราชธานี ในปี พ.ศ. 2556 - 2558 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภท 3,671, 3,804 และ 3,854 ราย คิดเป็นอัตรา 2.52, 2.43 และ 2.49 ต่อประชากร 1,000 ราย ตามลำดับ ซึ่งจากสถิติจำนวนผู้ป่วยแล้วพบว่าแนวโน้มที่จะเพิ่มจำนวนมากขึ้น (ฐานข้อมูลเวชสถิติ ฝ่ายเวชระเบียนโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

จากการดำเนินงานคลินิกจิตเวชโรงพยาบาลบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าข้อมูลในปีงบประมาณ 2556 – 2558 มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภทจากโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์และโรงพยาบาลบุณฑริกที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลบุณฑริก จำนวน 114, 120 และ 126 คน และคิดเป็นอัตรา 1.62, 1.67 และ 1.74 ต่อประชากร 1,000 ราย ตามลำดับ จากการดำเนินงานของคลินิกจิตเวชพบปัญหาคือ ผู้ป่วยจิตเภทขาดนัด ส่งผลให้รับยาไม่ต่อเนื่อง ซึ่งจากข้อมูลปีงบประมาณ 2558 และปี 2559 มีจำนวนผู้ป่วยขาดนัดทั้งสิ้น 121 และ 82 คน และพบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทเกิดการป่วยซ้ำและกลับมารักษาจำนวน 6 และ 4 ราย ตามลำดับ (คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลบุณฑริก, 2559) ซึ่งผู้รับผิดชอบงานคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลบุณฑริกได้มีการติดตามผู้ป่วยจิตเภทให้กลับมาพบแพทย์ตามนัด โดยการประสานงานกับผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จากการติดตามพบว่าผู้ป่วยจิตเภทกลับมาพบแพทย์ตามนัดได้จำนวน 49 รายและ 55 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.5 และ 67.07 ของผู้ป่วยจิตเภทที่ขาดนัด ตามลำดับ ในปีงบประมาณ 2559 โรงพยาบาลบุณฑริกได้รับการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนตามนโยบายส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชนอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ จำนวน 13 ราย ซึ่งในข้อตกลงกำหนดว่าจะต้องทำการคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภทเฉพาะในรายที่ควบคุมอาการไม่ได้ ก้าวร้าว ทำร้ายผู้อื่นที่จะต้องให้การติดตามดูแลอย่างเร่งด่วน และจากการดำเนินงานตามนโยบายและการสนับสนุนดังกล่าวพบว่า ยังไม่ครอบคลุมต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภททุกราย ส่งผลให้ผู้ป่วยในบางพื้นที่ไม่ได้รับการติดตามดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องและเกิดการป่วยซ้ำตามมา

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี มีจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในความดูแลในพื้นที่รับผิดชอบจำนวนทั้งสิ้น 10 ราย ในปี 2559 พบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทมีการป่วยซ้ำถึง 4 ราย คิดเป็นอัตราร้อยละ 40 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด และจากผลการประเมินระดับอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท โดยเครื่องมือประเมินอาการทางจิตจำนวน 8 ข้อ ฉบับพระศรีมหาโพธิ์ (PASS 8) ณ วันที่ 30 กันยายน 2559 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตระดับปกติ จำนวน 4 ราย และมีอาการระดับปานกลางถึง 6 ราย จากการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทั้ง 6 ราย พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ ทั้งนี้ เนื่องจาก 3 ปัจจัยหลัก ได้แก่ ปัจจัยที่หนึ่งคือ ตัวผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทรับประทานยาไม่ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ไม่อยากรับประทานยาเนื่องจากมีประสบการณ์ที่ไม่ดีเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยา และเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ในการรักษา ปัจจัยที่สองคือ ผู้ดูแลพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทบางรายอาศัยอยู่กับผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลที่ไม่ได้อยู่ดูแลเป็นประจำทุกวันจึงเป็นปัญหาในการกำกับการรับประทานยาในแต่ละวันและเป็นข้อจำกัดในการเดินทางไปรับยาที่โรงพยาบาลและ



ปัจจัยที่สามคือ การติดตามดูแลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่นและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ขาดการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง จึงส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องมีโอกาสเกิดการป่วยซ้ำและต้องกลับไปรักษาตัวที่โรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น

ด้วยเหตุนี้ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบในชุมชน จึงเป็นหลักการสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาลในปี พ.ศ. 2559 ที่ให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยเน้นการดูแลที่ชุมชน เพื่อลดการป่วยซ้ำที่อาจส่งผลต่อผู้ป่วยครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ ดังนั้น การศึกษากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ไม่เกิดการป่วยซ้ำ สามารถดำเนินชีวิตร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างเป็นปกติสุข อีกทั้งชุมชนได้มีส่วนร่วมในกระบวนการดูแล ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนมากยิ่งขึ้น

1.2 คำถามการวิจัย

กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

1.3.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อศึกษา

1.3.2.1 บริบทการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

1.3.2.2 กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

1.3.2.3 ผลของกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

1.3.2.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

1.4 ความสำคัญของการวิจัย

1.4.1 ได้กระบวนการที่ดีในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

1.4.2 ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง



1.4.3 ภาคีเครือข่ายในชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งจะส่งผลให้เกิดเป็นรูปแบบที่ดี ก่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

1.5 ขอบเขตของการวิจัย

เพื่อให้การศึกษาตรงตามประเด็นที่กำหนดและเหมาะสมกับเวลาที่ทำการศึกษา ผู้วิจัยจึงกำหนดขอบเขตการวิจัยไว้ดังนี้

1.5.1 ขอบเขตด้านพื้นที่

พื้นที่ในการศึกษา พื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี โดยมีระยะเวลาในการทำการศึกษาตั้งแต่ เดือนธันวาคม 2559 – เดือนพฤษภาคม 2560

1.5.2 ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกประชากร โดยมีเงื่อนไขของการกำหนดคุณสมบัติของประชากรที่จะถูกเลือกมาศึกษา โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) และเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) โดยมีประชากรเข้าร่วมจำนวนทั้งสิ้น 39 คน จำแนกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1.5.2.1 กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว จำนวน 8 คน

1.5.2.2 กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน จำนวน 21 คน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 8 คน ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 4 คน กำนัน จำนวน 1 คน สมาชิกเทศบาล จำนวน 1 คน เจ้าอาวาสวัด จำนวน 2 รูป ปลัดเทศบาล จำนวน 1 คน นักพัฒนาชุมชน จำนวน 1 คน ผู้อำนวยการโรงเรียน จำนวน 2 คน ตำรวจประจำท้องที่ จำนวน 1 นาย

1.5.2.3 กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จำนวน 10 คน ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล จำนวน 1 คน เกษัชกรประจำคลินิกจิตเวช จำนวน 1 คน พยาบาลจัดการดูแลผู้ป่วยด้านจิตเวช จำนวน 1 คน พยาบาลประจำศูนย์ดูแลต่อเนื่อง จำนวน 1 คน สาธารณสุขอำเภอ จำนวน 1 คน ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต จำนวน 1 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 4 คน

1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.6.1 โรคจิตเภท (Schizophrenia) หมายถึง โรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม โดยผู้ป่วยไม่มีพยาธิสภาพทางกายหรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะส่วนใด เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มักจะมีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ เป็นโรคเรื้อรังโรคหนึ่งที่ต้องได้รับการดูแลและรักษาอย่างต่อเนื่อง

1.6.2 ผู้ป่วยจิตเภท (Schizophrenic) หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์หรือแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ICD-10 (F20) และได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์และโรงพยาบาลบุณฑริก ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น



สุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานีอย่างน้อย 1 ปี และอาศัยอยู่เป็นประจำ

1.6.3 ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว หมายถึง ผู้ที่พักอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกับผู้ป่วยจิตเภทหน้าที่หลักในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้านความเป็นอยู่ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านอารมณ์จิตใจ ด้านการรักษา และด้านการปรับตัวและการช่วยเหลือตนเอง

1.6.4 ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หมายถึง กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ประจำครอบครัว) ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน สมาชิกเทศบาล เจ้าอาวาสวัด ปลัดเทศบาล นักพัฒนาชุมชน ผู้อำนวยการโรงเรียนและตำรวจประจำท้องที่ โดยให้การส่งเสริม สนับสนุน ให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีส่วนร่วมในการดูแล ได้แก่ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านอารมณ์และจิตใจ และด้านการรักษา

1.6.5 กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข หมายถึง สหวิชาชีพจากโรงพยาบาล บุณฑริก ได้แก่ แพทย์ (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล) เภสัชกรประจำคลินิกจิตเวช พยาบาลประจำคลินิกจิตเวช และพยาบาลประจำศูนย์ดูแลต่อเนื่อง บุคลากรจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบุณฑริก ได้แก่ สาธารณสุขอำเภอและผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุข (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) เจ้าพนักงานสาธารณสุข และพยาบาลวิชาชีพ

1.6.6 การดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่อง หมายถึง การสนับสนุน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการรักษา โดยการให้ยาเม็ดหรือยาฉีดอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการฟื้นฟูทางด้านจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทใช้ชีวิตในสังคมได้เป็นปกติ

1.6.7 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค อาการแสดงของโรค วิธีการรักษาและการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1.6.8 ทักษะคดีที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง การแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิดต่อตัวผู้ป่วยจิตเภทและต่อการรักษา

1.6.9 พื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น หมายถึง บ้านหนองกบ หมู่ที่ 7, บ้านขอนแก่นหมู่ที่ 9, บ้านศิลาชัยหมู่ที่ 13 และบ้านคำสมบูรณ์หมู่ที่ 17



บทที่ 2

ปริทัศน์เอกสารข้อมูล

การศึกษาวิจัยเรื่องกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอภูผาทริก จังหวัดอุดรราชธานี ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎีและทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการวิจัย โดยนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

- 2.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท
- 2.2 แนวคิดการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท
- 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
- 2.4 แบบแผนการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model)
- 2.5 แนวคิดการรักษาภายใต้การสังเกตโดยตรง (DOT)
- 2.6 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)
- 2.7 การประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop Method)
- 2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.9 กรอบแนวคิดงานวิจัย

2.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

2.1.1 ความหมายของโรคจิตเภท

ตามความหมายของ ICD -10 (The International Classification of Disease -10) ขององค์การอนามัยโลกได้กล่าวไว้ว่าผู้ป่วยจิตเภท เป็นผู้ป่วยที่มีลักษณะทั่วไป คือ มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะและอารมณ์แบบไม่เหมาะสมหรืออารมณ์ที่อับ (Blunted) สติสัมปชัญญะและเขว้ปัญญามักคืออยู่แม้ว่าจะมีการสูญเสียการรับรู้ (Cognitive) (เกษมตันติผลาชีวะ, 2536)

สมาคมจิตแพทย์อเมริกันได้ให้คำนิยามตามแนวทางการจำแนกโรคของ DSM-IV (โสรยา ศุภโรจณี, 2554 อ้างอิงจาก Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorder Forth Edition; DSM-IV, 1995) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่าเป็นกลุ่มอาการของความผิดปกติทางจิตที่มีลักษณะอาการของความเจ็บป่วยและการทำหน้าที่ต่างๆ ลดลง กอปรกับอาการด้านบวกและอาการด้านลบ อาการด้านบวกประกอบด้วยความคิดหลงผิด อาการประสาทหลอน ความผิดปกติของการพูดและความผิดปกติของพฤติกรรม ส่วนอาการด้านลบ เป็นภาวะที่ขาดในคนทั่ว ๆ ไปควรจะมีประกอบด้วยอารมณ์เฉยเมย พูดน้อยหรือไม่พูดและขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด ซึ่งผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีอาการทั้งด้านบวกและด้านลบติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือนและมีอาการในระยะอาการกำเริบชัดเจนอย่างน้อย 1 เดือน (โสรยา ศุภโรจณี, 2554 อ้างอิงจาก American Psychiatric Association, 1995)



โรคจิตเภท เป็นโรคที่มีกลุ่มอาการหลากหลาย โดยมีความผิดปกติทั้งด้านความคิด อารมณ์ ประสาทสัมผัส และพฤติกรรม (พิเชษฐ์ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานนท์, 2552)

โรคจิตเภท เป็นโรคที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม เป็นอย่างน้อย 6 เดือน โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคทางสมอง (สมภพ เรื่องตระกูล, 2553)

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิดเป็นอาการเด่น แต่มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม โดยผู้ป่วยไม่มีพยาธิสภาพทางกายหรือสูญเสียการทำงาน ของอวัยวะส่วนใด เป็นโรคที่พบมากที่สุด ในจำนวนโรคจิตต่าง ๆ เน้นว่าโรคนี้เป็นโรคที่มีความผิดปกติ ของกระบวนการคิด โดยไม่มีพยาธิสภาพทางสมอง จากการศึกษาอุบัติการณ์พบว่าเกิดในผู้ที่มีอายุ ระหว่าง 15-34 ปีและเกิดในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554)

โรคจิตเภท หมายถึง โรคที่มีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ อารมณ์ บุคลิกภาพและ พฤติกรรมเป็นอยู่อย่างน้อย 1 เดือนและต่อเนื่องมากกว่า 6 เดือน ซึ่งนับได้ว่าเป็นโรคเรื้อรังโรคหนึ่ง (นาถนภา วงษ์ศีล, 2555)

โรคจิตเภท เป็นโรคจิตที่พบบ่อยที่สุดผู้ป่วย เริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักไม่ หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างในระหว่างนั้น (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2558)

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากเป็นอันดับ 1 ที่มีกลุ่มอาการหลากหลาย มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม โดยผู้ป่วย ไม่มีพยาธิสภาพทางกายหรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะส่วนใด เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่ มักจะมีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ นับว่าเป็นโรคเรื้อรังโรคหนึ่งที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

2.1.2 สาเหตุ อาการ และการดำเนินของโรคจิตเภท

2.1.2.1 สาเหตุ แนวคิดปัจจุบันมองว่าโรคจิตเภทเกิดจากความผิดปกติของสมองและ จัดเป็นความผิดปกติของการทำงานของระบบประสาทส่วนที่ควบคุมจิตใจ (Neurodevelopmental Disorder) (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2558)

1) ปัจจัยทางด้านชีวภาพ

(1) พันธุกรรม จากการศึกษาพบว่าญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่า ประชากรทั่วไป ยิ่งมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากยิ่งมีโอกาสเป็นสูง โดยประชากรทั่วไปมีโอกาสเสี่ยง ร้อยละ 1 พี่น้องของผู้ป่วยร้อยละ 9 ลูกที่พ่อหรือแม่ป่วยร้อยละ 13 คู่แฝดของผู้ป่วย (ไข่คนละใบ) ร้อยละ 17 และคู่แฝดของผู้ป่วย (ไข่ใบเดียวกัน) ร้อยละ 48

(2) ระบบชีวเคมีในสมอง สมมติฐานเดิมที่ยังคงเป็นที่ยอมรับกันในปัจจุบันคือ สมมติฐานโดปามีน (Dopamine Hypothesis) เชื่อว่าโรคนี้เกิดจากกลไกการกระตุ้นการหลั่งสาร โดปามีน (Dopaminergic Hyperactivity) โดยเฉพาะในบริเวณเส้นประสาทส่วนโซลิมบิก (Mesolimbic) และเมโซคอร์ติคอล (Mesocortical Tract) ทั้งนี้อาจเป็นความผิดปกติของตัวรับสัญญาณสื่อประสาท (Post-Synaptic Receptor) เนื่องจากพบว่ายารักษาโรคจิตนั้นออกฤทธิ์โดยปิดกั้นตัวรับสารโดปามีนชนิด ที่ 2 (Dopamine Receptor Type2, D2 Antagonist) สารส่งผ่านประสาทอีกชนิดหนึ่งที่สนใจคือ ซีโรโทนิน (Serotonin) พบว่า การทำงานของตัวรับซีโรโทนิน (Serotonin - 2, (5-HT2A) Receptor) ใน สมองส่วนหน้า (frontal Cortex) ของผู้ป่วยจิตเภทลดลงและยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ (Serotonin-Dopamine Antagonists) ออกฤทธิ์ในการรักษาที่เกี่ยวข้องกับระบบซีโรโทนิน (Serotonin)



ในระยะหลังพบว่าสารส่งผ่านประสาทกลูตาเมต (Glutamate) อาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับความผิดปกติของโรคจิตเภทโดยพบว่าการทำงานของกรดเอ็น-เมทิล-ดี-แอสพาติก (N- Methyl-D-Aspartic Acid) ตัวรับ (Receptor) ซึ่งเป็นตัวรับ ของกลูตาเมต (Glutamate) ลดลงสภาพสมดุล ระหว่างระบบกลูตาเมต (Glutamate) ซึ่งเป็นแบบกระตุ้น (Excitatory) และระบบกาบา (GABA) ซึ่งเป็นแบบยับยั้ง (Inhibitory) จะเสียไป ทำให้เกิดสภาวะเป็นพิษ (Excitotoxicity) ร่วมกับมีภาวะนิวโร-พลาสติตี้ (Neuro-Plasticity) บกพร่องไป

(3) กายวิภาคของสมอง ผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวนหนึ่งมีความผิดปกติด้านกายวิภาคของสมอง ได้แก่ มีปริมาณเนื้อสมองน้อยกว่าปกติ โดยเฉพาะในส่วนของสมองส่วนคอร์ติคอลเกร (Cortical Gray Matter) และมีเวนติเคิล (Ventricle) โตกว่าปกติ พบว่ามี Ventricle โตกว่าปกติจะสัมพันธ์กับการมีอาการด้านลบการตอบสนองต่อการรักษาไม่ดีและการบกพร่องทางการรับรู้ (Cognition)

(4) ประสาทสรีรวิทยา พบว่า การไหลเวียนของเลือดในสมอง (Cerebral Blood Flow) และการเผาผลาญน้ำตาลกลูโคส (Glucose Metabolism) ในบริเวณสมองส่วนหน้าลดลง (Frontal lobe Dysfunction) แต่ในปัจจุบันมองว่า การทำงานของสมองของผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่ได้เป็นความผิดปกติบริเวณใดบริเวณหนึ่งของสมอง แต่เป็นความผิดปกติในการทำงานของสมองหลาย ๆ วงจรที่เกี่ยวข้องกัน

2) ปัจจัยทางด้านครอบครัวและสังคม

(1) เดิมเชื่อว่าลักษณะของมารดาบางประการหรือการเลี้ยงดูบางรูปแบบ ทำให้เด็กเมื่อโตขึ้นป่วยเป็นโรคจิตเภท การศึกษาต่อมาไม่พบหลักฐานสนับสนุนความเชื่อนี้สภาพครอบครัวมีผลต่อการกำเริบของโรค พบว่า ครอบครัวของผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบบ่อยจะมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูงได้แก่ การตำหนิวิพากษ์วิจารณ์ มีท่าทีที่ไม่เป็นมิตรหรือยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป

(2) ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทพบมากในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำ ซึ่งมีสมมติฐานว่าการที่ผู้ป่วยมีอาการโรคจิตอยู่เรื่อง ๆ ทำให้สถานภาพทางสังคมต่ำลงกว่าเดิมหรือการที่สังคมบีบคั้นทำให้คนเป็นโรคจิตเภทมากขึ้น

3) ปัจจัยด้านจิตใจ (Psychological Factors)

(1) จากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ และทฤษฎีจิตวิทยาพัฒนาการพบว่า เป็นความผิดปกติจากพัฒนาการทางบุคลิกภาพของบุคคลในวัยเด็กโดยเฉพาะในช่วงปีแรกมีผลให้เกิดพยาธิสภาพ ส่วนที่ทำหน้าที่ปรับตัว การควบคุมพฤติกรรมและการมีสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยเฉพาะพัฒนาการด้านภาษาสติปัญญา การคิด ความจำ การตัดสินใจ ความสนใจและการรับรู้

(2) ผู้ป่วยอาจมีการรับรู้และไวต่อความเครียดและตอบสนองต่อความเครียดได้ไม่ดี

(3) ผู้ป่วยมีความขัดแย้งภายในจิตใจที่เกิดจากสัญชาตญาณและไม่สามารถควบคุมได้ขาดสำนึกในการควบคุมตนเองและความรู้สึกผิดชอบชั่วดี ชอบเอาชนะและขัดแย้งกับผู้อื่นเกิดความคับข้องใจไม่แนใจ (Ambivalence)

4) ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม (Sociocultural Factors) มีปัญหาทางจิตใจหลายอย่างที่เห็นได้ชัดเกี่ยวกับสังคมและศีลธรรม เช่น ปัญหาเสพติด ปัญหาการติดสุรา ปัญหาทางเพศบางอย่างและโรคที่นับรวมเฉพาะวัฒนธรรม ปัจจัยนี้มีความหมายรวมไปถึงศาสนา แบบธรรมเนียม ประเพณี ระดับเศรษฐกิจ ทัศนคติการเมืองและกฎหมายด้วย (โสธยา ศุภโรจน์, 2554 อ้างอิงจาก Angell



and Test, 2002) ปัจจุบันไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคจิตเภท เชื่อว่าเป็นกลุ่มอาการหลาย ๆ สาเหตุ ซึ่งแนวคิดที่ยอมรับในปัจจุบันคือ แบบจำลองความเครียดของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (Stress – Dithesis Model) ที่เชื่อว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อพบสภาพกดดันบางประการทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้นมาหรือสภาพกดดันนี้อาจเป็นปัจจัยด้านชีวภาพ จิตสังคมหรือหลายปัจจัยร่วมกัน

สรุป สาเหตุของโรคจิตเภท ปัจจุบันยังไม่ทราบแน่ชัดว่าสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทนั้นมาจากสาเหตุใด เชื่อว่าเป็นความผิดปกติของสมองคือ ปัจจัยทางชีวภาพ ได้แก่ พันธุกรรม ระบบเคมีในสมอง ภายวิภาคของสมอง ประสาทสรีรวิทยา ปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม ได้แก่ การใช้สารเสพติดในครอบครัวและเศรษฐกิจต่ำ ปัจจัยด้านจิตใจ อาจเกิดจากความผิดปกติจากพัฒนาการทางบุคลิกภาพของบุคคลในวัยเด็กส่งผลต่อการปรับตัว ควบคุมพฤติกรรม และการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น และปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม เช่น ปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาการติดสุรา ปัญหาทางเพศบางอย่าง และโรคที่นับรวมเฉพาะวัฒนธรรม ปัจจัยนี้มีความหมายรวมถึงศาสนาและการเมือง ทั้งนี้โรคจิตเภทอาจจะไม่เกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งแต่อาจเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน

2.1.2.2 ลักษณะอาการทางคลินิก

อาการหลักของโรคจิตเภทแบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ ๆ ดังนี้ (สุชาติดา เวชการุณา, 2556 อ้างอิงจาก มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

1) กลุ่มอาการด้านบวก (Positive Symtoms) คือ อาการที่ผู้ป่วยแสดงออกมา มากกว่าคนปกติโดยทั่วไป ในด้านความคิดและประสาทสัมผัส ดังต่อไปนี้

(1) อาการหลงผิด (Delusion) โดยอาการหลงผิดชนิดที่พบบ่อยในโรคจิตเภท ได้แก่ อาการหลงผิดว่าตนเองถูกปองร้ายหรือถูกกลั่นแกล้ง (Persecutory Delusion) และอาการหลงผิดว่าพฤติกรรมหรือคำพูดของคนอื่น หรือเรื่องต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นรอบ ๆ ตัว เช่น ข่าวในโทรทัศน์ที่มีความเกี่ยวข้องกับตนเอง (Delusion of Reference) หลงผิดคิดว่าตนเองมีอำนาจหรือเป็นบุคคลสำคัญ (Rrandiose Delusion) เชื่อว่าความคิดและการกระทำของตนเองถูกควบคุมโดยอำนาจบางอย่าง (Delusion of Control) มีความคิดของตนเองถูกดึงออกจากสมองจากอำนาจบางอย่าง (Thought with Drawal) ความคิดที่มีอยู่นั้นไม่ใช่ความคิดของตนเองแต่เป็นความคิดของคนอื่นที่ใส่เข้ามาในสมองตนเอง (Thought Insertion) ความคิดของตนเองถูกส่งออกไปเป็นเสียงทำให้คนรอบข้างได้ยินความคิดของตนเอง (Thought Broadcasting)

(2) อาการประสาทหลอน (Hallucination) คือ การที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการประสาทหลอนชนิดที่พบบ่อย คือ อาการหูแว่ว (Auditory Hallucination) เป็นการได้ยินเสียงพูดในเสียงของผู้ป่วย (Voice discussing) เสียงวิพากษ์วิจารณ์พฤติกรรมของผู้ป่วย (Voice Commenting) โดยเสียงที่ได้ยินจะเป็นเรื่องราวชัดเจน

(3) ความผิดปกติของการพูด (Disorgarnized Speech) คือ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไม่สามารถลำดับความคิดและขาดความคิดในการเชื่อมโยงของเหตุผล คำพูดไม่ต่อเนื่องกันเป็นเรื่องราว (Loose associate) ผู้ป่วยจะมีความคิดไม่อยู่กับร่องกับรอย ทำให้ยากแก่การเข้าใจว่าผู้ป่วยทำอะไรอยู่



(4) ความผิดปกติของพฤติกรรม (Disorganized Behavior) คือ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น มีพฤติกรรมแบบคาทาโทเนีย (Catatonia) คือ ไม่เคลื่อนไหว ไม่พูด ไม่รับรู้สภาพแวดล้อม (Catatonic Stupor) แขนขา ลำตัวเกร็งตลอดเวลา (Catatonic Rigidity) มีการต่อต้านทำตรงข้ามคำสั่ง (Catatonic Negativism) อยู่ในท่าใดท่าหนึ่งนาน ๆ (Catatonic Posturing) และมีอาการคลุ้มคลั่ง (Catatonic Excitement) เป็นต้น

ในเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-5 นั้น อาการด้านบวกโดยเฉพาะอาการหลงผิดและประสาทหลอน มีความสำคัญมากเนื่องจากมีความจำเพาะต่อการบ่งบอกว่าเป็นโรคจิตสูง ส่วนอาการลบ (Disorganization) ที่มีความสำคัญพอ ๆ กับอาการหลงผิดและประสาทหลอน ได้แก่ อาการผิดปกติด้านความคิด (Disorganized Thinking) (มาโนซ หล่อตระกุล และปราโมทย์ สุคนิตย์, 2558)

2) อาการด้านลบ (Negative Symptoms) คือ อาการที่ผู้เป็นโรคจิตเภทมีภาวะขาดในสิ่งที่คนทั่ว ๆ ไปควรมี (Negative Dimension) เช่น ในด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่าง ๆ อาการเหล่านี้ได้แก่ อารมณ์เฉยเมย (Affective Flattening) พูดน้อยหรือไม่พูด (Alogia) ไม่มีแรงจูงใจในการทำกิจกรรมใดๆ (Avolition) เก็บตัวเฉย ๆ ไม่ค่อยแสดงออก (Asociality) ซึ่งอาการด้านลบนั้นพบได้ในทุกระยะของโรค แต่จะพบในระยหลังของโรค ซึ่งผู้ป่วยจะทุเลาจากอาการหลงผิด ประสาทหลอนบ้างแล้ว ญาติจะบอกว่าผู้ป่วยมักนั่งอยู่เฉย ๆ ไม่ทำอะไร ไม่สนใจโลกภายนอก การเข้าสังคมลดลงมาก อาการเหล่านี้จะตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาได้ไม่ดีเท่ากลุ่มอาการด้านบวก

3) กลุ่มอาการด้านการจดจำและการรับรู้ (Cognitive Symptom) คือ อาการที่ผู้เป็นโรคจิตเภทมีสมาธิแย่ง การตีความสิ่งต่างๆและการตอบสนองบกพร่องไป (Cognitive Dysfunction) มีความบกพร่องในการจดจำชั่วคราวเพื่อใช้งาน (Working Memory) และการไม่สามารถคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผล เป็นต้น อาการการรับรู้ผิดปกติ (Cognitive Dysfunction) เป็นอาการสำคัญพื้นฐานของโรคนี้ เริ่มพบได้ในระยะอาการนำ (Prodromal Phase) แย่งขณะผู้ป่วยมีอาการกำเริบครั้งแรก จากนั้นค่อนข้างคงที่อยู่ตลอดแม้ผู้ป่วยจะทุเลาจากอาการหูแว่วประสาทหลอนแล้วซึ่งเป็นสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้ดังเดิม

4) กลุ่มอาการด้านอารมณ์ (Affective Symptoms) อาการด้านอารมณ์เป็นอาการที่พบได้บ่อย แต่ไม่มีน้ำหนักในการวินิจฉัยโรค ผู้ป่วยอาจมีอาการซึมเศร้า รู้สึกผิด วิตกกังวลหรือหงุดหงิดก้าวร้าว หุนหันพลันแล่น อารมณ์แบบคึกคักแบบมาเนีย (mania) แต่อารมณ์เหล่านี้จะไม่เด่นชัดและเป็นไม่นานเมื่อเทียบกับอาการด้านบวก ในช่วงที่ผู้ป่วยดีขึ้นจากอาการด้านบวกอาจพบอาการซึมเศร้าเป็นอาการเด่น (Post-Schizophrenia Depression)

5) อาการอื่นๆ อาการที่พบได้ เช่น ไม่ตระหนักว่าตนเองผิดปกติไป (Lack of Insight) ทำให้ไม่ยอมรักษาแม้อาการจะกำเริบหลาย ๆ ครั้งแล้วก็ตาม บางคนมีอาการความผิดปกติต่อการรับรู้จากเรื่องภายนอก (Social Cognition Deficit) ได้แก่ ไม่สามารถอ่านออกว่าคนอื่นคิดอะไร ต้องการอะไร บางครั้งอาจเอาเรื่องที่ไม่เป็นเรื่องมาเกี่ยวข้องกันเป็นเรื่องราวหรือเอามาผูกโยงกับอาการหลงผิดของตนเอง

สรุปได้ว่า อาการหลักที่พบในผู้ป่วยจิตเภทแบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ ๆ ได้เป็น 5 กลุ่มอาการ คือ กลุ่มอาการด้านบวกหรือเรียกได้ว่าเป็นอาการที่ผู้ป่วยแสดงออกมามากกว่าคนปกติโดยทั่วไป ได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน กลุ่มอาการด้านลบหรือเรียกว่าเป็นภาวะของผู้ป่วยที่ขาดในสิ่งที่คนทั่ว ๆ ไปควรมี เช่น ด้านความรู้สึก การพูด หรือการทำกิจกรรม กลุ่มอาการด้านการรับรู้และการจดจำ เช่น ไม่มี



สมาธิ การตีความและการจดจำสิ่งต่าง ๆ บกพร่อง กลุ่มอาการด้านอารมณ์ ได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้า รู้สึกผิด วิดกกังวล หงุดหงิด ก้าวร้าว แต่อาการเหล่านี้ไม่มีน้ำหนักในการวินิจฉัยโรค และกลุ่มสุดท้ายคือกลุ่มอาการอื่น ๆ คือ ไม่ตระหนักว่าตนเองมีความผิดปกติหรือป่วยแม้จะเกิดอาการกำเริบหลายครั้งแล้วก็ตาม

2.1.2.3 การดำเนินของโรคจิตเภท

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

1) ระยะเริ่มมีอาการ (Prodromal Phase) เรียกว่า อาการทางจิตเฉียบพลัน (Acute Phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการเล็กน้อย มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ ความรับผิดชอบหรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงานเริ่มแย่ลง ชอบเก็บตัว ไม่สนใจสุขอนามัยหรือการแต่งกาย อาจมีความสนใจด้านปรัชญา ศาสนา เชื่อเรื่องโชคลางไสยศาสตร์ มีการใช้สารวนแปลก ๆ มีความหวาดระแวงกลัวคนแปลกหน้า ซึ่งระยะเวลาความผิดปกติไม่แน่นอน โดยเฉลี่ยประมาณ 1 ปี ตั้งแต่เริ่มมีอาการ และหากมีอาการเช่นนี้อยู่ยาวนานการดำเนินโรคจะไม่ดี

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

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

สรุปการดำเนินโรคแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเริ่มป่วย เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบต่อตนเอง หน้าที่การทำงาน หรือสังคมลดลงน้อยลง ระยะอาการกำเริบเป็นช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการลดลงจากระยะแรก และระยะอาการหลงเหลือ เป็นระยะที่อาการของผู้ป่วยเริ่มคงที่ อาจจะมีอาการด้านบวกหรือด้านลบก็ได้แต่ไม่รุนแรงเท่าระยะกำเริบ ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการเป็น ๆ หาย ๆ หรือในบางรายอาจมีอาการเรื้อรัง



2.1.3 การวินิจฉัยโรคจิตเภท

หลักการวินิจฉัยแยกโรคขององค์การอนามัยโลก (สัชชานา เวชการุณา, 2556 อ้างอิงจาก WHO, 1992) ใช้เกณฑ์การวินิจฉัย ICD -10 โดยผู้ที่เป็โรคจิตเภทมีอาการอย่างน้อย 1 อาการที่ชัดเจน ถ้ามีอาการไม่ชัดเจนมากต้องมี 2 อาการหรือมากกว่า ตามอาการที่ระบุจาก 1-4 มีดังต่อไปนี้

2.1.3.1 ผู้ป่วยมีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 2 อย่างโดยมีอาการเป็นเวลานาน 1 เดือน (ระยะเวลาอาจน้อยกว่า 1 เดือน ถ้าผู้ป่วยได้รับการรักษา (สัชชานา เวชการุณา, 2556 อ้างอิงจาก สมภพ เรืองตระกูล, 2545)

- 1) มีอาการหลงผิด (Delusion)
- 2) มีอาการประสาทหลอน (Hallucination)
- 3) มีความผิดปกติของคำพูด (Disorganized Speech)
- 4) มีพฤติกรรมวุ่นวายหรืออาการคาทาโทเนีย (Grossly Disorganized Behavior or Catatonic Behavior)
- 5) มีอาการด้านลบ เช่น พูดน้อย เฉยเมย ไม่ทำกิจกรรมทุกชนิด หากมีอาการหลงผิดที่มีความแปลกประหลาด ได้แก่ อาการเชื่อความคิดของตนถูกดึงออกไปจากสมองหรือมีอาการหูแว่ว เป็นเสียงวิจารณ์ตัวเอง หรือเสียงคนพูดคุยกันมีเพียงอาการเดียวก็ถือว่าเข้าเกณฑ์

2.1.3.2 อาการดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านอาชีพการงาน สัมพันธภาพกับผู้อื่นหรือการดูแลตนเอง

2.1.3.3 ผู้ป่วยมีอาการไม่สบายติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน

2.1.3.4 ผู้ป่วยไม่ได้มีอาการของโรคจิตชนิดอื่น

2.1.3.5 อาการไม่ได้เกิดจากยา ยาเสพติด หรือโรคทางกาย

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

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



2.1.4 การรักษาผู้ป่วยจิตเภท

การรักษาผู้ป่วยจิตเภทเป็นการรักษาทั้งด้านร่างกายและด้านจิตสังคม (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) การรักษามีเป้าหมายเพื่อ

2.1.4.1 รักษาอาการให้หายหรือบรรเทาลง

2.1.4.2 ป้องกันไม่ให้ป่วยอีก โดยการให้ยารับประทานหรือยาฉีด หรือทั้งสองอย่างติดต่อกันเพื่อหลีกเลี่ยงสาเหตุที่จะทำให้กลับมาป่วยซ้ำหรืออาการกำเริบ เฝ้าระวังและสังเกตอาการก่อนที่จะมีอาการกำเริบใหม่

2.1.4.3 การฟื้นฟูสภาพส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เช่น ฝึกทักษะการใช้ชีวิตในสังคม ทักษะในการสื่อสาร ตลอดจนการฝึกทักษะการประกอบอาชีพวิธีการรักษา ประกอบด้วยวิธีการ ดังนี้

1) การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลกรณีที่มีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น มีปัญหาอื่น ๆ ที่ต้องดูแลใกล้ชิด เช่น มีอาการอย่างรุนแรง ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยประมาณ 3-6 สัปดาห์ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555)

2) การรักษาด้วยยาซึ่งถือว่าเป็นหัวใจของการรักษา นอกจากจะควบคุมอาการด้านบวกแล้ว ยังสามารถลดอาการกำเริบหรือป่วยซ้ำของโรคได้ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่กลับมีอาการกำเริบหรือป่วยซ้ำอยู่บ่อย ๆ นั้นส่วนใหญ่มีปัญหาจากการขาดยา การรักษาที่แบ่งออกเป็น 3 ช่วง ได้แก่

(1) ระยะเวลาควบคุมอาการ (Active Phase) คือ การควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว การที่อาการรุนแรงหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยทั่วไปดีขึ้นตั้งแต่ระยะแรกนั้นเป็นผลมาจากฤทธิ์ทำให้สงบของยา ส่วนฤทธิ์ในการรักษาอาการของโรคจิตของยานั้นต้องใช้เวลาเป็นสัปดาห์จึงจะเห็นผล

(2) ระยะเวลาให้ยาต่อเนื่อง (Stabilization Phase) หลังจากมีอาการสงบลงแล้วผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยาอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอาการกำเริบหรือป่วยซ้ำ ขนาดของยาจะต่ำกว่าที่ใช้ในระยะแรก โดยจะค่อย ๆ ลดลงจนถึงขนาดต่ำสุดที่คุมอาการได้ ผู้ป่วยที่เป็นครั้งแรกนั้นหลังจากอาการโรคจิตดีขึ้นแล้วให้ยาต่อไปอีกประมาณ 1 ปี หากผู้ป่วยมีอาการกำเริบหรือป่วยซ้ำครั้งที่สองควรให้ยาต่อเนื่องไประยะยาว นานอย่างน้อย 5 ปี และหากเป็นบ่อยกว่านี้ควรให้ยาต่อเนื่องไปตลอดชีวิต (มาโนช หล่อตระกูล, 2548)

(3) ระยะเวลาการคงที่ (Maintenance Phase) เป็นช่วงที่อาการทุเลาลงแล้วแต่ยังคงต้องให้ยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอาการกำเริบซ้ำ ยิ่งผู้ป่วยที่มีการพยากรณ์โรคไม่ดี การควบคุมด้วยยาเป็นสิ่งสำคัญ ขนาดยาจะต่ำกว่าที่ใช้ในระยะแรก แล้วจะค่อย ๆ ลดยาลงร้อยละ 20 ทุก 4-6 เดือนจนถึงขนาดต่ำที่สุดที่คุมอาการได้

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



3) การรักษาด้านจิตสังคม เป็นส่วนสำคัญของการบำบัดรักษาเนื่องจากอาการของผู้ป่วย มักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวผู้ป่วยกับสังคมรอบข้างแม้ในระยะอาการดีขึ้นบ้างแล้ว ปัญหาทางสังคมก็ยังคงมีอยู่ หากผู้รักษาไม่ได้สนใจแก้ไขรวมทั้งอาการทางลบ ภาวะท้อแท้หมดกำลังใจไม่คอยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วยเพื่อที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยทุก ๆ ด้านการรักษาจิตสังคมประกอบด้วย

(1) การบำบัดรักษาทางจิต (Psychotherapy) เป็นวิธีการบำบัดแบบประคับประคอง ผู้รักษาตั้งเป้าหมายตามที่เป็นจริงและผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ ช่วยให้หาวิธีแก้ปัญหาในแบบที่ทำได้ ให้คำแนะนำต่อปัญหาบางประการในฐานะของผู้ที่มีความรู้มากกว่า ช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาความเครียดหรือความกดดันอะไรที่เขาทนไม่ได้

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

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

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

สรุปได้ว่า การรักษาผู้ป่วยจิตเภทนั้นมีการรักษาที่หลากหลาย ได้แก่ การรักษาในโรงพยาบาล การรักษาด้วยไฟฟ้า การรักษาจิตสังคม แต่การรักษาที่เป็นหัวใจสำคัญของการรักษาผู้ป่วยจิตเภท คือ การรักษาด้วย

การศึกษากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอบุณยพิริย จังหวัดอุบลราชธานี ในขั้นตอนการศึกษาบริบทพื้นที่และวิเคราะห์ปัญหาพบว่า มีความสอดคล้องกับแนวคิด ทฤษฎีเรื่องความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท กล่าวคือ ผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 8 ราย ส่วนใหญ่มีสาเหตุที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทคือ เกิดจากความเครียดในการดำเนินชีวิตและพบว่า มีผู้ป่วยจิตเภทจำนวนหนึ่ง เกิดการป่วยจากพันธุกรรม เช่น พ่อหรือแม่ที่มีประวัติการป่วยด้วยโรคจิตเภท ซึ่งอาการที่พบ ส่วนใหญ่เป็นลักษณะอาการทางบวก ได้แก่ อาการหูแว่ว ประสาทหลอน กล่าวคือ ได้ยินเสียงคนสั่งให้พูด หรือสั่งให้ทำกิจกรรมต่าง ๆ โดยไม่รู้ตัว เช่น แก้วน้ำกลางที่สาธารณะ เดินไปเรื่อยเปื่อยไม่มีจุดหมาย จุดไปเผา ทำลายข้างของ เป็นต้น หรือบางครั้งเกิดอาการหวาดระแวงคนมาทำร้ายก็มักจะแสดงอาการด้านลบ เช่น เก็บตัวหรือแยกตัว ฯลฯ



2.2 แนวคิดการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท

2.2.1 ความหมายของการป่วยซ้ำ

จากการศึกษามีผู้ให้ความหมายการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไว้หลายท่าน พบว่าการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทเป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยไม่สามารถควบคุมได้หรือเป็นการกลับคืนของพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์หลังจากที่พฤติกรรมนั้น ๆ หยุดไประยะเวลาหนึ่ง การป่วยซ้ำไม่ได้เกิดขึ้นทันทีทันใดแต่เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดเวลา มักมีอาการเตือนล่วงหน้าไม่สามารถบอกเวลา จำนวนอาการกำเริบและความเร็วที่จะเกิดการป่วยซ้ำได้ (โสธยา ศุภโรจณี, 2554 อ้างอิงจาก Birchwood and Spencer, 2001: 1212; Falloon, 1984; Lader, 1995)

2.2.2 อุบัติการณ์และความชุกของการป่วยซ้ำ

จากการติดตามผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายในหนึ่งปีแรก พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ได้รับการรักษาใด ๆ เลยกลับป่วยซ้ำร้อยละ 70 (โสธยา ศุภโรจณี, 2554 อ้างอิงจาก Meijel et al, 2003) ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง มีรายงานว่าร้อยละ 60 ของผู้ป่วยจิตเภทมีอาการป่วยซ้ำ ภายในเวลา 3 สัปดาห์เมื่อมีเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดเกิดขึ้น (โสธยา ศุภโรจณี, 2554 อ้างอิงจาก Sandock and Sandock, 2000) จากการศึกษาของสมพร บุขราทิจ (2550) พบว่าการที่ผู้ป่วยหยุดยารับประทานโรคกำเริบมากกว่าคนรับประทานยาต่อเนื่อง 5 เท่า ถ้าโรคกำเริบแล้วก็จะรักษาหากกลับมาตีเท่าเดิมจนหาย อาจต้องใช้เวลามากกว่า 2 ปี โดยเกณฑ์ที่บอกว่าผู้ป่วยน่าจะหายจากโรคคือ อาการทางจิตหายไปสามารถทำหน้าที่และดูแลตนเองในเรื่องชีวิต ประจำวันได้ผู้ป่วยที่ป่วยครั้งแรกและหายตามเกณฑ์ดังกล่าวนี้เพียงร้อยละ 14 เมื่อรักษาเป็นระยะเวลา 5 ปีและร้อยละ 43 ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครั้งก่อนภายในเวลา 1-6 เดือน (โสธยา ศุภโรจณี, 2554 อ้างอิงจาก ดวงตา อุทุมพฤกษ์พร, 2533) จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภท มีโอกาสที่ป่วยซ้ำได้สูง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง ซึ่งสามารถกลับป่วยซ้ำได้มากในช่วง 3 สัปดาห์ หลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาลและผู้ป่วยจิตเภทที่มีการปรับตัวหลังจำหน่ายได้ดีควรมีช่วงของการอยู่ในชุมชนอย่างน้อย 6 เดือนจึงถือว่าเป็นผู้ที่ประสบความสำเร็จที่ไม่ป่วยซ้ำ (โสธยา ศุภโรจณี, 2554)

2.2.3 ปัจจัยของการป่วยซ้ำ

มีการศึกษาพบว่ามากกว่าร้อยละ 50 ของการป่วยต้องเข้ารับการรักษาซ้ำนี้เนื่องมาจาก การที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา ซึ่งความไม่ร่วมมือในการรักษานี้สัมพันธ์กับทัศนคติเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การรับประทานยาและอาการข้างเคียงจากยา (โสธยา ศุภโรจณี, 2554 อ้างอิงจาก Christine Rummel-Kluge, 2006) ในผู้ป่วยจิตเภทการป่วยซ้ำมักมีอาการเด่นชัดที่เป็นลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคลในผู้ป่วย บางรายการป่วยซ้ำทำให้อาการ มากขึ้นเรื่อย ๆ จนกระทั่งมีการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ มีพยาธิสภาพที่ถาวร จากการที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง การป่วยซ้ำมักมีปัจจัยเสี่ยงหรือปัจจัยที่กระตุ้นให้มีอาการป่วยซ้ำเสมอ (โสธยา ศุภโรจณี, 2554 อ้างอิงจาก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, 2550) ได้แก่



2.2.3.1 ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ คือ การไม่รู้สาเหตุและผลกระทบจากการป่วยซ้ำ มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ไม่ถูกต้องหรือไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง ได้รับสารอาหารไม่ครบถ้วน นอนหลับไม่เพียงพอ ขาดการออกกำลังกาย ร่างกายอ่อนเพลีย ไม่สามารถทนต่อฤทธิ์ข้างเคียงจากยา

2.2.3.2 ปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม คือ การมีปัญหาเกี่ยวกับสิ่งที่อยู่รอบ ๆ ตัวเรา ได้แก่ ปัญหาด้านการเงิน ปัญหาด้านที่อยู่อาศัย มีเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด ไม่สามารถทำงานได้ ไม่มีที่ปรึกษา ไม่ทราบแหล่งที่ให้ข้อมูลต่าง ๆ การไม่พูดคุยและไม่ส่งสิ่งกับผู้อื่น อยู่คนเดียว ไม่ติดต่อกับญาติพี่น้องเพื่อนฝูง

2.2.3.3 ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมและอารมณ์ ได้แก่ การที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ก้าวร้าวหรือมีพฤติกรรมรุนแรง อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง ขาดยาหรือลดยาเอง โดยไม่ปรึกษาแพทย์ หรือรับประทานยาไม่สม่ำเสมอตามแผนการรักษา คิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า ไม่มี ความหมาย เป็นคนไร้ค่า มีการแสดงออกที่เปลี่ยนไปจากเดิม มีความรู้สึกสิ้นหวัง ขาดแรงจูงใจ

2.2.4 พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ

เป็นกิจกรรมในการดูแลตนเองเพื่อให้มีพฤติกรรมทางสุขภาพที่เหมาะสม โดยสามารถรับรู้ถึงอาการเตือนและสามารถจัดการได้ก่อนการเจ็บป่วย มีวิธีการจัดการความเครียด ทราบแหล่งที่ขอความช่วยเหลือและมีความรู้ทักษะในการใช้ยาได้ถูกต้อง (โสธยา ศุภโรจณี, 2554 อ้างอิงจาก Meijel et al., 2003)

2.2.4.1 ความหมายของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ คือ การปฏิบัติตนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงทำให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ สามารถรับรู้ได้จากการเปลี่ยนแปลงการรู้คิดและพฤติกรรม ซึ่งพบได้บ่อยและชัดเจนในระยะก่อนเริ่มมีอาการ องค์ประกอบของคุณลักษณะของพฤติกรรมที่ส่งผลให้เกิดการป้องกันตนเองไม่ให้ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การรับรู้อาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและการใช้ยาที่ถูกต้อง (โสธยา ศุภโรจณี, 2554 อ้างอิงจาก วัฒนภรณ์ พิบูลอาลักษณ์, 2549) ดังนี้

2.2.4.2 การรับรู้อาการเตือน (Recognize of Early Warning Signs)

ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความจำเป็นที่จะต้องให้การรักษาทันทีเท่าที่จะสามารถทำได้ เพื่อลดความรุนแรงของโรคและป้องกันการเกิดปัญหาต่าง ๆ ในอนาคต (Disability, Handicap) นอกจากนี้ยังพบว่าสามารถป้องกันอุบัติการณ์การป่วยซ้ำ ถ้าสามารถตรวจพบอาการที่บ่งบอกการกลับเป็นซ้ำได้รวดเร็ว ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทพึงตระหนักว่าอาการเตือนนี้มีลักษณะเฉพาะในผู้ป่วยแต่ละคน (Individualized) และมีความจำเพาะ (Specific) สามารถพบอาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภท แบ่งเป็น 3 ระดับ (โสธยา ศุภโรจณี, 2554 อ้างอิงจาก Meijel, et al., 2003)

1) ระดับปกติคังที่ : รู้ตัวเองว่าอารมณ์หงุดหงิดได้ง่าย มีความคิดวิตกกังวลเพิ่มขึ้น พักผ่อนน้อยลง แต่ยังคงควบคุมจัดการได้

2) ระดับปานกลาง : มีความคิดฟุ้งซ่าน หมกมุ่นทางกิจกรรมด้านศาสนา นอนไม่หลับ(ตั้งแต่ 1 คืน) ระวังคนรอบตัว ไม่รับประทานอาหาร



3) ระดับรุนแรง : มีความคิดกลัว หวาดระแวง คิดว่าตนเองติดต่อกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ได้ ประสบผลลอนลักษณะอาการเตือน (โสรยา ศุภโรจน์, 2554 อ้างอิงจาก Birchwood et al., 1989) พบว่าอาการเตือนที่ผู้ป่วยและญาติสังเกตได้ก่อนที่จะมีอาการป่วยซ้ำ จำแนกตามลักษณะอาการเป็น 4 ด้าน ได้แก่

(1) ด้านวิตกกังวลหรือกระวนกระวาย (Anxiety/Agitation) เช่น เจ็บปวดทางกาย นอนหลับยาก ตึงเครียด กลัวหรือวิตกกังวลและขาดสมาธิ

(2) ด้านซึมเศร้าหรือแยกตัว (Depression/Withdrawal) เช่น อ่อนเพลียหมดแรง เจ็บ แยกตัว ไม่อยากอาหาร รู้สึกไร้ค่าหรือหมดหวัง เศร้าหรือซึมเศร้า อาการสูญเสีย

(3) ด้านขาดการยับยั้งตนเอง (Disinhibition) เช่น หงุดหงิด ก้าวร้าวรุนแรงไม่เป็นมิตร

(4) ด้านการเริ่มมีอาการทางจิต (Incipient Psychosis) เช่น พูดหรือหัวเราะคนเดียว พูดจาไม่ต่อเนื่องหรือเหลวไหล รู้สึกว่าคนอื่นหัวเราะเยาะหรือพูดถึง รู้สึกว่าตนเองถูกจ้องมอง(โสรยา ศุภโรจน์, 2554 อ้างอิงจาก ฐพนันท์ ศรีธาราธิคุณ และธนา นิลชัยโกวิทย์, 2543) จำแนกอาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภทที่พบได้ทั่วไป เป็น 4 ด้าน ได้แก่

(4.1) การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ (Mood Changes) พบว่าผู้ป่วยจะมีอาการซึมเศร้า ขาดความสนใจสิ่งต่างๆ กลัว วิตกกังวล มีความตึงเครียดสูง บางรายหงุดหงิดหรือก้าวร้าวง่ายกว่าปกติ

(4.2) การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม (Behavior Changes) พบว่าผู้ป่วยจะมีความอยากรับประทานอาหารน้อยลง แยกตัวจากสังคมและบ่อยครั้งที่พบว่ามีปัญหาการนอน

(4.3) การเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ (Cognitive Changes) พบว่าผู้ป่วยจะมีสมาธิแย่งลงมีปัญหาเกี่ยวกับความจำ หมกมุ่นกับเรื่องบางเรื่องมากผิดปกติ

(4.4) พบอาการทางจิต (Psychotic Symptoms) เช่น หูแว่ว พูดคนเดียวซ้ำสิ่งสลับ หวาดระแวงหรือรู้สึกว่าตนมีความรู้รู้สึกว่าตนถูกควบคุมอยู่ การจัดการกับอาการเตือนเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำประกอบด้วย 3 ขั้นตอน (โสรยา ศุภโรจน์, 2554 อ้างอิงจาก Birchwood et al., 2000) ได้แก่

1) ระดับปกติหรือคงที่ ประกอบด้วย การทำจิตใจสงบ เช่น ฝึกโยคะ การทำสมาธิ การรับบริจาคจากศูนย์บริการทางสุขภาพจิต การพูดคุยที่ปรึกษาที่ปรึกษาที่ไว้วางใจ จัดการกับความคิด เช่น เมื่อคิดอะไรให้จดบันทึกไว้ อะไรคือความคิดที่เด่นชัด สามารถอธิบายหรือมีมุมมองอย่างอื่นหรือไม่ จัดการกับปัญหา/ความเครียด ได้แก่ เขียนปัญหาที่เกิดขึ้น เขียนแนวทางการจัดการที่เป็นไปได้ เลือกวิธีในการแก้ปัญหาที่ดีที่สุด

2) ระดับปานกลาง ประกอบด้วย รับประทานที่เพิ่มขึ้นตามที่แพทย์สั่งไว้ การผ่อนคลาย เช่น การนับเลขถอยหลัง การคิดทางบวก การนึกถึงธรรมชาติ การรับบริการจากศูนย์บริการทางสุขภาพจิตเป็นประจำทุกวัน การไปพบแพทย์เพื่อพิจารณาเพิ่มการรักษาด้วยยา

3) ระดับความรุนแรง ควรไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล

จากการทบทวนถึงลักษณะอาการเตือนสามารถจำแนกได้เป็นอาการที่เป็นอาการทางจิตและอาการที่ไม่ใช่อาการทางจิต โดยอาการที่ไม่ใช่อาการทางจิตสามารถระบุอาการได้มากกว่าอาการที่เป็นอาการทางจิต อาการเตือนของการป่วยซ้ำที่พบบ่อย คือ การนอนหลับถูกรบกวน อารมณ์



เปลี่ยนแปลงง่าย ซึมเศร้าบ่อย ความอยากอาหารลดลง มีอาการทางด้านร่างกาย เช่น รู้สึกไม่สบายปวดศีรษะ ท้องผูกและระหว่างที่มีอาการผู้ป่วยมักจะต่อต้านหรือมีความรู้สึกสองฝักสองฝ่าย แยกตัวเอง ผู้ป่วยเริ่มมีอาการเล็กๆ น้อยๆ เป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ จนกระทั่งมีอาการทางจิตรุนแรง อาการเตือนของอาการป่วยซ้ำที่เกิดขึ้นในระยะแรกเป็นอาการที่ไม่ใช่อาการทางจิตแต่เป็นอาการแสดงที่ส่งสัญญาณให้รู้ว่ากำลังมีอาการทางจิตเกิดขึ้น ได้แก่ นอนไม่หลับ เครียด วิตกกังวล แยกตัวออกจากสังคมและไม่มีสมาธิ ซึ่งอาการเหล่านี้เกิดขึ้นก่อนมีอาการป่วยซ้ำเป็นวันหรือเป็นสัปดาห์ก็ได้ เป็นอาการที่มีลักษณะเฉพาะในแต่ละบุคคล (โสธยา ศุภโรจณี, 2554 อ้างอิงจาก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, 2550)

สิ่งสำคัญในการรับรู้อาการเตือนของการป่วยซ้ำคือ การสังเกตพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง ซึ่งบ่งบอกถึงอาการเริ่มแย่งเมื่อเปรียบเทียบกับพฤติกรรมที่ผ่านมา ซึ่งในการรับรู้อาการเตือน ผู้ป่วยจิตเภท ต้องมีความรู้ทั่วไปของโรคจิตเภท ลักษณะอาการเตือนที่เกิดขึ้น มีแนวทางในการสังเกตอาการเตือนและมีการวางแผนที่จะปฏิบัติเพื่อให้ตนเองหลีกเลี่ยงสถานการณ์อันส่งผลต่อการเกิดอาการเตือนได้ การรับรู้อาการเตือนให้ได้อย่างรวดเร็วที่สุดหมายถึง แต่ละคนสามารถใช้วิธีทางบวกและแสวงหาแหล่งที่ให้ความช่วยเหลือเพื่อลดผลกระทบหรือป้องกันการป่วยซ้ำให้เหลือน้อยที่สุด การกำหนดแนวทางการปฏิบัติตั้งแต่ในระยะแรกจะช่วยลดความรุนแรงของอาการ ทำให้ระยะเวลาของการป่วยซ้ำสั้นลงและลดการเกิดอาการเช่นเดียวกันในอนาคต (โสธยา ศุภโรจณี, 2554 อ้างอิงจาก Royal Brisbane Hospital, 2003) นอกจากนี้ความร่วมมือของผู้ป่วยในการติดตามอาการของตนเองมีประโยชน์มากในการป้องกันการป่วยซ้ำ (โสธยา ศุภโรจณี, 2554 อ้างอิงจาก Hewitt and Brichwood, 2002)

2.2.4.3 การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา

เป็นการจัดการกับความเครียดอย่างหนึ่งที่เป็นทักษะทางสังคมและความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ หลายปัจจัย รวมถึงปัจจัยด้านระบบประสาทและปัจจัยด้านจิตสังคมและการป่วยซ้ำมีความสัมพันธ์กับการไม่เผชิญปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ (โสธยา ศุภโรจณี, 2554 อ้างอิงจาก Antai-Otong, 1995) ผู้ป่วยจิตเภทที่มีการรับรู้ถึงปฏิกริยาตอบสนองต่อความทุกข์ทรมานเมื่อเริ่มมีอาการทางจิต และสามารถหาวิธีจัดการกับความทุกข์ทรมานนั้น โดยการค้นหาวิธีที่จะช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานด้วยการรักษาทางจิตเวชเพื่อไม่ให้มีอาการทางจิตมากขึ้นจนต้องเข้ารับการรักษาทางจิตเวช เพื่อไม่ให้มีอาการทางจิตมากขึ้นจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก (โสธยา ศุภโรจณี, 2554 อ้างอิงจาก Baker, 1995)

การเตรียมการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท เป็นความสามารถในการแก้ไขปัญหของผู้ป่วยจิตเภทก่อนที่จะมีอาการทางจิตมากขึ้น สามารถค้นหาและหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้มีอาการป่วยซ้ำได้ รวมทั้งค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ในการขอความช่วยเหลือ เมื่อมีอาการนำก่อนการป่วยซ้ำเพื่อลดภาวะเสี่ยงของการป่วยซ้ำ

2.2.4.4 การใช้ยาที่ถูกต้อง

ยารักษาโรคจิตมีความสำคัญอย่างมากต่อการรักษาโรคจิตเภท ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่จะมีข้อดีที่เหนือกว่ายารักษาโรคจิตกลุ่มเดิมเกี่ยวกับประสิทธิภาพในการรักษาอาการด้านลบและยังช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์ เช่น อาการไม่พึงประสงค์แบบทาร์ดีฟ ไดสกินีเซีย (Tardive Dyskinesias) และแบบเอ็กซ์ตราพาราไมดอล ซินโดรม (Extrapyramidal Syndrome) แต่ผู้ป่วยที่ได้รับยาด้านโรคจิตกลุ่มใหม่ พบมีรายงานการเกิดอาการที่ไม่พึงประสงค์ที่พบที่พบบ่อยที่สุดคือน้ำหนักตัวเพิ่ม แต่เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยา



เป็นระยะเวลาานาน อีกทั้งยังเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา จึงทำให้พบปัญหาของการไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท มีรายงานพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราความไม่ร่วมมือในการใช้ยาประมาณร้อยละ 20-89 (เฉลี่ยร้อยละ 50) ผลกระทบของความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิต จะทำให้เพิ่มความเสี่ยงในการป่วยซ้ำ เพิ่มการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจำนวนมาก (โสธยา ศุภโรจณี, 2554 อ้างอิงจาก สมพร บุขราทิจ, 2551) การป้องกันการป่วยซ้ำจึงนับเป็นการดูแลตนเองที่สำคัญ โดยการมารับยาต่อเนื่อง รับประทานยาตามเวลา ไม่ลดหรือเพิ่มยาด้วยตนเองเมื่อเริ่มมีอาการเปลี่ยนแปลง และการคงไว้ซึ่งการรักษาด้วยยาเป็นการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทได้ (โสธยา ศุภโรจณี, 2554 อ้างอิงจาก Johnstone and Gedes, 1994) เมื่อผู้ป่วยรับรู้อาการเตือนได้ด้วยตนเองทำให้รับรู้ถึงภาวะที่ผิดปกติ ใช้ความสามารถในการเผชิญปัญหา และแก้ปัญหาก่อนที่จะมีอาการทางจิตมากขึ้น สามารถค้นหาและหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้มีการป่วยซ้ำได้ รวมทั้งทราบข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ในการขอความช่วยเหลือ เมื่อเกิดอาการเตือนก่อนการป่วยซ้ำร่วมกับมีความรู้และทักษะการใช้ยาตามแผนการรักษาที่ถูกต้อง นับเป็นการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองที่สำคัญ นับว่ามีความสำคัญมากต่อการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท (โสธยา ศุภโรจณี, 2554 อ้างอิงจาก วัฒนาภรณ์ พิบูลย์อาลักษณ์, 2549)

สรุปได้ว่า การป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท เป็นลักษณะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยไม่สามารถควบคุมได้หรือกล่าวได้ว่าเป็นการกลับคืนของพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์หลังจากที่หยุดไปเป็นระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งพบว่าสาเหตุหลักของการป่วยซ้ำคือ การหยุดรับประทานยา และหากมีการป่วยซ้ำก็จะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยคือ ทำให้มีความเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ ผลกระทบต่อครอบครัวคือ เกิดเป็นภาระด้านเศรษฐกิจและส่งผลเสียต่อสุขภาพของผู้ดูแล ผลกระทบต่อชุมชนคือ อาจทำร้ายผู้อื่น เนื่องจากมีพฤติกรรมรุนแรงจากอาการหวาดระแวงหรือหลงผิด และมีผลกระทบต่อประเทศชาติคือ ทำให้รัฐบาลต้องสูญเสียงบประมาณในการรักษาเป็นจำนวนมาก ดังนั้น เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาหรือผลกระทบต่าง ๆ ตามมาจึงได้มีการศึกษาแนวคิดในเรื่องพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ซึ่งเป็นลักษณะของการปฏิบัติตนเพื่อไม่ให้มีพฤติกรรมอันไม่พึงประสงค์ที่จะแสดงออกในด้านการรู้คิด และพฤติกรรม ซึ่งมีวิธีป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการป่วยซ้ำ ได้แก่ การรับรู้อาการเตือน จะสามารถป้องกันการป่วยซ้ำได้หากพบอาการบ่งบอกการเป็นซ้ำได้รวดเร็ว การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา คือความสามารถในการค้นหาและหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้ป่วยซ้ำ รวมทั้งมีการหาแหล่งประโยชน์ในการช่วยเหลือตนเองเมื่อเกิดการป่วยซ้ำและการใช้ยาที่ถูกต้อง คือ รับประทานยาตามเวลา ไม่ลดหรือเพิ่มยาด้วยตนเอง ปัจจัยเหล่านี้สามารถลดการป่วยซ้ำได้ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปฏิบัติตัวของผู้ป่วยรวมทั้งผู้ดูแล และเนื่องจากการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหาลักษณะเรื้อรัง ดังนั้น บทบาทหลักของการพยาบาล คือ เป็นผู้ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เป็นผู้ให้คำปรึกษา พร้อมทั้งเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยให้มีความเข้มแข็งให้สามารถใช้ศักยภาพที่มีอยู่ในตนเองเพื่อแก้ไขปัญหาความเจ็บป่วยมีแรงจูงใจในการรักษา ซึ่งจะเป็นการช่วยลดอัตราการป่วยซ้ำ



การศึกษากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า มีความสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีในเรื่องแนวคิดการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท กล่าวคือ ผู้ป่วยจิตเภทในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่นที่มีการป่วยซ้ำในปีงบประมาณ 2559 จำนวน 4 ราย ล้วนเกิดจากพฤติกรรมทางการแพทย์ คือ ไม่ได้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องหรือรับประทานยาไม่ถูกต้องตามแพทย์สั่งด้วยปัจจัยเสริม ได้แก่ มีข้อจำกัดในการเดินทางไปรับยา ท้อแท้ เปื่อหน่ายต่อการรักษา อาศัยอยู่กับผู้สูงอายุซึ่งบางครั้งจัดยาไม่ถูกต้องตามแพทย์สั่ง เป็นต้น ประกอบกับ ผู้ดูแลในครอบครัวหรือคนในชุมชนขาดความรู้หรือทักษะในการรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วย ที่อาจจะช่วยลดความรุนแรงของการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทได้ ซึ่งเมื่อผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยาประกอบกับมีสิ่งกระตุ้นจากสภาพแวดล้อมจึงส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการป่วยซ้ำ และจากการสังเกต พบว่า ผู้ป่วยที่มีความเสื่อมถอยของร่างกายมากหรือกล่าวได้ว่า ป่วยเป็นโรคจิตเภทมาเป็นระยะเวลาอันยาวนานจะเกิดการป่วยซ้ำได้ง่ายกว่าผู้ป่วยรายอื่น

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2.3.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุมชน

2.3.1.1 ความหมายของผู้ดูแล

ความหมายของญาติผู้ดูแลที่บ้านหรือผู้ดูแลในครอบครัว คำว่า ผู้ดูแลหรือญาติ ผู้ดูแลที่บ้าน หรือผู้ดูแลในครอบครัว มีผู้ให้ความหมายไว้หลากหลาย เช่น

ผู้ดูแล คือ ผู้ให้การดูแลในกิจกรรมลักษณะต่าง ๆ ที่บ้าน โดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทน เป็นการดูแลพื้นฐานมาจากจริยธรรม อารมณ์ โดยมีความผูกพันทางเครือญาติ (รัตนา พันจยู, 2555 อ้างอิงจาก Rose & Mackenzie, 1996)

ผู้ดูแล คือ ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือ ดูแลที่บ้าน มีความสัมพันธ์กันแบบญาติให้การดูแลโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน การดูแลเกิดขึ้นที่บ้านที่ชุมชนแหล่งที่อยู่อาศัย (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539)

ผู้ดูแล คือ สมาชิกในครอบครัวที่ให้ความช่วยเหลือ ดูแลสมาชิกในครอบครัวซึ่งเจ็บป่วยพิการหรือเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่ไม่สามารถดูแลจัดการตนเองได้ โดยผู้ดูแลจะมีความสัมพันธ์กับแบบเครือญาติและให้การดูแลโดยไม่หวังผลตอบแทน (รัตนา พันจยู, 2555)

สรุปได้ว่า ผู้ดูแล คือ บุคคลในครอบครัวหรือญาติที่ให้ความช่วยเหลือบุคคลในครอบครัวพิการหรือเจ็บป่วยเรื้อรัง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ที่บ้าน โดยการช่วยเหลือนั้นเป็นลักษณะความสัมพันธ์แบบเครือญาติ ไม่มีการหวังผลตอบแทน

ผู้ดูแลสามารถแบ่งตามปริมาณการช่วยเหลือที่ให้ ดังนี้

1) ผู้ดูแลหลัก (Primary Caregiver) หมายถึง ผู้ที่เป็นหลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น บุคคลที่ได้รับการระบุว่าเป็นผู้ที่ให้การช่วยเหลือดูแลในระยะเวลาการเจ็บป่วย หรือผู้ที่อาจยอมรับว่าตนเองเป็นผู้ดูแล (Self-Identified) ทำหน้าที่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ แต่งตัว ดูแลสุขภาพส่วนบุคคล ดูแลเรื่องการรับประทานยา เป็นต้น โดยใช้เวลาของการดูแลสม่ำเสมอมากกว่าผู้อื่น (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547) ผู้ดูแลหลักจะมี



ความเครียดสูงและผู้ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีโรคหรือปัญหาสุขภาพต่างกันจะมีระดับของความเครียดต่างกัน (ศิริพันธ์ สาสัจย์, 2549)

2) ผู้ดูแลรอง (Secondary Caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายของการให้การดูแลเท่านั้น อาจมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมบางอย่าง แต่ไม่ได้ทำสม่ำเสมอและต่อเนื่องหรือมีระยะของการดูแลคิดเป็นชั่วโมงน้อยกว่าผู้ดูแลหลัก เช่น ให้การดูแลผู้ป่วยแทนเป็นครั้งคราว เมื่อมีความจำเป็น เป็นธุระพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547) หรือเป็นผู้ช่วยของผู้ดูแลหลักของการดูแลเท่านั้น

2.3.1.2 การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุมชน พัฒนามาจากแนวคิดการดูแลสุขภาพที่บ้าน ซึ่งเป็นรูปแบบการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ซึ่งแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในชุมชนมีดังนี้ (กัลยาณี โนนินทร์, 2542)

1) เป็นบริการเชิงรุกที่ให้บริการที่บ้านหรือชุมชนของผู้รับบริการ ทั้งในผู้ที่มีสุขภาพดี เจ็บป่วย พิกัด หรือป่วยหนักเพื่อทุเลาความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน

2) เป็นบริการที่ให้โดยทีมสุขภาพ ซึ่งเป็นการปฏิบัติงานของบุคลากรในหลายสาขาวิชาชีพร่วมกัน

3) เป็นการบริการที่ให้แก่ผู้ป่วยแบบผสมผสาน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ร่วมกับการให้บริการสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อแก้ไขปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

4) เป็นบริการที่ส่งเสริมให้เกิดการส่งเสริมให้เกิดการพึ่งพาตนเองของบุคคล ครอบครัว และชุมชนให้มีศักยภาพในการปฏิบัติ สามารถสังเกตอาการผิดปกติและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้น เพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ยอมรับภาวะสุขภาพและดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข

5) เป็นการบริการที่เน้นความร่วมมือระหว่างสมาชิกในครอบครัวและชุมชน

6) เป็นบริการที่มีการบันทึกข้อมูลข่าวสารและมีการติดต่อสื่อสารระหว่างสถานบริการกับผู้ป่วยและครอบครัว

7) เป็นบริการที่จัดตามความเหมาะสม สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโดยคำนึงถึงทรัพยากรที่มีอยู่

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุมชน ก็ใช้หลักการเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้านดังข้างต้น ซึ่งปัจจุบันได้มีการพัฒนารูปแบบอย่างกว้างขวางทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน โดยดำเนินการตามวัตถุประสงค์ ดังนี้ (รัตนา พันจยู, 2555 อ้างอิงจาก อรพรรณ ลือบุญวิชัย, 2545)

1. ช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งสุขภาพดีเช่นเดิม ฟื้นฟูสภาพ ช่วยลดพยาธิสภาพและลดความพิการของผู้ป่วยให้น้อยที่สุด

2. ลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

3. พัฒนาการทำงานเป็นทีมกับชุมชน

4. ให้บริการอย่างมีความรู้ ให้ความสำคัญกับสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับ ครอบครัว และผู้ป่วยกับผู้บำบัด

5. ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครบถ้วนซึ่งไม่สามารถทำได้ในโรงพยาบาล



6. ประสานงานติดต่อระหว่างผู้ป่วยกับชุมชน
7. เป็นแหล่งให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัว
8. ประสานการติดต่อระหว่างบ้านกับโรงพยาบาล มีการประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วยและครอบครัว
9. เป็นแหล่งให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เช่น เรื่องอาการที่ต้องการการรักษาโดยแพทย์ การใช้ยา การมีกิจกรรมและสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น รวมทั้งการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม
10. จัดบริการให้ความรู้แก่ชุมชน ในการดูแลรักษาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนอย่างต่อเนื่อง

สรุปได้ว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเป็นลักษณะของการดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนที่ให้บริการเชิงรุกกับผู้ป่วยโดยสหวิชาชีพที่เน้นส่งเสริมการพึ่งพาตนเอง ครอบครัว และชุมชนโดยเน้นความร่วมมือระหว่างสมาชิกในครอบครัวและชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งสุขภาพดี ช่วยลดพยาธิสภาพและลดความพิการของผู้ป่วยให้น้อยที่สุด

2.3.1.3 กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุมชน

บุญวดี เพชรรัตน์ (2539) ได้กล่าวถึง กิจกรรมที่พยาบาลทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช นำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุมชนนั้น สามารถกระทำได้ในลักษณะต่าง ๆ ดังนี้

- 1) การประเมินสถานะผู้รับบริการ
- 2) การสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้รับบริการและชุมชน
- 3) พัฒนาความเข้าใจภายในครอบครัว
- 4) สอนและให้ความรู้ทางสุขภาพจิต การปรับตัว ทักษะชีวิต และการประกอบอาชีพให้คำปรึกษาตามความเหมาะสม
- 5) การสนับสนุนให้กำลังใจ
- 6) การเสริมสร้างพลังอำนาจ
- 7) การประสานการดูแลครอบครัวกับชุมชนและองค์กรอื่น ๆ
- 8) การประเมินผลปรับการดูแลเป็นระยะ

2.3.1.4 ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

ความหมาย ผู้ดูแลในครอบครัวหรือ ผู้ดูแลที่บ้าน คือ สมาชิกในครอบครัวที่มีความสำคัญอย่างมากในการช่วยเหลือผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและครบทุกด้าน (รัตนา พันจยุ, 2555 อ้างอิงจาก Horowitz & Reinhard, 1995) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะ โดยแบ่งตามความรับผิดชอบในการทำกิจกรรมการดูแลและเวลาที่ใช้ในการดูแลดังนี้

- 1) ผู้ดูแลหลัก (Primary Caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง มุ่งเน้นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การช่วยเหลือผู้ป่วยในกิจวัตรประจำวัน การจัดเตรียมให้ผู้ป่วยรับประทานยา เป็นต้น โดยใช้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น ๆ



2) ผู้ดูแลรอง (Secondary Caregiver) หมายถึง บุคคลอื่น ๆ ที่อยู่ในเครือข่ายการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่นๆ ซึ่งไม่ได้กระทำการดูแลต่อผู้ป่วยโดยตรง เช่น เป็นธุระติดต่อกับชุมชนจัดการเกี่ยวกับการเดินทางในการไปตรวจรักษา เป็นต้น หรือให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง ดูแลเป็นครั้งคราวเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยแต่ให้เวลาในการดูแลน้อยกว่า (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) ให้ความหมายผู้ดูแลว่า หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ญาติหรือบุคคลในที่นี้อาจเป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติ พี่น้อง เพื่อน หรือแม้แต่บุคคลที่สำคัญในชีวิต ทำการดูแลผู้ป่วยโดยผู้ป่วยต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรค ความพิการหรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือก่อให้เกิดความต้องการในการดูแลรักษาเฉพาะอย่างต่อเนื่องโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล และสถานการณ์ในการให้ความช่วยเหลือดูแลที่เกิดขึ้นที่บ้าน หรือในชุมชนแหล่งอาศัยที่ไม่ใช่ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลต่างๆ

สรุปได้ว่า ผู้ดูแล คือ ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งในด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน รวมทั้งการดูแลเฉพาะโรค ดังนั้นในการเลือกบุคคลให้เป็นผู้ดูแลในครอบครัวต้องพิจารณาหลาย ๆ ปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อม ความสามารถ เวลา และความสะดวกในการดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพหรืองานประจำที่ทำอยู่นอกจากนี้ยังต้องพิจารณาร่วมกับแรงจูงใจในการให้ความช่วยเหลือ ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลและผู้ป่วย ตลอดจนภาวะสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ดูแลด้วย

2.3.2 บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

การเจ็บป่วยทางจิตต้องการการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวผู้ดูแล และการที่ครอบครัวจะอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทได้ตามปกตินั้นครอบครัวจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษารวมทั้งสมาชิกในครอบครัวต้องมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความเมตตา และอดทนต่อผู้ป่วย (สุวิมล สมัตถะ, 2541)

จอม สุวรรณโณ (2541) กล่าวถึงการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องการได้รับการดูแลจากผู้ดูแลทั้ง 6 ด้าน ดังนี้

1) ด้านความเป็นอยู่ ส่วนใหญ่จะขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วย หากมีอาการทางจิตมากไม่สามารถดูแลตนเองได้ ผู้ดูแลต้องคอยให้ความช่วยเหลือ กระตุ้นเตือนให้ทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ดูแลรับประทานอาหารและการพักผ่อน

2) ด้านอารมณ์และจิตใจ ผู้ดูแลควรชมเชยให้กำลังใจ เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมที่เหมาะสมช่วยแก้ปัญหา ให้คำปรึกษา แนะนำ ไม้ดุด่าหรือแสดงอารมณ์ที่รุนแรงเพื่อลดความวิตกกังวล และสร้างความเชื่อมั่นในการปรับตัวให้กับผู้ป่วย

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

4) ด้านเศรษฐกิจ ผู้ป่วยจิตเภทมีความเสื่อมทางบุคลิกภาพ อาจจะไม่สามารถประกอบอาชีพที่มั่นคงได้ ผู้ดูแลจึงเป็นผู้ที่ให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล



5) ด้านการรักษา ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นเตือนหรือดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและมาพบแพทย์ตามนัด พร้อมทั้งเป็นผู้ช่วยสนับสนุนการรักษาพยาบาลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

6) ด้านการปรับตัวและการช่วยเหลือตนเอง ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นและฝึกทักษะการปรับตัวให้กับผู้ป่วยให้สามารถรับมือกับโรคและช่วยเหลือตนเองได้ (ชฎาภา ประเสริฐทรง, 2543)

แบ่งบทบาทของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตามประเภทของบทบาทได้ 2 กลุ่ม ดังนี้

1) บทบาทของผู้ช่วยเหลือดูแล (Care Provider Role) เป็นบทบาทที่ผู้ดูแลทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งทางด้านสุขภาพอนามัยของร่างกายและตอบสนองความต้องการด้านอื่น ๆ ของผู้ป่วย โดยยึดแนวทางการรักษา เช่น การให้อาหาร การรับประทานยา เป็นต้น

2) บทบาทของผู้จัดการดูแล (Care Manager Role) เป็นบทบาทของผู้ดูแลที่ต้องประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย และภาวะจิตสังคม โดยผู้ดูแลจะทำหน้าที่หาแหล่งสนับสนุนทางสังคมหรือบริการอื่น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับผลประโยชน์สูงสุดด้านการป้องกัน ส่งเสริม รักษา ฟื้นฟู จะเห็นได้ ผู้ดูแลในครอบครัวมีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบมากมายดังกล่าวข้างต้น

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยทางจิตมีความต้องการการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความอดทน มีการสังเกตที่ดี รู้จักวิธีที่จะเข้าหาผู้ป่วย เข้าใจสถานการณ์การเจ็บป่วย มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา สามารถให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทควรให้การดูแลผู้ป่วยตามความต้องการ การดูแลให้ครอบคลุมตามความต้องการของผู้ป่วยจิตเภท

2.3.3 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2.3.3.1 ผลกระทบด้านร่างกาย การดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง เป็นงานที่ต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและต้องทำในระยะยาว ในระยะที่มีการกำเริบผู้ดูแลบางรายอาจต้องใช้เวลาดูแลอย่างใกล้ชิดสูงถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน ทำให้เวลาสำหรับการดูแลตนเองและการพักผ่อนลดลง นอกจากนี้การรับผิดชอบในหลายบทบาท เช่น การดูแลสมาชิกอื่น ๆ ภายในครอบครัว การหารายได้ควบคู่กับการทำหน้าที่ของผู้ดูแลหลัก อาจทำให้ผู้ดูแลรู้สึกอ่อนล้าจากการรับบทบาทที่มากเกินไป (รุจา ภูไพบูลย์, 2535) จนอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายของผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลหลายคนมีอาการปวดศีรษะ นอนไม่หลับ รับประทานอาหารไม่ได้ คลื่นไส้ อาเจียน เหน็ดเหนื่อย อ่อนล้ากับการดูแล (รัตนา พันจยุ, 2555 อ้างอิงจาก ทานตะวัน แยมบุญเรือง, 2540 และยาใจ สิทธิมงคล, 2538) ดังเช่นการศึกษาของ Salleh (1994 อ้างถึงใน รัตนา พันจยุ, 2555) พบว่าอาการของผู้ป่วยจิตเภทจะขัดขวางการปฏิบัติกิจวัตรส่วนตัวของผู้อื่น และบางครั้งมีผลให้ผู้อื่นมีอาการเจ็บป่วยหรือไม่สุขสบายทางกาย เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรส่วนตัว ไม่ช่วยเหลืองานบ้าน ผู้ดูแลต้องกระทำแทน อีกทั้งต้องคอยดูแลด้านความปลอดภัยของตนเอง ผู้ป่วยและสิ่งของต่าง ๆ อีกด้วย

2.3.3.2 ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องเผชิญปัญหาด้านจิตใจต่าง ๆ ส่งผลให้สภาพจิตใจของผู้ดูแลอยู่ในภาวะของความเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ หดหวัง มีความรู้สึกหวาดกลัว วิตกกังวลต่อการเจ็บป่วย อาการทางจิตที่รุนแรงที่อาจเกิดขึ้นโดยไม่คาดการณ์ล่วงหน้าได้และกังวลว่าจะดูแลผู้ป่วยอย่างไรถึงจะเหมาะสมจนก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต (ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543) นอกจากนี้การที่ต้อง



เผชิญกับความรู้สึกเป็นตราบาปและความรู้สึกอับอายที่มีญาติป่วยทางจิต ทำให้เกิดอารมณ์เศร้า โกรธ หรือรู้สึกเครียดตลอดเวลา (รัตนา พันจยู, 2555 อ้างอิงจาก Ip & Mackenzie, 1998) ดังเช่นการศึกษาของ Baker (1989 อ้างถึงใน รัตนา พันจยู, 2555) พบว่า ปัจจัยที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด คือ ความรู้สึกสูญเสีย เศร้าโศก เสียใจ เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภทและในรายที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง ผู้ดูแลก็จะกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยและบุคคลที่อยู่รอบข้าง บางครั้งจำเป็นต้องแยกหรือขังผู้ป่วยไว้ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกคับข้องใจที่ต้องทำเช่นนั้น ซึ่งถ้าหากผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระมากหรือเครียดมากจนไม่สามารถเผชิญปัญหาได้ อาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงตามมา

2.3.3.3 ผลกระทบด้านสังคม จากการที่ต้องเข้ารับบทบาทใหม่ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในขณะที่เดียวกันก็ต้องรับบทบาทอื่นร่วมด้วย การรับบทบาทใหม่เพิ่มมากขึ้นทำให้มีเวลาสำหรับการดำเนินชีวิตประจำวันด้านอื่น ๆ ลดลง ทำให้ผู้ดูแลขาดปัจจัยในการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม แบบแผนการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป การพบปะเพื่อนฝูงลดลง (จุไรรัตน์ มิตรทองแท้, 2532) เนื่องจากการที่ผู้ดูแลต้องเอาใจใส่ผู้ป่วยอย่างมาก ต้องดูแลอย่างใกล้ชิดโดยเฉพาะการเฝ้าดูแลในขณะที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงซึ่งไม่สามารถปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่บ้านได้ตามลำพังได้ ทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาเพียงพอที่จะทำกิจวัตรส่วนตัวได้ตามต้องการ ไม่สามารถปลีกตัวไปร่วมกิจกรรมในสังคมที่เคยปฏิบัติ เช่น การไปทำบุญ ประเพณีต่าง ๆ หรือกิจกรรมอื่น ๆ ที่จัดขึ้นภายในชุมชน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความห่างเหินกับสังคม รู้สึกว่าแยกและถูกทอดทิ้งจากเพื่อน (รัตนา พันจยู, 2555 อ้างอิงจาก พรชัย พงศ์สงวนศิลป์ และมนตรี อมรพิชัยกุล, 2544; ยุกาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539; วรกช นิธิกุล, 2535)

2.3.3.4 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ การเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทจะส่งผลให้เกิดความสูญเสียรายได้ทั้งผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล เพราะผู้ป่วยจิตเภทต้องขาดงาน รวมทั้งผู้ดูแลต้องขาดงานหยุดงานหรือต้องลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย (รัตนา พันจยู, 2555 อ้างอิงจาก รัชนิ อุปเสน, 2541) ประกอบกับผู้ดูแลต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายต่าง ๆ เช่น ค่ายา ค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายในครอบครัวและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง จึงทำให้ผู้ดูแล ส่วนใหญ่มีปัญหาในด้านเศรษฐกิจ (รัตนา พันจยู, 2555 อ้างอิงจาก นมิตา ล สกุล, 2544) ดังเช่นการศึกษาของ เพชรา อิมเอม (2531 อ้างถึงใน นพรัตน์ ไชยขำนิ, 2554) เกี่ยวกับความคิดเห็นของญาติผู้ป่วยจิตเภท พบว่าการมีผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวทำให้ครอบครัวมีรายจ่ายมากขึ้นในการรักษาพยาบาลและรายได้ของสมาชิกคนอื่น ๆ ลดลง จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวต้องเผชิญกับปัญหาและส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลโดยตรงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ดังที่กล่าวมาข้างต้น เป็นผลให้ผู้ดูแลเกิดความทุกข์ใจ วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย อาจทำให้เกิดการเบียดเบียนผู้ป่วยหรือละเลยการช่วยเหลือผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยเพียงลำพังจะเกิดความรู้สึกยุ่งยากในการดูแล ซึ่งส่งผลให้ผู้ดูแลไม่มีประสิทธิภาพ อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบได้ ผู้ป่วยทุกคนต้องการการดูแลเอาใจใส่ ต้องการความห่วงใย เอื้ออาทรและต้องการกำลังใจจากครอบครัว เพื่อไม่ให้เกิดความท้อแท้ในการดูแลรักษาอาการป่วยของตนเอง ช่วยให้อาการป่วยทางจิตดีขึ้นและเป็นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ ดังนั้นหากผู้ดูแลหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือและปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีสุขภาพจิตที่ดีและผู้ป่วยจิตเภทก็ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม รวมทั้งลดปัญหาการกลับเป็นซ้ำได้



สรุปได้ว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะได้รับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในหลายด้าน เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งผู้ดูแลจะต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง จึงอาจส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกายเนื่องจากเวลาที่พักผ่อนลดลง ประกอบกับต้องปฏิบัติเป็นเวลานาน จนก่อให้เกิดความเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ หมดหวัง ก่อให้เกิดความเครียด รวมไปถึงการได้พบปะกับเพื่อนฝูง การร่วมกิจกรรมทางสังคมที่น้อยลง ยิ่งไปกว่านั้น ผู้ดูแลอาจต้องสูญเสียรายได้เพราะต้องหยุดงานหรือลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย ฉะนั้น ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะต้องมีความอดทนและต้องทำความเข้าใจเพื่อเตรียมรับมือกับผลกระทบที่เกิดขึ้นและไม่ให้เกิดเป็นปัญหาต่อไป

การศึกษากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า มีความสอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กล่าวคือ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเป็นลักษณะของการดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนที่ให้บริการเชิงรุกกับผู้ป่วยโดยสหวิชาชีพที่เน้นส่งเสริมการพึ่งพาตนเอง ครอบครัวและชุมชนโดยเน้นความร่วมมือระหว่างสมาชิกในครอบครัวและชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งสุขภาพดี ช่วยลดพยาธิสภาพและลดความพิการของผู้ป่วยให้น้อยที่สุด ดังเช่นการจัดกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการทั้ง 3 โครงการ ได้แก่ 1) โครงการอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีกลุ่มเป้าหมายคือ กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวและกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน จำนวน 29 คน 2) โครงการบริการคลินิกจิตเวชร่วมกับคลินิกโรคเรื้อรัง มีกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินการ คือ สหวิชาชีพจากโรงพยาบาลบุญทริกให้บริการผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 8 ราย และ 3) โครงการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยการประยุกต์ใช้แนวคิด (DOT) มีกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินการคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ใหญ่บ้านร่วมกันติดตามดูแลที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดผู้ป่วยจิตเภทเกิดการป่วยซ้ำ และยังสามารถดำเนินชีวิตในครอบครัวและชุมชนอย่างปกติสุข

2.4 แบบแผนการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model)

แบบแผนการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) พัฒนาขึ้นในช่วงปี 2541 – 2545 โดย Macall Institute for Healthcare Innovation ซึ่งเป็นกลุ่มนักวิจัย นำโดย Edward H Wagner เพื่อสร้างความชัดเจนเกี่ยวกับประเภทมาตรการและสร้างต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรัง โดยกลุ่มนักวิจัยได้ให้คำจำกัดความว่า “ภาวะป่วยเรื้อรัง” คือ ภาวะใด ๆ ที่ต้องอาศัยกิจกรรมและการตอบสนองต่อเนื่องจากผู้ป่วย ผู้ดูแล และระบบบริการทางการแพทย์ โดยภาวะนี้จะครอบคลุมมิติทางกาย จิตใจ และพฤติกรรม (ปัทมา โกมุทบุตร, 2555) ของผู้ที่มีภาวะเรื้อรัง โดยที่ผู้ป่วย ข้อมูลเพียงพอที่จะดำเนินกิจกรรมในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองและทีมผู้ให้บริการมีการวางแผนเตรียมความพร้อมในการดำเนินงานเชิงรุก สนับสนุนผู้ป่วยโดยมีปฏิสัมพันธ์อย่างสร้างสรรค์ ระหว่างผู้ป่วยกับทีมดูแลสุขภาพ โดยถือว่าระบบสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนโดยมีองค์ประกอบ ดังนี้ (อาทิตยา วัจวนสินธุ์, 2557)

2.4.1 นโยบายองค์กรสุขภาพ (Health Care Organization) เป็นแนวทางที่ครอบคลุมและขึ้นนำการปฏิบัติงานในองค์โดยรวม สิ่งสำคัญคือความยั่งยืนของแผนงานพัฒนา ต้องส่งเสริมวัฒนธรรมและกลไกที่สนับสนุนการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและมาตรฐาน และผู้บริหารต้องเป็นผู้นำและสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงระบบการจัดบริการที่คุ้นเคยกับการตั้งรับและตอบสนองเมื่อมีการเจ็บป่วย



ไปสู่การจัดการบริการเชิงรุกที่มีการวางแผนตามแบบแผนการดูแลโรคเรื้อรัง และสนับสนุนการพัฒนาในทุกระดับอย่างเป็นรูปธรรม ใช้วิธีการที่มีประสิทธิผลเพื่อมุ่งเปลี่ยนแปลงระบบอย่างเบ็ดเสร็จ ส่งเสริมการจัดการกับปัญหาและข้อผิดพลาดอย่างเป็นระบบและตรวจสอบได้เพื่อพัฒนาการดูแลรักษา สนับสนุนทีมบริการให้มีความพร้อมที่จะปฏิบัติงานเชิงรุก สนับสนุนสิ่งจูงใจ/ค่าตอบแทนเพื่อการดูแลรักษาที่มีคุณภาพ

2.4.2 ระบบสารสนเทศทางคลินิก (Clinical Information System) เพื่อการจัดข้อมูลผู้ป่วยให้เป็นหมวดหมู่ สามารถใช้ติดตามการดูแลรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ สิ่งสำคัญคือ หน่วยบริการประจำและเครือข่ายต้องจัดให้มีการลงทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประกอบด้วยข้อมูลทางประชากรและข้อมูลบริการดูแลรักษาที่สำคัญ เช่น วัน/เดือน/ปีที่รับการตรวจ ชนิดการตรวจ ผลการตรวจของแต่ละรายการ ฯลฯ และควรจัดทำระบบเตือน (Recall) เพื่อติดตามผู้ป่วยมารับบริการ ตลอดจนทบทวนการดูแลรักษา (Review) ว่าผู้ป่วยได้รับการตามมาตรฐานทางเวชปฏิบัติหรือไม่ ระบบสารสนเทศจะช่วยแบ่งปันข้อมูลบริการผู้ป่วยและเชื่อมโยงระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ช่วยแบ่งปันความรู้และข้อมูลให้แก่ผู้ป่วย ช่วยติดตามกำกับผลการปฏิบัติงานของระบบบริการดูแลรักษาและทีม

2.4.3 ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision Support) เพื่อส่งเสริมการรักษาทางคลินิกที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์หลักฐานและสอดคล้องกับรสนิยมและวิธีการดำรงชีวิตของผู้ป่วย สิ่งสำคัญคือใช้แนวทางเวชปฏิบัติหรือหลักฐานที่ได้รับการยืนยัน ทั้งนี้การดูแลรักษาควรสอดคล้องกับความสนใจและรสนิยมของผู้ป่วย อธิบายให้ผู้ป่วยทราบแนวทางการดูแลรักษาเพื่อให้มีส่วนร่วมและจัดการตนเอง จัดทำ Management Protocol/Care Pathway เพื่อบอกถึงขั้นตอนและรายละเอียดวิธีปฏิบัติการดูแลที่ระดับคลินิกผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการประจำจนถึงระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ การส่งต่อ/ส่งกลับ จัดระบบการให้คำปรึกษาระหว่างแพทย์ผู้เชี่ยวชาญกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ระหว่างแพทย์กับทีมดูแลผู้ป่วย และระหว่างแพทย์/ทีมดูแลผู้ป่วยที่หน่วยบริการกับพยาบาลผู้ดูแลที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ผ่านโทรศัพท์ วิทยุ และ Skype Telemedicine

2.4.4 การออกแบบระบบบริการ (Delivery System Design) เพื่อให้มั่นใจว่าได้ให้บริการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพและสนับสนุนการจัดการตนเอง สิ่งสำคัญ คือ การกำหนดบทบาทและแบ่งงานกันให้ชัดเจนภายในทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลรักษาผู้ป่วยจัดให้มี Case/Disease Manager เพื่อประสานทีมผู้ดูแลรักษาผู้ป่วย และทบทวนทะเบียนเพื่อประเมินการจัดการบริการผู้ป่วยเป็นรายบุคคลและภาพรวมทุก ๆ รอบ 3-4 เดือน และรอบ 1 ปี มีการวางแผนล่วงหน้าในการให้บริการที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ มีการให้บริการดูแลที่เข้มข้นและลงรายละเอียดสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะโรคซับซ้อนให้คำแนะนำในการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้ง่ายและสอดคล้องกับวิถีชีวิต จัดระบบนัดหมายสม่ำเสมอทั้งมีระบบการติดตามทางโทรศัพท์หรือไปรษณีย์ จัดระบบและศูนย์ประสานการส่งกลับ/ส่งต่อไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิหรือหน่วยบริการรับส่งต่อ และประสานติดตามการดูแลผู้ป่วยที่ส่งกลับไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างสม่ำเสมอ (คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559ข)

2.4.5 การสนับสนุนการดูแลตนเอง (Self – Management Support) คือ การสร้างความตระหนัก และความสามารถในการรักษาตนเองของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายในการรักษา เข้าใจอุปสรรคและข้อจำกัดของตนเอง รวมทั้งสามารถประเมินสภาวะสุขภาพของตนเองได้ว่า สามารถจัดการเองได้หรือต้องไปพบแพทย์ (Empower and Prepare Patient to Manage Their Health Care)



การที่ผู้ป่วยจะเปลี่ยนพฤติกรรมและรักษาสุขภาพตนเองได้นั้น ประกอบด้วยปัจจัยต่อไปนี้ คือ

- 1) ผู้ป่วยมีแรงจูงใจที่จะดูแลตัวเอง (Motivation)
- 2) การมีความรู้ความเข้าใจในโรคของตนเอง (Knowledge)
- 3) มีทักษะในการดำเนินชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรัง (Problem Solving Skill)
- 4) มีความมั่นใจที่จะดูแลตัวเอง (Self – Efficacy)
- 5) ส่วนที่เป็นอุปสรรคหรือขาดแคลนทรัพยากร ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุน (Identified Barrier)

ตาราง 2.1 เปรียบเทียบความแตกต่างแนวทางการให้สุศึกษาแก่ผู้ป่วย

แบบเดิม (Knowledge Based Education)	แบบใหม่ (Self – Management Education)
1. การให้ข้อมูลไปตามลำดับ (Agenda) ของผู้ให้คำปรึกษา	1. การให้ข้อมูลตามลำดับ ตามความต้องการของผู้ป่วย
2. เชื่อว่า ความรู้เท่านั้นก็เพียงพอสู่การนำไปปฏิบัติ	2. เชื่อว่า ความเชื่อมั่นว่าตนเองทำได้ (Self – Efficacy) นำไปสู่การปฏิบัติ
3. เป้าหมายอยู่ที่การให้ผู้ป่วยเชื่อฟัง	3. เป้าหมายอยู่ที่การสร้างเชื่อมั่นว่าผู้ป่วยดูแลตนเองได้
4. ผู้ให้คำปรึกษาเป็นผู้ตัดสินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย เช่น “คุณต้องคุมเบาหวาน”, “ถ้าต้องการคุมเบาหวาน คุณต้องออกกำลังกายวันละ 30 นาที”	4. การตัดสินใจเป็นของผู้ป่วย “มีอะไรบ้างที่คุณต้องการทำเพื่อสุขภาพของคุณดีขึ้น”

นอกจากนี้ การให้ผู้ป่วยเป็นผู้สอนกันเอง (Laid Leader) เป็นกลวิธีหนึ่งที่จะช่วยสร้างความภูมิใจให้ผู้ป่วยต้นแบบเอง และยังสร้างความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองได้แก่ผู้ป่วยรายอื่น (ปัทมา โภมทุตร, 2555)

2.4.6 การเชื่อมโยงกับชุมชน (Community Resource Linkages) เพื่อแสวงหาทรัพยากรและสิ่งสนับสนุนในชุมชนให้สนองต่อความจำเป็นของผู้ป่วย สิ่งสำคัญคือ ค้นหาว่ามีกลุ่มหรือชมรมอาทิ ชมรมผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ชมรมด้านการออกกำลังกาย เพื่อแนะนำผู้ป่วยไปเข้าร่วมกิจกรรม สร้างความร่วมมือกับองค์กรชุมชนเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมในส่วนที่หน่วยบริการไม่สามารถจัดให้ได้ (คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559ข)

สรุปได้ว่า แบบแผนการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) เป็นรูปแบบหรือแนวทางเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังนั้นให้เกิดประสิทธิผล โดยเริ่มจากการจัดโครงสร้างบริการสุขภาพ ที่มุ่งเน้นให้หน่วยบริการสุขภาพปรับเปลี่ยนวิธีดำเนินงานในผู้ป่วยเรื้อรังให้แตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยทั่วไป โดยการนำทีมของผู้เชี่ยวชาญให้บริการผู้ป่วยเรื้อรังแบบองค์รวม มีการจัดการกับปัญหาอย่างเป็นระบบ ที่เชื่อมต่อระหว่างหน่วยบริการต่าง ๆ จนถึงชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ อีกทั้งหน่วยบริการจะต้องออกแบบการดูแลให้เหมาะสมกับผู้ป่วย กำหนดบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในทีม กำหนด



มาตรฐานแนวทางการดูแล (Clinical Practice Guidelines) จากนั้นให้การสนับสนุนการดูแลตนเองกับผู้ป่วย ซึ่งไม่เพียงแต่เป็นวิธีการให้ความรู้ด้านสุขภาพที่ให้น่าเชื่อถือเรื่องโรคเท่านั้น แต่เป็นกลวิธีการให้ความรู้ผู้ป่วยที่เน้นการใช้หลักฐานข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละบุคคลและให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับโรคหรือภาวะอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างต่อเนื่อง และทีมผู้ดูแลจะต้องมีแนวทางเวชปฏิบัติที่ต้องอาศัยข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคลเป็นแนวทางในการตัดสินใจดูแล (Evidence – Base Guideline) มีระบบข้อมูลของผู้ป่วยทุกราย แยกกลุ่มประชากร/กลุ่มเสี่ยง เพื่อการดำเนินงานเชิงรุกตามความจำเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม ที่สำคัญต้องมีระบบกระตุ้นเตือนทั้งผู้ป่วยและผู้ให้บริการ มีการนัดหมายเพื่อการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือการเฝ้าระวังทางสุขภาพ และสุดท้ายจะต้องให้การสนับสนุนองค์กรหรือกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชนเข้ามามีบทบาทในการดำเนินงานในลักษณะส่งเสริมป้องกันโรค มีเครือข่ายชมรมที่ช่วยเหลือกัน ผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ รวมถึงสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน

จากการศึกษากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดอุบลราชธานีที่ได้มีการประยุกต์ใช้แบบแผนการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งผลประยุกต์ใช้มีความสอดคล้องกับแนวคิดของแผนการดูแลโรคเรื้อรัง ดังนี้

1. นโยบายองค์กร กำหนดนโยบายองค์กรด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ การเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยด้วยโรคทางจิตเวช การมีระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคุณภาพ มาตรฐานการเพิ่มศักยภาพให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวช การเน้นการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชโดยภาคีเครือข่ายในชุมชน และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวดูแลตนเองได้

2. ระบบสารสนเทศทางคลินิก บันทึกประวัติการรักษาในโปรแกรม JHCIS และบันทึกการรักษาในทะเบียนบันทึกการรักษา สามารถเชื่อมโยงข้อมูลไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายได้ พร้อมทั้งจัดทำสมุดบันทึกการรักษาประจำตัวผู้ป่วย

3. มีระบบสนับสนุนการตัดสินใจ จัดทำคู่มือ แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (Guidelines, Flow Chart) ให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

4. การออกแบบระบบบริการ จัดให้บริการคลินิกจิตเวชร่วมกับคลินิกโรคเรื้อรัง (NCD) ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ทุก 4 สัปดาห์ เพื่อลดปัญหาข้อจำกัดในการเดินทางไปรับยาที่โรงพยาบาล

5. การสนับสนุนการดูแลตนเอง จัดโครงการอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนให้กับผู้ดูแลในครอบครัวและกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน

6. การเชื่อมโยงกับชุมชน

6.1 จัดโครงการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการรักษาภายใต้การสังเกตโดยตรง (DOT: Directly Observed Treatment) โดยมีระยะเวลาติดตามประเมินผล 12 สัปดาห์



6.2 ผู้นำชุมชน ชาวบ้าน ผู้แทนจากวัด โรงเรียนและท้องถิ่น เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องหรือไม่มีอาการทางจิต ได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมในชุมชน เช่น การพัฒนาหมู่บ้าน พัฒนาวัด ร่วมเป็นอาสาสมัครต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทได้เห็นคุณค่าของตนเอง มีกำลังใจที่จะรักษาต่อไป

6.3 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนสวัสดิการด้านการเดินทาง กรณีผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ ซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉิน ให้ประสานงานไปที่สำนักงานเทศบาลตำบลคอแลนเพื่อขอรถนำส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาลและกรณีที่ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวช (พระศรีมหาโพธิ์) สามารถติดต่อขอรถเพื่อนำส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาดังกล่าว

6.4 ผู้นำชุมชน ผู้แทนจากวัด โรงเรียน มีส่วนร่วมในการสอดส่องดูแลผู้ป่วยจิตเภท จัดทำทะเบียนหมายเลขโทรศัพท์ของญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย ถ้าหากพบว่าผู้ป่วยจิตเภทเกิดมีอาการกำเริบหรือป่วยซ้ำที่ใด จะสามารถติดต่อญาติ ผู้ดูแล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขรวมถึงเจ้าหน้าที่ตำรวจได้ทันที

2.5 แนวคิดการรักษาภายใต้การสังเกตโดยตรง (DOT)

ศูนย์เอกสารองค์การอนามัยโลก (2541 อ้างถึงใน จตุพร สลักคำ, 2551) ได้ให้ความหมาย DOTS (Directly Observed Treatment, Short Course) คือ การที่พี่เลี้ยงต้องกำกับให้ผู้ป่วยกินยา ต่อหน้าเพื่อทำให้มั่นใจว่าผู้ป่วยรับประทานยาได้ถูกต้อง ทั้งชนิด ขนาด และระยะเวลา การรักษาแบบมีพี่เลี้ยงเป็นสิ่งจำเป็น อย่างน้อยการรักษาในระยะ 2 เดือนแรกของการรักษาควรมีพี่เลี้ยงกำกับการรับประทานยา หากผู้ป่วยขาดยาสามารถติดตามให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้และสามารถมั่นใจได้ว่าผู้ป่วยรับประทานยาได้ถูกต้อง ครบถ้วน สม่าเสมอ เนื่องจากมีผู้เฝ้าสังเกตการณ์รับประทานยาต่อหน้าและมีผู้ให้การดูแลรักษา บุคคลที่สามารถเป็นพี่เลี้ยงในการกำกับและให้การดูแลผู้ป่วย ได้แก่ เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำหมู่บ้าน และสมาชิกครอบครัวหรือญาติ ซึ่งพี่เลี้ยงจะได้รับการคัดเลือกจากเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย อาจเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ญาติผู้ป่วยหรือผู้นำชุมชนที่เชื่อถือได้ ซึ่งพี่เลี้ยงต้องเข้าใจประเด็นดังต่อไปนี้ ระยะเวลาและขนาดของยาที่ใช้รักษา วิธีการบันทึกในบัตรบันทึกการรับประทานยาเมื่อผู้ป่วยรับประทานยา กำหนดการรับยาจากสถานบริการที่ให้การรักษา การแจ้งต่อสถานบริการที่ให้การรักษาหากผู้ป่วยมีปัญหาในการรับประทานยา

หลักการสำคัญของ (DOT) มี 4 ประการ (จตุพร สลักคำ, 2551 อ้างอิงจาก กระทรวงสาธารณสุข, 2541) คือ

2.5.1 ความสะดวกของผู้รับบริการในการมารับบริการ

การยอมรับการรักษาครบถ้วนของผู้ป่วยเป็นหัวใจสำคัญในการชีวิตความสำเร็จของการควบคุมวัณโรค การเพิ่มการยอมรับในการรักษา ได้แก่ 1) บรรยากาศการรักษาที่ดี เห็นอกเห็นใจให้กำลังใจ 2) การบริการโดยรวดเร็ว 3) การรักษาแบบให้เปล่า 4) (DOT)



2.5.2 การกระจายการให้บริการไปยังสถานบริการใกล้ที่สุด

การดูแลรักษาผู้ป่วยให้ได้รับความสะดวกในการรับบริการมากที่สุด คือ การให้ผู้ป่วยไปรับการรักษา ณ สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านมากที่สุด เช่น สถานีอนามัย ส่วนการตรวจวินิจฉัยยังคงไว้ที่โรงพยาบาลหรือสถานบริการที่มีศักยภาพ ซึ่งจะสามารถควบคุมคุณภาพได้ดีกว่าสถานีอนามัย มีเพียงหน้าที่จ่ายยาให้ผู้ป่วยภายหลังการตรวจวินิจฉัยที่โรงพยาบาลแล้วเท่านั้น

2.5.3 การมีส่วนร่วมของชุมชน

ในชนบทห่างไกลแม้การเดินทางไปรับบริการที่สถานีอนามัย ยังมีความลำบากให้แก่ผู้ป่วยซึ่งบ้านอยู่ไกลจากสถานีอนามัย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนในโครงสร้างสาธารณสุขของประเทศ สามารถมีบทบาทในการจ่ายยาให้ผู้ป่วยรับประทายยาได้ทุกวัน อสม. สามารถไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยได้ทุกวันตลอดระยะเวลาการรักษา ถ้าอสม.ไม่สามารถจ่ายยาให้ผู้ป่วยรับประทายยาได้ทุกวัน สมาชิกครอบครัวจะทำหน้าที่นี้ได้โดยจะต้องมีการตรวจเยี่ยมบ้านผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ในเดือนแรกของการรักษา ผู้ที่ทำหน้าที่ตรวจเยี่ยมบ้านอาจเป็น อสม. หรือเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยก็ได้

2.5.4 การควบคุมคุณภาพ

คุณภาพของการให้บริการการรักษาแก่ผู้ป่วยเกี่ยวข้องกับบุคลากรหลายฝ่าย เช่น สถานีอนามัย อาสาสมัครสาธารณสุข สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วย ทั้งนี้จะต้องมีการประสานงานที่เหมาะสมและมีการนิเทศงานอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงมีการสร้างผู้ประสานงานวัณโรคระดับอำเภอ ซึ่งจะทำหน้าที่นิเทศ ติดตาม กำกับแผนการดำเนินงานวัณโรคระดับอำเภออย่างน้อยทุก 3 เดือน

สรุปได้ว่า แนวคิดการรักษาภายใต้การสังเกตโดยตรง (DOT) เป็นแนวคิดที่ออกแบบมาเพื่อการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ที่ต้องให้ผู้ป่วยได้การรับประทายยาอย่างครบถ้วนเป็นสำคัญ โดยให้ญาติอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีบทบาทในการร่วมดูแล พร้อมทั้งมีการกำหนดระยะเวลาในการนิเทศติดตาม เช่นเดียวกับการศึกษากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอภูผงา จังหวัดอุดรธานี ที่ผู้วิจัยได้นำแนวคิด (DOT) มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีปัญหาเรื่องการรับประทายยา โดยมีการกำหนดให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวทำการบันทึกการรับประทายยาของผู้ป่วยจิตเภทพร้อมลงชื่อกำกับในสมุดประจำตัวผู้ป่วยทุกครั้ง เป็นประจำทุกวัน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ติดตามกำกับทุก 1 สัปดาห์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ใหญ่บ้าน ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในรายที่มีอาการทางจิตระดับปกติและระดับปานกลางทุก 2 สัปดาห์ และติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในรายที่มีอาการทางจิตระดับรุนแรง ทุก 1 สัปดาห์ เพื่อให้การช่วยเหลือตามปัญหาโดยเร่งด่วน



2.6 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ความหมาย การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เป็นรูปแบบของวิธีการศึกษาค้นคว้าแบบสะท้อนตนเองเป็นหมู่คณะของกลุ่มปฏิบัติงาน เพื่อให้ได้รูปแบบหรือแนวทางไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานและในขณะเดียวกันก็เป็นการพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติงานนั้นๆ ให้สอดคล้องกับภาวะของสังคมและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง (ชยุต ขำนาญเชาว์, 2557 อ้างอิงจาก สุวิมล ว่องวานิช, 2544) วิธีของการปฏิบัติการณ์นั้นจะเป็นไปได้ก็ต่อเมื่อมีความร่วมมือของกลุ่มบุคคลที่จะพินิจพิเคราะห์การกระทำของตนเองและกลุ่มในการที่จะใช้การวิจัยเพื่อพัฒนาและเป็นแนวทางในการเพิ่มพูนความรู้ในการปฏิบัติโดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการจะช่วยให้การจัดหาแนวทางการทำงานที่เชื่อมโยงระหว่างทฤษฎีและการปฏิบัติให้สามารถดำเนินควบคู่กันไปอย่างอาศัยประโยชน์ซึ่งกันและกันได้ทำให้เกิดกระบวนการทัศน์ใหม่ของการวิจัยและปฏิบัติ คือ การวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ได้รับความนิยมมากขึ้นเรื่อยๆ ตลอดมาจากความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการดังกล่าว สามารถสรุปลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการได้ดังนี้ (ชยุต ขำนาญเชาว์, 2557 อ้างอิงจาก สุวิมล ว่องวานิช, 2544) ผู้วิจัย คือ ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน สิ่งที่ถูกวิจัย คือ ปฏิบัติการในหน่วยงาน วัตถุประสงค์ของการวิจัย คือ การพัฒนาและค้นคว้าแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น การพัฒนาวิชาชีพ วิธีการวิจัยคือกระบวนการค้นคว้าข้อความรู้ที่มีขั้นตอน หลักสำคัญคือ การวิจัยและการปฏิบัติโดยมีลักษณะสำคัญคือ

1. การสะท้อนผลกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของตนเองและผลที่เกิดขึ้น
2. การเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานเพื่อร่วมงานที่มีส่วนในการวิพากษ์วิจารณ์การปฏิบัติงานและผลที่ได้รับ
3. กระบวนการที่มีการดำเนินงานเป็นวงจรต่อเนื่องและทำเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงาน
4. ผลที่ได้จากการวิจัยนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของการปฏิบัติงานรูปแบบของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ สุวิมล ว่องวานิช (2544) ได้ทำการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวกับการวิจัยปฏิบัติการพบว่าการจัดประเภทของรูปแบบการทาวิจัยเชิงปฏิบัติการไว้หลายรูปแบบ ดังนี้

2.6.1 รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ (Formal and Informal Research)

2.6.1.1 การวิจัยแบบทางการ (Formal Research) เป็นงานวิจัยที่มีแบบแผนการวิจัยอย่างเคร่งครัด มีลักษณะการดำเนินงานและการนำเสนอเหมือนงานวิจัยเชิงวิชาการ (Academic Research) ของนักวิจัยมืออาชีพ นักวิชาการในมหาวิทยาลัย หรือนักศึกษาที่ทำเป็นวิทยานิพนธ์ มีการออกแบบการวิจัยที่รัดกุมเพื่อให้ตอบคำถามการวิจัยได้ชัดเจนและมีรูปแบบการนำเสนอรายงานผลการวิจัยที่กำหนดชัดเจน ส่วนใหญ่แยกเนื้อหาสาระออกเป็น 5 บท

2.6.1.2 การวิจัยแบบไม่เป็นทางการ (Informal Research) เป็นงานวิจัยที่ไม่มีอีกรูปแบบการวิจัยอย่างเคร่งครัดเหมือนการวิจัยแบบเป็นทางการ มุ่งเน้นตอบคำถามการวิจัยมากกว่าอีกรูปแบบการวิจัยแบบเป็นทางการ ข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยก็พยายามใช้ข้อมูลที่มีอยู่แล้วจากการสอนตามปกติ การนำเสนอผลการวิจัยครอบคลุมเพียงประเด็นสำคัญที่ผู้วิจัยต้องการนำเสนอ งานวิจัยแบบนี้ บางครั้งพบว่าการรายงานเพียง 1-2 หน้า



2.6.2 รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (1988: 169-170 อ้างถึงใน ชยต ชำนาญเชาว์, 2555) รูปแบบมีดังนี้

2.6.2.1 การวิจัยปฏิบัติการเชิงเทคนิค (Technical Action Research) มีเป้าหมายของการวิจัยเพื่อปรับปรุงประสิทธิผลของการปฏิบัติงานโดยอาศัยบุคคลภายนอก (Outsider) มาช่วยในการวิจัยในหน่วยงาน ผู้ปฏิบัติจะอยู่ภายใต้การควบคุมกำกับของนักวิจัยภายนอก บุคคลภายนอกเล่นบทของผู้วิจัยหลัก โดยผู้ปฏิบัติไม่ค่อยมีบทบาทในการนำเสนอความคิดวิธีการต่าง ๆ ที่ใช้ในการวิจัยมาจากความคิดของนักวิจัยภายนอกส่วนใหญ่ซึ่งเน้นเทคนิคการทำวิจัยที่ตอบคำถามวิจัยที่รัดกุม ข้อค้นพบที่ได้ อาจใช้ไม่ได้กับการปฏิบัติจริง

2.6.2.2 การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Practical Action Research) เป็นการวิจัยที่มีนักวิจัยภายนอกแสดงบทบาทของที่ปรึกษาด้านกระบวนการทำงาน (Process Consultancy Role) มีเป้าหมายของการวิจัยที่มากกว่าแบบแรก คือ นอกจากช่วยปรับปรุงประสิทธิผลการทำงานแล้วยังมุ่งสร้างความเข้าใจและมุ่งพัฒนาวิชาชีพให้กับผู้ปฏิบัติด้วย ในกระบวนการวิจัยจะส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติสะท้อนและวิเคราะห์พัฒนาปรับปรุงการปฏิบัติงานของตนเอง ดังนั้นผู้ปฏิบัติ จึงมีโอกาสเรียนรู้กระบวนการวิจัยและมีส่วนในการนำเสนอความคิดในประเด็นปัญหาการวิจัยที่มาจากการปฏิบัติจริง และสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ได้

2.6.2.3 การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบอิสระ (Emancipatory Action Research) เป็นการวิจัยที่มีการทำงานร่วมกันระหว่างนักวิจัยภายนอกและผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน เป้าหมายของการวิจัยเพิ่มเติมจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบที่ 1 และแบบที่ 2 คือนอกจากพัฒนา ประสิทธิภาพการทำงาน การส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจในการพัฒนาปรับปรุงการทำงานแก่ผู้ปฏิบัติแล้ว ยังต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบการทำงานที่เป็นอยู่ในองค์กรให้ดีขึ้นกว่าเดิม แม้จะมี บุคคลภายนอกร่วมด้วย แต่ทุกคนต่างมีสิทธิมีเสียงในการแสดงความคิดเห็นเท่าเทียมกัน จะไม่มีผู้แสดง บทบาทเป็นที่ปรึกษา การวิจัยเหมือนแบบที่ 2 การวิจัยแบบนี้เปิดโอกาสให้เกิดการพัฒนาความสามารถ ด้านการวิจัยแก่ผู้ปฏิบัติและนักวิจัยจะเป็นอิสระจากความรู้ กฎเกณฑ์และพันธนาการทางความคิดเดิม จะเห็นว่าแนวทางการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการทั้ง 3 แบบ มีการเปลี่ยนแปลงแนวคิดของการทำงานจาก ผู้ปฏิบัติถูกครอบความคิดโดยนักวิจัยภายนอก (Cooption) ซึ่งเป็นแบบแรกมาเป็นแบบที่สองคือร่วมกัน ทำงาน (Cooperation) และรูปแบบที่สามซึ่งเป็นการทำงานแบบร่วมมือ (Collaboration) เป็นแนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่กำลังเป็นที่นิยมยอมรับกันว่าจะส่งผลให้เกิดการพัฒนาวิชาชีพของผู้ปฏิบัติมากกว่าแบบอื่นๆ

กระบวนการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ การวิจัยแบบเข้าไปมีส่วนร่วมและร่วมมือกันเป็นหมู่คณะซึ่งตามปกติจะเกิดจากกลุ่มที่มีความคิดเห็นร่วมกัน บุคคลจะอธิบายส่วนที่ตนสนใจเกี่ยวข้อง สืบหาสิ่งที่คนอื่นคิดและหาทางแก้ไขที่เป็นไปได้ ในการอภิปรายจะช่วยกันตัดสินใจความเป็นไปได้ที่กลุ่มจะดำเนินการในรูปแบบโครงการของกลุ่มต่อไปนั้นจะมีอะไรบ้าง กลุ่มจะต้องกำหนดแนวคิดร่วมกันของการดำเนินงานร่วมกัน แล้วจัดวางแผนทางใหม่อย่างมีวิจรรย์ญาณ โดยอาศัยความเข้าใจและเหตุการณ์ในอดีตเป็นแนวทาง ดังนั้นขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการจึงมีกระบวนการดำเนินการในลักษณะของการหมุนรอบตัวเป็นขั้น ๆ แบบเกลียวสว่านซึ่งประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observe) และการสะท้อนผล (Reflect) อย่างรอบคอบเป็นระบบนำไปสู่การปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติงานต่อไป วงจร



การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้เรียกย่อ ๆว่า วงจร PAOR (สุวิมล ว่องวาณิช, 2544) ในวงจรการปฏิบัติงาน โดยทั่วไปนั้นอาจจะไม่ปฏิบัติเช่นนี้เสมอไป แต่จะมีส่วนต่างๆเหล่านี้เกิดขึ้นในระดับหนึ่ง ซึ่งในการวิจัยเชิงปฏิบัติการจะต้องประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติการการสังเกต การสะท้อนผล อย่างรอบคอบเป็นระบบและเข้มงวดควอดขันในการดำเนินงานมากกว่าการปฏิบัติงานประจำวัน โดยนำความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมที่หมุนไปในกระบวนการเหล่านี้มาใช้เป็นเสมือนแหล่งให้เกิดการปรับปรุงและแหล่งความรู้ นักวิจัยเชิงปฏิบัติการ จะต้องดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้นนี้ด้วยความร่วมมือกันระหว่างกลุ่มตลอดกิจกรรมของการวิจัย โดยพิจารณาจุดสำคัญ ดังนี้ (ชยุต ชำนาญเชาว์, 2557 อ้างอิงจาก ประวิต เอราวรรณ์, 2545)

แผน คือ การปฏิบัติที่มีโครงสร้าง แนวทางปฏิบัติที่มีความคาดหวังไว้เป็นการมองไปในอนาคตข้างหน้า โดยจะต้องระลึกลู่อยู่เสมอว่าเหตุการณ์ทางสังคมนั้นไม่สามารถจะทำหรือกำหนดล่วงหน้าได้ และจะต้องมีการเสี่ยงต่อความไม่แน่นอนบ้าง การกำหนดแผนทั่วไปจะต้องมีความยืดหยุ่นพอสมควร เพื่อที่จะสามารถปรับให้เข้ากับความเป็นไปและความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นได้ กิจกรรมหรือการปฏิบัติที่กำหนดไว้ในแผนจะต้องมี 2 ลักษณะ คือ ลักษณะแรก จะต้องพิจารณาเกี่ยวกับความเสี่ยงอันเนื่องมาจากความเปลี่ยนแปลงทางสังคมและความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นในสภาพจริง เช่น เกี่ยวกับสภาพของสิ่งต่าง ๆ และการเมือง ลักษณะที่สอง คือ กิจกรรมที่ถูกเลือกมากำหนดในแผนจะต้องได้รับเลือกมาเนื่องจากกิจกรรมนั้นสามารถปฏิบัติได้ดีกว่ากิจกรรมอื่น ๆ สามารถลดความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นได้และช่วยให้เกิดพลังในการปฏิบัติที่เหมาะสมกว่าและมีประสิทธิภาพสูงกว่าการปฏิบัติ

การปฏิบัติ ตามความหมายที่ตั้งไว้ ณ ที่นี้เป็นสิ่งที่ละเอียด จงใจและภายใต้การควบคุมเป็นการปฏิบัติงานจากแนวคิดหลากหลายอย่างไตร่ตรองและรอบคอบ และมีหลักฐานที่ได้รับ การวิจารณ์ และใช้การปฏิบัตินี้เป็นงานของการพัฒนาการปฏิบัติในขั้นต่อไป ซึ่งเป็นการปฏิบัติที่มีจุดปรารถนาเชิงการศึกษาอย่างละเอียดถี่ถ้วน การปฏิบัติงานจะดำเนินตามแนวทางที่ได้วางแผนไว้อย่างมีเหตุผลและมีการควบคุมอย่างสมบูรณ์ แต่การปฏิบัติจากแนวทางที่ได้วางไว้วันนี้มีโอกาสของการเสี่ยงอยู่ ด้วย เนื่องจากเป็นสิ่งที่จะต้องสามารถแก้ไขได้ โดยกำหนดให้มีความยืดหยุ่นและพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลง การให้ข้อมูลจากกิจกรรมก่อนหน้านั้นจะต้องต่อเนื่องและนำมาใช้ในกิจกรรมต่อไปแต่การทำงานที่ผ่านมาไม่จำเป็นต้องนำมาเป็นแนวทางสำหรับปัจจุบันเสมอไป การปรับปรุง เจริญต่อรองและการ ประนีประนอมกันเป็นสิ่งจำเป็น แต่เป็นการประนีประนอมที่มีอยู่ในบริบทยุทธศาสตร์ของพวกตนในขั้นแรกอาจหวังผลเพียงปานกลาง การปฏิบัติที่มีการรายงานอย่างวิจารณ์กันภายหลังก็อยู่บนพื้นฐานของผลที่ได้ในการปฏิบัติขั้นที่แล้วมา

การสังเกต ลักษณะอาการอย่างหนึ่งที่นักวิจัยปฏิบัติการ แตกต่างไปจากงานวิจัยแบบอื่น คือการปฏิบัติงานมุ่งมั่นที่จะรวบรวมหลักฐานข้ออ้างอิงเกี่ยวกับการกระทำของตน ทำหน้าที่บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับผลที่ได้จากเหตุการณ์ในปัจจุบัน การสังเกตอย่างรอบคอบและระมัดระวังเป็นสิ่งจำเป็น เนื่องจากการปฏิบัตินั้นจะมีข้อจำกัดจากการบีบบังคับของสภาพความเป็นจริง และข้อขัดข้องทั้งหมดเหล่านี้จะไม่เคยชัดเจนและบอกให้รู้ล่วงหน้าได้เลย การสังเกตจึงต้องมีการวางแผนจนกระทั่งได้ข้อมูลจากการสังเกตจะต้องตอบสนองและเปิดกว้าง คือ จะต้องมองหลายแง่หลายมุมในทุก ๆ ด้าน ส่วนประเภทของการสังเกตรวมถึงการจัดการที่วางไว้ล่วงหน้าไม่เป็นการเพียงพอ ผู้สังเกตจะต้องมีความไวในการจัดภาพหรือเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดว่าจะเกิดขึ้น ซึ่งนอกจากจะสังเกตข้อมูลตามที่วางแผนไว้แล้วยังต้องมีความยืดหยุ่นที่จะจัดเก็บข้อมูลลักษณะที่ไม่ได้คาดคิดมาก่อนด้วย นักวิจัยปฏิบัติการจะต้องรายงานผลการสังเกตอย่างครบถ้วนด้วย นักวิจัยปฏิบัติการจำเป็นต้องสังเกตกระบวนการปฏิบัติและผล



ของการปฏิบัติ สังเกตการณ์และข้อขัดข้องการปฏิบัติ สังเกตวิธีการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งที่มีอิทธิพลหรือผลที่เกี่ยวข้องและปัญหาอื่นที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแผนการดำเนินงาน การสังเกตจะเป็นไปตามเจตนาที่ว่ามีพื้นฐานที่สมบูรณ์สำหรับสะท้อนภาพการกระทำที่สำคัญของตนเอง การสังเกตจะฉายภาพสลัวในสัมฤทธิ์ผลของการสะท้อนภาพการดำเนินงาน ในกรณีเช่นนี้ข้อมูลจากการสังเกต จะช่วยให้เกิดการปรับปรุงการปฏิบัติงานโดยเกิดความเข้าใจยิ่งขึ้น มีการปฏิบัติงานที่มียุทธศาสตร์และหลักฐาน รายงานที่ถูกต้อง อย่างไรก็ตามเนื้อหาของสาระของการสังเกตจะเป็นเรื่องการรายงานผลการปฏิบัติงาน

การสะท้อน การสะท้อนทำให้แนวคิดถึงการกระทำที่ได้บันทึกไว้จากการสังเกตเก็บข้อมูล แต่เป็นการกระทำที่ยังกระฉับกระเฉง ซึ่งสะท้อนออกมาในรูปของกระบวนการปัญหาข้อขัดแย้งและแรงบีบบังคับที่ปรากฏในการปฏิบัติที่มียุทธศาสตร์ การสะท้อนเป็นลักษณะของความเป็นไปได้ของสถานการณ์ทางสังคมต่างๆ ที่เกี่ยวกับการกระทำที่ปฏิบัติลงไป การสะท้อนภาพจะพิจารณาโดยใช้การอภิปรายร่วมกันระหว่างผู้ร่วมงาน โดยวิธีนี้จะช่วยให้ได้ภาพสะท้อนของกลุ่มที่จะนำไปสู่การปรับสถานการณ์ทางสังคมการปรับปรุงโครงการ การสะท้อนภาพจะมีลักษณะเป็นการประเมินอย่างหนึ่ง (หรือผลที่เกิดขึ้น) นั้นเป็นสิ่งที่ประสงค์หรือไม่ และให้ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติต่อไป นอกจากนั้นการสะท้อนภาพยังหมายถึง การสำรวจข้อมูลเบื้องต้นก่อนที่จะดำเนินการจริงอีกด้วย การสะท้อนข้อมูลจะช่วยให้การวางแผนการดำเนินงานในขั้นต่อไป สำหรับกลุ่มและแต่ละบุคคลในโครงการในการที่จะยอมรับจุดมุ่งหมายของการดำเนินการของกลุ่ม

ประโยชน์ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นอีกทางเลือกหนึ่งของการวิจัยที่เชื่อมช่องว่างทฤษฎีการวิจัยและปฏิบัติการในตลอดกระบวนการตั้งแต่การกำหนดปัญหาการวิจัย การประสานงานร่วมมือกันพัฒนารูปแบบการปฏิบัติการ ตลอดจนการนำไปปฏิบัติงานในพื้นที่ การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการวิจัยให้เข้าไปถึงพื้นที่ที่จะวิจัยโดยตรง ซึ่งเป็นหลักการที่สำคัญของการวิจัยปฏิบัติการ ดังนั้นความรู้ที่พัฒนาขึ้นจากการวิจัยปฏิบัติการ จึงเป็นความรู้ที่เป็นรากฐานในสถานการณ์ปฏิบัติจริง เป็นข้อค้นพบที่ได้จากกระบวนการสืบค้นที่เป็นระบบและเชื่อถือได้ ทำให้สามารถนำไปปรับปรุงและดัดแปลงความรู้พื้นฐานที่มีอยู่เดิมได้ และยังให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับขอบเขตของการใช้ความรู้ในการปฏิบัติด้วย การวิจัยปฏิบัติการจึงเป็นวิธีการที่มีคุณค่าในการสร้างองค์ความรู้ใหม่ที่จะนำไปสู่การปรับปรุงวิธีการปฏิบัติอย่างแท้จริง นอกจากนี้หลักการสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือการเน้นการสะท้อนผล ทำให้การวิจัยแบบนี้ส่งเสริมบรรยากาศของการทำงานแบบประชาธิปไตยที่ทุกฝ่ายเกิดการเปลี่ยนแปลงประสบการณ์และยอมรับในข้อค้นพบร่วมกัน (ชยุต ชำนาญเชาว์, 2555 อ้างอิงจาก ชาญชัย ชัยสว่าง, 2552 ; สุวิมล ว่องวานิช, 2544)

ข้อจำกัดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

แม้การวิจัยเชิงปฏิบัติการจะมีคุณประโยชน์มากมาย แต่โดยธรรมชาติและหลักการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการก็ส่งผลให้เกิดข้อจำกัดของการวิจัยแบบนี้หลายประการ เช่น ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (ชยุต ชำนาญเชาว์, 2555 อ้างอิงจาก ชาญชัย ชัยสว่าง, 2552 ; สุวิมล ว่องวานิช, 2544) การมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติซึ่งเป็นหลักการสำคัญของการวิจัยส่งผลกระทบต่อขอบเขตและขนาดของงานวิจัย การวิจัยแบบนี้มักจะมีขนาดเล็กซึ่งมีผลต่อความเป็นตัวแทนของข้อค้นพบจึงก่อให้เกิดข้อจำกัดในการสรุปอ้างอิงผลการวิจัย งานวิจัยทั่วไปไม่ยอมให้มีตัวแปรภายนอกส่งผลกระทบต่อผลของการวิจัย โดยมีการออกแบบการวิจัยให้



สามารถควบคุมตัวแปรภายนอกได้และก็สามารถดำเนินการจัดการกระทำได้เนื่องจากงานวิจัยแบบนั้นไม่ได้ทำให้ส่วนหนึ่งของการปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวัน แต่สำหรับงานวิจัยเชิงปฏิบัติการมักมีประเด็นปัญหา นี้ เนื่องจากสภาพเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นจะปล่อยให้ไปไปตามธรรมชาติ ข้อค้นพบที่ได้รับในบางครั้งไม่สามารถยืนยันได้ได้หนักแน่นว่าเนื่องมาจากปัจจัยใด แต่ตราบดีที่ปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นหมดไปก็ถือว่าการวิจัยครั้งนั้นประสบความสำเร็จ ธรรมชาติของงานวิจัยถูกกำหนดด้วยเงื่อนไขที่มีเรื่องของคุณธรรมเข้ามาเกี่ยวข้องในการทำงาน ทำให้การทดลองต่างๆ ที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงานอาจทำได้ไม่เต็มที่ เนื่องจากสิ่งที่ทดลองก็ยังไม่ได้มีการตรวจสอบยืนยันในผลที่จะเกิดขึ้นว่าเป็นในทิศทางใดมีการวิพากษ์กันมากเกี่ยวกับเจ้าของผลงานวิจัย และมีการหวั่นเกรงกันว่าจะมีการแย่งผลงานการวิจัยเนื่องจากเป็นผลงานที่กระบวนการทำงานร่วมกันระหว่างผู้ปฏิบัติและผู้วิจัยภายนอก เพื่อป้องกันปัญหาดังกล่าวผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยไม่ว่าจะเป็นครู นักวิจัย หรือ นักวิชาการ ต้องทำความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของแต่ละคนและตกลงในเรื่องนี้ให้เข้าใจตรงกัน

สรุปได้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นรูปแบบของวิธีการศึกษาค้นคว้าแบบสะท้อนตนเอง เป็นหมู่คณะของกลุ่มปฏิบัติงาน เพื่อให้ได้รูปแบบหรือแนวทางไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงาน ซึ่งการวิจัยเชิงปฏิบัติการจำแนกได้เป็น 3 ระดับ ได้แก่ การวิจัยเชิงปฏิบัติการเชิงเทคนิค (Technical Action Research) ผู้วิจัยทำตัวเป็นผู้เชี่ยวชาญจากภายนอก นำแนวคิด นำแผนงานหรือนำโครงการที่ตนเองคิดหรือจัดทำขึ้นไปให้ผู้มีส่วนร่วมเป็นผู้ปฏิบัติ การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ผู้วิจัยมีส่วนร่วมในการวิจัยกับผู้ร่วมวิจัย ในลักษณะเป็นความร่วมมือกันที่ทั้งผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยต่างมีสถานะที่เท่าเทียมกันในการร่วมคิด ปฏิบัติ สังเกตผล สะท้อนผล และการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบอิสระ (Emancipatory Action Research) ผู้วิจัยจะทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา ผู้กระตุ้น ตั้งประเด็น กำกับให้มีการร่วมกันคิด ปฏิบัติ สังเกตผล และสะท้อนผล โดยในทุกกระบวนของการวิจัยเชิงปฏิบัติการจะดำเนินการไปตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart คือ หลักการทำ P-A-O-R Spiral Cycle จะเป็นวงจรแบบเกลียวส่วน ไม่มีวันสิ้นสุด เริ่มตั้งแต่ ร่วมกันวางแผน ร่วมกันปฏิบัติ ร่วมกันสังเกตผล และร่วมกันสะท้อนผล

การศึกษากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอชุมพวง จังหวัดอุบลราชธานีได้มีการออกแบบการศึกษาค้นคว้าวิจัยเป็นรูปแบบการวิจัยปฏิบัติการเชิงเทคนิค (Technical Action Research) โดยผู้วิจัยมีบทบาทเป็นผู้เชี่ยวชาญจากภายนอก กล่าวคือ ผู้วิจัยเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่นโดยได้ร่วมมือกับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขโรงพยาบาลชุมพวง นำแนวคิด นำแผนงานหรือนำโครงการจากที่ประชุมที่ได้วางแผน ออกแบบไปให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ปฏิบัติ โดยดำเนินการตามขั้นตอนหรือวงจร P-A-O-R ได้แก่ ขั้นวางแผน ขั้นปฏิบัติ ขั้นสังเกตผล และขั้นสะท้อนผล ซึ่งในขั้นวางแผนผู้วิจัยได้มีการประชุมย่อยร่วมกับกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลชุมพวง เพื่อวางแผนการประยุกต์ใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) เมื่อได้แนวทางหรือข้อสรุป ผู้วิจัยจึงนำเข้าสู่ที่ประชุมกลุ่มใหญ่ (กลุ่มประชากรผู้เข้าร่วมศึกษาทั้ง 3 กลุ่ม) เพื่อนำเสนอและรับฟังความคิดเห็นของที่ประชุม จากนั้นสรุปเป็นมติที่ประชุม เพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการและดำเนินการตามแผนปฏิบัติการในขั้นการปฏิบัติ จากนั้นมีการสังเกตผลคือ ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภท และระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จากนั้นนำไปสู่ขั้นสะท้อนผลคือผู้วิจัยและคณะทำงานวิจัยจัดเวทีเพื่อถอดบทเรียน ประเมินผลระดับอาการทางจิต และ



ความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค แนวทางแก้ไขและปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงาน เพื่อเป็นข้อมูลสะท้อนในการพัฒนาในวงรอบต่อไป

2.7 การประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop Method)

การประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop Method) (ชกฤต จันทรพลงาม, 2557) เป็นการเอื้ออำนวยให้กลุ่มได้ใช้กำลังความคิดโดยคำนึงถึงหัวข้อเฉพาะหัวข้อใดหัวข้อหนึ่งจนสามารถพัฒนาให้เป็นมติและปฏิบัติการ วิธีนี้เหมาะมากสำหรับการสร้างความเห็นพ้องร่วมกันของกลุ่มจนนำไปสู่ความมุ่งมั่นและปฏิบัติการร่วมกัน คือช่วยให้สมาชิกกลุ่มทั้งหมดได้เสนอแนะและมีส่วนร่วมปลดปล่อยความคิด สร้างสรรค์และความกระตือรือร้นในเวลาอันสั้น กระตุ้นการคิดเชิงบูรณาการที่เป็นองค์รวมของกลุ่มสร้างความเห็นพ้องร่วมกันของกลุ่มที่นำไปปฏิบัติได้ เอื้ออำนวยในการสร้างคำตอบที่แปลกใหม่และสร้างสรรค์เพื่อการแก้ปัญหาและคลี่คลายประเด็น สร้างจิตสำนึกที่เข้มแข็งในการเป็นหุ้นส่วนร่วมกันและความรู้สึกรับผิดชอบให้ชอบให้เกิดขึ้นในเกิดขึ้นในกลุ่ม

วิธีประชุมเชิงปฏิบัติการเป็นกระบวนการที่มีอยู่ 5 ขั้นตอนเพื่อการบริหารกลุ่มในการเดินทางไปสู่การถกเถียงแลกเปลี่ยนและการสร้างความเข้าใจของกลุ่มที่ลึกซึ้ง จนสามารถตัดสินใจเป็นความเห็นพ้องร่วมกันสำหรับปฏิบัติการกลุ่มที่เหมาะสม โดยการปฏิบัติดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 บริบท (Context) สร้างบริบทแนะนำคำถามรวมศูนย์ เชิญชวนสมาชิกกลุ่มให้เข้าร่วมด้วยคำถามนำเริ่มการประชุมอธิบายและเน้นย้ำความสำคัญของคำถามนำการประชุมวางโครงสร้างขั้นตอนที่จะทำ ระบุระยะเวลาที่จะใช้เชื้อเชิญ ในขั้นตอนนี้ ต้องสร้างบรรยากาศที่เปิดเผยให้เกิดขึ้นภายในกลุ่ม การกำหนดบริบทจะช่วยสร้างอารมณ์ร่วมเพื่อการเข้าถึงการมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ สิ่งที่สำคัญต้องทำให้กลุ่มมองเห็นอย่างชัดเจนว่าผลผลิตจากการประชุมสามารถนำไปประสานเข้าด้วยกันได้อย่างคุ้มค่ากับกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 2 ระดมสมอง (Brainstorm) ระดมความคิดจากรายบุคคล กลุ่มเล็กและที่ประชุมเต็มคณะ ขอให้สมาชิกทุกคนจดความคิดของแต่ละคนลงบนกระดาษและจัดกลุ่มถกเถียงขนาดเล็กให้สมาชิกในกลุ่มได้แลกเปลี่ยนถกเถียงทุกคน ให้แต่ละกลุ่มเลือกความคิดที่สำคัญที่สุด 5 – 7 ข้อ แล้วจดลงบัตรความคิด ขั้นตอนนี้เป็น กระบวนการกลุ่มจะทำให้เกิดการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันมีความหลากหลายพอที่จะให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเป็นวิธีการทำให้เกิดคำตอบและความคิดเห็นที่เกี่ยวกับประเด็น เป็นวิธีการที่ได้ผลดีในการให้ผู้เข้าร่วมทุกคนมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นเพื่อช่วยกระบวนการกลุ่ม เป็นการกลั่นกรองความรู้ ความเห็นที่ดีที่สุด

ขั้นตอนที่ 3 จัดหมวดหมู่ (Cluster) สร้างความสัมพันธ์ใหม่จัดความคิดที่ คล้ายคลึงกันให้อยู่ในหมวดหมู่เดียวกัน ขอให้จัดกลุ่มความคิดที่เกี่ยวข้อง/คล้ายคลึงกันจำนวน 4 – 6 คู่ ตามความรู้สึกติดป้ายหรือทางบัตรที่แต่ละหมวดหมู่อย่างรวดเร็ว ใช้คำ 1 – 2 คำ และจัดหมวดหมู่ต่างๆ ให้ชัดเจนดูดีขึ้นเป็นขั้นตอนหรือกระบวนการที่ ทางกลุ่มได้ร่วมกันนิยามความสัมพันธ์ใหม่ระหว่างความคิดที่ได้รับความระดมกันออกมา ซึ่งเป็นวิธีที่ได้ผลดีในการค้นความรู้สึกของกลุ่มออกมา ทำให้มองเห็นประเด็นที่กลุ่มเห็นพ้องกันและที่แตกแยกกันและอาจเปิดเผยให้เห็นว่าจะยังมีข้อมูลและความคิดเห็นในจุดใด



ขั้นตอนที่ 4 ตั้งชื่อ (Title) ดึงความเข้าใจโดยองค์รวมออกมาให้เห็นสื่อสารความเห็นพ้องร่วมกันของกลุ่มออกมา สนทนาไปที่ละหมวดหมู่ในที่ประชุมใหญ่ ที่ประชุมมีความเห็นว่าจะอย่างไรที่ประชุมเกิดปัญญาความเข้าใจอะไรบ้างตั้งชื่อหมวดหมู่แต่ละกลุ่ม ด้วยชื่อที่ใช้คำ 3 – 5 คำที่ตอบสนองโดยตรงต่อคำถามรวมศูนย์ เป็นขั้นตอนที่ที่ประชุมเริ่มแยกแยะมองเห็นความเห็นพ้องร่วมกันของกลุ่ม ในกรณีเช่นนี้ ทางกลุ่มหรือที่ประชุมต้องมีโอกาสที่จะถกกันออกมาให้ชัดเจนถึงความเห็นพ้องตรงกันหรือไม่เช่นไร

ขั้นตอนที่ 5 ไตร่ตรอง (Reflect) ยืนยันความมุ่งมั่นของกลุ่มอภิปรายความสำคัญของผลิตภัณฑ์ที่ได้จากการทำกระบวนการกลุ่ม ช่วยกลุ่มสร้างรูปแบบสำหรับความเห็นพ้องร่วมกันและถกขั้นตอนที่จะทำต่อไปสั้น ๆ ในขั้นตอนนี้ของกระบวนการมีเจตนาที่จะช่วยให้กลุ่มระลึกถึงฉันทานุมัติหรือความเห็นพ้องร่วมกันของกลุ่มได้อย่างง่าย

ข้อเสนอแนะบางประการในการใช้การประชุมเชิงปฏิบัติการ คือ คำถามควรเป็นคำถามปลายเปิดเพื่อเป็นการปลุกเร้าความคิดสร้างสรรค์ของกลุ่ม ใช้ความระมัดระวังในการใช้คำถามรวมศูนย์ที่ชัดเจน เป็นรูปธรรม ไม่ควรกล่าวคำวิจารณ์ตัดสินและอย่าพยายามตีความหมายกลุ่มรักษาขั้นตอนการไตร่ตรองให้สั้น

สรุปได้ว่า การประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop Method) เป็นการเอื้ออำนวยให้กลุ่มได้ใช้กำลังความคิดโดยคำนึงถึงหัวข้อเฉพาะหัวข้อใดหัวข้อหนึ่งจนสามารถพัฒนาให้เป็นมติและปฏิบัติการกล่าวคือ เป็นวิธีการช่วยให้สมาชิกกลุ่มทั้งหมดได้เสนอแนะและมีส่วนร่วมปลดปล่อยความคิดสร้างสรรค์และความกระตือรือร้นในเวลาอันสั้น กระตุ้นการคิดเชิงบูรณาการที่เป็นองค์รวมของกลุ่ม สร้างความเห็นพ้องร่วมกันของกลุ่มที่นำไปปฏิบัติได้ เช่นเดียวกับการศึกษากระบวนการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอบุญชริก จังหวัดอุบลราชธานีที่ได้มีการนำวิธีการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop Method) ที่ผู้วิจัยได้นำหลักการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop Method) มาเป็นวิธีการในการดำเนินการประชุมร่วมกับกลุ่มเป้าหมายที่ร่วมศึกษาวิจัย ซึ่งหลักการประชุมเชิงปฏิบัติการนี้เป็นวิธีการหรือกระบวนการที่เอื้อต่อการเปิดโอกาสให้ที่ประชุมได้มีส่วนร่วมในการวางแผน โดยผู้วิจัยเปิดโอกาสให้แต่ละกลุ่มระดมสมอง (Brainstorm) แลกเปลี่ยนและแสดงความคิดเห็น ในแต่ละประเด็นของการเชื่อมโยง ประยุกต์ใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) มีการไตร่ตรองและจัดหมวดหมู่ของแต่ละประเด็นที่ผู้เข้าร่วมประชุมได้เสนอแนะหรือแสดงความคิดเห็น และเมื่อที่ประชุมได้ข้อสรุปตรงกันแล้วจึงเข้าสู่การจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan) เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่มีความเหมาะสมกับบริบทในพื้นที่

2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เพ็ญประภา มะลาไว (2550) ศึกษาสถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน และเพื่อประเมินผลกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ซึ่งมีการดำเนินการ 3 ระยะ คือระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนในกลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแลกลุ่มละ 95 คน ระยะที่ 2 ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชระดับที่ 1 จำนวน 7 คน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน จำนวน 25 คน และบุคลากร



ทางสาธารณสุข จำนวน 6 คน จากการศึกษาที่เข้าร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาจึงได้กำหนดโครงการเพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ 3 โครงการ คือ 1) โครงการอบรมให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย 2) โครงการสร้างแกนนำในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน 3) โครงการเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลจิตเวช ระยะที่ 3 เป็นการประเมินผลโครงการโดยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการได้รับโครงการ เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 1) แบบประเมินสมรรถภาพ ผู้ป่วยจิตเภท 2) แบบวัดภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 3) แบบวัดความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท 4) แบบวัดความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และเจ้าหน้าที่ 5) แบบวัดเจตคติต่อผู้ป่วยจิตเภทของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งผลการวิจัย พบว่าผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วย มีเจตคติต่อผู้ป่วยเพิ่มขึ้น และมีระดับสมรรถภาพเพิ่มขึ้นจากก่อนการได้รับโครงการ ($p < .05$) ในขณะที่ผู้ดูแลมีภาวะและความเครียดลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับโครงการ ($p < .05$) และแกนนำชุมชนสามารถติดตามอาการของผู้ป่วยและส่งต่อผู้ป่วยมารับการรักษาที่สถานบริการทางสาธารณสุขได้ ซึ่งในการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ชุมชน และบุคลากรทางสาธารณสุข และหากมีการนำโครงการดูแลผู้ป่วยจิตเภทดูแลผู้ป่วยจิตเภทไปใช้ ควรมีการทดสอบประสิทธิภาพของโครงการกับกลุ่มผู้ป่วยระดับที่ 1 ที่อยู่ในชุมชน โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากขึ้น

สำราญ สุมะหิงพันธ์ และคณะ (2554) ศึกษาศึกษาการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชน โดยมุ่งพัฒนาให้ผู้ดูแลมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เหมาะสม และภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนโดยจัดอบรมให้ความรู้ในกลุ่มผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชสาเหตุ อาการ การรักษา วิธีการดูแลผู้ป่วย ได้ชี้แนะถึงความรุนแรงของปัญหาผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ผู้ดูแล สังคม เชิงปรึกษาปัญหา และติดตามเยี่ยมโดยภาคีเครือข่าย ใช้แบบประเมินทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยอ้างอิงเนื้อหาคู่มือญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์เป็นเครื่องมือ ผลการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยสูงขึ้น ($p < 0.001$) ในส่วนการติดตามเยี่ยมโดยภาคีเครือข่ายทำให้เครือข่ายมีส่วนร่วมในการดูแลร่วม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย มีการสนับสนุนการช่วยเหลือผู้ป่วย มีรถรับ-ส่งผู้ป่วยของ อบต. ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถเดินทางไปพบแพทย์ได้ โดยไม่ขาดยา ลดภาวะเครียดให้ผู้ดูแลไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย ดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ 22 ราย (จากเดิม 14 ราย) สามารถกลับไปทำงานที่ต่างจังหวัดได้ 2 ราย มีการถวายความรู้ด้านทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแด่พระภิกษุที่วัด ซึ่งมีผู้ป่วยอาศัยอยู่ 1 รายส่งผลให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสมจากพระภิกษุทุกรูปด้านการรับประทานยารักษาตามนัด และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

อรสา วัฒนศิริ และเสาวภา ศรีภูสิตโต (2556) ศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาและเครือข่ายผู้ดูแลโรงพยาบาลกำแพงเพชร เก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบบประเมินความสามารถโดยรวม (GAF Scale) และแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการกำเริบซ้ำ และอาการกำเริบรุนแรงต้องส่งต่อลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลลัพธ์ของการใช้กระบวนการดูแลต่อเนื่องได้แก่ การรับประทานยาสม่ำเสมอ การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน ระดับความสามารถโดยรวม และคุณภาพชีวิต เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการใช้ยาและสารเสพติดลดลงแต่ไม่มี



นัยสำคัญทางสถิติ จากผลการวิจัยและพัฒนาระบบการดูแลดังกล่าว ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีคุณภาพชีวิตและระดับความสามารถโดยรวมดีขึ้น ลดอาการกำเริบและการกลับเป็นซ้ำที่รุนแรง และผลการศึกษานี้สามารถนำไปเป็นตัวอย่างกระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเภทในสถานบริการอื่นๆ ทุกระดับ

เปรมฤดี คำรักษ์ และคณะ (2557) ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน จากการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชน ผลการศึกษาในส่วนการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน สรุปได้เป็น 3 วงจร คือ วงจรที่ 1 เชื่อมโยงสายใย เป็นการถ่ายทอดตามเจตคติ ความรู้สึก ความคิดต่อผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน วงจรที่ 2 ร้อยใจร่วมกันเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถ่ายทอดประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อนในชุมชน และวงจรที่ 3 ผูกพันต้องใจ เป็นการค้นหาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อนในการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมวางแผน และร่วมเป็นเจ้าของ โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบหนึ่งที่ดีขึ้นเพื่อให้เกิดพฤติกรรมกลุ่มในการดูแลรักษาและฟื้นฟูให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถช่วยเหลือตนเองตามศักยภาพ ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ไพบุลย์ ดลเฉลิมยุทธนา (2557) ศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทผ่านการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่วิถีชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมระหว่างผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยความสะดวกในการทำงานร่วมกันระหว่างบุคลากรของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ กับภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอเมืองและอำเภอดอนจาน 30 คน ผู้ดูแลผู้ป่วย 52 คนและผู้ป่วยจิตเภท 16 คน รวม 98 คน โดยดำเนินการวิจัย 4 ขั้นตอนดังนี้ 1) วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจากผลการประเมินระดับคุณภาพชีวิต การสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม และการสังเกตแบบมีส่วนร่วมโดยใช้เครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยเปิดเวทีเสวนาและสะท้อนประสบการณ์ พร้อมเปรียบเทียบตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข 2) วางแผนการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโดยนำผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องมาผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่น 3) การปฏิบัติร่วมกันของหน่วยบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ ทศตยภูมิ ปฐมภูมิ และภาคประชาชน 4) การประเมินผลทุกเดือนโดยการประชุมสะท้อนผลการปฏิบัติและปรับปรุงการปฏิบัติมุ่งสู่ผลลัพธ์ ผลการวิจัย พบว่า 1) รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผ่านการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่วิถีชีวิตชุมชนโดยพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในครอบครัวและ อสม. ให้สามารถสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย การออกแบบระบบการรับยาที่เอื้อให้ชุมชนเข้าถึงง่ายและชุมชนร่วมกำกับการใช้ยาของผู้ป่วย พัฒนาระบบสารสนเทศทางคลินิกเชื่อมโยงจากตติยภูมิถึงชุมชน เอื้อให้เกิดการตัดสินใจร่วมระหว่างชุมชนและบุคลากรสาธารณสุขอย่างทันที่ รวมทั้งมีการระดมทุนทางสังคมในชุมชนมาพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วย ได้แก่ การรักษาแบบพื้นบ้าน การขอรับสวัสดิการจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น 2) ผลกระทบด้านสุขภาพเมื่อสิ้นสุดการดำเนินงาน 1 ปี มีผู้ป่วยกลับมาอนโรพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน 3 คน (ร้อยละ 18.7) เนื่องจากยังมีกลุ่มเพื่อนใช้สารเสพติด ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่และดื่มสุราได้และกลุ่มนี้เป็นผู้ที่ยังมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับไม่ดี เนื่องจากปัญหาว่างงานและต้องพึ่งรายได้จากครอบครัว ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง 10 คน (ร้อยละ 62.6) ระดับดี 3 คน (ร้อยละ 18.7) โดยภาพรวมผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง



สุนทรภรณ์ ทองไสย (2558) ศึกษาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในบริบทสังคมไทยอย่างยั่งยืน เนื่องจากปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเมื่อกลับสู่ชุมชนยังคงมีข้อจำกัดสำหรับบุคคลากรทางสุขภาพจิตและครอบครัวอยู่หลายด้าน จำเป็นที่จะต้องมีการระดมการดูแลผู้ป่วยในบริบทของครอบครัวที่มีประสิทธิภาพและต่อเนื่องภายใต้การวางแผนการดำเนินงานโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ตั้งแต่แรกกับผู้ป่วยกลับจากโรงพยาบาลมาสู่สังคมเดิมของผู้ป่วย โดยที่ผู้ให้การดูแลจะต้องได้รับการเตรียมความพร้อมอย่างเป็นระบบ เพื่อเป็นการลดปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นภายหลังจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มดังกล่าว ดังนั้น เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทภายใต้บริบทของสังคมไทยเกิดประสิทธิภาพสูงสุดและยั่งยืนทั้งต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและผู้ให้การดูแล นั่นคือ การส่งเสริมให้ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ความเข้าใจและทัศนคติที่ดีในการให้การดูแลผู้ป่วย เกิดเป็นพฤติกรรมกลุ่ม เครือข่ายของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่ไม่รู้สึกรู้สึถึงการเป็นภาระในการดูแล แต่กลับรู้สึกถึงความมั่นคงและปลอดภัย ญาติได้รับคำปรึกษาและคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยภายหลังจากการรับผู้ป่วยกลับมาพักที่บ้าน ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามศักยภาพ ไม่รู้สึกเป็นภาระของครอบครัว ซึ่งเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถกลับคืนสู่ครอบครัว ชุมชน และสังคมของตนได้อย่างมีความสุขยิ่งขึ้น ภายใต้บริบทการดูแลของสังคมไทยงานวิจัยในต่างประเทศ

Marius (2005) ทำการศึกษารูปแบบบริการชุมชนสำหรับโรคจิตเภท ซึ่งพบว่า โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่ทำให้เกิดการกำเริบและส่งผลต่อความเจ็บป่วยทางจิตที่มีมีความชุกในช่วงระหว่าง 0.40 ถึง 1.4 เปอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาที่หน่วยจิตเวชของโรงพยาบาลทั่วไป ในท้องถิ่นเป็นระยะเวลาสั้นๆ เมื่อป่วยหนัก ด้วยแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นของการรักษาเช่นนี้ในทั่วโลก จึงมีการให้ความสำคัญกับการรักษาในชุมชนมากขึ้น ทีมสุขภาพจิตชุมชน (Community Mental Health Team : CMHT) เป็นรากฐานของการรักษาในชุมชน แม้ว่ารูปแบบและวิธีการดำเนินการจะแตกต่างกันไปตามความต้องการของผู้ป่วย แต่ผลลัพธ์ของรูปแบบบริการชุมชนสำหรับโรคจิตเภทให้ผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยมากกว่าผลลัพธ์ของการเข้าพักห้องพักในโรงพยาบาลระยะยาว สำหรับการจัดการรายกรณีพบว่าเป็นการจัดการที่ละเอียด ชัดเจนต่อปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย ทำให้ทราบแน่ชัดว่าผู้ป่วยแต่ละรายมีปัญหาอะไร ความต้องการที่แท้จริงเป็นอย่างไร และผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่าอาจมีการใช้รูปแบบการให้บริการรับส่ง เช่น Just-in-Time (JIT) ในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท

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



จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับ พบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้น มีหลักการสำคัญ คือ การให้การรักษาและให้การดูแลต่อเนื่องในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาลในปี พ.ศ. 2559 ที่ให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยเน้นการดูแลที่ชุมชน เพื่อลดอัตราการป่วยซ้ำที่อาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ จากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษาวิจัยถึงกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยเน้นให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งผู้ดูแลในครอบครัว ญาติ เครือข่ายในชุมชน และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข มีส่วนร่วมตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละฝ่ายในการร่วมติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งเป็นการส่งเสริมให้เกิดรูปแบบหรือแนวทางที่ดีในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่จะส่งผลให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน และเนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคหนึ่งในกลุ่มโรคเรื้อรังตามคำนิยามขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2011 อ้างถึงใน เปรมฤดี ดำรักษ์, อังคณา วังทอง และอนุชิต วังทอง, 2557) ผู้วิจัยจึงได้นำแบบแผนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) มาประยุกต์ใช้ในงานวิจัยนี้ เพื่อให้เกิดเป็นแนวทางหรือระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยและการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้อาศัยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดและทฤษฎีแนวคิดของ Kemmis & McTargart (องอาจ นัยพัฒน์, 2554 อ้างอิงจาก Kemmis & McTargart, 1998: 202-206) มาประยุกต์ใช้ในการสร้างกรอบแนวคิดและกำหนดขั้นตอนการวิจัย ดังนี้

1. ขั้นวางแผน (Planning) คือ 1) การศึกษาบริบทของพื้นที่ วิเคราะห์สาเหตุของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งศึกษาระบบการดูแลเดิม และศึกษาทรัพยากรและสิ่งสนับสนุนเพื่อประกอบการวางแผนที่จะพัฒนาเป็นระบบใหม่ 2) คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยและแต่งตั้งคณะทำงาน 3) เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ การวัดระดับอาการทางจิตโดยใช้เครื่องมือ PASS 8 สัมภาษณ์ด้วยแบบสัมภาษณ์เพื่อวัดระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทศนคติที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท การดูแลผู้ป่วยจิตเภท และสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ร่วมวิจัยทั้ง 3 กลุ่ม 4) ประชุมวางแผนและจัดทำแผนปฏิบัติการ ผู้วิจัยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อวางแผนการประยุกต์ใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และจัดประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับกลุ่มประชากรผู้เข้าร่วมวิจัยทั้ง 3 กลุ่ม เพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการ และได้มาซึ่งแผนปฏิบัติการที่จำแนกเป็นกิจกรรมย่อย 3 โครงการ ได้แก่ โครงการอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โครงการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยประยุกต์แนวคิด (DOT) และโครงการบริการคลินิกจิตเวชร่วมกับคลินิกโรคเรื้อรัง (NCD) ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น

2. ขั้นปฏิบัติ (Action) ผู้วิจัยและคณะทำงานวิจัยปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการโดยจำแนกได้เป็น 3 โครงการ ได้แก่ โครงการอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โครงการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยประยุกต์แนวคิด (DOT) และโครงการบริการคลินิกจิตเวชร่วมกับคลินิกโรคเรื้อรัง (NCD) ซึ่งในส่วนของโครงการนี้ยังไม่สามารถประเมินผลได้ เนื่องจากอยู่ระหว่างการติดตามประเมินผลการดำเนินงานทุก 1 เดือน เป็นเวลา 3 เดือน

3. ขั้นสังเกต (Observation) ในขั้นนี้ผู้วิจัยทำการสังเกตและบันทึกทุกกิจกรรมก่อนดำเนินการ ระหว่างดำเนินการ และหลังดำเนินการ ได้แก่ ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทระดับทัศนคติที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท และระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

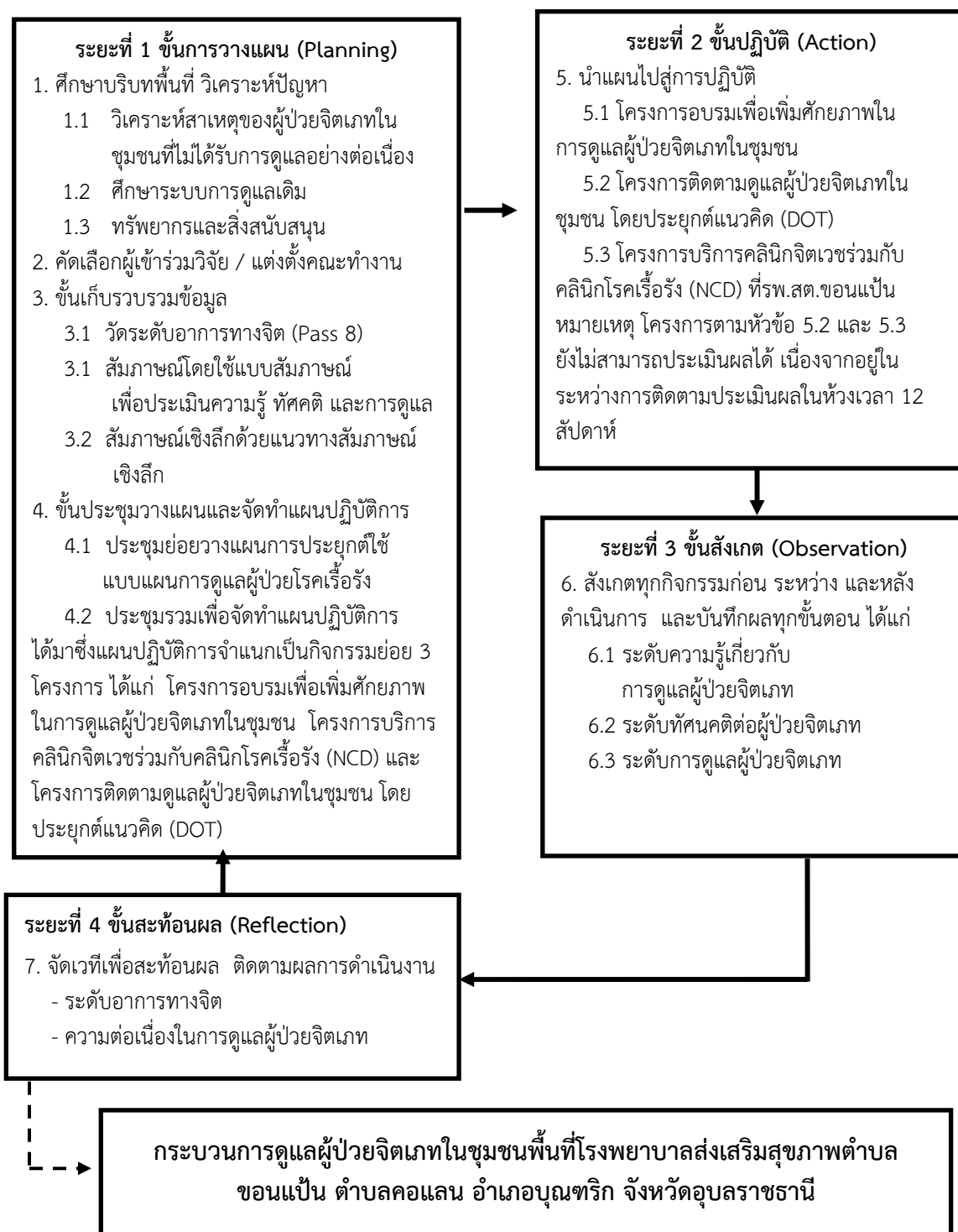


4. ^๔ขั้นสะท้อนผล (Reflection) ผู้วิจัยและคณะทำงานวิจัยจัดเวทีเพื่อถอดบทเรียน ประเมินผลระดับอาการทางจิต และความต่อเนื่องในการดูแลของผู้ป่วยจิตเภท จากนั้น วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค แนวทางแก้ไข และปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงาน เพื่อเป็นข้อมูลสะท้อนในการพัฒนา ในวงรอบต่อไป

เมื่อดำเนินการตามขั้นตอนของกระบวนการ (Process) แล้ว จะได้มาซึ่งผลผลิต (Output) นั่นคือ เกิดเป็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอบุญศรี จังหวัดอุดรธาธานี



2.9 กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพประกอบ 2.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยปฏิบัติการเชิงเทคนิค (Technical Action Research) เพื่อศึกษากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยทำการศึกษาในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดอุบลราชธานี ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้ใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Method) และเชิงปริมาณ (Quantitative Method) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุม โดยวิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) การบันทึกการประชุม (Record) การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) และการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณเป็นลักษณะแบบสัมภาษณ์และแบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท 8 ข้อ (PASS8) ซึ่งมีลำดับขั้นตอนของการวิจัย ดังนี้

- 3.1 รูปแบบการวิจัย (Research Design)
- 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3.4 การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
- 3.5 ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย
- 3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล
- 3.7 จริยธรรมในการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย (Research Design)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยปฏิบัติการเชิงเทคนิค (Technique Action Research) โดยผู้วิจัยมีบทบาทเป็นผู้เชี่ยวชาญจากภายนอก นำแนวคิด นำแผนงานหรือนำโครงการที่ตนเองคิดหรือจัดทำขึ้นไปให้ผู้มีส่วนร่วมเป็นผู้ปฏิบัติ โดยดำเนินการตามขั้นตอนหรือวงจร P-A-O-R spiral Cycle ได้แก่ ขั้นตอนวางแผน (Planning) ขั้นตอนปฏิบัติ (Action) ขั้นตอนสังเกตผล (Observation) และขั้นตอนสะท้อนผล (Reflection) เพื่อค้นหากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดอุบลราชธานี

3.2 ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้จำแนกออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน และกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ผู้วิจัยได้จำแนกกลุ่มของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทออกเป็น 3 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว กลุ่มที่ 2 กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน สมาชิกเทศบาล เจ้าอาวาสวัด ปลัดเทศบาล นักพัฒนาชุมชน ผู้อำนวยการโรงเรียน และตำรวจประจำท้องที่ และกลุ่มที่ 3 กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้แก่ ผู้อำนวยการ



โรงพยาบาล เกษัชกรประจำคลินิกจิตเวช พยาบาลจัดการดูแลผู้ป่วยด้านจิตเวช พยาบาลประจำศูนย์ดูแลต่อเนื่อง สาธารณสุขอำเภอ ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้งนี้เพื่อให้เกิดเป็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทครอบคลุมทุกด้านและผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกประชากร โดยมีเงื่อนไขของการกำหนดคุณสมบัติของประชากรที่จะถูกเลือกมาศึกษา โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) และเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ดังนี้

ส่วนที่ 1 กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่

1. ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทในรายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (F20) และรับการรักษาที่โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์หรือโรงพยาบาลบุณฑริก พร้อมทั้งอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่นเป็นประจำติดต่อกันอย่างน้อย 1 ปี
2. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในรายที่มีผลการประเมินอาการทางจิต (PASS 8) อยู่ในระดับปกติถึงปานกลาง
3. ผู้ดูแลที่สมัครใจและสามารถเข้าร่วมการทำวิจัยครั้งนี้
4. ผู้ดูแลที่มีทักษะอ่านออก เขียนได้ สามารถโต้ตอบและสื่อความหมาย เข้าใจในการตอบแบบสัมภาษณ์

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่

1. ผู้ดูแลที่ไม่สามารถเข้าร่วมได้ทุกกิจกรรม ตลอดการศึกษาวิจัย
2. ผู้ดูแลที่ยินยอมเข้าร่วมกิจกรรม แต่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้

ส่วนที่ 2 กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน สมาชิกเทศบาลเจ้าอาวาสวัด ปลัดเทศบาล นักพัฒนาชุมชน ผู้อำนวยการโรงเรียน ตำรวจประจำท้องที่ ที่สมัครใจและสามารถเข้าร่วมการทำวิจัยครั้งนี้
2. ผู้ที่สามารถโต้ตอบและสื่อความหมาย เข้าใจในการตอบแบบสัมภาษณ์
3. ปฏิบัติงานหรืออาศัยอยู่ในพื้นที่ตลอดระยะเวลาทำการศึกษาวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่

1. ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมได้ทุกกิจกรรม ตลอดการศึกษาวิจัย
2. ผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมกิจกรรม แต่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้

ส่วนที่ 3 บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่

1. ผู้อำนวยการโรงพยาบาล เกษัชกรประจำคลินิกจิตเวช พยาบาลจัดการดูแลผู้ป่วยด้านจิตเวช พยาบาลประจำศูนย์ดูแลต่อเนื่อง สาธารณสุขอำเภอ ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่สมัครใจและสามารถเข้าร่วมการทำวิจัยครั้งนี้
2. ผู้ที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่ตลอดระยะเวลาทำการศึกษาวิจัย



เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่

1. ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมได้ทุกกิจกรรม ตลอดการศึกษาวิจัย
 2. ผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมกิจกรรม แต่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้
- จึงนำมาซึ่งจำนวนประชากรที่ศึกษา ดังนี้

ส่วนที่ 1 กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว

- | | | | |
|-----------------------------------|-------|---|----|
| 1. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว | จำนวน | 8 | คน |
|-----------------------------------|-------|---|----|

ส่วนที่ 2 กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน

- | | | | |
|------------------------------------|-------|---|-----|
| 2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน | จำนวน | 8 | คน |
| 3. ผู้ใหญ่บ้าน | จำนวน | 4 | คน |
| 4. กำนัน | จำนวน | 1 | คน |
| 5. สมาชิกเทศบาล | จำนวน | 1 | คน |
| 6. เจ้าอาวาสวัด | จำนวน | 2 | รูป |
| 7. ปลัดเทศบาล | จำนวน | 1 | คน |
| 8. นักพัฒนาชุมชน | จำนวน | 1 | คน |
| 9. ผู้อำนวยการโรงเรียน | จำนวน | 2 | คน |
| 10. ตำรวจประจำท้องที่ | จำนวน | 1 | คน |

ส่วนที่ 3 กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

- | | | | |
|--|-------|----|----|
| 11. ผู้อำนวยการโรงพยาบาล | จำนวน | 1 | คน |
| 12. เกษัชกรประจำคลินิกจิตเวช | จำนวน | 1 | คน |
| 13. พยาบาลจัดการดูแลผู้ป่วยด้านจิตเวช | จำนวน | 1 | คน |
| 14. พยาบาลประจำศูนย์ดูแลต่อเนื่อง | จำนวน | 1 | คน |
| 15. สาธารณสุขอำเภอ | จำนวน | 1 | คน |
| 16. ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต
จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ | จำนวน | 1 | คน |
| 17. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล | จำนวน | 4 | คน |
| | รวม | 39 | คน |

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.3.1 เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

3.3.1.1 การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ในกลุ่มประชากรที่ศึกษาทั้ง 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว โดยสัมภาษณ์ใน 7 ประเด็นหลัก ได้แก่ สาเหตุของการป่วยเป็นโรคจิตเภท อาการแรกเริ่ม อาการที่รุนแรงที่สุด สาเหตุของการป่วยซ้ำ ปัญหาในการดูแล ความต้องการการช่วยเหลือ และแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง 2) กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สาเหตุที่ผู้ป่วยจิตเภทไม่ได้รับการดูแลอย่าง



ต่อเนื่อง และนโยบายหรือแนวทางในการแก้ไขปัญหา และ 3) กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์การสาธารณสุข มีการสัมภาษณ์ 2 ประเด็นหลัก คือ สาเหตุที่ผู้ป่วยจิตเภทไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และนโยบายหรือแนวทางในการแก้ไขปัญหา

3.3.1.2 การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ผู้วิจัยใช้เครื่องมือนี้ในการประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับกลุ่มที่ศึกษาทั้ง 3 กลุ่ม โดยผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมแต่ละคนแนะนำตนเอง จากนั้นพูดคุย แลกเปลี่ยน บอกเล่าถึงประสบการณ์รวมถึงปัญหา ความต้องการการช่วยเหลือ และแนวทางการแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของแต่ละคน ซึ่งผู้วิจัยทำการบันทึกเสียงเพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาต่อไป

3.3.1.3 การสังเกตการณ์มีส่วนร่วม (Observation) ผู้วิจัยทำการสังเกตการณ์มีส่วนร่วมในการประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับกลุ่มที่ศึกษาทั้ง 3 กลุ่ม โดยใช้แบบสังเกตการณ์มีส่วนร่วม แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการค้นหาปัญหา ด้านการวางแผนการแก้ไขปัญหา ด้านการปฏิบัติ และด้านการติดตามประเมินผล ในการวิเคราะห์ถึงปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและวางแผนการแก้ไขปัญหาดังกล่าว

3.3.1.4 การบันทึก (Record) ผู้วิจัยทำการบันทึกการดำเนินงานทุกกิจกรรม ทุกขั้นตอน ดังเช่น การจดบันทึกข้อมูลจากการสำรวจ การจดบันทึกการประชุม การจดบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ การบันทึกภาพ ได้แก่ การบันทึกภาพการประชุม ภาพกิจกรรมโครงการอบรม ภาพกิจกรรมการให้บริการคลินิกจิตเวช กิจกรรมการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ฯลฯ และในการบันทึกภาพและเสียง ผู้วิจัยทำการบันทึกในขั้นตอนของการสัมภาษณ์และในกิจกรรมการประชุมเชิงปฏิบัติการ

3.3.2 เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

3.3.2.1 แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท 8 ข้อ ฉบับพระศรีมหาโพธิ์ (Prasri Assessment Schizophrenia Scale: PASS 8) (สำนักงานบริหารระบบบริการสุขภาพจิต, 2558) โดยมีอาการที่ประเมินและระดับคะแนน ดังตาราง 3.1 และการแปลผล ดังตาราง 3.2

ตาราง 3.1 แบบประเมินอาการทางจิต (PASS 8)

อาการที่ประเมิน	คะแนน				
	1	2	3	4	5
1. อาการแยกตัวจากสังคม (Passive/Apathetic Social)					
2. อาการหลงผิด (Delusions)					
3. เนื้อหาความคิดผิดปกติ (Unusual Thought Content)					
4. อาการประสาทหลอน (Hallucinatory Behavior)					
5. การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (Blunted Affect)					
6. ความคิดสับสน (Conceptual Disorganization)					
7. กระแสการสนทนาขาดการต่อเนื่องอย่างราบรื่น (Lack of Spontaneity and Flow of Conversation)					
8. ท่าทางและการเคลื่อนไหวผิดปกติ (Mannerism and Posturing)					



ตาราง 3.2 การแปลผลระดับอาการทางจิต

ระดับ	แปลผล
ระดับปกติ/น้อย	คะแนนรวม 8-16 **โดย ข้อ 2,3,4,6 และ 8 ทุกข้อ มีค่าน้อยกว่า 4 คะแนน
ระดับปานกลาง	คะแนนรวม 17-30 **โดย ข้อ 2,3,4,6 และ 8 ทุกข้อ มีค่าน้อยกว่า 4 คะแนน คะแนนรวมตั้งแต่ 31 ขึ้นไป หรือ
ระดับรุนแรง	***มีค่าคะแนนในข้อ 2,3,4,6 และ 8 ข้อใดข้อหนึ่ง มากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน

3.3.2.2 แบบสัมภาษณ์ ผู้ศึกษาได้จำแนกแบบสัมภาษณ์ออกเป็น 2 ชุด ได้แก่ ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์สำหรับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์สำหรับกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน เป็นแบบสัมภาษณ์ข้อมูลลักษณะทางประชากร ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภททัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภท และการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์สำหรับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร ผู้วิจัยได้ออกแบบเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนของผู้ดูแล มีข้อความทั้งสิ้น 9 ข้อ เป็นข้อความลักษณะทางประชากรจำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ฐานะทางการเงินของครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และส่วนของผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ สาเหตุของการป่วย ระยะเวลาที่ป่วย ลักษณะโดยรวมของอาการ สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษาครั้งสุดท้าย ความต่อเนื่องในการรักษาและการเดินทางไปพบแพทย์ตามนัด

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีจำนวนทั้งสิ้น 20 ข้อ เป็นลักษณะให้เลือกตอบข้อความที่คิดว่าถูกต้อง ซึ่งการให้คะแนนคำตอบที่ตอบถูก จะได้ 1 คะแนน ตอบผิด จะได้ 0 คะแนน คะแนนความรู้เป็นคะแนนรวมมีค่าต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนนและมีค่าสูงสุด 20 คะแนน ผู้วิจัยได้กำหนดระดับความรู้ของกลุ่มประชากรโดยกำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายของคะแนนเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาใช้เกณฑ์ของ Bloom (1986) กำหนดให้

คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป มากกว่าหรือเท่ากับ 16 คะแนน มีความรู้ระดับดี

คะแนนร้อยละ 60 – 79 12-15 คะแนน มีความรู้ระดับปานกลาง

คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน มีความรู้ระดับน้อย

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



ข้อคำถามด้านบวก

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เท่ากับ	4	คะแนน
เห็นด้วย	เท่ากับ	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	เท่ากับ	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เท่ากับ	1	คะแนน

ข้อคำถามด้านลบ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เท่ากับ	1	คะแนน
เห็นด้วย	เท่ากับ	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	เท่ากับ	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เท่ากับ	4	คะแนน

ผู้วิจัยได้กำหนดการแปลผลความหมายของระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มประชากรผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวโดยใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการแบ่งระดับทัศนคติโดยใช้หลักการแจกแจงแบบปกติเป็นเกณฑ์ตามแนวคิดของเบสท์ (Best, 1995: 19 อ้างถึงใน สุมัทนา กลางคาร และวรวพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553: 100)

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

จากหลักเกณฑ์ดังกล่าวผู้วิจัยนำมาแบ่งระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย	3.27 – 4.00	หมายถึง	ระดับทัศนคติที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทระดับมากที่สุด
ค่าเฉลี่ย	2.52 – 3.26	หมายถึง	ระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทระดับค่อนข้างมาก
ค่าเฉลี่ย	1.76 – 2.51	หมายถึง	ระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย	1.00 – 1.75	หมายถึง	ระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทระดับน้อย

ส่วนที่ 4 การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยพัฒนาจากการศึกษาของ ดารุณี อ่างมัจฉา (2554) มีจำนวน 21 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความเป็นอยู่ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านอารมณ์และจิตใจ ด้านการรักษา และด้านการปรับตัวและการช่วยเหลือตนเอง เป็นข้อคำถามแบบมาตราประเมินค่า (Rating Scale) มีลักษณะแบบเลือกตอบ 3 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ไม่เคยปฏิบัติ	กำหนดให้	1	คะแนน
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	กำหนดให้	2	คะแนน
ปฏิบัติเป็นประจำ	กำหนดให้	3	คะแนน



ผู้วิจัยได้กำหนดการแปลผลของระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มประชากร ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวโดยใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการแบ่งระดับ การดูแลโดยใช้หลักการแจกแจงแบบปกติเป็นเกณฑ์ตามแนวคิดของเบสต์ (Best, 1995: 19 อ้างถึงใน สุมัทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553: 100)

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

จากหลักเกณฑ์ดังกล่าวผู้วิจัยนำมาแบ่งระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย	2.34 – 3.00	หมายถึง	การดูแลผู้ป่วยจิตเภทระดับมาก
ค่าเฉลี่ย	1.67 – 2.33	หมายถึง	การดูแลผู้ป่วยจิตเภทระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย	1.00 – 1.66	หมายถึง	การดูแลผู้ป่วยจิตเภทระดับน้อย

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์สำหรับกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน

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

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีจำนวนทั้งสิ้น 20 ข้อ เป็นลักษณะให้เลือกตอบข้อความที่คิดว่าถูกต้อง ซึ่งการให้คะแนนคำตอบที่ตอบถูก จะได้ 1 คะแนน ตอบผิด จะได้ 0 คะแนน คะแนนความรู้เป็นคะแนนรวมมีค่าต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนนและมีค่าสูงสุด 20 คะแนน ผู้วิจัยได้กำหนดระดับความรู้ของกลุ่มประชากรโดยกำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายของคะแนนเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาใช้เกณฑ์ของ Bloom (1986) กำหนดให้

คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป	มากกว่าหรือเท่ากับ 16 คะแนน	มีความรู้ระดับดี
คะแนนร้อยละ 60 – 79	12-15 คะแนน	มีความรู้ระดับปานกลาง
คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน	มีความรู้ระดับน้อย

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

ข้อความด้านบวก

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เท่ากับ	4 คะแนน
เห็นด้วย	เท่ากับ	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	เท่ากับ	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เท่ากับ	1 คะแนน



ข้อคำถามด้านลบ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เท่ากับ	1	คะแนน
เห็นด้วย	เท่ากับ	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	เท่ากับ	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เท่ากับ	4	คะแนน

ผู้วิจัยได้กำหนดการแปลผลของระดับทัศนคติของกลุ่มประชากรภาคีเครือข่ายในชุมชนโดยใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการแบ่งระดับทัศนคติโดยใช้หลักการแจกแจงแบบปกติเป็นเกณฑ์ตามแนวคิดของเบสต์ (Best, 1995: 19 อ้างถึงใน สุมัทนา กลางคาร และ วรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553: 100)

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

จากหลักเกณฑ์ดังกล่าวผู้วิจัยนำมาแบ่งระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 3.27 – 4.00 หมายถึง	ระดับทัศนคติที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทระดับมากที่สุด
ค่าเฉลี่ย 2.52 – 3.26 หมายถึง	ระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทระดับค่อนข้างมาก
ค่าเฉลี่ย 1.76 – 2.51 หมายถึง	ระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.75 หมายถึง	ระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทระดับน้อย

ส่วนที่ 4 การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยพัฒนาจากการศึกษาของ ดารุณี อ่างมัจฉา (2554) มีจำนวน 10 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านอารมณ์ และจิตใจ และด้านการรักษา เป็นข้อคำถามแบบมาตราประเมินค่า (Rating Scale) มีลักษณะแบบเลือกตอบ 3 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ไม่เคยปฏิบัติ	กำหนดให้	1	คะแนน
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	กำหนดให้	2	คะแนน
ปฏิบัติเป็นประจำ	กำหนดให้	3	คะแนน

ผู้วิจัยได้กำหนดการแปลผลของระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มประชากรภาคีเครือข่ายในชุมชนโดยใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการแบ่งระดับการดูแลโดยใช้หลักการแจกแจงแบบปกติเป็นเกณฑ์ตามแนวคิดของเบสต์ (Best, 1995: 19 อ้างถึงใน สุมัทนา กลางคาร และ วรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553: 100)

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



จากหลักเกณฑ์ดังกล่าวผู้วิจัยนำมาแบ่งระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย	2.34 – 3.00	หมายถึง การดูแลผู้ป่วยจิตเภทระดับมาก
ค่าเฉลี่ย	1.67 – 2.33	หมายถึง การดูแลผู้ป่วยจิตเภทระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย	1.00 – 1.66	หมายถึง การดูแลผู้ป่วยจิตเภทระดับน้อย

3.4 การสร้างเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

3.4.1 การสร้างเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอน ดังนี้

3.4.1.1 ศึกษาเนื้อหา ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3.4.1.2 กำหนดขอบเขตและโครงสร้างของเนื้อหาของเครื่องมือที่จะใช้ในการศึกษาวิจัย เพื่อให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา

3.4.1.3 ดำเนินการสร้างแบบสอบถาม รวมทั้งกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน

3.4.2 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือเชิงปริมาณ ในการตรวจสอบความตรงของแบบสัมภาษณ์ด้านความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยทำการตรวจสอบโดยนำแบบสัมภาษณ์ให้อาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณา จากนั้นนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญรวม 5 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องและความตรงของเนื้อหา เพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Congruence : IOC) และนำข้อเสนอจากผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อความถูกต้องและเหมาะสมสู่การนำไปใช้

ในส่วนผลของการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญที่พิจารณาความตรงของเนื้อหาและโครงสร้าง จากสูตรของ Rowinelli และ Hambleton (1997 อ้างถึงใน ณัฐวุฒิ ชูเชื้อ, 2559)

$$IOC = \Sigma R/N$$

เมื่อ

IOC = ดัชนีความสอดคล้องของข้อความ คำตอบ กับเนื้อหาตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

R = คะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

N = จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

ซึ่งสูตรของ Rowinelli และ Hambleton (1997 อ้างถึงใน ณัฐวุฒิ ชูเชื้อ, 2559) กำหนดให้ค่า IOC (Index of Congruence) มีค่า 0.5 ขึ้นไป จึงจะถือว่าวัดได้สอดคล้องกัน (ณัฐวุฒิ ชูเชื้อ, 2559: 45 อ้างอิงจาก วรรณะ ชูศรีขาว, 2553: 61)

ดังนั้น ผู้วิจัยกำหนดค่า IOC ที่รับได้ในการศึกษาคั้งนี้ไม่น้อยกว่า 0.5 จึงถือว่าข้อความนั้นๆ มีความสอดคล้องกับเนื้อหาที่ต้องการศึกษา หากข้อความใดที่มีค่า IOC น้อยกว่า 0.5 ผู้วิจัยจะต้องพิจารณาข้อความนั้นๆ อีกครั้ง เพื่อให้สอดคล้องกับเนื้อหาที่ต้องการศึกษา ทั้งนี้ ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 ท่าน เห็นตรงกัน 4 ใน 5 ถือว่าเครื่องมือมีความถูกต้องและมีความตรงตามเนื้อหา



จากผลการวิเคราะห์ความตรงตามเนื้อหาและโครงสร้างแบบสัมภาษณ์ความสอดคล้องของเนื้อหาเท่ากับ 0.66 และความสอดคล้องตามโครงสร้างเท่ากับ 0.66

3.4.2.1 ทำการทดสอบคุณภาพเครื่องมือ (Try Out) โดยนำแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการตรวจสอบปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวและกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนกลุ่มละ 30 คน ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแมต ตำบลบ้านแมต อำเภอบุญทวีกร จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นพื้นที่ใกล้เคียงและมีลักษณะของชุมชนที่คล้ายคลึงกัน เพื่อนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) ซึ่งผลการทดลองใช้ มีดังนี้

1) ความสอดคล้องตามเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์ชุดที่ 1 สำหรับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว ในด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นลักษณะข้อคำถามถูก ผิด ซึ่งผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงด้วยวิธี Kuder-Richardson (KR-20) มีค่าเท่ากับ 0.83 และในส่วนการวัดทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่เป็นข้อคำถามแบบมาตราประเมินค่า (Rating Scale) ผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงด้วยโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.92

2) ความสอดคล้องตามเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์ชุดที่ 2 สำหรับกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน ในด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นลักษณะข้อคำถามถูก ผิด ซึ่งผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงด้วยวิธี Kuder-Richardson (KR-20) มีค่าเท่ากับ 0.80 และในส่วนการวัดทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่เป็นข้อคำถามแบบมาตราประเมินค่า (Rating Scale) ผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงด้วยโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.87

3.4.3 การตรวจสอบข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน แยกเป็นหมวดหมู่ตามประเด็นปัญหา จากนั้นทำการตีความหมายของข้อมูล (Content Analysis) ที่ได้จากผู้ให้ข้อมูล เพื่อสรุปความเชื่อมโยงความสัมพันธ์และเหตุผลในแต่ละประเด็นปัญหา ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) การบันทึกการประชุม (Record) การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความถูกต้องโดยยึดหลักสามเส้า (Methodology Triangulation) ในด้านข้อมูล (Data Triangulation) ซึ่งแหล่งของข้อมูลที่น่ามาใช้พิจารณาตรวจสอบได้แก่ แหล่งสถานที่ แหล่งเวลา และแหล่งบุคคล กล่าวคือ ผู้วิจัยได้นำแนวทางสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview Guideline) สัมภาษณ์กับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแมต ซึ่งมีความแตกต่างด้านแหล่งสถานที่ ด้านแหล่งเวลา และด้านแหล่งบุคคล

3.5 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ขั้นที่ 1 ขั้นการวางแผน (Planning)

1.1 ศึกษาบริบทพื้นที่ วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา

1.1.1 วิเคราะห์สาเหตุของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง

1.1.2 ศึกษากระบวนการดูแลเดิม



1.1.3 ศึกษาทรัพยากรหรือสิ่งสนับสนุนที่จะสนองต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (Input) เพื่อวางแผนเป็นกระบวนการใหม่

1.2 คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย/แต่งตั้งคณะทำงาน ได้แก่ กลุ่มที่ 1 คือ กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว กลุ่มที่ 2 กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประจำครอบครัว ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน สมาชิกเทศบาล เจ้าอาวาสวัด ปลัดเทศบาล นักพัฒนาชุมชน ผู้อำนวยการโรงเรียน และตำรวจประจำท้องที่ และกลุ่มที่ 3 กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล เภสัชกร พยาบาลจัดการดูแลผู้ป่วยด้านจิตเวช พยาบาลประจำศูนย์ดูแลต่อเนื่อง สาธารณสุขอำเภอ ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จากนั้นคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยโดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างจากเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) และเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่สามารถร่วมกระบวนการวิจัยได้อย่างมีคุณภาพ

1.3 ขึ้นเก็บรวบรวมข้อมูล

1.3.1 ประเมินระดับอาการทางจิตด้วยเครื่องมือประเมินอาการทางจิตฉบับพระศรีมหาโพธิ์ จำนวน 8 ข้อ (PASS 8) ก่อนการพัฒนา

1.3.2 สัมภาษณ์โดยใช้แบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Knowledge) ทศนคติที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท (Attitude) การดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Practical) โดยการใช้แบบสัมภาษณ์ในกลุ่มประชากรผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวและกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน ก่อนการพัฒนา

1.3.3 ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนและกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์การสาธารณสุข จากนั้นผู้วิจัยนำผลการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) เพื่อนำผลการสัมภาษณ์ของผู้ร่วมวิจัยทั้ง 3 กลุ่ม ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อวางแผนออกแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยประยุกต์ใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) ร่วมกับกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ในขั้นตอนต่อไป

1.4 ขึ้นประชุมวางแผนและจัดทำแผนปฏิบัติการ

1.4.1 ผู้วิจัยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อวางแผนการประยุกต์ใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยผู้วิจัยได้นำประเด็นปัญหาและแนวทางการแก้ไขที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มประชากรผู้ร่วมวิจัยมานำเสนอในที่ประชุม เพื่อให้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผน ออกแบบแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

1.4.2 ผู้วิจัยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับประชากรผู้เข้าร่วมวิจัยทั้ง 3 กลุ่ม เพื่อร่วมกันวางแผนในการจัดทำแผนปฏิบัติการ โดยผู้วิจัยนำเสนอแนวทางการแก้ไขปัญหาที่ได้จากการประยุกต์ใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) ให้ที่ประชุมรับทราบ โดยเปิดโอกาสให้ที่ประชุมแสดงความคิดเห็นในแต่ละประเด็นของการประยุกต์ใช้ตามองค์ประกอบ และนำไปสู่การจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ที่จะเป็นแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับบริบทชุมชน



ขั้นที่ 2 ขั้นปฏิบัติ (Action)

จากการประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกันของกลุ่มประชากรที่ศึกษาทั้ง 3 กลุ่ม ทำให้ได้มาซึ่งแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ซึ่งในแผนปฏิบัติการดังกล่าวได้จำแนกกิจกรรมออกเป็น 3 โครงการ ได้แก่ โครงการอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โครงการบริการคลินิกจิตเวชร่วมกับคลินิกโรคเรื้อรัง (NCD) ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น และโครงการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยประยุกต์ใช้แนวคิด (DOT) ซึ่งมีการดำเนินการ ดังนี้

2.1.1 โครงการอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

วัตถุประสงค์ เพื่อเพิ่มองค์ความรู้และเพิ่มทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท รวมถึงการแก้ไขปัญหาหรือการให้การช่วยเหลือเบื้องต้น

กลุ่มเป้าหมาย กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว จำนวน 8 คน และกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน จำนวน 21 คน รวมทั้งสิ้น 29 คน

กิจกรรม บรรยายให้ความรู้ในหัวข้อโรคจิตเภทและทักษะในการดูแลรักษา ความรู้เรื่องยาและอาการข้างเคียงของยา และการประเมินอาการและการช่วยเหลือเบื้องต้น

ระยะเวลาดำเนินการ 1 วัน

2.1.2 โครงการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยประยุกต์ใช้แนวคิด (DOT)

วัตถุประสงค์ เพื่อติดตามการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทให้มีประสิทธิภาพและเป็นไปอย่างต่อเนื่อง

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 8 ราย ผู้ดูแลในครอบครัว จำนวน 8 ราย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 8 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 4 คน และผู้ใหญ่บ้านจำนวน 4 คน

กิจกรรม เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ใหญ่บ้าน ติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยมีการบันทึกการรับประทานยา โดยผู้ดูแลในครอบครัวลงชื่อกำกับทุกวัน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกำกับทุก 7 วันและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ติดตามดูแลทุก 1-2 สัปดาห์ ตามระดับอาการทางจิต

ระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์

2.1.3 โครงการบริการคลินิกจิตเวชร่วมกับคลินิกโรคเรื้อรัง (NCD) ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น

วัตถุประสงค์ เพื่อลดข้อจำกัดในการเดินทางไปรับยาที่โรงพยาบาล

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 8 ราย

กิจกรรม แพทย์ เภสัชกร พยาบาลจัดการดูแลผู้ป่วยด้านจิตเวช จากโรงพยาบาล บุณฑริกทำการตรวจรักษา จ่ายยาให้กับผู้ป่วยจิตเภทก่อนที่จะให้บริการกับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (NCD) ทั่วไปโดยมีการบันทึกการรักษาในโปรแกรม JHCIS พร้อมบันทึกการรักษาในทะเบียนบันทึกการรักษา และในสมุดประจำตัวผู้ป่วย และแพทย์จะทำการนัดติดตามการรักษา ทุก 4 สัปดาห์

ระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์



ขั้นที่ 3 ร่วมสังเกตผล (Observation)

ผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัยร่วมกันสังเกตผลในทุกกิจกรรม ทุกขั้นตอนตั้งแต่ก่อนดำเนินการ ระหว่างดำเนินการและหลังการดำเนินการ ในส่วนของผลการดำเนินการที่ต้องวัดผลก่อนและหลังการหลังดำเนินการ ได้แก่ ผลของระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทักษะคดีที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท และการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จากแบบสัมภาษณ์ที่จำแนกไว้เป็น 2 ชุด คือ ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์สำหรับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์สำหรับกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ข้อมูลลักษณะทางประชากร ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทักษะคดีต่อผู้ป่วยจิตเภท และการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผู้วิจัยทำการประเมินผลก่อนการดำเนินงาน (Pre -Test) ในขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูลในขั้นวางแผนและประเมินผลหลังการดำเนินงาน (Post -Test) หลังการดำเนินการโครงการอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ขั้นที่ 4 ขั้นสะท้อนผล (Reflection)

จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียน โดยผู้วิจัยจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยจัดประชุมกลุ่มในลักษณะของการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เพื่อประเมินผลระดับอาการทางจิตและความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จากนั้นถอดบทเรียน โดยประเมินผลการดำเนินงานและร่วมกันกำหนด วางแผนการดำเนินงานตามปัญหาและอุปสรรคที่พบ และนำแผนที่ปรับปรุงไปสู่การปฏิบัติอีกครั้ง

3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสำรวจ การสัมภาษณ์ การสังเกต ซึ่งผ่านการตรวจสอบข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปและทำการวิเคราะห์โดยแยกเป็น 2 ส่วน คือ ข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ

3.6.1 ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้ข้อมูลดังนี้

3.6.1.1 สร้างคู่มือลกรหัส (Data Coding) และป้อนข้อมูลเชิงปริมาณ

3.6.1.2 ตรวจสอบความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นได้

3.6.1.3 วิเคราะห์ข้อมูลทางคุณลักษณะของประชากร และเปรียบเทียบความแตกต่าง

ก่อนและหลังการดำเนินงาน กล่าวคือ ในส่วนของระดับอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทและความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ผลด้วยการแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยจิตเภทตามระดับคะแนนและระดับความรู้ ตามลำดับ ส่วนทักษะคดีที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยใช้สถิติเชิงพรรณนาเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.6.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยนำผลของการสัมภาษณ์เชิงลึก รายงานบันทึกการประชุม ผลการสนทนากลุ่มและการสังเกตแบบมีส่วนร่วม มาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน แยกเป็นหมวดหมู่ตามประเด็นปัญหา พิจารณาจัดกลุ่มข้อมูลที่เป็นคำพูดของผู้ให้ข้อมูล แล้วทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)



3.7 จริยธรรมในการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่การรับรอง PH013/2560 วันที่รับรอง 2 พฤษภาคม 2560 และหมดอายุวันที่ 1 พฤษภาคม 2561 และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้บนพื้นฐานของโครงร่างงานวิจัยที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ได้รับและพิจารณา ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงสิทธิประโยชน์ในการให้ข้อมูล โดยผู้ให้ข้อมูลจะเป็นผู้ตัดสินใจในการเข้าร่วมการศึกษาโดยสมัครใจ ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย ขั้นตอน วิธีการ ระยะเวลาและประโยชน์ที่จะได้รับจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้แก่กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน และกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในการยินยอมให้ข้อมูล โดยไม่มีข้อบังคับใดๆ สามารถยุติการเข้าร่วมเมื่อไรก็ได้ โดยไม่ต้องบอกเหตุผล และเน้นย้ำให้กลุ่มประชากรได้ทราบว่าข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นความลับ และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมซึ่งจะเป็นประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น และในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ไม่มีประชากรที่ศึกษาขอถอนตัวในการเข้าร่วมกิจกรรมแต่อย่างใด



บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปราย

การศึกษาวิจัยเรื่องกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี เป็นการศึกษาวิจัยปฏิบัติการเชิงเทคนิค (Technical Action Research) โดยมีความมุ่งหมายเฉพาะ เพื่อศึกษาริบทการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เพื่อศึกษากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เพื่อศึกษาผลของกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และเพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยใช้แบบสัมภาษณ์และแบบสัมภาษณ์เชิงลึกในการศึกษาข้อมูลของกลุ่มประชากร ได้แก่ กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน และกลุ่มบุคคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุข จำนวนทั้งสิ้น 39 คน ผู้วิจัยขอเสนอผลการศึกษา ดังนี้

- 4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล
- 4.2 ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล
- 4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในการสื่อสารความหมาย ผู้วิจัยได้กำหนดความหมายของสัญลักษณ์ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

N	แทนค่า	จำนวนประชากร
\bar{x}	แทนค่า	ค่าเฉลี่ย
Max	แทนค่า	ค่าสูงสุด
Min	แทนค่า	ค่าต่ำสุด
SD	แทนค่า	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4.2 ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลและดำเนินกิจกรรมตามกรอบแนวคิดการวิจัยแล้วนำเสนอผลการวิจัยตามลำดับ ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 บริบทการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี

ส่วนที่ 2 กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี



ส่วนที่ 3 ผลของกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

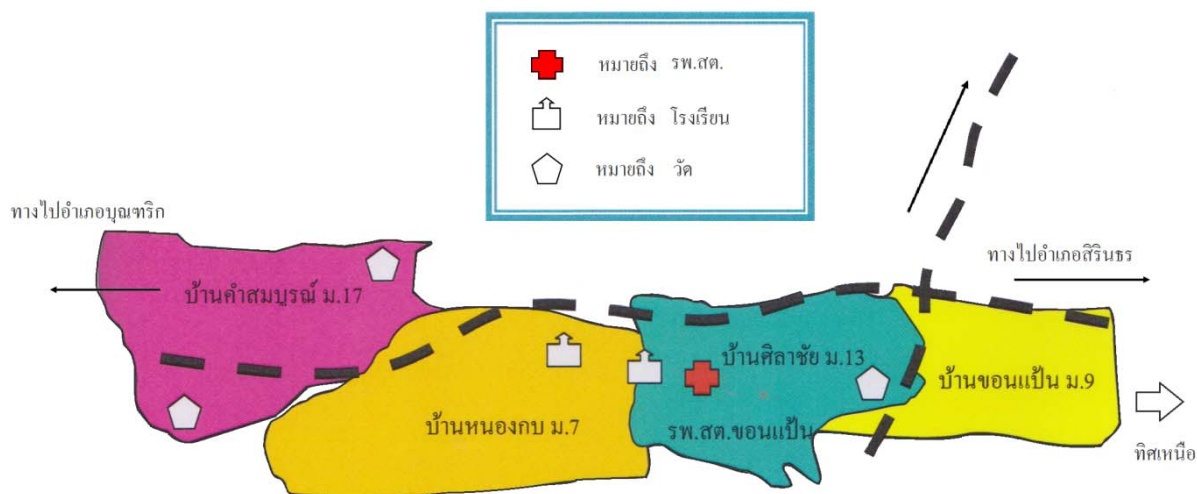
ส่วนที่ 4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 บริบทการดูแลผู้ป่วยจิตเภทพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

1.1 ด้านประวัติความเป็นมาและความรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตั้งอยู่หมู่ 13 บ้านศิลาชัย ตำบลคอแลน อำเภอบุณฑริก ตั้งอยู่บนทางหลวงหมายเลข 2396 อยู่ห่างจากอำเภอบุณฑริกระยะทาง 23 กิโลเมตร และห่างจากจังหวัดอุบลราชธานีเป็นระยะทาง 110 กิโลเมตร มีอาณาเขตด้านทิศเหนือติดต่อกับบ้านป่าแฉม ตำบลคอแลน ทิศใต้ติดต่อกับบ้านหนองกบ ตำบลคอแลน ทิศตะวันออกติดต่อกับสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว และทิศตะวันตกติดต่อกับบ้านคอแลน ตำบลคอแลน ก่อสร้าง เมื่อปี พ.ศ. 2537 เดิมเป็นสถานีอนามัย ตั้งอยู่ในบริเวณพื้นที่โรงเรียนบ้านขอนแก่น ต่อมาได้รับงบประมาณก่อสร้างอาคารสถานีอนามัยหลังใหม่ขึ้น จึงแลกเปลี่ยนพื้นที่กับโรงเรียน โดยทำการโอนพื้นที่เดิมให้กับโรงเรียนบ้านขอนแก่นและขอพื้นที่โรงเรียนบ้านขอนแก่น จำนวน 2 ไร่ 1 งาน 46 ตารางวา เป็นที่ตั้งจนถึงปัจจุบัน และสถานีอนามัยบ้านขอนแก่นได้ยกระดับให้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่นเมื่อปี พ.ศ. 2554 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่นเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขนาดเล็กรับผิดชอบทั้งหมด 4 หมู่บ้าน ได้แก่ บ้านหนองกบ หมู่ที่ 7 บ้านขอนแก่น หมู่ที่ 9 บ้านศิลาชัย หมู่ที่ 13 และบ้านคำสมบุรณ์ หมู่ที่ 17 จำนวนทั้งสิ้น 661 หลังคาเรือน ตั้งอยู่ในความรับผิดชอบของสำนักงานเทศบาลตำบลคอแลน รับผิดชอบประชากรทั้งสิ้น 2,793 คน จำแนกเป็นประชากรเพศชาย 1,417 คน และเพศหญิง 1,376 คน และประชากรส่วนใหญ่เป็นวัยทำงาน มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 55 คน อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) จำนวน 1 คน รับผิดชอบวัดจำนวน 2 แห่ง สำนักสงฆ์ จำนวน 1 แห่ง รับผิดชอบโรงเรียนประถมศึกษาจำนวน 2 แห่งและศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจำนวน 2 แห่ง





ภาพประกอบ 4.1 แผนที่แสดงพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น

1.2 ด้านลักษณะภูมิประเทศ สภาพพื้นที่โดยทั่วไปเป็นพื้นที่ราบลุ่มตามแนวตะเข็บชายแดนไทย-ลาว พื้นที่บางส่วนเป็นพื้นที่ดอนอยู่ติดกับเทือกเขาพนมดงรัก เป็นพื้นที่ปลูกเศรษฐกิจได้แก่ ยางพารา มันสำปะหลัง เป็นต้น

1.3 ด้านสภาพภูมิอากาศ มี 3 ฤดูกาล คือ ฤดูร้อน ช่วงระยะเวลาตั้งแต่เดือนมีนาคม - เมษายน อุณหภูมิเฉลี่ย 32.1 องศาเซลเซียส ฤดูฝน ช่วงระยะเวลาตั้งแต่เดือนพฤษภาคม-เดือนกันยายน อุณหภูมิเฉลี่ย 30.6 องศาเซลเซียส และฤดูหนาวช่วงระยะเวลาตั้งแต่เดือนตุลาคม-กุมภาพันธ์ อุณหภูมิเฉลี่ย 25 องศาเซลเซียส

1.4 ด้านเศรษฐกิจและสังคมประชากรในพื้นที่ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพหลัก คือ ทำนา ทำสวนยางพารา ทำไร่มันสำปะหลังและเลี้ยงสัตว์ มีอาชีพรองคือหัตถกรรมจักสาน ได้แก่ สานหวด สานกระติบข้าว อนึ่ง ประชากรชายวัยแรงงานส่วนหนึ่งนิยมตัดไม้ฟุงขาย เนื่องจากไม้ฟุงเป็นไม้ที่ใช้ในการจักสานหวด ซึ่งเป็นอาชีพหลักของประชากรบางครอบครัวที่ไม่มีที่ดินทำกิน และประชากรวัยกลางคนส่วนหนึ่งนิยมรับจ้างเป็นแรงงานก่อสร้างไปทำงานที่ต่างจังหวัด

1.5 สภาพทางสังคมและวัฒนธรรมของชุมชนพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น เป็นชุมชนชนบทชายแดนที่มีประวัติตั้งแต่ในอดีต ตั้งแต่ครั้งในอดีตมีการอพยพย้ายถิ่นฐานมารวมกันสามารถจัดการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ด้วยชุมชนเอง มีภูมิปัญญาพื้นบ้านในการแก้ไขปัญหา ด้านสุขภาพการเจ็บป่วย ได้แก่ หมอพื้นบ้าน หมอเป่า ที่มีความรู้ด้านสมุนไพรในการรักษาโรคต่างๆ ที่นอกจากความรู้ด้านสมุนไพร ยังเป็นที่พึ่งทางใจ เป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจของชุมชนในการแก้ไขปัญหา ชุมชนให้ผ่านพ้นไปได้ด้วยดี ทำให้ชุมชนมีความสมัครสมานสามัคคี มีความรัก ความผูกพันความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ได้แก่ การลงแขกทำนา การช่วยงานบุญต่าง ๆ เช่น งานขึ้นบ้านใหม่ งานบวช งานแต่งงาน งานศพ และการร่วมแรงร่วมใจในการพัฒนาชุมชน การจัดกิจกรรมการประชุมหารือ จะใช้ศาลาประชาคมและศาลาวัดในหมู่บ้านในการประชุมพบปะปรึกษาหารืออย่างเป็นทางการ นอกจากนี้ชุมชนบ้านศิลาชัยมีประเพณีที่ดั้งเดิมสืบทอดกันมา ได้แก่ พิธีตักบาตรวันขึ้นปีใหม่ พิธีรดน้ำดำหัวผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุในวันสงกรานต์ จัดงานแห่เทียนพรรษาในช่วงเข้าพรรษา ประเพณีข้าวประดับดิน ประเพณีบุญ

ออกพรรษา และประเพณีลอยกระทง ซึ่งทุกกิจกรรมล้วนแล้วแต่เป็นกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ทุกคนในหมู่บ้านมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน ส่งเสริมการสร้างความรัก ความสามัคคี รวมถึงการสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างชาวบ้านกับองค์กรต่างๆ ในชุมชนที่ปฏิบัติสืบทอดกันมายาวนาน

1.6 ด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี มีจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในความดูแลในพื้นที่รับผิดชอบจำนวนทั้งสิ้น 10 ราย ในปี 2559 พบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทมีการป่วยซ้ำถึง 4 ราย คิดเป็นอัตราการร้อยละ 40.0 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด และจากผลการประเมินระดับอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท โดยเครื่องมือประเมินอาการทางจิตจำนวน 8 ข้อ ฉบับพระศรีมหาโพธิ์ (PASS 8) ณ วันที่ 30 กันยายน 2559 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตระดับปกติ จำนวน 4 ราย และมีอาการระดับปานกลางถึง 6 ราย จากการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทั้ง 6 ราย พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ ดังตาราง 4.1

ตาราง 4.1 พฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ

พฤติกรรม	จำนวน (ราย)
1. รับประทานทานยาไม่ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ และรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง	2
2. เกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ในการรักษา	1
3. มีข้อจำกัดในการเดินทางไปรับยาเนื่องจากอาศัยอยู่กับผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลที่ไม่ได้อยู่ดูแลเป็นประจำทุกวัน	2
4. ไม่อยากรับประทานยาเนื่องจากมีประสบการณ์ที่ไม่ดีเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยา	1

โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่นมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่นร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ติดตามเยี่ยมบ้านเดือนละ 1 ครั้ง ส่วนในผู้ป่วยรายที่อาศัยอยู่กับผู้สูงอายุหรือมีผู้ดูแลที่ไม่ได้อยู่ดูแลเป็นประจำทุกวัน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านผลัดเปลี่ยนกันจัดยาให้ผู้ป่วย แต่กิจกรรมดังกล่าวขาดการดำเนินการที่ต่อเนื่อง จึงส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องมีโอกาสเกิดการป่วยซ้ำและต้องกลับไปรักษาตัวที่โรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น



ส่วนที่ 2 กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอภูผาทริก จังหวัดอุดรธาธาธานี

ผู้วิจัยดำเนินการตามกรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) มีรายละเอียดของกระบวนการดังนี้

2.1 ขั้นวางแผน (Planning) เป็นกระบวนการที่ผู้วิจัยและทีมผู้ร่วมวิจัยเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม ร่วมรับรู้ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ตลอดจนร่วมวางแผนออกแบบกระบวนการที่จะพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทแบบใหม่ ซึ่งจะนำไปสู่แผนปฏิบัติการ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้รับการรักษาและดูแลอย่างต่อเนื่อง และกระบวนการดังกล่าวมีขั้นตอนปลีกย่อยดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย/แต่งตั้งคณะทำงาน ได้แก่ กลุ่มที่ 1 คือ กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว กลุ่มที่ 2 กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน สมาชิกเทศบาล เจ้าอาวาสวัด ปลัดเทศบาล นักพัฒนาชุมชน ผู้อำนวยการโรงเรียน และตำรวจประจำท้องที่ และกลุ่มที่ 3 กลุ่มบุคคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล เกษัชกร พยาบาลจัดการดูแลผู้ป่วยด้านจิตเภท พยาบาลประจำศูนย์ดูแลต่อเนื่อง สาธารณสุขอำเภอ ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น

กิจกรรมที่ 2 ผู้วิจัยประเมินระดับอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทด้วยเครื่องมือประเมินอาการทางจิตฉบับพระศรีมหาโพธิ์ (PASS 8) พบว่า ก่อนการพัฒนา ผู้ป่วยจิตเภทมีระดับอาการระดับปกติ/น้อย จำนวน 4 คน (ร้อยละ 50.0) และพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีระดับอาการระดับปานกลาง จำนวน 4 คน (ร้อยละ 50.0) ไม่มีผู้ป่วยจิตเภทรายใดที่มีอาการรุนแรง ดังตาราง 4.2

ตาราง 4.2 ระดับอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทด้วยแบบประเมินอาการทางจิต (PASS 8) ก่อนการพัฒนา

ระดับอาการ (n=8 คน)	จำนวน	ร้อยละ
น้อย (คะแนนรวม 8-16 คะแนน)	4	50.0
ปานกลาง (คะแนนรวม 17-30 คะแนน)	4	50.0
รุนแรง (คะแนนรวม 31 คะแนนขึ้นไป)	0	0.0

กิจกรรมที่ 3 สัมภาษณ์ด้วยแบบสัมภาษณ์เพื่อวัดระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทศนคติที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท การดูแลผู้ป่วยจิตเภทประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Knowledge) ทศนคติที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท (Attitude) และการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Practical) ในกลุ่มประชากรผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวและกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน ก่อนการพัฒนา



3.1 กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว

ข้อมูลลักษณะทางประชากร

การศึกษาข้อมูลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดอุบลราชธานี ก่อนการพัฒนาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 62.5 มีอายุเฉลี่ย 51 ปี (S.D.=15.57) สถานภาพสมรส ร้อยละ 87.5 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 100.0 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 100.0 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 3,375 บาท (S.D.=1,407.89) รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่ำสุด 2,000 บาท รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยสูงสุด 5,000 บาท ฐานะการเงินของครอบครัวอยู่ในระดับพอกินพอใช้ ร้อยละ 100.0 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นคู่สมรส ร้อยละ 37.5 ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 14 ปี (S.D.=10.67) มีระยะเวลาดูแลผู้ป่วยน้อยที่สุด 2 ปี และมีระยะเวลาดูแลผู้ป่วยมากที่สุด 30 ปี

ตาราง 4.3 ข้อมูลลักษณะทางประชากรของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว

ข้อมูลลักษณะทางประชากรของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว	จำนวน (N=8)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	5	62.5
หญิง	3	37.5
อายุ		
30-39 ปี	1	12.5
40-49 ปี	3	37.5
50-59 ปี	3	37.5
มากกว่า 60 ปี	1	12.5
Min = 30 ปี, Max = 82 ปี, \bar{x} = 50.75 ปี, S.D. = 15.57 ปี		
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	8	100.0
สถานภาพ		
สมรส, คู่	7	87.5
หม้าย, หย่าร้าง, แยกกันอยู่	1	12.5
อาชีพ		
เกษตรกรรม	8	100.0
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
น้อยกว่า 2,000 บาท	2	25.0
2,001 - 5,000 บาท	3	37.5
5,001 บาท ขึ้นไป	3	37.5
Min = 2,000 บาท, Max = 5,000 บาท, \bar{x} = 3,375 บาท, S.D. = 1,407.89 บาท		



ตาราง 4.3 (ต่อ)

ข้อมูลลักษณะทางประชากรของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว	จำนวน (N=8)	ร้อยละ
ฐานะทางการเงินของครอบครัว		
พอกินพอใช้	8	100.0
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท		
บิดามารดา	2	25.0
คู่สมรส	3	37.5
พี่น้อง	2	25.0
ญาติสนิท	1	12.5
ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี	2	25.0
6 – 10 ปี	2	25.0
มากกว่า 20 ปี	4	50.0
Min = 2, Max = 30, \bar{x} = 14 , S.D. = 10.67		

ส่วนผู้ป่วยจิตเภทมีอายุเฉลี่ย 43 ปี (S.D.=6.80) สถานภาพสมรส ร้อยละ 62.5 ปัจจัยที่ทำให้ป่วยเป็นโรคจิตเภทคือ มีความเครียดในการดำเนินชีวิต ร้อยละ 62.5 ระยะเวลาที่ป่วยเฉลี่ย 14 ปี (S.D.=10.67) ลักษณะอาการโดยรวม ส่วนใหญ่มีอาการผิดปกติทางอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมเป็นบางครั้ง ร้อยละ 50.0 ความต่อเนื่องในการรักษา ส่วนใหญ่พบแพทย์ทุกครั้ง ร้อยละ 75.0 การเดินทางไปพบแพทย์ เดินทางโดยรถส่วนตัว ร้อยละ 37.5 ดังตาราง 4.4

ตาราง 4.4 ข้อมูลลักษณะทางประชากรของผู้ป่วยจิตเภท

ข้อมูลลักษณะทางประชากรผู้ป่วยจิตเภท	จำนวน (N=8)	ร้อยละ
เพศของผู้ป่วย		
ชาย	4	50.0
หญิง	4	50.0
อายุผู้ป่วยจิตเภท		
30-39 ปี	3	37.5
40-49 ปี	4	50.0
50-59 ปี	1	12.5



ตาราง 4.4 (ต่อ)

ข้อมูลลักษณะทางประชากรผู้ป่วยจิตเภท	จำนวน (N=8)	ร้อยละ
สถานภาพผู้ป่วยจิตเภท		
สมรส, คู่	5	62.5
โสด	3	37.5
ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี	2	25.0
6 – 10 ปี	2	25.0
มากกว่า 20 ปี	4	50.0
Min=2 ปี, Max=30 ปี, \bar{x} =14.14 ปี, S.D. =10.67 ปี		
ลักษณะอาการโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทในขณะนี้		
ใช้ชีวิตได้ตามปกติ ไม่มี ความผิดปกติทางอารมณ์ ความคิดและพฤติกรรม	3	37.5
มีความผิดปกติทางอารมณ์ ความคิดและพฤติกรรมเป็นบางครั้ง	4	50.0
มีความผิดปกติทางอารมณ์ ความคิดและพฤติกรรมบ่อยครั้ง	1	12.5
สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษาครั้งสุดท้าย		
โรงพยาบาลบุญทริก	8	100
ความต่อเนื่องในการรักษา		
พบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง	6	75.0
ไม่ได้ไปพบแพทย์ เนื่องจาก	2	25.0
การเดินทางไปพบแพทย์ตามนัด		
รถส่วนตัว	3	37.5
รถรับจ้าง	2	25.0
รถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	1	12.5
รถประจำทาง	2	25.0

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากการประเมินระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว โดยการใช้แบบสัมภาษณ์รายบุคคล พบว่า กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวมีระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทระดับดี ร้อยละ 37.5 รองลงมา มีระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทระดับปานกลาง ร้อยละ 50.0 และมีระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทระดับน้อย ร้อยละ 12.5 ดังตาราง 4.5



ตาราง 4.5 ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว
ก่อนการพัฒนา

ระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	จำนวน (N = 8)	ร้อยละ
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับดี (มากกว่าหรือเท่ากับ 16 คะแนน)	3	37.5
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับปานกลาง (12 – 15 คะแนน)	4	50.0
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับน้อย (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน)	1	12.5
รวม	8	100.0

ทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภท

จากการประเมินระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว โดยการใช้แบบสัมภาษณ์รายบุคคล พบว่า กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามระดับในรายชื่อ ได้แก่ 1) ผู้ป่วยจิตเภทมีแต่จะสร้างความเดือดร้อนให้กับผู้อื่น ระดับค่อนข้างมาก ($\bar{x} = 2.63$, S.D. = 1.06) 2) แม้ว่าผู้ป่วยไม่แสดงอาการแต่ท่านก็รู้สึกหวาดระแวง ที่จะโดนทำร้าย ระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.50$, S.D. = 0.93) 3) ผู้ป่วยจิตเภทเป็นกลุ่มคนที่น่าสงสาร ควรที่จะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 3.38$, S.D. = 0.52) 4) ควรให้ผู้ป่วยจิตเภทอยู่เฉยๆ ไม่ควรให้ทำงานหรือประกอบอาชีพ ระดับค่อนข้างมาก ($\bar{x} = 2.88$, S.D. = 0.84) 5) ท่านไม่เคยรู้สึกท้อแท้ ที่จะพาผู้ป่วยไปรับการรักษา ระดับน้อย ($\bar{x} = 1.38$, S.D. = 0.52) 6) คนในชุมชนควรมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระดับน้อย ($\bar{x} = 1.63$, S.D. = 0.52) 7) ผู้ป่วยจิตเภทสามารถร่วมทำกิจกรรมในชุมชน เช่น งานบุญ งานพัฒนาในชุมชนได้ ระดับน้อย ($\bar{x} = 1.38$, S.D. = 0.52) 8) ผู้ดูแลมีส่วนสำคัญในการรักษาอาการของผู้ป่วยจิตเภท ระดับน้อย ($\bar{x} = 1.75$, S.D. = 0.46) 9) การรักษาโรคจิตเภท จะต้องปฏิบัติตัวตามคำสั่งของแพทย์และพยาบาลอย่างเคร่งครัด ระดับน้อย ($\bar{x} = 1.75$, S.D. = 0.46) และ 10) การดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชนเป็นวิธีการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่ดีที่สุด ระดับค่อนข้างมาก ($\bar{x} = 2.88$, S.D. = 0.35) ดังตาราง 4.6 และพบว่า กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวมีระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทในรายด้าน คือ ด้านทัศนคติต่อตัวผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.85$, S.D. = 0.84) และทัศนคติต่อการรักษาอยู่ในระดับน้อย ($\bar{x} = 1.80$, S.D. = 0.47) และระดับทัศนคติโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.22$) ดังตาราง 4.7



ตาราง 4.6 ระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวรายข้อ ก่อนการพัฒนา

ระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในครอบครัว	จำนวน (N = 8)		
	\bar{x}	S.D.	ระดับ
<u>ทัศนคติต่อตัวผู้ป่วย</u>			
1. ผู้ป่วยจิตเภทมีแต่จะสร้างความเดือดร้อนให้กับผู้อื่น	2.63	1.06	ค่อนข้างมาก
2. แม้ว่าผู้ป่วยไม่แสดงอาการ แต่ท่านก็ยังรู้สึกหวาดระแวง ที่จะโดนทำร้าย	2.50	0.93	ปานกลาง
3. ผู้ป่วยจิตเภทเป็นกลุ่มคนที่น่าสงสาร ควรที่จะได้รับการดูแล อย่างต่อเนื่อง	3.38	0.52	มากที่สุด
4. ควรให้ผู้ป่วยจิตเภทอยู่เฉยๆ ไม่ควรให้ทำงานหรือประกอบ อาชีพ	2.88	0.84	ค่อนข้างมาก
<u>ทัศนคติต่อการรักษา</u>			
5. ท่านไม่เคยรู้สึกท้อแท้ ที่จะพาผู้ป่วยไปรับการรักษา	1.38	0.52	น้อย
6. คนในชุมชนควรมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	1.63	0.52	น้อย
7. ผู้ป่วยจิตเภทสามารถร่วมทำกิจกรรมในชุมชน เช่น งานบุญ งานพัฒนาในชุมชนได้	1.38	0.52	น้อย
8. ผู้ดูแลมีส่วนสำคัญในการรักษาอาการของผู้ป่วยจิตเภท	1.75	0.46	น้อย
9. การรักษาโรคจิตเภท จะต้องปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์ และพยาบาลอย่างเคร่งครัด	1.75	0.46	น้อย
10. การดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน เป็นวิธีการดูแลรักษาผู้ป่วย จิตเภทที่ดีที่สุด	2.88	0.35	ค่อนข้างมาก

ตาราง 4.7 ระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวรายด้านและ
ภาพรวม ก่อนการพัฒนา

ระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในครอบครัว	จำนวน (N = 8)		
	\bar{x}	S.D.	ระดับ
ทัศนคติต่อตัวผู้ป่วย	2.85	0.84	ค่อนข้างมาก
ทัศนคติต่อการรักษา	1.80	0.47	ปานกลาง
ภาพรวม	2.22	0.62	ปานกลาง



การดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากการประเมินระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว โดยการใช้แบบสัมภาษณ์รายบุคคล พบว่า กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตามระดับในรายชื่อ ได้แก่ 1) ท่านคอยดูแลให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันอย่างสม่ำเสมอเช่น อาบน้ำ สระผม เปลี่ยนเสื้อผ้า ฯลฯ ระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.00$, S.D. = 0.54) 2) ท่านจัดหาของใช้ที่จำเป็นให้แก่ผู้ป่วย เช่น เสื้อผ้า อาหาร พร้อมทั้งสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.13$, S.D. = 0.64) 3) ท่านดูแลรักษาความสะอาดของใช้ส่วนตัวของผู้ป่วยจิตเภทให้เป็นระเบียบเรียบร้อย เช่น เสื้อผ้า ที่นอน ระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.13$, S.D. = 0.84) 4) ท่านรับผิดชอบในการจัดหาสถานที่ ที่พัก ที่เหมาะสมเมื่อผู้ป่วยเมื่อกลับมาอยู่บ้าน ระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.13$, S.D. = 0.84) 5) ท่านมอบเงินให้ผู้ป่วยไว้ใช้จ่ายส่วนตัว ระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.13$, S.D. = 0.35) 6) ท่านต้องทำงานเพิ่มเพื่อให้มีเงินเพียงพอสำหรับการดูแลผู้ป่วย ระดับน้อย ($\bar{x} = 1.50$, S.D. = 0.76) 7) ท่านต้องกู้ยืมเงินเพื่อมาใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย ระดับน้อย ($\bar{x} = 1.38$, S.D. = 0.74) 8) ท่านพาผู้ป่วยไปร่วมทำกิจกรรมในสังคม เช่น ไปวัดทำบุญ ไปร่วมงานในหมู่บ้าน ไปจ่ายซื้อของในตัวเมือง ระดับน้อย ($\bar{x} = 1.25$, S.D. = 0.46) 9) ท่านสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมในสังคม เช่น การเป็นอาสาสมัคร หรือร่วมพัฒนาหมู่บ้าน ระดับปานกลาง ($\bar{x} = 1.75$, S.D. = 0.70) 10) ท่านสนับสนุนและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พบปะพูดคุยและมีเพื่อน ระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.25$, S.D. = 0.46) 11) ท่านชมเชยหรือให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยทำดีหรือทำถูกต้อง ระดับน้อย ($\bar{x} = 1.25$, S.D. = 0.46) 12) ท่านจะช่วยเหลือให้คำปรึกษาและให้กำลังใจ เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาหรือไม่สบายใจ ระดับน้อย ($\bar{x} = 1.25$, S.D. = 0.46) 13) ท่านจะไม่ดูต่ำหรือแสดงความไม่พอใจเมื่อผู้ป่วยทำผิด ระดับปานกลาง ($\bar{x} = 1.75$, S.D. = 0.46) 14) ท่านพาผู้ป่วยไปรับการรักษาหรือรับบริการด้านสุขภาพที่โรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาด้านสุขภาพ ระดับมาก ($\bar{x} = 2.38$, S.D. = 0.52) 15) ท่านดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาและพบแพทย์ตามนัด ระดับมาก ($\bar{x} = 2.38$, S.D. = 0.52) 16) ท่านปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์ทันที เมื่อเกิดปัญหาในการดูแลผู้ป่วย ระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.50$, S.D. = 0.54) 17) ท่านกระตุ้นสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้กระทำการกิจกรรมที่เคยทำเมื่อก่อนป่วย ระดับน้อย ($\bar{x} = 1.38$, S.D. = 0.52) 18) เมื่อผู้ป่วยมีอาการซึม พูดน้อย แยกตัว ท่านจะเข้าไปพูดคุยเพื่อประเมินอาการทางจิตและให้การช่วยเหลือในเบื้องต้น ระดับน้อย ($\bar{x} = 1.25$, S.D. = 0.46) 19) ท่านจัดหางานที่เหมาะสมในบ้านให้ผู้ป่วยทำ เช่น ปลูกต้นไม้ เลี้ยงสัตว์ ทำอาหาร ซักเสื้อผ้า เป็นต้น ระดับน้อย ($\bar{x} = 1.38$, S.D. = 0.52) 20) ท่านมีส่วนในการจัดหาและกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีงานที่เหมาะสมเป็นรายได้ของตนเอง ระดับน้อย ($\bar{x} = 1.38$, S.D. = 0.52) 21) ท่านกระตุ้นสนับสนุนให้ผู้ป่วยช่วยเหลือผู้อื่นเท่าที่ผู้ป่วยจะทำได้ ระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.25$, S.D. = 0.46)

ดังตาราง 4.8 และพบว่ากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในรายด้าน คือ ด้านการดูแลความเป็นอยู่ระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.10$, S.D. = 0.72) ด้านเศรษฐกิจระดับน้อย ($\bar{x} = 1.67$, S.D. = 0.62) ด้านสังคมระดับน้อย ($\bar{x} = 1.75$, S.D. = 0.54) ด้านอารมณ์และจิตใจระดับน้อย ($\bar{x} = 1.42$, S.D. = 0.46) ด้านการรักษาระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.16$, S.D. = 0.53) และด้านการปรับตัวและช่วยเหลือตนเองระดับน้อย ($\bar{x} = 1.57$, S.D. = 0.49) และระดับการดูแลในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 1.80$, S.D. = 0.56) ดังตาราง 4.9



ตาราง 4.8 ระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวรายข้อ ก่อนการพัฒนา

ระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในครอบครัว	จำนวน (N = 8)		
	\bar{x}	S.D.	ระดับ
<u>ด้านความเป็นอยู่</u>			
1. ท่านคอยดูแลให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันอย่างสม่ำเสมอ เช่น อาบน้ำ สระผม เปลี่ยนเสื้อผ้า ฯลฯ	2.00	0.54	ปานกลาง
2. ท่านจัดหาของใช้ที่จำเป็นให้แก่ผู้ป่วย เช่น เสื้อผ้า อาหาร พร้อมทั้งสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ	2.13	0.64	ปานกลาง
3. ท่านดูแลรักษาความสะอาดของใช้ส่วนตัวของผู้ป่วยจิตเภท ให้เป็นระเบียบเรียบร้อย เช่น เสื้อผ้า ที่นอน	2.13	0.84	ปานกลาง
4. ท่านรับผิดชอบในการจัดหาสถานที่ ที่พัก ที่เหมาะสม เมื่อผู้ป่วยเมื่อกลับมาอยู่บ้าน	2.13	0.84	ปานกลาง
<u>ด้านเศรษฐกิจ</u>			
5. ท่านมอบเงินให้ผู้ป่วยไว้ใช้จ่ายส่วนตัว	2.13	0.35	ปานกลาง
6. ท่านต้องทำงานเพิ่มเพื่อให้มีเงินเพียงพอสำหรับการดูแลผู้ป่วย	1.50	0.76	น้อย
7. ท่านต้องกู้ยืมเงินเพื่อมาใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย	1.38	0.74	น้อย
<u>ด้านสังคม</u>			
8. ท่านพาผู้ป่วยไปร่วมทำกิจกรรมในสังคม เช่น ไปวัดทำบุญ ไปร่วมงานในหมู่บ้าน ไปจับจ่ายซื้อของในตัวเมือง	1.25	0.46	น้อย
9. ท่านสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมในสังคม เช่น การเป็นอาสาสมัคร หรือร่วมพัฒนาหมู่บ้าน	1.75	0.70	ปานกลาง
10. ท่านสนับสนุนและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พบปะพูดคุย และมีเพื่อน	2.25	0.46	ปานกลาง
<u>ด้านอารมณ์และจิตใจ</u>			
11. ท่านชมเชยหรือให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยทำดีหรือทำถูกต้อง	1.25	0.46	น้อย
12. ท่านจะช่วยเหลือให้คำปรึกษาและให้กำลังใจ เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาหรือไม่สบายใจ	1.25	0.46	น้อย
13. ท่านจะไม่ดุด่าหรือแสดงความไม่พอใจเมื่อผู้ป่วยทำผิด	1.75	0.46	ปานกลาง
<u>ด้านการรักษา</u>			
14. ท่านพาผู้ป่วยไปปรับการรักษาหรือรับบริการด้านสุขภาพ ที่โรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาด้านสุขภาพ	2.38	0.52	มาก



ตาราง 4.8 (ต่อ)

ระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในครอบครัว	จำนวน (N = 8)		
	\bar{x}	S.D.	ระดับ
15. ท่านดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาและพบแพทย์ตามนัด	2.38	0.52	มาก
16. ท่านปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์ทันที เมื่อเกิดปัญหา ในการดูแลผู้ป่วย	2.50	0.54	มาก
17. ท่านกระตุ้นสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้กระทำกิจกรรมที่เคยทำ เมื่อก่อนป่วย	1.38	0.52	น้อย
<u>ด้านการปรับตัวและช่วยเหลือตนเอง</u>			
18. เมื่อผู้ป่วยมีอาการซึม พุดน้อย แยกตัว ท่านจะเข้าไปพูดคุย เพื่อประเมินอาการทางจิตและให้การช่วยเหลือในเบื้องต้น	1.25	0.46	น้อย
19. ท่านจัดหางานที่เหมาะสมในบ้านให้ผู้ป่วยทำ เช่น ปลูก ต้นไม้ เลี้ยงสัตว์ ทำอาหาร ซักเสื้อผ้า เป็นต้น	1.38	0.52	น้อย
20. ท่านมีส่วนในการจัดหาและกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีงาน ที่เหมาะสมเป็นรายได้ของตนเอง	1.38	0.52	น้อย
21. ท่านกระตุ้นสนับสนุนให้ผู้ป่วยช่วยเหลือผู้อื่นเท่า ที่ผู้ป่วยจะทำได้	2.25	0.46	ปานกลาง

ตาราง 4.9 ระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวรายด้าน
ก่อนการพัฒนา

ระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในครอบครัว	จำนวน (N = 8)		
	\bar{x}	S.D.	ระดับ
ด้านความเป็นอยู่	2.10	0.72	ปานกลาง
ด้านเศรษฐกิจ	1.67	0.62	น้อย
ด้านสังคม	1.75	0.54	น้อย
ด้านอารมณ์และจิตใจ	1.42	0.46	น้อย
ด้านการรักษา	2.16	0.53	ปานกลาง
ด้านการปรับตัวและช่วยเหลือตัวเอง	1.57	0.49	น้อย
ภาพรวม	1.78	0.56	ปานกลาง



3.2 ภาคีเครือข่ายในชุมชน

ข้อมูลลักษณะทางประชากรของกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน

การศึกษาข้อมูลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี ก่อนการพัฒนา พบว่า กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.66 มีอายุเฉลี่ย 47 ปี (S.D.=8.30) สถานภาพสมรส ร้อยละ 71.43 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 33.33 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 42.86 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 16,210.53 บาท (S.D.=14,879.44) รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่ำสุด 5,000 บาท รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยสูงสุด 50,000 บาท ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 38.10 ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 13ปี (S.D.=13.36) มีระยะเวลาดูแลผู้ป่วยน้อยที่สุด 1 ปี และมีระยะเวลาดูแลผู้ป่วยมากที่สุด 42 ปี ดังตาราง 4.10

ตาราง 4.10 ข้อมูลลักษณะทางประชากรของกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน

ข้อมูลลักษณะทางประชากรภาคีเครือข่ายในชุมชน	จำนวน (N = 21)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	7	33.33
หญิง	14	66.66
อายุ		
30-39 ปี	5	23.81
40-49 ปี	7	33.33
50-59 ปี	9	42.86
มากกว่า 60 ปี	0	0
Min = 32 ปี, Max = 57 ปี, \bar{x} = 46.90 ปี, SD = 8.30 ปี		
สถานภาพ		
โสด	5	23.81
สมรส, คู่	15	71.43
หม้าย, หย่าร้าง, แยกกันอยู่	1	4.76
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	3	14.23
มัธยมศึกษาตอนต้น	6	28.51
มัธยมศึกษาตอนปลาย	7	33.33
ปริญญาตรี	2	9.52
ปริญญาโท	3	14.23



ตาราง 4.10 (ต่อ)

ข้อมูลลักษณะทางประชากรของกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน	จำนวน (N = 21)	ร้อยละ
อาชีพ		
เกษตรกรรม	9	42.86
รับจ้างทั่วไป	1	4.76
ค้าขาย	1	4.76
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	8	38.10
ประกอบธุรกิจส่วนตัว	2	9.52
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท	1	4.76
5,001 – 10,000 บาท	3	14.29
10,001 – 15,000	1	4.76
15,001 – 20,000	1	4.76
20,001 – 25,000	0	0
25,001 – 30,000	1	4.76
30,000 ขึ้นไป	3	14.29
Min = 5,000 บาท, Max = 50,000 บาท, \bar{x} = 16,210.53 บาท, SD = 14,879.44 บาท		
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท		
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	8	38.10
ผู้ใหญ่บ้าน	4	19.05
กำนัน	1	4.76
สมาชิกเทศบาล	1	4.76
เจ้าอาวาสวัด	2	9.52
ปลัดเทศบาล	1	4.76
นักพัฒนาชุมชน	1	4.76
อำนวยการโรงเรียน	2	9.52
ตำรวจประจำท้องที่	1	4.76
ระยะเวลาที่รู้จักกับผู้ป่วย		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี	3	23.81
2 ปี	2	9.52
3 ปี	2	9.52
มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี	14	66.66
Min = 1, Max = 42, \bar{x} = 12.76, SD = 13.36		



ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของภาคีเครือข่ายในชุมชน

จากการประเมินระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนโดยการใช่แบบสัมภาษณ์รายบุคคล พบว่า ภาคีเครือข่ายในชุมชนมีระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทระดับดี ร้อยละ 38.10 รองลงมา มีระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.86 และมีระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับน้อย ร้อยละ 19.05 ดังตาราง 4.11

ตาราง 4.11 ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน ก่อนการพัฒนา

ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน	จำนวน (N = 21)	ร้อยละ
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับสูง (มากกว่าหรือเท่ากับ 16 คะแนน)	8	38.10
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับปานกลาง (12 – 15 คะแนน)	9	42.86
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับต่ำ (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน)	4	19.05
รวม	21	100.0

ทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน

จากการประเมินระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน โดยการใช้แบบสัมภาษณ์รายบุคคล พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามระดับในรายชื่อ ได้แก่ 1) ผู้ป่วยจิตเภทมีแต่จะสร้างความเดือดร้อนให้กับผู้อื่น ระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 3.38$, S.D. = 0.74) 2) แม้ว่าผู้ป่วยไม่แสดงอาการ แต่ท่านก็ยังรู้สึกหวาดระแวง ที่จะโดนทำร้าย ระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 3.19$, S.D. = 0.40) 3) ผู้ป่วยจิตเภทเป็นกลุ่มคนที่น่าสงสาร ควรที่จะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.33$, S.D. = 1.07) 4) ควรให้ผู้ป่วยจิตเภทอยู่เฉยๆ ไม่ควรให้ทำงานหรือประกอบอาชีพ ระดับค่อนข้างมาก ($\bar{x} = 2.90$, S.D. = 0.63) 5) ท่านไม่เคยรู้สึกท้อแท้ที่จะพาผู้ป่วยไปรับการรักษา ระดับค่อนข้างมาก ($\bar{x} = 2.67$, S.D. = 1.07) 6) คนในชุมชนควรมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระดับปานกลาง ($\bar{x} = 1.86$, S.D. = 0.96) 7) ผู้ป่วยจิตเภทสามารถร่วมทำกิจกรรมในชุมชน เช่น งานบุญ งานพัฒนาในชุมชนได้ ระดับปานกลาง ($\bar{x} = 1.765$, S.D. = 0.83) 8) ผู้ดูแลมีส่วนสำคัญในการรักษาอาการของผู้ป่วยจิตเภท ระดับค่อนข้างมาก ($\bar{x} = 3.00$, S.D. = 0.44) 9) การรักษาโรคจิตเภท จะต้องปฏิบัติตัวตามคำสั่งของแพทย์และพยาบาลอย่างเคร่งครัด ระดับค่อนข้างมาก ($\bar{x} = 2.86$, S.D. = 0.48) และ 10) การดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน เป็นวิธีการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่ดีที่สุด ระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.24$, S.D. = 0.83) ดังตาราง 4.12 และพบว่า กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนมีคะแนนเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทในรายด้านคือ ด้านทัศนคติต่อตัวผู้ป่วยอยู่ในระดับค่อนข้างมาก ($\bar{x} = 2.95$, S.D. = 0.71) และทัศนคติต่อ



การรักษาอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 1.80$, S.D. = 0.47) และระดับทัศนคติโดยภาพรวมอยู่ในระดับค่อนข้างมาก ($\bar{x} = 2.60$, S.D. = 0.75) ดังตาราง 4.13

ตาราง 4.12 ระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนรายข้อ ก่อนการพัฒนา

ระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน	จำนวน (N = 21)		
	\bar{x}	S.D.	ระดับ
<u>ทัศนคติต่อตัวผู้ป่วย</u>			
1. ผู้ป่วยจิตเภทมีแต่จะสร้างความเดือดร้อนให้กับผู้อื่น	3.38	0.74	มากที่สุด
2. แม้ว่าผู้ป่วยไม่แสดงอาการ แต่ท่านก็ยังรู้สึกหวาดระแวงที่จะโดนทำร้าย	3.19	0.40	มากที่สุด
3. ผู้ป่วยจิตเภทเป็นกลุ่มคนที่น่าสงสาร ควรที่จะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง	2.33	1.07	ปานกลาง
4. ควรให้ผู้ป่วยจิตเภทอยู่เฉยๆ ไม่ควรให้ทำงานหรือประกอบอาชีพ	2.90	0.63	ค่อนข้างมาก
<u>ทัศนคติต่อการรักษา</u>			
5. ท่านไม่เคยรู้สึกท้อแท้ ที่จะพาผู้ป่วยไปรับการรักษา	2.67	1.07	ค่อนข้างมาก
6. คนในชุมชนควรมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	1.86	0.96	ปานกลาง
7. ผู้ป่วยจิตเภทสามารถร่วมทำกิจกรรมในชุมชน เช่น งานบุญ งานพัฒนาในชุมชนได้	1.76	0.83	ปานกลาง
8. ผู้ดูแลมีส่วนสำคัญในการรักษาอาการของผู้ป่วยจิตเภท	3.00	0.44	ค่อนข้างมาก
9. การรักษาโรคจิตเภท จะต้องปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์และพยาบาลอย่างเคร่งครัด	2.86	0.48	ค่อนข้างมาก
10. การดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน เป็นวิธีการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่ดีที่สุด	2.24	0.83	ปานกลาง

ตาราง 4.13 ระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนรายด้าน ก่อนการพัฒนา

ระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน	จำนวน (N = 8)		
	\bar{x}	S.D.	ระดับ
ด้านทัศนคติต่อตัวผู้ป่วย	2.95	0.71	ค่อนข้างมาก
ด้านทัศนคติต่อการรักษา	2.40	0.77	ปานกลาง
ภาพรวม	2.60	0.75	ค่อนข้างมาก



การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน

จากการประเมินระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน โดยการใช้แบบสัมภาษณ์รายบุคคล พบว่า กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนมีคะแนนเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตามระดับในรายชื่อ ได้แก่ 1) ท่านมีส่วนช่วยสนับสนุนให้สวัสดิการการดูแลแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล เช่น การขึ้นทะเบียนผู้พิการหรือรับสวัสดิการอื่นๆ ระดับปานกลาง ($\bar{x} = 1.86$, S.D. = 0.66) 2) ท่านช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาชีพหรือรายได้เพื่อใช้จ่ายในครอบครัว ระดับปานกลาง ($\bar{x} = 1.95$, S.D. = 0.74) 3) ท่านเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยร่วมทำกิจกรรมในสังคม เช่น ไปวัดทำบุญ ไปร่วมงานในหมู่บ้าน ช่วยงานพัฒนาหมู่บ้าน เป็นต้น ระดับน้อย ($\bar{x} = 1.52$, S.D. = 0.68) 4) ท่านได้มีส่วนช่วยให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับเพื่อนบ้าน ระดับปานกลาง ($\bar{x} = 1.86$, S.D. = 0.57) 5) ท่านมีส่วนในการคลี่คลายสถานการณ์ เมื่อผู้ป่วยจิตเภทเกิดมีอาการกำเริบหรือป่วยซ้ำ เช่น มีอารมณ์ฉุนเฉียวทำร้ายร่างกายผู้อื่น จุดไฟเผา/ทำลายข้าวของหรือเดินแก้ผ้าตามที่สาธารณะ ระดับปานกลาง ($\bar{x} = 1.67$, S.D. = 0.80) 6) ท่านได้มีการชมเชยหรือให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยทำดีหรือทำถูกต้อง ระดับน้อย ($\bar{x} = 1.57$, S.D. = 0.75) 7) เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาไม่สบายใจ ท่านมีโอกาสได้ให้คำปรึกษาและให้กำลังใจ ระดับน้อย ($\bar{x} = 1.43$, S.D. = 0.51) 8) ท่านมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสม ระดับปานกลาง ($\bar{x} = 1.95$, S.D. = 0.92) 9) ท่านมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล เช่น ควบคุมพฤติกรรมผู้ป่วย ช่วยนำส่งหรือช่วยประสานงานกับสถานบริการสาธารณสุข เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตหรือเกิดการป่วยซ้ำ ระดับน้อย ($\bar{x} = 1.52$, S.D. = 0.75) และ 10) ท่านได้ร่วมติดตามดูแลผู้ป่วยและญาติร่วมกับทีมสุขภาพในพื้นที่ ระดับปานกลาง ($\bar{x} = 1.71$, S.D. = 0.96) ดังตาราง 4.14 และพบว่า กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนมีคะแนนเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทรายด้าน คือด้านเศรษฐกิจ ระดับปานกลาง ($\bar{x} = 1.91$, S.D. = 0.70) ด้านสังคม ระดับปานกลาง ($\bar{x} = 1.68$, S.D. = 0.68) ด้านอารมณ์และจิตใจ ระดับน้อย ($\bar{x} = 1.50$, S.D. = 0.63) และด้านการรักษา ระดับปานกลาง ($\bar{x} = 1.73$, S.D. = 0.88) และระดับทัศนคติโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 1.70$, S.D. = 0.73) ดังตาราง 4.15

ตาราง 4.14 ระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนรายชื่อ ก่อนการพัฒนา

ระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน	จำนวน (N = 8)		
	\bar{x}	S.D.	ระดับ
ด้านเศรษฐกิจ			
1. ท่านมีส่วนช่วยสนับสนุนให้สวัสดิการการดูแลแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล เช่น การขึ้นทะเบียนผู้พิการหรือรับสวัสดิการอื่นๆ	1.86	0.66	ปานกลาง
2. ท่านช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาชีพหรือรายได้เพื่อใช้จ่ายในครอบครัว	1.95	0.74	ปานกลาง
ด้านสังคม			
3. ท่านเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยร่วมทำกิจกรรมในสังคม เช่น ไปวัดทำบุญ ไปร่วมงานในหมู่บ้าน ช่วยงานพัฒนาหมู่บ้าน เป็นต้น	1.52	0.68	น้อย



ตาราง 4.14 (ต่อ)

ระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน	จำนวน (N = 8)		
	\bar{x}	S.D.	ระดับ
4. ท่านได้มีส่วนช่วยให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับเพื่อนบ้าน	1.86	0.57	ปานกลาง
5. ท่านมีส่วนในการคลี่คลายสถานการณ์ เมื่อผู้ป่วยจิตเภทเกิดมีอาการกำเริบหรือป่วยซ้ำ เช่น มีอารมณ์ฉุนเฉียวทำร้ายร่างกายผู้อื่น จุดไฟเผา/ทำลายข้าวของ หรือเดินแก้ผ้าตามที่สาธารณะ <u>ด้านอารมณ์และจิตใจ</u>	1.67	0.80	ปานกลาง
6. ท่านได้มีการชมเชยหรือให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยทำดีหรือทำถูกต้อง	1.57	0.75	น้อย
7. เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาไม่สบายใจ ท่านมีโอกาสได้ให้คำปรึกษาและให้กำลังใจ <u>ด้านการรักษา</u>	1.43	0.51	น้อย
8. ท่านมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสม	1.95	0.92	ปานกลาง
9. ท่านมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล เช่น ควบคุมพฤติกรรมผู้ป่วย ช่วยนำส่งหรือช่วยประสานงานกับสถานบริการสาธารณสุข เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตหรือเกิดการป่วยซ้ำ	1.52	0.75	น้อย
10. ท่านได้ร่วมติดตามดูแลผู้ป่วยและญาติร่วมกับทีมสุขภาพในพื้นที่	1.71	0.96	ปานกลาง

ตาราง 4.15 ระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนรายด้าน ก่อนการพัฒนา

ระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน	จำนวน (N = 8)		
	\bar{x}	S.D.	ระดับ
ด้านเศรษฐกิจ	1.91	0.70	ปานกลาง
ด้านสังคม	1.68	0.68	ปานกลาง
ด้านอารมณ์และจิตใจ	1.50	0.63	น้อย
ด้านการรักษา	1.73	0.88	ปานกลาง
ภาพรวม	1.70	0.73	ปานกลาง



กิจกรรมที่ 4 ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนและกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์การสาธารณสุข โดยผู้วิจัยทำการบันทึกการสัมภาษณ์โดยใช้การบันทึกภาพและเสียง จากนั้นผู้วิจัยนำผลการสัมภาษณ์ มาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) เพื่อนำผลการสัมภาษณ์ของผู้ร่วมวิจัยทั้ง 3 กลุ่ม ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อวางแผนออกแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยประยุกต์ใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยโรครื้อรัง (Chronic Care Model) ร่วมกับกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ในกิจกรรมต่อไป ซึ่งมีรายละเอียดของการสัมภาษณ์ ดังนี้

4.1 กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว จากการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีรายละเอียดดังนี้

1) สาเหตุของการป่วยเป็นโรคจิตเภท พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีสาเหตุการป่วยจากภาวะเครียดในการดำเนินชีวิต ได้แก่ ด้านเศรษฐกิจ ความผิดหวัง สิ้นหวังต่างๆ การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก รongลงมาคือ การถูกทำร้ายหรือประสบอุบัติเหตุ ทำให้สมองได้รับการกระทบกระเทือน และในผู้ป่วยบางรายมีความเกี่ยวโยงทางพันธุกรรมจึงเป็นสาเหตุที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทมากกว่ากลุ่มคนปกติ

2) อาการแรกเริ่ม พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการหูแว่ว ได้ยินเสียงสั่งการให้ทำตาม มีอาการประสาทหลอน หวาดระแวงกลัวคนมาทำร้าย ทำลายข้าวของเครื่องใช้ จุดไฟเผาบางรายมีการทำร้ายร่างกายคนในครอบครัว หรือบางรายเดินไปเรื่อยๆ ไม่มีจุดหมาย

3) อาการรุนแรงที่สุด พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทจุดไฟเผาบ้าน เผาทุ่งนาทุบทำลายข้าวของเครื่องใช้และทำร้ายคนในครอบครัว

4) สาเหตุของการป่วยซ้ำ พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ขาดการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยาเป็นประจำทุกวันเพราะไม่มีผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ป่วยไม่รับประทานยาเพราะมีประสบการณ์ต่อผลข้างเคียงของยา ผู้ป่วยไม่รับประทานยาเพราะเกิดความท้อแท้ เบื่อหน่ายในการรักษา และผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการเดินทางไปรับยา

5) ปัญหาในการดูแล พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทบางรายไม่มีผู้ดูแลในครอบครัว หรือมีผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุส่งผลให้ได้รับการดูแลไม่ดีเท่าที่ควร ในบางรายรับประทานยาไม่สม่ำเสมอด้วยเหตุผลต่างๆ เช่น เบื่อหน่าย ทานยาแล้วทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มมากขึ้น ทานยาแล้วรู้สึกง่วง ส่งผลให้ทำงาน/เลี้ยงลูกไม่ได้

6) ความต้องการการช่วยเหลือ พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว ต้องการให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ออกติดตามเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ต้องการให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านช่วยจัดยาให้ผู้ป่วยเมื่อผู้ดูแลไม่อยู่บ้าน และต้องการขอรับยาจิตเวชที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน

7) แนวทางการป้องกันไม่ให้เกิดการป่วยซ้ำ พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวส่วนใหญ่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทรับการรักษาและรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ห้ามไม่ให้ผู้ป่วยดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์และสุบุดหรี ส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำงานที่เคยทำเมื่อก่อนป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีรายได้ เช่น ไปทำสวนยางพาราหรือสวนหวด สวนกระต๊อบข้าว



ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในสังคม เช่น ร่วมพัฒนาหมู่บ้าน เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยกิจกรรมงานบุญที่วัด เป็นต้น

4.2 กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน

1) การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทค่อนข้างน้อย เพราะยังมีทัศนคติว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถให้การดูแลรักษาได้เฉพาะกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้น

2) สาเหตุที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดการป่วยซ้ำ พบว่า กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนมองว่าเป็นเรื่องของกระบวนการรักษาของแพทย์ซึ่งหมายถึงการให้ยาเท่านั้น โดยกลุ่มภาคียังไม่ทราบและเข้าใจบทบาทในเรื่องของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

3) แนวคิด/แนวทางในการแก้ไขปัญหาพบว่า กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนโดยส่วนใหญ่คิดว่าตนเองไม่มีความสามารถพอที่จะให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ นอกจากกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

4.3 กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

1) สาเหตุที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดการป่วยซ้ำ พบว่า กลุ่มบุคลากรส่วนใหญ่เข้าใจถึงระบบการดูแลที่ไม่ครอบคลุม เนื่องจากจำนวนบุคลากรที่มีจำกัด ซึ่งมีภาระที่มาก การดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงเป็นลักษณะของการตั้งรับมากกว่าการส่งเสริมดูแลเชิงรุก ประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยจึงขึ้นอยู่กับศักยภาพของผู้ดูแลในครอบครัว

2) นโยบายหรือแนวทางในการแก้ไขปัญหา พบว่า กลุ่มบุคลากรส่วนใหญ่คาดหวังถึงแนวทางในการแก้ไขปัญหาโดยการเน้นการส่งเสริมดูแลผู้ป่วยเชิงรุกร่วมกับกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน ส่งเสริมให้มีการจัดอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพให้กับกลุ่มภาคีเครือข่ายในการจัดการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน รวมทั้งขอให้หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานพัฒนาความมั่นคงของมนุษย์ ฯลฯ ได้มีบทบาทในการร่วมดูแลในด้านสวัสดิการสังคมอื่นๆ นอกเหนือจากการให้การดูแลด้านสาธารณสุข

กิจกรรมที่ 5 ผู้วิจัยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อวางแผน ออกแบบแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน การประชุมครั้งนี้ผู้วิจัยจัดประชุม ณ ห้องประชุมชั้น 2 โรงพยาบาลบุณทรภิก มีผู้เข้าร่วมประชุมทั้งหมด 12 คน ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล แพทย์ประจำคลินิกจิตเวช เภสัชกรประจำคลินิกจิตเภท พยาบาลจัดการดูแลผู้ป่วยด้านจิตเวช พยาบาลประจำศูนย์ดูแลต่อเนื่อง ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ผู้วิจัยเริ่มการประชุมเวลา 13.00 น. โดยมีลำดับขั้นตอน ดังนี้

1) นำเสนอความเป็นมาของการศึกษาวิจัยเรื่องกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอบุณทรภิก จังหวัดอุบลราชธานี

2) นำเสนอผลการประเมินอาการทางจิต (PASS 8) ผลการประเมินความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้จากการสัมภาษณ์รายบุคคลโดยใช้แบบสอบถามในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวและกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน



3) นำเสนอผลการสัมภาษณ์เชิงลึกที่ได้จากการสัมภาษณ์รายบุคคลในกลุ่มประชากรทั้ง 3 กลุ่ม ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ร่วมวิจัยได้เข้าใจถึงสภาพปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนออกแบบการดูแลระบบใหม่

4) ผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมประชุม ระดมความคิด (Brainstorm) ออกแบบแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยการประยุกต์ใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) ซึ่งแบบแผนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) มี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ นโยบายองค์กรสุขภาพ ระบบสารสนเทศทางคลินิก ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ การออกแบบระบบบริการ การสนับสนุนการดูแลตนเอง และการเชื่อมโยงกับชุมชน และจากมติที่ประชุม ได้ร่วมกันออกแบบแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนตามแบบแผนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) ดังนี้ ดังตาราง 4.16

ตาราง 4.16 ผลการประยุกต์ใช้แผนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

แผนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model)	ผลการประยุกต์ใช้
1. นโยบายองค์กร	มีนโยบายองค์กรด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ 1. เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยด้วยโรคทางจิตเวช 2. มีระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคุณภาพมาตรฐาน 3. เพิ่มศักยภาพให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวช 4. เน้นการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชโดยกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน 5. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวดูแลตนเองได้
2. ระบบสารสนเทศทางคลินิก	บันทึกประวัติการรักษาในโปรแกรม JHCIS และบันทึกการรักษาในทะเบียนบันทึกการรักษาสามารถเชื่อมโยงข้อมูลไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายได้พร้อมทั้งจัดทำสมุดบันทึกการรักษาประจำตัวผู้ป่วย
3. ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ	จัดทำคู่มือ แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (Guideline , Flow Chart)
4. การออกแบบระบบบริการ	มีการจัดให้บริการคลินิกจิตเวชที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ในวันที่ให้บริการคลินิกโรคเรื้อรังทุก 4 สัปดาห์เพื่อลดปัญหาข้อจำกัดในการเดินทางไปรับยาที่โรงพยาบาล



ตาราง 4.16 (ต่อ)

แผนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model)	ผลการประยุกต์ใช้
5. การสนับสนุนการดูแลตนเอง	จัดโครงการอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนให้กับผู้ดูแลในครอบครัวและกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน
6. การเชื่อมโยงกับชุมชน	<p>1. จัดโครงการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการรักษาภายใต้การสังเกตโดยตรง (DOT : Directly Observed Treatment)</p> <p>1.1 ผู้ดูแลในครอบครัวกำกับการรับประทานยาผู้ป่วย โดยลงชื่อกำกับทุกครั้ง ทุกวัน</p> <p>1.2 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ติดตามกำกับทุก 7 วัน (ผู้ป่วยจิตเภทรายที่อาศัยอยู่กับผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลในครอบครัวไม่อยู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทำหน้าที่แทน)</p> <p>1.3 เจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้ใหญ่บ้าน ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในรายชื่อ</p> <ul style="list-style-type: none"> - อาการทางจิตระดับปกติและระดับปานกลาง ทุก 2 สัปดาห์ - อาการทางจิตระดับรุนแรง ทุก 1 สัปดาห์ เพื่อให้การช่วยเหลือตามปัญหาโดยเร่งด่วน <p>2. ผู้นำชุมชน ชาวบ้าน ผู้แทนจากวัด โรงเรียน และท้องถิ่น เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องหรือไม่มีอาการทางจิต ได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมในชุมชน เช่น การพัฒนาหมู่บ้าน พัฒนาวัด ร่วมเป็นอาสาสมัครต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทได้เห็นคุณค่าของตนเอง มีกำลังใจที่จะรักษาต่อไป</p> <p>3. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนสวัสดิการด้านการเดินทาง กรณีผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ ซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉิน ให้ประสานงาน</p>



ตาราง 4.16 (ต่อ)

แผนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model)	ผลการประยุกต์ใช้
	<p>ไปที่สำนักงานเทศบาลตำบลคอแลนเพื่อขอรถนำส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาล และกรณีผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวช (พระศรีมหาโพธิ์) สามารถติดต่อขอรถเพื่อนำส่งผู้ป่วยไปรับการรักษา ดังกล่าว</p> <p>4. ผู้นำชุมชน ผู้แทนจากวัด โรงเรียน มีส่วนร่วมในการสอดส่องดูแลผู้ป่วยจิตเภท จัดทำทะเบียนหมายเลขโทรศัพท์ของญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย ถ้าหากพบว่าผู้ป่วยจิตเภทเกิดมีอาการกำเริบหรือป่วยซ้ำที่ใด จะสามารถติดต่อญาติผู้ดูแล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขรวมถึงเจ้าหน้าที่ตำรวจได้ทันที</p>

จากผลการประยุกต์ใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) จะเห็นได้ว่า ตามนโยบายองค์กรในเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวชนั้น มีหลักใจความสำคัญ 5 ประเด็น ได้แก่ การเพิ่มการเข้าถึงบริการ การมีระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคุณภาพมาตรฐาน การเพิ่มศักยภาพให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวช การเน้นการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชโดยกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนและการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวดูแลตนเองได้

ดังนั้น จากมติที่ประชุมจึงเห็นควรให้ มีการจัดอบรมเพื่อให้เพิ่มศักยภาพให้กับบุคลากร ผู้ดูแล รวมถึงภาคีเครือข่ายในชุมชน ในการดูแลรักษา ประเมินอาการ รวมทั้งเพิ่มทักษะการช่วยเหลือเบื้องต้น มีการจัดโครงการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่นร่วมกับกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนโดยการประยุกต์ใช้แนวคิด (DOT) และมีการให้บริการคลินิกจิตเวชร่วมกับคลินิกโรคเรื้อรัง (NCD) ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น เป็น ทุก 4 สัปดาห์ รวมถึงมีการออกแนวคู่มือแนวทาง ขั้นตอนการดูแลรักษา และมีทะเบียนบันทึกการรักษาที่ชัดเจน สามารถเชื่อมโยงข้อมูลไปยังโรงพยาบาลชุมชน ผู้วิจัยจึงวางแผนดำเนินการตามประเด็นดังกล่าวในขั้นตอนที่ 2 ขั้นปฏิบัติ (Action) ต่อไป

กิจกรรมที่ 6 ผู้วิจัยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับผู้เข้าร่วมวิจัยทั้ง 3 กลุ่มเพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan) การประชุมครั้งนี้ผู้วิจัยจัดประชุมในวันที่ 4 พฤษภาคม 2560 ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น โดยมีผู้เข้าร่วมประชุมรวมทั้งสิ้น 39 คน โดยผู้วิจัยเริ่มดำเนินการประชุมเวลา 09.00 น. โดยมีลำดับขั้นตอน ดังนี้

1) ผู้วิจัยนำเสนอปัญหาผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง จากนั้น ผู้วิจัยนำเสนอข้อสรุปหรือมติที่ประชุมในที่ประชุมวางแผน ร่วมกับกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในการประยุกต์ใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Chronic Care Model)



ให้ที่ประชุมรับทราบถึงแนวทางหรือข้อตกลงในเบื้องต้น และต่อจากนั้นผู้วิจัยได้จัดกลุ่มให้ผู้ร่วมวิจัยนั่งเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละประมาณ 13 คน โดยแต่ละกลุ่มจะประกอบไปด้วย ผู้ดูแลในครอบครัว บุคลากรสาธารณสุข หรือผู้แทนจากภาคส่วนต่างๆ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้แต่ละกลุ่มได้แนะนำตนเอง สนทนากลุ่มบอกเล่าถึงประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Focus Group Discussion) แล้วเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้ระดมสมอง (Brainstorm) แลกเปลี่ยนและแสดงความคิดเห็น ในแต่ละประเด็นของการเชื่อมโยง ประยุกต์ใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) และเมื่อที่ประชุมได้ข้อสรุปตรงกันแล้วจึงเข้าสู่การจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan) เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีความเหมาะสมกับบริบทในพื้นที่ ในกิจกรรมนี้ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) ด้วยแบบสังเกตการมีส่วนร่วม และการบันทึกภาพและเสียง (Record) ซึ่งนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ได้ดังนี้

(1) ด้านนโยบายองค์กร ที่ประชุมฯ รับและเห็นด้วยกับนโยบายด้านการดูแลผู้ป่วยทางจิตเวชของเครือข่ายสุขภาพอำเภอบุณฑริก อาทิ การเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยด้วยโรคทางจิตเวช การมีระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคุณภาพ มาตรฐาน การเพิ่มศักยภาพให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวช การเน้นการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชโดยภาคีเครือข่ายในชุมชน และส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวดูแลตนเองได้ ซึ่งนโยบายทั้ง 5 ประเด็นดังกล่าวล้วนแต่ครอบคลุมกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีคุณภาพ

(2) มีระบบสารสนเทศ สถานบริการไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาลชุมชน หากมีการจัดทำหรือสร้างระบบสารสนเทศคลินิก ตัวอย่างเช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการจัดทำทะเบียนประวัติเพื่อบันทึกการรักษา บันทึกอาการ และบันทึกการติดตามการรักษาหรือการส่งต่อผู้ป่วย และสามารถเชื่อมโยงข้อมูลกลับไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย จะส่งผลให้การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

(3) มีระบบสนับสนุนการตัดสินใจ คู่มือ/แนวทางการดูแล ตลอดจนแนวทางการบริการรักษา ส่งต่อ มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องนำมาอธิบายเพื่อชี้แจงให้เกิดความเข้าใจตรงกันระหว่างพยาบาลจัดการดูแลผู้ป่วยด้านจิตเวชประจำโรงพยาบาลชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ดูแลในครอบครัว และผู้ป่วยเพื่อการปฏิบัติที่ถูกต้อง

(4) มีการออกแบบระบบบริการ จากมติที่ประชุมที่มีมติให้สหวิชาชีพจากโรงพยาบาลบุณฑริกออกหน่วยให้บริการคลินิกจิตเวชร่วมกับคลินิกโรคเรื้อรัง (NCD) นับเป็นประเด็นที่ผู้เข้าร่วมอบรมเห็นด้วยมากที่สุดในการพัฒนาระบบการดูแล เพราะจะสามารถลดข้อจำกัดในเรื่องการเดินทางไปรับยา ได้แก่ค่าใช้จ่าย ยานพาหนะ เป็นต้น และสอดคล้องกับนโยบายเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยด้วยโรคทางจิตเวช

(5) มีการสนับสนุนการดูแลตนเอง แนวคิดการสนับสนุนการดูแลตนเอง ถือเป็นหลักการเบื้องต้นในการดูแลรักษาผู้ป่วยทั่วไปและหากจะให้การดูแลตนเองเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพก็มีความจำเป็นที่จะต้องมีการเพิ่มศักยภาพของผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภาคีเครือข่ายหรือแม้กระทั่งกับผู้ป่วย เช่น การแนะนำหรืออบรมให้ความรู้ สอนทักษะในการดูแล การสังเกตอาการ และการช่วยเหลือเบื้องต้น โดยเฉพาะการนำแนวคิดเรื่องการรักษาภายใต้การ



สังเกตโดยตรง (DOT) มาช่วยดูแลในเรื่องการกินยาของผู้ป่วย ซึ่งน่าจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งไม่เกิดการป่วยซ้ำ

(6) มีการเชื่อมโยงกับชุมชน ในการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภท โดยกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ผู้แทนจากวัด โรงเรียน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และตำรวจประจำท้องที่ มีความเห็นตรงกันว่า การที่จะดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ จำเป็นอย่างยิ่งที่ชุมชนจะต้องให้ความร่วมมือในการดูแล เพราะนอกจากผู้ป่วยจิตเภทจะได้รับการรักษาทางการแพทย์แล้ว ยังมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการช่วยเหลือด้านสวัสดิการต่างๆ ได้รับการเปิดโอกาส การยอมรับให้ร่วมกิจกรรมในสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังในการรักษาและสามารถกลับมาใช้ชีวิตประจำวันในชุมชนได้เช่นเดิม

ตัวอย่างการพูดคุยในการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

“ดีหลายค่ะ ที่มีนโยบายที่ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยจิตเวช”

(บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข คนที่ 1, 2559: สัมภาษณ์)

“ถ้าเขามีระบบเชื่อมโยงข้อมูลการรักษาระหว่างรพช.กับรพ.สต.จะเป็นการดี เพราะลิเป็นประโยชน์เวลาที่ผู้ป่วยมีการป่วยซ้ำ หรือสะดวกในการติดตามการรักษา”

(บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข คนที่ 2, 2559: สัมภาษณ์)

“เจ้าหน้าที่รพ.สต. บำเหน็จดูแลดูแลรักษาผู้ป่วย แต่ขอให้มีการคัดกรองหรือเฝ้าระวัง ผู้ป่วยรายใหม่ ซึ่งอาจจะปรากฏตัวในสังคม เมื่อพบอาการที่ผิดปกติจะได้สื่อสาร เชื่อมโยงข้อมูลกลับมายังรพช.ได้”

(บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข คนที่ 3, 2559: สัมภาษณ์)

“ขอให้คลินิกจิตเวช ได้กำหนดแนวทางหรือขั้นตอน กระบวนการรักษาให้ชัดเจน เพื่อรพ.สต. จะได้นำมาอธิบาย ชี้แจงให้ผู้ดูแลรวมถึงภาคีเครือข่ายในชุมชนได้ทราบ เพื่อให้เป็นแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนเข้าใจตรงกัน”

(บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข คนที่ 4, 2559: สัมภาษณ์)

“อยากให้มีความรู้เรื่องการดูแลประจำตัวผู้ป่วย เพื่อผู้ป่วยอาการปกติ ลีได้เปิดอ่านละเอียดตาม”

(ภาคีเครือข่ายในชุมชน คนที่ 1, 2559: สัมภาษณ์)

“ถ้าคุณหมอมาย่อยยาอยู่รพ.สต. กะคิดว่าลิพาผู้ป่วยมาเอายาสู่เถื่ออยู่”

(ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว คนที่ 1, 2559: สัมภาษณ์)



“ถ้ามียามาให้ ผู้ป่วยจะกินทุกครั้ง แต่ถ้ายามด บางครั้งก็ไม่มีค่ารถไปโรงพยาบาล”
(ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว คนที่ 2, 2559: สัมภาษณ์)

“ถ้าไปรับยาอยู่โรงพยาบาล เพื่อนบ่อยากไป อยากอายุผู้สาวพยาบาล แต่ถ้าให้อาอยู่อนามัย มาหาหมอบ้านเฮา เพื่อนสิมาอยู่คะ”
(ภาคีเครือข่ายในชุมชน: คนที่ 2, 2559: สัมภาษณ์)

“ถือเป็นโอกาสดีครับ ที่จะมีการให้บริการจ่ายยาผู้ป่วยจิตเภทที่รพ.สต. ถือเป็นการลด ค่าใช้จ่าย ในการเดินทางไปรักษา”
(ภาคีเครือข่ายในชุมชน: คนที่ 3, 2559: สัมภาษณ์)

“ถ้ามีคนคุมให้กินยา กะสิบ่มีอาการก็ไม่กำเริบดอก”
(ภาคีเครือข่ายในชุมชน: คนที่ 4, 2559: สัมภาษณ์)

“จักสิเฮ็ดจังได้ ผู้เฒ่าเป็นผู้เบิ่ง ตากะบ่ดี จักผิดจักถึก”
(ภาคีเครือข่ายในชุมชน: คนที่ 5, 2559: สัมภาษณ์)

“หากผู้ดูแลในครอบครัวไม่อยู่บ้าน ให้เพื่อนบ้านช่วยจัดยาให้ผู้ป่วยทานได้ไหมครับ”
(ภาคีเครือข่ายในชุมชน: คนที่ 6, 2559: สัมภาษณ์)

“ให้คนดูแลในบ้านบันทึกการกินยาแล้วจะลงชื่อกำกับทุกมื้อ อสม. ส่อยเบิ่งทุกอาทิตย์ เจ้าหน้าที่รพ.สต. จังสิติดตามเยี่ยมทุก 1 เดือน”
(บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข: คนที่ 5, 2559: สัมภาษณ์)

“อยากให้ผู้ใหญ่บ้าน กำหนดมีทะเบียนรายชื่อของผู้ป่วย มีเบอร์โทร. ของญาติ บาดเพื่อเห็น คนไข้มีอาการผิดปกติ สิได้โทรบอกญาติหรือนำส่งไปโรงพยาบาล”
(ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว: คนที่ 3, 2559: สัมภาษณ์)

“นำสิมีการอบรมให้ความรู้ หรือสอนทักษะการดูแลให้ญาติละกะคนในชุมชน เพื่อเฮาสิได้ ส่อยกันดูแล”
(ภาคีเครือข่ายในชุมชน: คนที่ 7, 2559: สัมภาษณ์)

“อยากอู้จักวิธีการช่วยเหลือ ยามผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ”
(ภาคีเครือข่ายในชุมชน: คนที่ 8, 2559: สัมภาษณ์)

“เป็นไปได้บ่ครับ ถ้าผมสิเสนอให้ผู้นำชุมชนเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน”
(ภาคีเครือข่ายในชุมชน: คนที่ 9, 2559: สัมภาษณ์)



“อาจมาจะเปิดโอกาสให้เขามาช่วยทำความสะอาดวัดอยู่เรื่อยๆ”

(ภาคีเครือข่ายในชุมชน คนที่ 10, 2559: สัมภาษณ์)

“ถ้าหากผู้ป่วยอาการปกติ ผมจะให้เพื่อนร่วมกิจกรรมของหมู่บ้านครับ ”

(ภาคีเครือข่ายในชุมชน คนที่ 11, 2559: สัมภาษณ์)

“ทางเทศบาลมีโครงการติดตามเยี่ยมและมอบสวัสดิการที่จำเป็นให้กับผู้ป่วยเป็นประจำทุกปีครับ”

(ภาคีเครือข่ายในชุมชน คนที่ 12, 2559: สัมภาษณ์)

จากนั้น ผู้วิจัยนำข้อสรุปจากที่ประชุมที่มีการแลกเปลี่ยน และแสดงความคิดเห็น ในแต่ละประเด็นของการเชื่อมโยงการประยุกต์ใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) นำมาซึ่งแผนปฏิบัติการ (Action Plan) การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี ดังตาราง 4.17

ตาราง 4.17 แผนปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

แผนงาน/โครงการ	กิจกรรมหลัก	ระยะเวลา ดำเนินการ	การวัดผล
1. โครงการอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน	จัดอบรมให้ความรู้และทักษะการดูแลให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวและกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน	1 วัน	1. ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 2. ระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภท 3. ระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2. โครงการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยประยุกต์ใช้แนวคิด (DOT)	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ใหญ่บ้าน ติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยมีการบันทึกการกินยา โดยผู้ดูแลในครอบครัวลงชื่อกำกับทุกวัน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกำกับทุก 1 สัปดาห์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ติดตามดูแลทุก 1-2 สัปดาห์ตามระดับอาการทางจิต	12 สัปดาห์	1. ระดับอาการทางจิต 2. สมุดบันทึกการรักษา



ตาราง 4.17 (ต่อ)

แผนงาน/โครงการ	กิจกรรมหลัก	ระยะเวลา ดำเนินการ	การวัดผล
3. โครงการบริการคลินิก จิตเวชร่วมกับคลินิกโรค เรื้อรัง (NCD)	ให้บริการตรวจรักษา ผู้ป่วยจิตเภท	12 สัปดาห์	ทะเบียนบันทึก การรักษา

จากการประชุมเชิงปฏิบัติการในขั้นตอนการปฏิบัติ (Action) ที่ประชุมได้เสนอแผนปฏิบัติการการดำเนินโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี รวม 3 โครงการ นำไปสู่การปฏิบัติ ดังนี้

2.2 ขั้นปฏิบัติ (Action) เป็นขั้นตอนของการนำแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ที่ได้จากขั้นวางแผน (Planning) นำไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งในขั้นปฏิบัติประกอบด้วยการทำงาน 3 โครงการ ดังนี้

2.2.1 โครงการอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
วัตถุประสงค์ เพื่อเพิ่มองค์ความรู้และเพิ่มทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
รวมถึงการแก้ไขปัญหาหรือการให้การช่วยเหลือเบื้องต้น

กลุ่มเป้าหมาย กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว จำนวน 8 คน และกลุ่ม
ภาคีเครือข่ายในชุมชน จำนวน 21 คน รวมทั้งสิ้น 29 คน

กิจกรรม บรรยายให้ความรู้ ในหัวข้อโรคจิตเภทและทักษะในการดูแลรักษา
ความรู้เรื่องยาและอาการข้างเคียงของยา และการประเมินอาการและการช่วยเหลือเบื้องต้น

ผลผลิตและผลลัพธ์ โครงการนี้ดำเนินการเมื่อวันที่ 5 พฤษภาคม 2560
ซึ่งจากผลการดำเนินโครงการ พบว่า กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนได้รับ
ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท มีทักษะในการดูแลการช่วยเหลือ ผู้ป่วยตามปัญหาที่พบบ่อยในชุมชน เช่น
กรณีอาการป่วยซ้ำหรือกำเริบ ได้เรียนรู้ถึงข้อสังเกต อาการเบื้องต้น สัญญาณที่บ่งบอกว่าผู้ป่วยจะก่อ
ความรุนแรง การจัดการเบื้องต้น และอาการที่ควรส่งต่อ ซึ่งกลุ่มผู้เข้าร่วมอบรมทั้งกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิต
เภทและกลุ่มภาคีเครือข่ายให้ความสนใจและตั้งใจฟังเป็นอย่างดี รวมทั้งเกิดความเข้าใจ เห็นใจในตัว
ผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้น กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวและกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนมีระดับความรู้
ทัศนคติและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทระดับดี มากกว่าร้อยละ 80.0 และมีระดับค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐานของทัศนคติและการดูแลเพิ่มขึ้น

“ถ้าผู้ป่วยเว้าเสียงดัง ฮ้าย กระวนกระวาย อยู่บ่สุข ให้ค่อยๆ เอ็นซื่อ ถามว่า
อยากได้หยั่ง ละสังเกตอาการอยู่ห่างๆ”

(ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว คนที่ 4, 2559: สัมภาษณ์)



“ถ้าเห็นผู้ป่วยย้าย ทำลายข้าวของ ทำร้ายจะของหรือผู้อื่น หรือนั่งเฉยแยกตัวเหม่อลอย ให้สังเกตอาการถ้าเป็นถ้าให้อื่นๆคุณหมอมหรือผู้นำชุมชนเพื่อส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาล”

(ภาคีเครือข่ายในชุมชน คนที่ 13, 2559: สัมภาษณ์)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงกล่าวสรุปได้ว่า กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการมีความรู้และมีความเข้าใจในการดูแล มีทักษะในการช่วยเหลือเบื้องต้น รวมถึงการสังเกตอาการเฝ้าระวังการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทได้ ดังตัวอย่างคำพูดในบทสนทนาข้างต้น

2.2.2 โครงการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยประยุกต์ใช้แนวคิด (DOT)

วัตถุประสงค์ เพื่อติดตามการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทให้มีประสิทธิภาพและเป็นไปอย่างต่อเนื่อง

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 8 ราย ผู้ดูแลในครอบครัว จำนวน 8 ราย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 8 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 4 คน และผู้ใหญ่บ้านจำนวน 4 คน

กิจกรรม เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ใหญ่บ้าน ติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยมีการบันทึกการรับประทานยา โดยผู้ดูแลในครอบครัวลงชื่อกำกับทุกวัน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทุก 7 วัน (ผู้ป่วยจิตเภทรายที่อาศัยอยู่กับผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลในครอบครัวไม่อยู่บ้านให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทำหน้าที่แทน) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตามดูแลทุก 1-2 สัปดาห์ ตามระดับอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท

ผลผลิตและผลลัพธ์ ในโครงการนี้เริ่มดำเนินการเมื่อวันที่ 5 พฤษภาคม 2560 โดยผู้วิจัยร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ใหญ่บ้าน ร่วมติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านจำนวน 8 ราย ผลการติดตามพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทรับประทานยาตรงเวลา มีการลงบันทึกการรับประทานยาทุกวันโดยผู้ดูแลลงชื่อกำกับ มีการบันทึกและลงชื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เมื่อครบ 7 วัน แต่เนื่องจากกิจกรรมนี้มีการกำหนดระยะเวลาการดำเนินงานเป็นเวลา 12 สัปดาห์ จึงยังไม่สามารถประเมินผลลัพธ์ได้

“ถ้ามีคนคุมให้กินยา อาการกะลือกำเริบดอก ค่ะ”

(อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คนที่ 7, 2559: สัมภาษณ์)

“ให้ลงชื่อกำกับกับการกินยาของผู้ป่วยทุกเม็ด เพื่อลิประเมินได้ว่าผู้ป่วยขาดยาบ่ นะคะ”
(เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คนที่ 2: 2559; สัมภาษณ์)

ในกิจกรรมโครงการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยประยุกต์ใช้แนวคิด (DOT) ถึงแม้ว่าจะยังไม่สามารถประเมินผลลัพธ์ได้ แต่ผู้วิจัยตั้งข้อสังเกตและสรุปได้ว่าผู้ที่เข้าร่วมในกิจกรรมนี้มีความเข้าใจถึงวิธีการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและไม่เกิดการป่วยซ้ำ ดังตัวอย่างคำพูดในบทสนทนาข้างต้น



2.2.3 โครงการบริการคลินิกจิตเวชร่วมกับคลินิกโรคเรื้อรัง (NCD) ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น

วัตถุประสงค์ เพื่อลดข้อจำกัดในการเดินทางไปรับยาที่โรงพยาบาล

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 8 ราย

กิจกรรม แพทย์ เภสัชกร และพยาบาลจัดการดูแลผู้ป่วยด้านจิตเวช จากโรงพยาบาลบุญทริกจะทำการตรวจรักษา จ่ายยาให้กับผู้ป่วยจิตเภทก่อนที่จะให้บริการกับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (NCD) ทั่วไปโดยมีการบันทึกการรักษาในโปรแกรม JHCIS และบันทึกการรักษาในทะเบียนบันทึกการรักษาและในสมุดประจำตัวผู้ป่วย และแพทย์จะทำการนัดติดตามการรักษา ทุก 4 สัปดาห์

ผลผลิตและผลลัพธ์ ในโครงการนี้เริ่มดำเนินการเมื่อวันที่ 11 พฤษภาคม 2560 มีผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการตรวจรักษาครบทั้ง 8 ราย มีการบันทึกข้อมูลการตรวจรักษาในทะเบียนบันทึกการรักษาและสมุดประจำตัวผู้ป่วย แต่เนื่องจากกิจกรรมนี้มีการกำหนดระยะเวลาการดำเนินงานเป็นเวลา 12 สัปดาห์ จึงยังไม่สามารถประเมินผลลัพธ์ได้

“จะแห่มนดีหลายคุณหมอ ให้ผู้ป่วยมาเอายาอยู่นามัย แต่ก็ไปได้ไปเอายาย้อนบ่มีค่ารถไปโรงพยาบาล”

(ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว คนที่ 5, 2559: สัมภาษณ์)

“ถ้ามียา กะกินยุ ยากแต่บ่มีคนพาไปเอายา”

(ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว คนที่ 6, 2559: สัมภาษณ์)

“ทีมสหวิชาชีพออกหน่วยให้บริการอยู่รพ.สต.ถือว่าเป็นโอกาสดี ที่ทีมแพทย์จะได้รู้จักผู้ป่วย ได้รับทราบปัญหาของผู้ป่วยในชุมชน และจะได้ร่วมกันแก้ไขปัญหาด้านการรักษา”

(บุคคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข คนที่ 6, 2559: สัมภาษณ์)

ถึงแม้ว่ากิจกรรมนี้ยังไม่สามารถประเมินผลลัพธ์ได้ แต่ผู้วิจัยตั้งข้อสังเกตและกล่าวสรุปในเบื้องต้นของกิจกรรมนี้ได้ว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวรวมถึงบุคคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีความพึงพอใจต่อการดำเนินกิจกรรมดังกล่าว ดังจะสังเกตได้จากตัวอย่างคำพูดจากบทสนทนาข้างต้น

2.3 ชั้นสังเกต (Observation) เป็นขั้นตอนของการบันทึกผลการทำกิจกรรมตั้งแต่ก่อนดำเนินการ ระหว่างดำเนินการ และหลังดำเนินการ โดยผู้วิจัยจำแนกได้ดังนี้

2.3.1 กระบวนการของการปฏิบัติการ (The Action of Process) ข้อสรุปจากการสังเกตตลอดกระบวนการของการปฏิบัติการมีรายละเอียด ดังนี้

1) การวิเคราะห์ปัญหา กระบวนการวิเคราะห์ปัญหาเกิดขึ้นภายหลังจากผู้วิจัยได้คืนข้อมูลปัญหาผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งได้จากการสำรวจ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและจากฐานข้อมูลการให้บริการของโรงพยาบาลบุญทริก โดยผู้วิจัยได้เปิดประเด็นคำถามถึงปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่ส่งผลให้เกิดการป่วยซ้ำหรือกลับเป็นซ้ำที่อาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ต่อครอบครัว หรือแม้กระทั่งในชุมชน ผู้เข้าร่วมแต่ละท่านได้แสดงความคิดเห็นมาก



บ้าง น้อยบ้าง ตามประสบการณ์ของตนเอง อย่างไรก็ตาม จากที่ประชุมได้ข้อสรุปคือ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เป็นประเด็นปัญหาที่ทุกภาคส่วนจะต้องมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา ร่วมกัน ทั้งด้านระบบการรักษา ซึ่งหมายถึง ระบบการตรวจรักษา รวมไปถึงระบบการติดตามดูแล และที่สำคัญคือผู้ดูแลในครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชนที่จำเป็นจะต้องมีองค์ความรู้และทักษะในการดูแลและการให้การช่วยเหลือ อีกทั้งหน่วยงานภาครัฐที่มีส่วนเกี่ยวข้องจะต้องมีการสนับสนุนด้านสวัสดิการตามความจำเป็นและท้ายที่สุดคือ ชุมชน จะเป็นส่วนที่สำคัญที่สุดที่จะให้โอกาสกับผู้ป่วยจิตเภทได้กลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ

2) การวางแผนแก้ไขปัญหา การประชุมในรูปแบบของการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop Method) เป็นการเอื้ออำนวยให้กลุ่มผู้ร่วมวิจัยได้ใช้ระดมความคิด โดยคำนึงถึงหัวข้อเฉพาะหัวข้อใดหัวข้อหนึ่งจนสามารถพัฒนาให้เป็นมติและปฏิบัติการ ซึ่งเหมาะสำหรับการสร้างความเห็นพ้องร่วมกันของกลุ่มจนนำไปสู่ความมุ่งมั่นและปฏิบัติการร่วมกัน ดังนั้น จึงพบว่ามี การแสดงความคิดเห็นที่หลากหลาย จึงมีการจัดหมวดหมู่ของประเด็นความคิดที่คล้ายกันและแตกต่างกันของกลุ่ม ทำให้มองเห็นประเด็นที่เห็นพ้องและความคิดเห็นที่แตกต่างกันของกลุ่มผู้ร่วมวิจัย จากนั้นมีการนำแต่ละประเด็นมาไตร่ตรองยืนยันถึงความสำคัญของแต่ละประเด็นที่กลุ่มผู้ร่วมวิจัยเห็นพ้องนำไปสู่การคัดเลือกจัดลำดับและจัดทำโครงการ โดยกลุ่มผู้ร่วมวิจัยมีส่วนร่วมในการวางแผน แต่งตั้งคณะทำงาน มอบหมายหน้าที่รับผิดชอบที่ชัดเจน จนเกิดเป็นคณะทำงานดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีการแสวงหาแหล่งงบประมาณและความเป็นไปได้ของโครงการ ซึ่งแสดงออกถึงความมุ่งมั่น ตั้งใจ ที่จะปฏิบัติงานอย่างเต็มกำลังความสามารถ

3) การดำเนินการตามแผน ผู้ร่วมวิจัยหรือคณะทำงานดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ที่ได้กำหนดขึ้นในขั้นวางแผน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะทำหน้าที่ประสานงานในส่วนราชการหรือองค์กรหลักในชุมชน ได้แก่ โรงพยาบาล โรงเรียน สถานีตำรวจ ออัครปกครองส่วนท้องถิ่น และวัด ส่วนกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จะทำหน้าที่หลักในการประสานงาน เชื่อมโยง และประชาสัมพันธ์ ระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและผู้นำชุมชน อีกทั้งกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นแกนนำหลักสำคัญในการประชาสัมพันธ์ประสานงาน เตรียมความพร้อมด้านสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวกในการดำเนินกิจกรรมแต่ละโครงการ

4) การติดตามผลการดำเนินงาน มีการกำหนดให้คณะทำงานดูแลผู้ป่วยจิตเภทประชุม พบปะ เพื่อติดตามความก้าวหน้า แก้ไขปัญหาและอุปสรรค ตลอดจนวางแผนวางแผนการดำเนินงานต่อเนื่องทุก 1 เดือน เดือนละ 1 ครั้ง ในวันศุกร์ สัปดาห์ที่ 4 ของทุกเดือน นอกจากนี้ ในการจัดกิจกรรมแต่ละครั้ง ภายหลังจากเสร็จสิ้นการดำเนินงาน มีการประชุมสรุปบทเรียน เพื่อร่วมกันสะท้อนปัจจัยแห่งความสำเร็จ หรือจุดอ่อน ข้อบกพร่อง เพื่อวางแผนการแก้ไขปัญหา ก่อนที่จะมีการดำเนินการในรอบต่อไป ทั้งนี้ได้มีการมอบหมายคณะทำงานรับฟังเสียงสะท้อนของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวที่เข้าร่วมกิจกรรม



2.3.2 ผลของการปฏิบัติการ (The Effect of Action) จากการดำเนินงานตาม บทบาทคณะทำงานดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ภายใต้แผนปฏิบัติการที่ผู้ร่วมวิจัยได้วิเคราะห์ ระดม สมองในการวางแผน ทั้งสิ้น 3 โครงการ นั้น คณะทำงานได้มีการนำข้อมูลมาประเมินผลจากการปฏิบัติ กิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน เปรียบเทียบเป้าหมายและผลที่คาดว่าจะได้รับหลังดำเนินการ ซึ่งมีรายละเอียด ดังตาราง 4.18

ตาราง 4.18 ผลการปฏิบัติงานตามแผนปฏิบัติการ

ชื่อโครงการ	เป้าหมาย	ผลลัพธ์
1. โครงการอบรมเพื่อเพิ่ม ศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย จิตเภท	1. กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทใน ครอบครัว จำนวน 8 คน 2. กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน จำนวน 21 คน	หลังการอบรม พบว่า 1. กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทใน ครอบครัวและกลุ่มภาคีเครือข่าย ในชุมชนมีระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับดี มากกว่าร้อยละ 80 2. กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทใน ครอบครัวและกลุ่มภาคีเครือข่าย ในชุมชนมีระดับทัศนคติต่อผู้ป่วย จิตเภทและต่อการรักษาในระดับ ปานกลางและมาก ตามลำดับ 3. กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทใน ครอบครัวมีระดับการดูแลด้าน ความเป็นอยู่ระดับมาก ด้าน เศรษฐกิจระดับปานกลาง ด้าน สังคมระดับมาก ด้านอารมณ์ ระดับมากและจิตใจ ด้านการ รักษาในระดับมาก และด้านการ ปรับตัวและช่วยเหลือตนเองใน ระดับมาก และกลุ่มภาคี เครือข่ายในชุมชนมีระดับการ ดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านอารมณ์และจิตใจ และด้านการรักษาในระดับมาก ทุกด้าน



ตาราง 4.18 (ต่อ)

ชื่อโครงการ	เป้าหมาย	ผลลัพธ์
2. โครงการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยประยุกต์ใช้แนวคิด (DOT)	1. กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว จำนวน 8 คน 2. ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 4 คน 3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 4 คน	ผู้ป่วยจิตเภทรับประทานยาตามแพทย์สั่งครบทุกมื้อ มีการลงชื่อกำกับกรับประทานยาโดยผู้ดูแลในครอบครัว ครบทั้ง 7 วัน แต่ยังไม่สามารถประเมินระดับอาการทางจิตได้ เนื่องจากยังไม่ครบตามกำหนดเวลาประเมินผล อนึ่ง โครงการนี้มีการกำหนดระยะเวลาดำเนินการเป็นเวลา 12 สัปดาห์ จึงยังไม่สามารถประเมินผลการดำเนินโครงการได้
3. โครงการบริการคลินิกจิตเวช ร่วมกับคลินิก (NCD)	1. ผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 8 คน	ผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการคลินิกจิตเวชที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่นครบทั้ง 8 ราย และมีการบันทึกผล
3. โครงการบริการคลินิกจิตเวช ร่วมกับคลินิก (NCD) (ต่อ)	1. ผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 8 คน	กิจกรรมการรักษาในโปรแกรม JHCIS ทะเบียนบันทึกการรักษาและสมุดประจำตัวผู้ป่วย แต่เนื่องจากโครงการนี้มีการกำหนดระยะเวลาดำเนินการเป็นเวลา 12 สัปดาห์ จึงยังไม่สามารถประเมินผลการดำเนินโครงการได้

2.4 ^{ขั้น}สะท้อนผล (Reflection) จากการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อหาแนวทางที่จะนำไปสู่กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่า ปัจจัยสำคัญคือ การเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) เข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่ขั้นการวางแผนจนถึงขั้นสะท้อนผล ผู้วิจัยได้รวบรวมรายละเอียดไว้ ดังตาราง 4.19



ตาราง 4.19 เปรียบเทียบระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังการพัฒนา โดยประยุกต์ใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Chronic Care Model)

องค์ประกอบของแบบแผนการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Chronic Care Model)	รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
1. นโยบายองค์กร	1. นโยบายเดิมไม่ครอบคลุมต่อระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางจิตเวช	1. นโยบายใหม่เป็นปัจจุบันครอบคลุมระบบการดูแลผู้ป่วยทางจิตเวช
2. ระบบสารสนเทศคลินิก	2. ขาดการถ่ายทอดสู่หน่วยบริการปฐมภูมิ	2. มีการถ่ายทอดสู่หน่วยบริการปฐมภูมิอย่างชัดเจน
3. ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ	1. หน่วยบริการปฐมภูมิไม่มีข้อมูลการรักษาของผู้ป่วย ซึ่งข้อมูลการรักษาจะถูกบันทึกไว้ที่ฐานข้อมูลของโรงพยาบาลเท่านั้น 2. ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลการติดตามการดูแล ระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลชุมชน 3. ไม่มีระบบกำกับกับการรับประทานยาของผู้ป่วย	1. มีการบันทึกข้อมูลการรักษาในโปรแกรม JHCIS โดยแพทย์ผู้ทำการรักษา 2. มีทะเบียนบันทึกการรักษาผู้ป่วยใช้กำกับข้อมูลในโปรแกรมและใช้เชื่อมโยงข้อมูลกลับไปยังโรงพยาบาลชุมชน 3. มีสมุดประจำตัวผู้ป่วยเพื่อบันทึกการรักษาและบันทึกการรับประทานยา
4. การออกแบบระบบบริการ	1. การรับบริการตรวจรักษา ระบบเดิม จะเป็นลักษณะผู้ป่วยจิตเภทหรือญาติเข้ามารับยาที่โรงพยาบาลบุณฑริกทุก 3 เดือน	1. มีคู่มือการดูแล แนวทางขั้นตอนการรับบริการรวมถึงขั้นตอนการส่งต่อเมื่อเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินและมีการถ่ายทอดสู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและชุมชน 2. มีการบริการคลินิกจิตเวชร่วมกับคลินิกโรคเรื้อรัง (NCD) ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ทุก 4 สัปดาห์เพื่อเอื้อต่อการเข้าถึงบริการและลดข้อจำกัดในการเดินทางไปโรงพยาบาล



ตาราง 4.19 (ต่อ)

องค์ประกอบของแบบแผน การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Chronic Care Model)	รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
5. การสนับสนุนการดูแลตนเอง	<p>2. กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถมารับยาได้ โดยมีข้อจำกัดเรื่องค่าใช้จ่าย การเดินทาง ฯลฯ หรือผู้ป่วยบางรายไม่มีผู้ดูแล หรืออาศัยอยู่กับผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลจะเข้ามารับยาให้ผู้ป่วยที่โรงพยาบาล แล้วให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจัดยาให้ผู้ป่วยทุกวัน ซึ่งบางครั้งเกิดปัญหาว่าแพทย์จะต้องทำการตรวจเลือดผู้ป่วยก่อนที่จะสั่งยา จึงไม่สามารถรับยากลับไปให้ผู้ป่วยได้ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านขาดความต่อเนื่องในดูแล ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยาครบทุกมื้อ</p>	<p>1. มีการจัดอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนให้กับผู้ดูแลในครอบครัว และกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน</p>
6. การเชื่อมโยงกับชุมชน	<p>1. ภาคีเครือข่ายในชุมชนมีความคิดว่าตนเองไม่สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทได้ เข้าใจว่าเป็นกระบวนการรักษาของแพทย์ ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาด้วยยาเท่านั้น</p>	<p>1. มีการจัดโครงการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการรักษาภายใต้การสังเกตโดยตรง (DOT) ที่มุ่งให้ผู้ดูแลในครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ใหญ่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำ</p>



ตาราง 4.19 (ต่อ)

องค์ประกอบของแบบแผน การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Chronic Care Model)	รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
6. การเชื่อมโยงกับชุมชน (ต่อ)		โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลได้มีส่วนร่วมในการดูแล กำกับการกินยาของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีระดับอาการทาง จิตในระดับปกติ ซึ่งจะลดความ เสี่ยงของการป่วยซ้ำ

ส่วนที่ 3 ผลของกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

3.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว และกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน ก่อนและหลังการพัฒนา

3.1.1 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3.1.1.1 กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวก่อนพัฒนา พบว่า กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวมีระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทระดับดี ร้อยละ 37.5 รองลงมา มีระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทระดับปานกลาง ร้อยละ 50.0 และมีระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทระดับน้อย ร้อยละ 12.5 และหลังการพัฒนา พบว่า กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวมีระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทระดับดี ร้อยละ 87.5 รองลงมา มีระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทระดับปานกลาง ร้อยละ 12.5 และไม่พบผู้ดูแลรายใดที่มีระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทระดับน้อย ดังตาราง 4.20

ตาราง 4.20 ผลการเปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการพัฒนา
ของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว

ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว	ก่อนการพัฒนา (N=8 คน)		หลังการพัฒนา (N=8 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับดี (มากกว่าหรือเท่ากับ 16 คะแนน)	3	37.5	7	87.5
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับปานกลาง (12 – 15 คะแนน)	4	50.0	1	12.5



ตาราง 4.20 (ต่อ)

ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว	ก่อนการพัฒนา (N=8 คน)		หลังการพัฒนา (N=8 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับน้อย (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน)	1	12.5	0	0.0
รวม	8	100.0	8	100.0

3.1.1.2 กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน ก่อนการพัฒนาพบว่า กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนมีระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทระดับดี ร้อยละ 38.10 รองลงมา มีระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.86 และมีระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับน้อย ร้อยละ 19.05 และหลังการพัฒนา พบว่ากลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนมีระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทระดับดี ร้อยละ 85.71 รองลงมา มีระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับปานกลาง ร้อยละ 14.29 และไม่มีภาคีเครือข่ายรายใดที่มีระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับน้อย ดังตาราง 4.21

ตาราง 4.21 เปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการพัฒนา
ของกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน

ระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ของกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน	ก่อนการพัฒนา (N=21 คน)		หลังการพัฒนา (N=21 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับดี (มากกว่าหรือเท่ากับ 16 คะแนน)	8	38.1	18	85.7
ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับปานกลาง (12 – 15 คะแนน)	9	42.9	3	14.3
ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับน้อย (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน)	4	19.0	0	0
รวม	21	100.0	21	100.0

3.1.2 ทักษะที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท

3.1.2.1 จากการประเมินระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว โดยใช้แบบสัมภาษณ์รายบุคคล พบว่า ก่อนการพัฒนา กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทในรายข้อเพิ่มมากขึ้น ดังตาราง 4.22



ตาราง 4.22 เปรียบเทียบระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภท รายข้อ ก่อนและหลังการพัฒนา
ของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว

ระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภท ของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว	ก่อนการพัฒนา (N=8 คน)			หลังการพัฒนา (N=8 คน)		
	\bar{x}	S.D.	ระดับ	\bar{x}	S.D.	ระดับ
ทัศนคติต่อตัวผู้ป่วย						
1. ผู้ป่วยจิตเภทมีแต่จะสร้างความ เดือดร้อนให้กับผู้อื่น	2.63	1.06	ปานกลาง	1.25	0.46	น้อย
2. แม้ว่าผู้ป่วยไม่แสดงอาการ แต่ท่านก็ยัง รู้สึกหวาดระแวง ที่จะโดนทำร้าย	2.50	0.93	ปานกลาง	1.38	0.52	น้อย
3. ผู้ป่วยจิตเภทเป็นกลุ่มคนที่น่าสงสาร ควรที่จะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง	3.38	0.52	ค่อนข้าง มาก	4.00	0.00	มาก
4. ควรให้ผู้ป่วยจิตเภทอยู่เฉยๆ ไม่ควรให้ ทำงานหรือประกอบอาชีพ	2.88	0.84	ปานกลาง	1.38	0.52	น้อย
ทัศนคติต่อการรักษา						
5. ท่านไม่เคยรู้สึกท้อแท้ ที่จะพาผู้ป่วย ไปรับการรักษา	1.38	0.52	น้อย	3.50	0.54	ค่อนข้างมาก
6. คนในชุมชนควรมีส่วนร่วมในการดูแล ผู้ป่วยจิตเภท	1.63	0.52	น้อย	3.50	0.54	ค่อนข้างมาก
7. ผู้ป่วยจิตเภทสามารถร่วมทำกิจกรรมใน ชุมชน เช่น งานบุญ งานพัฒนาในชุมชนได้	1.38	0.52	น้อย	3.50	0.54	ค่อนข้างมาก
8. ผู้ดูแลมีส่วนสำคัญในการรักษาอาการ ของผู้ป่วยจิตเภท	1.75	0.46	น้อย	4.00	0.00	มาก
9. การรักษาโรคจิตเภท จะต้องปฏิบัติตัว ตามคำสั่งของแพทย์และพยาบาลอย่าง เคร่งครัด	1.75	0.46	น้อย	4.00	0.00	มาก
10. การดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน เป็นวิธีการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่ดีที่สุด	2.88	0.35	ปานกลาง	3.63	0.52	ค่อนข้างมาก

และหลังการพัฒนา พบว่า กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทในรายด้าน เพิ่มขึ้นและอยู่ในช่วงของระดับค่าเฉลี่ยที่ยอมรับได้ (95% CI) เนื่องจากกลุ่มผู้ดูแลในครอบครัวมีความเข้าใจต่อโรคของผู้ป่วยและเข้าใจถึงบทบาทหน้าที่และวิธีการรักษา ซึ่งสะท้อนและอธิบายได้ว่าการจัดอบรมเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ส่งผลให้กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวมีทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้นซึ่งจะส่งผลต่อประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป



หมายเหตุ เนื่องจาก ในข้อคำถามของแบบสัมภาษณ์ทัศนคติที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทในด้านทัศนคติต่อผู้ป่วยมีข้อคำถามจำนวน 3 ข้อ ที่เป็นข้อคำถามเชิงลบ ดังนั้น ในการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยในข้อคำถามเหล่านี้จึงอธิบายได้ว่า ผลของระดับค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจะให้ความหมายตรงข้าม ดังเช่น ในด้านทัศนคติต่อผู้ป่วยมีระดับค่าเฉลี่ยมากแปลความหมายได้ว่า ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์มีทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทน้อย เป็นต้น ซึ่งหลังการพัฒนา พบว่า ระดับค่าเฉลี่ยด้านทัศนคติต่อตัวผู้ป่วยมีค่าลดลง จึงแปลความหมายได้ว่า หลังการพัฒนากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวมีทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มมากขึ้น

ตาราง 4.23 เปรียบเทียบระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภท รายด้าน ก่อนและหลังการพัฒนาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว

ระดับทัศนคติต่อผู้ป่วย จิตเภทของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา		
	\bar{x}	S.D.	95% CI	\bar{x}	S.D.	95% CI
ด้านทัศนคติต่อตัวผู้ป่วย	2.85	0.84	2.32 - 3.41	2.00	2.38	1.78 - 2.28
ทัศนคติต่อการรักษา	1.80	0.47	1.52 - 2.06	3.69	0.36	3.44 - 3.94

3.1.2.2 กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน จากการประเมินระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน โดยการใช้แบบสัมภาษณ์รายบุคคล พบว่า กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนมีคะแนนเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทในรายข้อเพิ่มมากขึ้น ดังตาราง 4.24

ตาราง 4.24 เปรียบเทียบระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภท รายข้อ ก่อนและหลังการพัฒนาของกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน

ระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภท ของกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน	ก่อนการพัฒนา (N=21คน)			หลังการพัฒนา (N=21คน)		
	\bar{x}	S.D.	ระดับ	\bar{x}	S.D.	ระดับ
ทัศนคติต่อตัวผู้ป่วย						
1. ผู้ป่วยจิตเภทมีแต่จะสร้างความ เดือดร้อนให้กับผู้อื่น	3.38	0.67	ค่อนข้าง มาก	2.81	0.68	ปานกลาง
2. แม้ว่าผู้ป่วยไม่แสดงอาการ แต่ท่านก็ยิ่งรู้สึกหวาดระแวง ที่จะโดน ทำร้าย	3.19	0.40	ค่อนข้าง มาก	2.95	0.38	ปานกลาง
3. ผู้ป่วยจิตเภทเป็นกลุ่มคนที่น่า สงสาร ควรที่จะได้รับการดูแล อย่างต่อเนื่อง	2.33	1.07	ปานกลาง	3.71	0.46	ค่อนข้าง มาก



ตาราง 4.24 (ต่อ)

ระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภท ของกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน	ก่อนการพัฒนา (N=21คน)			หลังการพัฒนา (N=21คน)		
	\bar{x}	S.D.	ระดับ	\bar{x}	S.D.	ระดับ
4. ควรให้ผู้ป่วยจิตเภทอยู่เฉยๆ ไม่ควร ให้ทำงานหรือประกอบอาชีพ ทัศนคติต่อการรักษา	2.90	0.63	ปานกลาง	1.38	0.74	น้อย
5. ท่านไม่เคยรู้สึกท้อแท้ ที่จะพา ผู้ป่วยไปรับ	2.67	1.07	ปานกลาง	4.00	0.00	มาก
6. คนในชุมชนควรมีส่วนร่วมในการ ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	1.86	0.96	น้อย	3.67	0.48	ค่อนข้าง มาก
7. ผู้ป่วยจิตเภทสามารถร่วมทำ กิจกรรมในชุมชน เช่น งานบุญ งาน พัฒนาในชุมชนได้	1.76	0.83	น้อย	3.76	0.44	ค่อนข้าง มาก
8. ผู้ดูแลมีส่วนสำคัญในการรักษา อาการของผู้ป่วยจิตเภท ทัศนคติต่อการรักษา	3.00	0.71	ค่อนข้าง มาก	3.86	0.36	ค่อนข้าง มาก
9. การรักษาโรคจิตเภท จะต้องปฏิบัติ ตัวตามคำสั่งของแพทย์และพยาบาล อย่างเคร่งครัด	2.86	0.48	ปานกลาง	3.90	0.30	ค่อนข้าง มาก
10. การดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน เป็นวิธีการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่ดี ที่สุด	2.24	0.83	ปานกลาง	3.86	0.36	ค่อนข้าง มาก

และหลังการพัฒนา พบว่า กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนมีคะแนนเฉลี่ยค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทในรายด้าน เพิ่มขึ้น และอยู่ในช่วงของระดับค่าเฉลี่ยที่ยอมรับได้ (95% CI) ดังตาราง 4.25 เนื่องจากกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนมีความเข้าใจต่อโรคของผู้ป่วยและเข้าใจถึงบทบาทหน้าที่และวิธีการรักษา โดยชุมชนสามารถเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในการร่วมดูแลซึ่งมีความสำคัญในการที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสะท้อนและอธิบายได้ว่าการจัดอบรมเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ส่งผลให้กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนมีทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้นเช่นเดียวกับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว ซึ่งจะส่งผลต่อประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

หมายเหตุ เนื่องจาก ในข้อคำถามของแบบสัมภาษณ์ทัศนคติที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทในด้านทัศนคติต่อผู้ป่วยมีข้อคำถามจำนวน 3 ข้อ ที่เป็นข้อคำถามเชิงลบ ดังนั้น ในการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยในข้อคำถามเหล่านี้จึงอธิบายได้ว่า ผลของระดับค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจะให้ความหมายตรงข้าม ดังเช่น ในด้านทัศนคติต่อผู้ป่วยมีระดับค่าเฉลี่ยมากแปลความหมายได้ว่า ผู้ตอบ



แบบสัมภาษณ์มีทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทน้อย เป็นต้น ซึ่งหลังการพัฒนา พบว่า ระดับค่าเฉลี่ยด้านทัศนคติต่อตัวผู้ป่วยมีค่าลดลง จึงแปลความหมายได้ว่า หลังการพัฒนากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวมีทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มมากขึ้น

ตาราง 4.25 เปรียบเทียบระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภท รายด้าน ก่อนและหลังการพัฒนาของกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน

ระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทของ กลุ่มภาคีเครือข่าย ในชุมชน	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา		
	\bar{x}	S.D.	95% CI	\bar{x}	S.D.	95% CI
ด้านทัศนคติต่อตัวผู้ป่วย	2.95	0.70	2.68 - 3.25	2.71	0.57	2.49 - 2.95
ทัศนคติต่อการรักษา	2.40	0.82	2.05 - 2.73	3.84	0.34	3.70 - 3.96

3.1.3 การดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3.1.3.1 ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว จากการประเมินระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวโดยใช้แบบสัมภาษณ์รายบุคคลพบว่า กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในรายชื่อเพิ่มขึ้น ดังตาราง 4.26

ตาราง 4.26 เปรียบเทียบระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท รายข้อ ก่อนและหลังการพัฒนาของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว

ระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทใน ครอบครัว	ก่อนการพัฒนา (N=8คน)			หลังการพัฒนา (N=8คน)		
	\bar{x}	S.D.	ระดับ	\bar{x}	S.D.	ระดับ
<u>ด้านความเป็นอยู่</u>						
1. ท่านคอยดูแลให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันอย่างสม่ำเสมอ เช่น อาบน้ำ สระผม เปลี่ยนเสื้อผ้า ฯลฯ	2.00	0.54	ปานกลาง	3.00	0.00	ปานกลาง
2. ท่านจัดหาของใช้ที่จำเป็นให้แก่ผู้ป่วย เช่น เสื้อผ้า อาหาร พร้อมทั้งสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ	2.13	0.64	ปานกลาง	3.00	0.00	มาก
3. ท่านดูแลรักษาความสะอาดของใช้ส่วนตัวของผู้ป่วยจิตเภทให้เป็นระเบียบเรียบร้อย เช่น เสื้อผ้า ที่นอน	2.13	0.64	ปานกลาง	3.00	0.00	มาก



ตาราง 4.26 (ต่อ)

ระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว	ก่อนการพัฒนา (N=8 คน)			หลังการพัฒนา (N=8 คน)		
	\bar{x}	S.D.	ระดับ	\bar{x}	S.D.	ระดับ
4. ท่านรับผิดชอบในการจัดหาสถานที่ ที่พัก ที่เหมาะสมให้ผู้ป่วยเมื่อกลับมาอยู่ บ้าน	2.13	0.84	ปานกลาง	3.00	0.00	ปานกลาง
<u>ด้านเศรษฐกิจ</u>						
5. ท่านมอบเงินให้ผู้ป่วยไว้ใช้จ่ายส่วนตัว	2.13	0.35	ปานกลาง	2.25	0.46	ปานกลาง
6. ท่านต้องทำงานเพิ่มเพื่อให้มีเงินเพียงพอ สำหรับการดูแลผู้ป่วย	1.50	0.76	น้อย	2.38	0.52	ปานกลาง
7. ท่านต้องกู้ยืมเงินเพื่อมาใช้จ่ายใน การดูแลผู้ป่วย	1.38	0.74	น้อย	1.75	0.71	น้อย
<u>ด้านสังคม</u>						
8. ท่านพาผู้ป่วยไปร่วมทำกิจกรรมในสังคม เช่น ไปวัดทำบุญ ไปร่วมงานในหมู่บ้าน ไปจับจ่ายซื้อของในตัวเมือง	1.25	0.46	ปานกลาง	2.25	0.46	ปานกลาง
9. ท่านสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม ในการทำกิจกรรมในสังคม เช่น การเป็น อาสาสมัคร หรือร่วมพัฒนาหมู่บ้าน	1.75	0.71	น้อย	2.75	0.46	ปานกลาง
10. ท่านสนับสนุนและเปิดโอกาส ให้ผู้ป่วยได้พบปะพูดคุยและมีเพื่อน	2.25	0.46	ปานกลาง	3.00	0.00	มาก
<u>ด้านอารมณ์และจิตใจ</u>						
11. ท่านชมเชยหรือให้กำลังใจ เมื่อผู้ป่วยทำดีหรือทำถูกต้อง	1.25	0.46	ปานกลาง	2.75	0.46	ปานกลาง
12. ท่านจะช่วยเหลือให้คำปรึกษาและ ให้กำลังใจ เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาหรือ ไม่สบายใจ	1.25	0.46	ปานกลาง	2.88	0.35	ปานกลาง
13. ท่านจะไม่ดูต่ำหรือแสดงความไม่พอใจ เมื่อผู้ป่วยทำผิด	1.75	0.46	น้อย	3.00	0.00	มาก



ตาราง 4.26 (ต่อ)

ระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว	ก่อนการพัฒนา (N=8คน)			หลังการพัฒนา (N=8คน)		
	\bar{x}	S.D.	ระดับ	\bar{x}	S.D.	ระดับ
<u>ด้านการรักษา</u>						
14. ท่านพาผู้ป่วยไปรับการรักษาหรือ รับบริการด้านสุขภาพที่โรงพยาบาล หรือรพ.สต.ใกล้บ้าน เมื่อผู้ป่วย มีปัญหาด้านสุขภาพ	2.38	0.52	ปานกลาง	2.75	0.46	ปานกลาง
15. ท่านดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทาน ยาและพบแพทย์ตามนัด	2.38	0.52	ปานกลาง	3.00	0.00	มาก
16. ท่านปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์ทันที เมื่อเกิดปัญหาในการดูแลผู้ป่วย	2.50	0.54	ปานกลาง	3.00	0.00	มาก
17. ท่านกระตุ้นสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ กระทำกิจกรรมที่เคยทำเมื่อก่อนป่วย	1.38	0.52	ปานกลาง	2.75	0.46	ปานกลาง
<u>ด้านการปรับตัวและช่วยเหลือตนเอง</u>						
18. เมื่อผู้ป่วยมีอาการซึม พูดน้อย แยกตัว ท่านจะเข้าไปพูดคุย เพื่อประเมินอาการทางจิตและ ให้การช่วยเหลือในเบื้องต้น	1.25	0.46	ปานกลาง	3.00	0.00	ปานกลาง
19. ท่านจัดหางานที่เหมาะสม ในบ้านให้ผู้ป่วยทำ เช่น ปลูกต้นไม้ เลี้ยงสัตว์ ทำอาหาร ซักเสื้อผ้า เป็นต้น	1.38	0.52	ปานกลาง	2.88	0.35	ปานกลาง
20. ท่านมีส่วนในการจัดหาและ กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีงานที่เหมาะสม เป็นรายได้ของตนเอง	1.38	0.52	ปานกลาง	2.88	0.35	ปานกลาง
21. ท่านกระตุ้นสนับสนุนให้ผู้ป่วย ช่วยเหลือผู้อื่นเท่าที่ผู้ป่วยจะทำได้	2.25	0.46	ปานกลาง	2.75	0.46	ปานกลาง

และหลังการพัฒนา พบว่า กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว มีคะแนนเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในรายด้าน เพิ่มขึ้นและอยู่ในช่วงของระดับค่าเฉลี่ยที่ยอมรับได้ (95% CI) เนื่องจากกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวมีความเข้าใจถึงบทบาทหน้าที่ในการจัดหาหรืออำนวยความสะดวกให้กับผู้ป่วย มีการเตรียมความพร้อมเรื่องค่าใช้จ่ายต่อการรักษา เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยจิตเภทได้พบปะกับเพื่อนและเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมทำกิจกรรมในชุมชน รับฟังปัญหา ให้กำลังใจ ชมเชยเมื่อผู้ป่วยทำดีหรือทำถูกต้อง สนับสนุนให้ผู้ป่วยให้ได้รับการ



ด้านสุขภาพ ส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมที่เคยทำ กระตุ้นให้มีส่วนร่วมในการหารายได้และสามารถประเมินอาการทางจิตและให้การช่วยเหลือในเบื้องต้น ดังตาราง 4.27

ตาราง 4.27 เปรียบเทียบระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท รายด้าน ก่อนและหลังการพัฒนาของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว

ระดับการดูแลผู้ป่วย จิตเภทของกลุ่มผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท ในครอบครัว	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา		
	\bar{x}	S.D.	95% CI	\bar{x}	S.D.	95% CI
ด้านความเป็นอยู่	2.10	0.72	1.60 - 2.57	3.00	0	3.00 - 3.00
ด้านเศรษฐกิจ	1.67	0.62	1.38 - 2.09	2.13	0.56	1.79 - 2.54
ด้านสังคม	1.75	0.54	1.46 - 2.17	2.67	0.31	2.46 - 2.88
ด้านอารมณ์และจิตใจ	2.16	0.53	1.85 - 2.53	2.88	0.23	2.69 - 3.00
ด้านการรักษา	2.16	0.53	1.85 - 2.53	2.88	0.23	2.69 - 3.00
ด้านการปรับตัวและ ช่วยเหลือตนเอง	1.57	0.49	1.28 - 1.94	2.88	0.29	2.66 - 3.00

3.1.3 การดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3.1.3.2 กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน จากการประเมินระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนโดยการใช้แบบสัมภาษณ์รายบุคคล พบว่า กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนมีคะแนนเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในรายชื่อเพิ่มขึ้น ดังตาราง 4.28

ตาราง 4.28 เปรียบเทียบระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท รายข้อ ก่อนและหลังการพัฒนาของกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน

ระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน	ก่อนการพัฒนา (N=21คน)			หลังการพัฒนา (N=21คน)		
	\bar{x}	S.D.	ระดับ	\bar{x}	S.D.	ระดับ
ด้านเศรษฐกิจ						
1. ท่านมีส่วนช่วยสนับสนุนให้สวัสดิการ การดูแลแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล เช่น การขึ้น ทะเบียนผู้พิการหรือรับสวัสดิการอื่นๆ	1.86	0.66	ปานกลาง	2.24	0.83	ปานกลาง
2. ท่านช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วย จิตเภทมีอาชีพหรือรายได้เพื่อใช้จ่ายใน ครอบครัว	1.95	0.74	ปานกลาง	2.90	0.30	มาก



ตาราง 4.28 (ต่อ)

ระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน	ก่อนการพัฒนา (N=21คน)			หลังการพัฒนา (N=21คน)		
	\bar{x}	S.D.	ระดับ	\bar{x}	S.D.	ระดับ
<u>ด้านสังคม</u>						
3. ท่านเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยร่วมทำกิจกรรม ในสังคม เช่น ไปวัดทำบุญ ไปร่วมงานใน หมู่บ้าน ช่วยงานพัฒนาหมู่บ้าน เป็นต้น	1.52	0.68	น้อย	2.90	0.30	มาก
4. ท่านได้มีส่วนช่วยให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี ระหว่างผู้ป่วยกับเพื่อนบ้าน	1.86	0.57	ปานกลาง	2.86	0.36	มาก
5. ท่านมีส่วนในการคลี่คลายสถานการณ์ เมื่อผู้ป่วยจิตเภทเกิดมีอาการกำเริบหรือ ป่วยซ้ำ เช่น มีอารมณ์ฉุนเฉียวทำร้าย ร่างกายผู้อื่น จุดไฟเผา/ทำลายข้าว ของ หรือเดินแก้ผ้าตามที่สาธารณะ	1.67	0.80	ปานกลาง	1.95	0.87	ปานกลาง
<u>ด้านอารมณ์และจิตใจ</u>						
6. ท่านได้มีการชมเชยหรือให้กำลังใจ เมื่อผู้ป่วยทำดีหรือทำถูกต้อง	1.57	0.75	น้อย	2.67	0.58	ปานกลาง
7. เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาไม่สบายใจ ท่านมีโอกาสได้ให้คำปรึกษาและให้กำลังใจ	1.43	0.51	น้อย	2.81	0.40	มาก
<u>ด้านการรักษา</u>						
8. ท่านมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการ ด้านสุขภาพที่เหมาะสม	1.95	0.92	ปานกลาง	3.00	0.00	มาก
9. ท่านมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทและ ผู้ดูแล เช่น ควบคุมพฤติกรรมผู้ป่วย ช่วยนำส่งหรือช่วยประสานงานกับสถาน บริการสาธารณสุข เมื่อผู้ป่วยมีอาการ ทางจิตหรือเกิดการป่วยซ้ำ	1.52	0.75	น้อย	2.76	0.44	มาก
10. ท่านได้ร่วมติดตามดูแลผู้ป่วยและ ญาติร่วมกับทีมสุขภาพในพื้นที่	1.71	0.96	ปานกลาง	3.00	0.00	มาก

และหลังการพัฒนา พบว่า กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน มีคะแนนเฉลี่ย
ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในรายด้าน เพิ่มขึ้นและอยู่ในช่วงของระดับ
ค่าเฉลี่ยที่ยอมรับได้ (95% CI) เนื่องจากกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน มีความเข้าใจถึงบทบาทหน้าที่ใน
การสนับสนุนสวัสดิการด้านการดูแล ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีอาชีพ มีรายได้เพื่อใช้จ่ายในครอบครัวเปิดโอกาส
ให้ผู้ป่วยร่วมกิจกรรมในชุมชนเพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนบ้านหรือคนในชุมชน รับฟังปัญหาให้



คำปรึกษา ให้กำลังใจ ชมเชยเมื่อผู้ป่วยทำดีหรือทำถูกต้อง และมีส่วนร่วมในการหาช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการผิดปกติ รวมถึงมีส่วนร่วมในการติดตามดูแลและสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ดังตาราง 4.29

ตาราง 4.29 เปรียบเทียบระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท รายด้าน ก่อนและหลังการพัฒนาของกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน

ระดับการดูแลผู้ป่วย จิตเภทของกลุ่ม ภาคีเครือข่ายในชุมชน	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา		
	\bar{x}	S.D.	95% CI	\bar{x}	S.D.	95% CI
ด้านเศรษฐกิจ	2.10	0.72	1.60 - 2.22	2.57	0.57	2.31 - 2.81
ด้านสังคม	1.67	0.62	1.41 - 1.97	2.57	0.51	2.35 - 2.78
ด้านอารมณ์และจิตใจ	1.75	0.54	1.27 - 1.76	2.47	0.44	2.53 - 2.93
ด้านการรักษา	1.42	0.46	1.37 - 2.11	2.92	0.15	2.86 - 2.95

3.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพในกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เพื่อหาแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) และการจดบันทึก (Record) โดยมีผู้ให้ข้อมูล คือ กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน และกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ดังประเด็นต่อไปนี้

3.2.1 ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว พบปัญหาในการดูแลอยู่ 3 ประเด็น ได้แก่ ปัญหาจากตัวผู้ป่วย ปัญหาด้านผู้ดูแล และปัญหาด้านสังคม

“ผู้ป่วยป่วยกินยาเพราะรู้สึกว่าจะของอ้วนขึ้น มีแต่ยากนอน เหย็ดงานหรือเลี้ยงลูกไม่ค่อยได้ ”
(ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว คนที่ 1, 2559: แบบสัมภาษณ์เชิงลึก)

“มีสิ่งเลื้อยพื่นกะจ่ม เปื้อน่าย ท้อแท้ บ่อยากรักษา”
(ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว คนที่ 2, 2559: แบบสัมภาษณ์เชิงลึก)

“ผู้ป่วยบ่ยอมกินยา บ่อยากไปหาหมอ”
(ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว คนที่ 3, 2559: แบบสัมภาษณ์เชิงลึก)



“ลึงเถื่อเพิ่นกะกินเหล้า สูบยายามไปพ้อหมู่มีม้งงานในหมู่บ้าน หากกินบ่หลายดอก ยายกะบอกเพิ่นอยู่”

(ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว คนที่ 4, 2559: แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม)

“ไปยาก มากยาก ย้อนบ่มีเงิน บ่มีรถพาไป”

(ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวคนที่ 5, 2559: แบบสัมภาษณ์เชิงลึก)

“ผู้ดูแลเพิ่นกะสูงอายุแล้ว จักลิดูแลกันได้ล้าได้”

(ภาคีเครือข่ายในชุมชน คนที่ 1, 2559: แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม)

“คนในครอบครัวบ่หัวซา ปล่อยให้ผู้ป่วยกินยาเองแบบผิดๆ ถึกๆ ลึงเถื่อกะลั่นแข็ง น้ำลายยี้ด”

(ภาคีเครือข่ายในชุมชน คนที่ 2, 2559: แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม)

“คนในครอบครัวบางทีกะบ่เข้าใจ ฮ้ายผู้ป่วย บางทีผู้อยู่น่ากระแวงย่านเพิ่นมาทำร้ายทำร้าย”

(ภาคีเครือข่ายในชุมชน คนที่ 3, 2559: แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม)

“สังคมส่วนหนึ่งยังบ่ยอมรับ เพราะว่าหวาดระแวงย่านผู้ป่วยทำร้าย”

(ภาคีเครือข่ายในชุมชน คนที่ 4, 2559: แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม)

“เจ้าหน้าที่รพ.สต.มีภาระงานที่มาก บางครั้งติดตามดูแลไม่ทั่วถึง”

(บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข คนที่ 1, 2559: แบบสัมภาษณ์เชิงลึก)

“คนในชุมชนรวมทั้งภาคีเครือข่ายในชุมชนมองว่าเป็นเรื่องของกระบวนการการรักษาของแพทย์ซึ่งหมายถึงการให้ยาเท่านั้น โดยกลุ่มภาคียังไม่ทราบและเข้าใจบทบาทในเรื่องของการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ”

(บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข คนที่ 2 , 2559: แบบสัมภาษณ์เชิงลึก)

“การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นลักษณะของการตั้งรับมากกว่าการส่งเสริมดูแลเชิงรุก ประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยจึงขึ้นอยู่กับศักยภาพของผู้ดูแลในครอบครัว ”

(บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข คนที่ 3, 2559: แบบสัมภาษณ์เชิงลึก)

“ผู้ดูแลหรือญาติละกะคนในชุมชนบ่มีความรู้เรื่องการดูแลหรือช่วยเหลือผู้ป่วย ”

(ภาคีเครือข่ายในชุมชน คนที่ 5, 2559: แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม)



3.2.2 ความต้องการการช่วยเหลือ

“อยากให้ผู้ป่วยรับยาอยู่นานมั้ยใกล้บ้าน”

(ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวคนที่ 6, 2559: แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม)

“อยากให้ผสม.ช่วยจัดยาให้ผู้ป่วย เพราะผู้ดูแลในครอบครัวมีแต่ผู้เฒ่า ”

(ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวคนที่ 7, 2559: แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม)

“อยากให้คุณหมอย่อยนานมาเยี่ยมดู ๆ คนไข้จึงลืมนยาต่อเนื่อง ”

(ภาคีเครือข่ายในชุมชน คนที่ 6, 2559: แบบสัมภาษณ์เชิงลึก)

“ถ้ามีระบบการส่งต่อข้อมูลการรักษาของผู้ป่วย ก็จะสามารถติดตามดูแลและกระตุ้นผู้ป่วยให้ไปพบแพทย์ตามนัดได้”

(บุคคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข คนที่ 4, 2559: แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม)

3.2.3 แนวทางการแก้ไขปัญหา

“จัดให้บริการคลินิกจิตเวชร่วมกับคลินิกโรคเรื้อรัง (NCD) ที่รพ.สต. ทุก 4 สัปดาห์ เพื่อลดปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายและข้อจำกัดในการเดินทางไปรับยาที่โรงพยาบาล”

(บุคคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข คนที่ 5, 2559: แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม)

“ทีมสหวิชาชีพจะจัดอบรมให้ความรู้ เสริมทักษะในการดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วย ให้กับกลุ่มผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชน”

(บุคคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข คนที่ 6, 2559: แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม)

“ประยุกต์ใช้แนวคิด DOT เพื่อติดตามการรับประทานยาของผู้ป่วยให้มีคุณภาพ”

(บุคคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข คนที่ 7, 2559: แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม)

“ส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำงานที่เคยทำเมื่อก่อนป่วยเพื่อหารายได้ เช่น ไปทำสวนยางพาราหรือสวนหวด สวนกระติบข้าว”

(ภาคีเครือข่ายในชุมชน คนที่ 7, 2559: แบบสัมภาษณ์เชิงลึก)

“พยายามไม่ให้ผู้ป่วยดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ เพื่อลดการป่วยซ้ำและป้องกันปัญหาทะเลาะวิวาท”

(ภาคีเครือข่ายในชุมชน คนที่ 8, 2559: แบบสัมภาษณ์เชิงลึก)



“ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในสังคม เช่น ร่วมพัฒนาหมู่บ้าน เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยกิจกรรมงานบุญที่วัด”

(ภาคีเครือข่ายในชุมชน คนที่ 9, 2559: แบบสัมภาษณ์เชิงลึก)

“อปท.จะจัดบริการรับส่งผู้ป่วยทั้งกรณีฉุกเฉิน และหากได้รับการส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด”

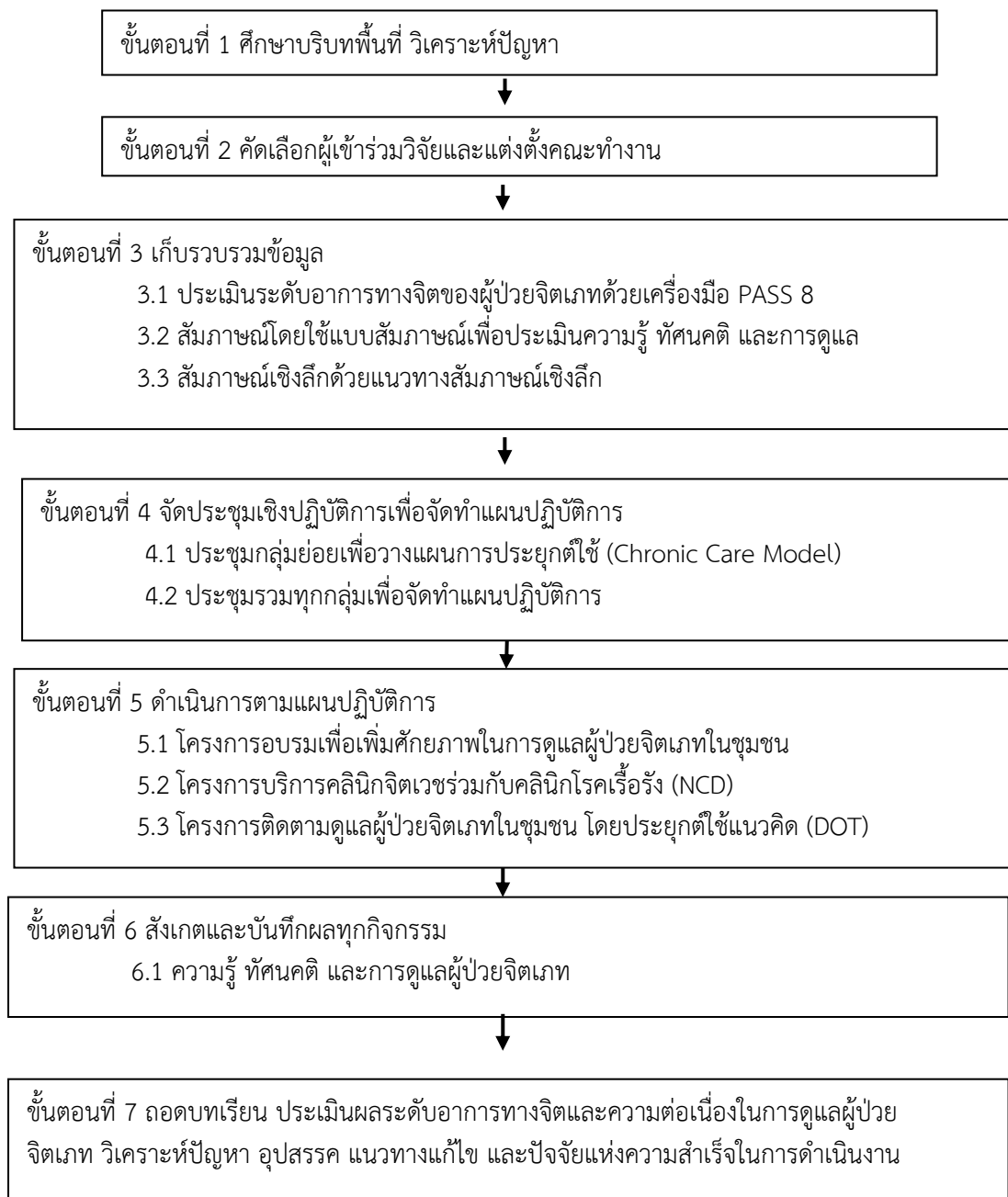
(ภาคีเครือข่ายในชุมชน คนที่ 10, 2559: แบบสัมภาษณ์เชิงลึก)

“ขอให้หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานพัฒนาความมั่นคงของมนุษย์ ฯลฯ ได้มีบทบาทในการร่วมดูแลในด้านสวัสดิการสังคมอื่นๆ นอกเหนือจากการให้การดูแลด้านสาธารณสุข”

(บุคคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข คนที่ 8, 2559: แบบสัมภาษณ์เชิงลึก)

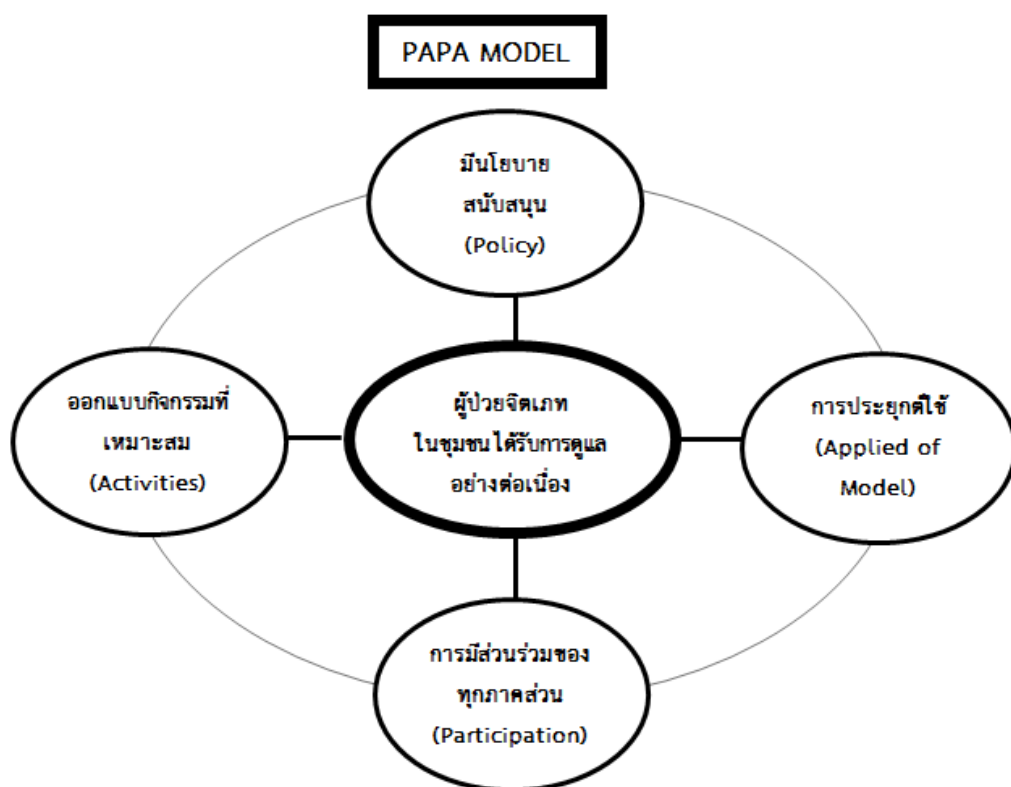


จากการดำเนินงานตามกระบวนการ ผู้วิจัยสรุปขั้นตอนของกระบวนการดูแล ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยการประยุกต์ใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Chronic Care Model) ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอภูผาทริก จังหวัดอุดรธาธาธานี อธิบายตามภาพประกอบ 4.2 และ 4.3 ดังนี้



ภาพประกอบ 4.2 ขั้นตอนของกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอภูผาทริก จังหวัดอุดรธาธาธานี





ภาพประกอบ 4.3 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี (PAPA MODEL)

จากแผนภาพรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น (PAPA MODEL) อธิบายได้ว่า เป็นรูปแบบของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่ได้จากผลของการศึกษากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี ที่เกิดขึ้นจากการที่ผู้วิจัยได้ศึกษารูปแบบการดูแลที่จะนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้วิจัยได้เลือกและประยุกต์ใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) มาเป็นรูปแบบหรือแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับการมีนโยบายของรัฐบาลในปี พ.ศ. 2559 ที่ได้การสนับสนุนมุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กล่าวคือ เป็นนโยบายที่ให้ความสำคัญกับชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยใช้หลักการดังกล่าวในการคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย จึงเป็นที่มาของประชากรที่ร่วมศึกษาทั้ง 3 กลุ่มที่มีความครอบคลุมในทุกด้านของการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน และกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และโดยทั่วไปพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่นมีกลุ่มภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง อาทิเช่น กลุ่มผู้นำชุมชน กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน องค์กรและหน่วยงานภาครัฐที่อยู่ในชุมชนที่มีความพร้อมและให้ความร่วมมือในการดำเนินงานอย่างเข้มแข็ง จึงนำไปสู่กระบวนการดำเนินงาน ได้แก่ การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา การวางแผนการแก้ไขปัญหา

การร่วมมือในกิจกรรมการแก้ไขปัญหา และการติดตามประเมินผล และจากผลของการคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยแท้จริงประกอบกับการให้ความร่วมมือที่เข้มแข็งส่งผลให้เกิดกระบวนการดำเนินงานที่ชัดเจน นำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่ตรงจุด ดังนั้นจึงเกิดเป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (PAPA MODEL) ที่ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ดังนี้

1. นโยบายการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (Policy) โดยรัฐบาลได้มอบนโยบายในปี พ.ศ. 2559 ที่มุ่งเน้นให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยเน้นการดูแลที่ชุมชน เพื่อลดการป่วยซ้ำที่อาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ ซึ่งเมื่อมีนโยบายมาสนับสนุนจึงส่งผลให้หน่วยงานภาครัฐที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้ตระหนักและให้ความร่วมมือตลอดการศึกษาวิจัยเป็นอย่างดี

2. การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน (Participation) อันได้แก่ ผู้ดูแลในครอบครัว ญาติ เครือข่ายในชุมชน และบุคลากรทางแพทย์และสาธารณสุข ต่างมีบทบาทหน้าที่ที่ครอบคลุมกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งถ้าหากได้รับความร่วมมือที่ดี จะนำไปสู่ความต่อเนื่องและยั่งยืน

3. ประยุกต์ใช้แบบแผนการดูแลที่สอดคล้องกับโรค (Applied of Model) กล่าวคือ มีการประยุกต์ใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) โดยแต่ละองค์ประกอบสามารถนำมาประยุกต์ใช้เพื่อแก้ไขปัญหาของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ตรงจุด นำไปสู่การออกแบบโครงการหรือกิจกรรมที่เหมาะสม และประยุกต์ใช้แนวคิด DOT เพื่อกำกับการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทให้ได้รับยาถูกต้องและต่อเนื่อง

4. ออกแบบกิจกรรมที่เหมาะสม (Activities) ซึ่งจะส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากยิ่งขึ้น ดังเช่น กิจกรรมอบรมให้ความรู้กับกลุ่มผู้ดูแลในครอบครัวและกลุ่มญาติ เครือข่าย เพื่อให้มีความรู้และทักษะในการดูแลและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท กิจกรรมให้บริการตรวจรักษาจ่ายยาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น เพื่อลดข้อจำกัดในการเดินทางไปโรงพยาบาล และกิจกรรมการติดตามดูแลและการกำกับการรับประทานยา ทั้งนี้ก็เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทรับประทานยาได้ถูกต้องและต่อเนื่อง

ส่วนที่ 4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี

จากการถอดบทเรียนของกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามวงรอบ P-A-O-R spiral ผู้วิจัยจัดประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับคณะทำงานดูแลผู้ป่วยจิตเภทหรือกลุ่มประชากรที่ศึกษาทั้ง 3 กลุ่ม เพื่อประเมินผลการดำเนินงาน วิเคราะห์ ปัญหาและอุปสรรค รวมถึงปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงาน โดยผู้วิจัยจัดประชุมในวันที่ 12 พฤษภาคม 2560 มีผู้เข้าร่วมประชุมครบทั้ง 39 คนเป็นการประชุมในลักษณะของการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และในการประชุมครั้งนี้มีประเด็นที่ต้องติดตามประเมินผล นั่นคือ ผลของระดับอาการทางจิตและความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งจากการประเมินผลการดำเนินการ พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง แต่เนื่องจากยังอยู่ในระยะของการดำเนินงาน กล่าวคือ ยังไม่ครบตามกำหนดเวลาที่ต้องประเมินอาการทางจิต ผู้วิจัยจึงยังไม่สามารถประเมินผลระดับอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทได้และจากการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) พบว่า กลุ่มผู้เข้าร่วมประชุมวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน โดยพบปัญหาและอุปสรรค แนวทางการแก้ไขปัญหา และปัจจัยแห่งความสำเร็จ มีดังนี้



4.1 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

4.1.1 ในกิจกรรมตรวจรักษา จ่ายยาให้กับผู้ป่วยจิตเภทในคลินิกจิตเวชที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตามโครงการบริการคลินิกจิตเวชร่วมกับคลินิกโรคเรื้อรัง (NCD) นั้น มีปัญหาในเรื่องเวลาในการออกหน่วยของทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลบุณฑริก (ไม่ตรงตามเวลาที่นัดหมาย) ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่รอตรวจเป็นเวลานาน พบว่ามีผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 1 ราย ที่เกิดอารมณ์หงุดหงิด อยากกลับบ้าน ไม่อยากอยู่ในที่ที่มีผู้คนมาก อาจเป็นเพราะผู้ป่วยรายดังกล่าวกลัวการไม่ยอมรับจากกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (NCD) ที่มารับบริการที่คลินิก

4.2 แนวทางการแก้ไขปัญหา

4.2.1 ในที่ประชุมจึงมองเป็นโอกาสในการพัฒนาที่จะช่วยเปิดโอกาสหรือให้โอกาสให้กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทได้รับการยอมรับจากชุมชน ดังเช่น การมารับบริการที่คลินิกจิตเวชที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น โดยคณะทำงานดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะทำความเข้าใจกับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (NCD) ไม่ให้มีการตีตรา นินทา หรือแสดงกริยาอาการที่จะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทจะรู้สึกว่าคุณมีตราบาป (Stigma) และได้จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนเพื่อสร้างความคุ้นเคยและได้รับการยอมรับจากคนในชุมชน

4.3 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

4.3.1 มีนโยบายสนับสนุน โดยรัฐบาลได้มอบนโยบายในปี พ.ศ. 2559 ที่มุ่งเน้นให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยเน้นการดูแลที่ชุมชน เพื่อลดการป่วยซ้ำที่อาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ ซึ่งส่งผลให้หน่วยงานภาครัฐที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้ตระหนักและให้ความร่วมมือตลอดการศึกษาวิจัยเป็นอย่างดี

4.3.2 ผู้ที่มีส่วนร่วมในการศึกษากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครั้งนี้ต่างมีบทบาทหน้าที่ที่ครอบคลุมในทุกด้านของการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้งด้านการรักษาทางการแพทย์ การส่งเสริมดูแลด้านสวัสดิการ และด้านความมั่นคงปลอดภัย

4.3.3 การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เข้มแข็ง ทั้งในด้านการให้ข้อมูล ความร่วมมือในการวิเคราะห์สภาพปัญหา การวางแผนออกแบบแก้ไขปัญหา ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม และความร่วมมือในการร่วมประเมินติดตามผลการดำเนินงาน หรืออาจกล่าวได้ว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยหรือประชากรที่ศึกษาทั้ง 3 กลุ่ม เข้าร่วมในทุกกิจกรรมของกระบวนการซึ่งความร่วมมือที่เข้มแข็งเช่นนี้จะนำไปสู่ความต่อเนื่องและยั่งยืน

4.3.4 การออกแบบกิจกรรมที่เหมาะสมและสอดคล้องกับการแก้ไขปัญหา ดังจะเห็นได้จากกรณีที่ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้แสดงถึงศักยภาพในการให้ข้อมูล ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถ่ายทอดประสบการณ์ และแสดงความคิดเห็น ในการวางแผนการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ตลอดจนร่วมกันวางแผนออกแบบกิจกรรมที่สอดคล้องกับปัญหา



บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยเรื่องกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยได้กำหนดขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยในลักษณะวงรอบ 4 ขั้นตอนหลัก คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกตผล (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ผู้วิจัยนำเสนอตามลำดับขั้นตอน ดังนี้

5.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

5.2 สรุปผล

5.3 อภิปรายผล

5.4 ข้อเสนอแนะ

5.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

5.1.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี

5.1.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อศึกษา

5.1.2.1 บริบทการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี

5.1.2.2 กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี

5.1.2.3 ผลของกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี

5.1.2.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี

5.2 สรุปผล

5.2.1 บริบทการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี

ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น เป็นสถานบริการเครือข่ายสุขภาพอำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี ตั้งอยู่หมู่ 13 บ้านศิลาชัย ตำบลคอแลน อยู่ห่างจากอำเภอบุญทริก ระยะทาง 23 กิโลเมตร เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขนาดเล็กรับผิดชอบทั้งหมด 4 หมู่บ้าน ได้แก่ บ้านหนองกบ หมู่ที่ 7 บ้านขอนแก่น หมู่ที่ 9 บ้านศิลาชัย หมู่ที่ 13 และบ้านคำสมบูรณ์ หมู่ที่ 17



ตั้งอยู่ในความรับผิดชอบของสำนักงานเทศบาลตำบลคอแลน มีประชากรอาศัยอยู่ทั้งสิ้น 661 หลังคาเรือน รับผิดชอบประชากรทั้งสิ้น 2,793 คน จำแนกเป็นประชากรเพศชาย 1,417 คน (ร้อยละ 50.73) และเพศหญิง 1,376 คน (ร้อยละ 49.26) และประชากรส่วนใหญ่เป็นวัยทำงาน มีบุคคลากรสาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 5คน มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 55 คน อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) จำนวน 1 คน รับผิดชอบวัดจำนวน 2 แห่ง สำนักสงฆ์ จำนวน 1 แห่ง รับผิดชอบโรงเรียนประถมศึกษา จำนวน 2 แห่งและศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจำนวน 2 แห่ง

ชุมชนพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น เป็นชุมชนชนบทที่ตั้งอยู่ตามแนวตะเข็บชายแดนไทย-ลาวที่มีประวัติตั้งแต่ในอดีต ตั้งแต่ครั้งในอดีตมีการอพยพย้ายถิ่นฐานมารวมกันสามารถจัดการแก้ไขปัญหาต่างๆ ด้วยชุมชนเอง มีภูมิปัญญาพื้นบ้านในการแก้ไขปัญหา ด้านสุขภาพการเจ็บป่วย ได้แก่ หมอพื้นบ้าน หมอเป่า ที่มีความรู้ด้านสมุนไพรในการรักษาโรคต่างๆ ที่นอกจากความรู้ด้านสมุนไพร ยังเป็นที่พึ่งทางใจ เป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจของชุมชนในการแก้ไขปัญหา ชุมชนให้ผ่านพ้นไปได้ด้วยดี ทำให้ชุมชนมีความสมัครสมานสามัคคี มีความรัก ความผูกพันความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ได้แก่ การลงแขกทำนา การช่วยงานบุญต่าง ๆ เช่น งานขึ้นบ้านใหม่ งานบวช งานแต่งงาน งานศพ และการร่วมแรงร่วมใจในการพัฒนาชุมชน การจัดกิจกรรมการประชุมหารือ จะใช้ศาลาประชาคมและศาลาวัดในหมู่บ้านในการประชุมพบปะปรึกษาหารืออย่างเป็นทางการ

ข้อมูลด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอบุญศรี จังหวัดอุบลราชธานี มีจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในความดูแลในพื้นที่รับผิดชอบจำนวนทั้งสิ้น 10 ราย ในปี 2559 พบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทมีการป่วยซ้ำถึง 4 ราย คิดเป็นอัตราร้อยละ 40 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด และจากผลการประเมินระดับอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท โดยเครื่องมือประเมินอาการทางจิตจำนวน 8 ข้อ ฉบับพระศรีมหาโพธิ์ (PASS 8) ณ วันที่ 30 กันยายน 2559 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตระดับปกติ จำนวน 4 ราย และมีอาการระดับปานกลางถึง 6 ราย จากการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทั้ง 6 ราย พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ นั่นคือ รับประทานยาไม่ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ไม่รับประทานยาเพราะเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ในการรักษาและมีประสบการณ์ที่ไม่ดีเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยา รวมทั้งมีข้อจำกัดในการเดินทางไปรับยา และยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทบางรายอาศัยอยู่กับผู้สูงอายุหรือมีผู้ดูแลที่ไม่ได้อยู่ดูแลเป็นประจำทุกวัน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่นมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่นร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ติดตามเยี่ยมบ้านเดือนละ 1 ครั้ง ส่วนในผู้ป่วยรายที่อาศัยอยู่กับผู้สูงอายุหรือมีผู้ดูแลที่ไม่ได้อยู่ดูแลเป็นประจำทุกวัน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านผลัดเปลี่ยนกันจัดยาให้ผู้ป่วย แต่กิจกรรมดังกล่าวขาดการดำเนินการที่ต่อเนื่อง จึงส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องมีโอกาสเกิดการป่วยซ้ำและต้องกลับไปรักษาตัวที่โรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น

5.2.2 กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอบุญศรี จังหวัดอุบลราชธานี

5.2.2.1 ขั้นตอนการวางแผน (Planning) ในขั้นตอนการวางแผนผู้วิจัยออกแบบกิจกรรมรวมทั้งสิ้น 6 กิจกรรม โดยเริ่มจาก



กิจกรรมที่ 1 คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยและแต่งตั้งคณะทำงาน ซึ่งผู้เข้าร่วมวิจัยจำแนกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 คือ กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว จำนวน 8 คน กลุ่มที่ 2 กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน จำนวน 21 คน และกลุ่มที่ 3 กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จำนวน 10 คน

กิจกรรมที่ 2 ผู้วิจัยประเมินระดับอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทด้วยเครื่องมือประเมินอาการทางจิตฉบับพระศรีมหาโพธิ์ (PASS 8) ก่อนการพัฒนา พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีระดับอาการระดับปกติ/น้อย จำนวน 4 คน (ร้อยละ 50) และพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีระดับอาการระดับปานกลาง จำนวน 4 คน (ร้อยละ 50)

กิจกรรมที่ 3 สัมภาษณ์กลุ่มประชากรที่ศึกษาโดยใช้แบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 62.5 มีอายุเฉลี่ย 51 ปี (S.D.=15.57) สถานภาพสมรส ร้อยละ 87.5 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 100.0 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 100.0 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 3,375 บาท (S.D.=1,407.89) รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่ำสุด 2,000 บาท รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยสูงสุด 5,000 บาท ฐานะการเงินของครอบครัวอยู่ในระดับพอกินพอใช้ ร้อยละ 100.0 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นคู่สมรส ร้อยละ 37.5 ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 14 ปี (S.D. =10.67) มีระยะเวลาดูแลผู้ป่วยน้อยที่สุด 2 ปี และมีระยะเวลาดูแลผู้ป่วยมากที่สุด 30 ปี และผู้ป่วยจิตเภทมีอายุเฉลี่ย 43 ปี (S.D. =6.80) สถานภาพสมรส ร้อยละ 62.5 ปัจจัยที่ทำให้ป่วยเป็นโรคจิตเภทคือ มีความเครียดในการดำเนินชีวิต ร้อยละ 62.5 ระยะเวลาที่ป่วยเฉลี่ย 14 ปี (S.D.=10.67) ลักษณะอาการโดยรวม ส่วนใหญ่มีอาการผิดปกติทางอารมณ์ ความคิดและพฤติกรรมเป็นบางครั้ง ร้อยละ 50.0 ความต่อเนื่องในการรักษา ส่วนใหญ่พบแพทย์ทุกครั้ง ร้อยละ 75.0 การเดินทางไปพบแพทย์ เดินทางโดยรถส่วนตัว ร้อยละ 37.5 และกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.66 มีอายุเฉลี่ย 47 ปี (S.D.=8.30) สถานภาพสมรส ร้อยละ 71.43 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 33.3 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 42.86 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 16,210.53 บาท (S.D.=14,879.44) รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่ำสุด 5,000 บาท รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยสูงสุด 50,000 บาท ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 38.1 ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 13 ปี (S.D.=13.36) มีระยะเวลาดูแลผู้ป่วยน้อยที่สุด 1 ปี และมีระยะเวลาดูแลผู้ป่วยมากที่สุด 42 ปี

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวมีระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทระดับดี ร้อยละ 37.5 รองลงมา มีระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทระดับปานกลาง ร้อยละ 50.0 และมีระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทระดับน้อย ร้อยละ 12.5 และกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน พบว่า ภาคีเครือข่ายในชุมชนมีระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทระดับดี ร้อยละ 38.10 รองลงมา มีระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.86 และมีความรู้ในระดับน้อย ร้อยละ 19.05



ส่วนที่ 3 ทศนคติที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวมีระดับค่าเฉลี่ยของทัศนคติต่อผู้ป่วยเท่ากับ 2.85 ($\bar{x}=2.85$) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.84 (S.D.=0.84) อยู่ในระดับค่อนข้างมาก และมีระดับค่าเฉลี่ยของทัศนคติต่อการรักษาเท่ากับ 1.80 ($\bar{x}=1.80$) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.47 (S.D.=0.47) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง และภาพรวม เท่ากับ 2.22 ($\bar{x}=2.22$) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.62 (S.D.=0.62) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่ากลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนมีระดับค่าเฉลี่ยของทัศนคติต่อผู้ป่วยเท่ากับ 2.95 ($\bar{x}=2.95$) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.71 (S.D.=0.71) อยู่ในระดับค่อนข้างมาก และมีระดับค่าเฉลี่ยของทัศนคติต่อการรักษาเท่ากับ 2.40 ($\bar{x}=2.40$) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.77 (S.D.=0.77) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง และภาพรวม เท่ากับ 2.60 ($\bar{x}=2.60$) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.75 (S.D.=0.75) ซึ่งอยู่ในระดับค่อนข้างมาก

ส่วนที่ 4 การดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวมีระดับค่าเฉลี่ยของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้านความเป็นอยู่เท่ากับ 2.10 ($\bar{x}=2.10$) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.72 (S.D.=0.72) อยู่ในระดับปานกลาง มีระดับค่าเฉลี่ยของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้านเศรษฐกิจเท่ากับ 1.67 ($\bar{x}=1.67$) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.62 (S.D.=0.62) อยู่ในระดับน้อย มีระดับค่าเฉลี่ยของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้านสังคมเท่ากับ 1.75 ($\bar{x}=1.75$) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.54 (S.D.=0.54) อยู่ในระดับน้อย มีระดับค่าเฉลี่ยของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้านความอารมณ์และจิตใจเท่ากับ 1.42 ($\bar{x}=1.42$) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.46 (S.D.=0.46) อยู่ในระดับน้อย มีระดับค่าเฉลี่ยของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้านการรักษาเท่ากับ 2.16 ($\bar{x}=2.16$) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.53 (S.D.=0.53) อยู่ในระดับปานกลาง และมีระดับค่าเฉลี่ยของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้านการปรับตัวและการช่วยเหลือตนเองเท่ากับ 1.57 ($\bar{x}=1.57$) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.49 (S.D.=0.49) ซึ่งอยู่ในระดับน้อย และพบว่ากลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนมีระดับค่าเฉลี่ยของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้านเศรษฐกิจเท่ากับ 1.91 ($\bar{x}=1.91$) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.70 (S.D.=0.70) อยู่ในระดับปานกลาง มีระดับค่าเฉลี่ยของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้านสังคมเท่ากับ 1.68 ($\bar{x}=1.68$) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.68 (S.D.=0.68) อยู่ในระดับปานกลาง มีระดับค่าเฉลี่ยของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้านอารมณ์และจิตใจเท่ากับ 1.50 ($\bar{x}=1.50$) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.63 (S.D.=0.63) อยู่ในระดับน้อย และมีระดับค่าเฉลี่ยของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้านการรักษาเท่ากับ 1.73 ($\bar{x}=1.73$) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.88 (S.D.=0.88) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง

กิจกรรมที่ 4 ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนและกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์การสาธารณสุขเพื่อนำผลการสัมภาษณ์ของผู้ร่วมวิจัยทั้ง 3 กลุ่ม ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อวางแผนออกแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยประยุกต์ใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) ร่วมกับกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้ดูแลในครอบครัว พบว่า สาเหตุของการป่วยเป็นโรคจิตเภท เกิดจากภาวะเครียดในการดำเนินชีวิต อาการแรกเริ่ม พบว่าผู้ป่วยจะมีอาการหูแว่ว ได้ยินเสียงสั่งการให้ทำตาม มีอาการประสาทหลอน หวาดระแวงกลัวคนมาทำร้าย อาการรุนแรงที่สุด ได้แก่ จุดไฟเผาบ้าน เผาทุ่งนา สาเหตุของการป่วยซ้ำ พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ขาดการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ กินยาไม่สม่ำเสมอ มีข้อจำกัดในการไปพบแพทย์และมีข้อจำกัด



ด้านผู้ดูแล ด้านความต้องการการช่วยเหลือพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวต้องการให้เจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลออกติดตามเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ต้องการให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านช่วยดูแลในการจัดยาให้ผู้ป่วยในแต่ละวัน และต้องการขอรับยาจิตเภทที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน และแนวทางการป้องกันไม่ให้เกิดการป่วยซ้ำพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวส่วนใหญ่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทรับการรักษาและรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ห้ามไม่ให้ผู้ป่วยดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ และสูบบุหรี่ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำงานที่เคยทำเมื่อก่อนป่วยเพื่อหารายได้ เช่น ไปทำสวนยางพาราหรือสวนหวด สวนกระต๊อบข้าว และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมและมีบทบาทในสังคม กลุ่มที่ 2 ภาควิเคราะห์ในชุมชน ด้านการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า กลุ่มภาควิเคราะห์ในชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทค่อนข้างน้อย เพราะยังมีทัศนคติว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถให้การดูแลรักษาได้ เฉพาะแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขเท่านั้น ส่วนสาเหตุที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ภาควิเคราะห์ในชุมชนมองว่าเป็นเรื่องของกระบวนการการรักษาของแพทย์ซึ่งหมายถึงการให้ยาเท่านั้น โดยกลุ่มภาควิเคราะห์ยังไม่ทราบและเข้าใจบทบาทในเรื่องของการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ด้านแนวทางการแก้ไขปัญหานั้น พบว่า กลุ่มภาควิเคราะห์ในชุมชนโดยส่วนใหญ่คิดว่าตนไม่สามารถสื่อสารหรือให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้นอกจากทีมแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข และกลุ่มที่ 3 กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขส่วนใหญ่ มีความเห็นว่า สาเหตุที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ระบบการดูแลยังไม่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย การติดตามดูแลยังไม่ครอบคลุม เนื่องจากจำนวนบุคลากรที่มีจำกัด ซึ่งมีภาระที่มาก การดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงเป็นลักษณะของการตั้งรับมากกว่า การส่งเสริมดูแลเชิงรุก ประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยจึงขึ้นอยู่กับศักยภาพของผู้ดูแลในครอบครัว และในด้านนโยบายหรือแนวทางในการแก้ไขปัญหานั้น พบว่า กลุ่มบุคลากรส่วนใหญ่ต้องการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยแบบเชิงรุกร่วมกับกลุ่มภาควิเคราะห์ในชุมชน ส่งเสริมให้มีการจัดอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพให้กับกลุ่มภาควิเคราะห์ในการจัดการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และขอให้หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง ได้มีบทบาทในการร่วมดูแลในด้านสวัสดิการสังคมอื่นๆ นอกเหนือจากการให้การดูแลด้านสาธารณสุข

กิจกรรมที่ 5 ผู้วิจัยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อวางแผน ออกแบบแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยการประยุกต์ใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) ซึ่งมี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1. นโยบายองค์กร โดยที่ประชุมได้ร่วมกันกำหนดนโยบายด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวช คือ 1) เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยด้วยโรคทางจิตเวช 2) มีระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคุณภาพ มาตรฐาน 3) เพิ่มศักยภาพให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวช 4) เน้นการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชโดยภาควิเคราะห์ในชุมชน และ 5) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวดูแลตนเองได้ 2. มีระบบสารสนเทศคลินิก โดยมติที่ประชุมได้กำหนดให้บันทึกประวัติการรักษาในโปรแกรม JHCIS และบันทึกการรักษาในทะเบียนบันทึกการรักษา ที่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายได้พร้อมทั้งจัดทำสมุดบันทึกการรักษาประจำตัวผู้ป่วยเพื่อบันทึกการรักษาและรับประทานยา 3. มีระบบสนับสนุนการตัดสินใจ จากมติที่ประชุมมีการมีคู่มือการดูแล แนวทาง ขั้นตอนการรับบริการรวมถึงขั้นตอนการส่งต่อเมื่อเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินและมีการถ่ายทอดสู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและในชุมชน 4. มีการออกแบบระบบบริการ มีการจัดให้บริการคลินิกจิตเวชร่วมกับคลินิกโรคเรื้อรัง (NCD) ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ



ตำบลขอนแก่น ทุก 4 สัปดาห์เพื่อลดปัญหาข้อจำกัดในการเดินทางไปรักษาที่โรงพยาบาล 5. มีการสนับสนุนการดูแลตนเอง จากที่ประชุมมีมติให้มีการจัดอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนให้กับผู้ดูแลในครอบครัวและกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน และ 6. มีการเชื่อมโยงกับชุมชน โดย 1. มีการกำหนดให้จัดโครงการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยประยุกต์ใช้แนวทางการรักษาภายใต้การสังเกตโดยตรง (DOT : Directly Observed Treatment) โดยผู้ดูแลในครอบครัวกำกับการรับประทานยาของผู้ป่วย โดยลงชื่อกำกับทุกครั้ง ทุกวัน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านติดตามกำกับทุก 7 วัน (ผู้ป่วยจิตเภทรายที่อาศัยอยู่กับผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลในครอบครัวไม่อยู่บ้านให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทำหน้าที่แทน) เจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้ใหญ่บ้าน ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในรายชื่อการทางจิตระดับปกติและระดับปานกลางทุก 2 สัปดาห์ ส่วนผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตระดับรุนแรงจะติดตามเยี่ยมทุก 1 สัปดาห์ และจะให้ได้รับการช่วยเหลือตามปัญหาโดยเร่งด่วน 2. ผู้นำชุมชน ชาวบ้าน ผู้แทนจากวัด โรงเรียนและท้องถิ่น เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องหรือไม่มีอาการทางจิตได้มีส่วนร่วมและมีบทบาทในการทำกิจกรรมในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทได้เห็นคุณค่าของตนเอง มีกำลังใจที่จะรับการรักษาต่อไป 3. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนสวัสดิการด้านการเดินทางกรณีผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ ซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉิน สามารถประสานงานไปที่สำนักงานเทศบาลตำบลขอนแก่นเพื่อขอรถนำส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาล และกรณีที่ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวช (พระศรีมหาโพธิ์) สามารถติดต่อขอรถเพื่อนำส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาดังกล่าว 4. ผู้นำชุมชน ผู้แทนจากวัด โรงเรียน จัดทำทะเบียนหมายเลขโทรศัพท์ของญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย ถ้าหากพบว่าผู้ป่วยจิตเภทเกิดมีอาการกำเริบหรือป่วยซ้ำที่ใด จะสามารถติดต่อญาติ ผู้ดูแล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขรวมถึงเจ้าหน้าที่ตำรวจได้ทันท่วงที

กิจกรรมที่ 6 ผู้วิจัยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับผู้เข้าร่วมวิจัยทั้ง 3 กลุ่มเพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ซึ่งในที่ประชุมมีผู้เข้าร่วมประชุมที่หลากหลายร่วมแสดงความคิดเห็นเสนอแนะในการจัดทำแผนปฏิบัติการ ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการจัดสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) แล้วเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้ระดมสมอง (Brainstorm) แลกเปลี่ยนและแสดงความคิดเห็นเพื่อให้ได้มาซึ่งแผนปฏิบัติการ (Action Plan) และในกิจกรรมนี้ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) ด้วยแบบบันทึกการมีส่วนร่วม และการบันทึกภาพและเสียง (Record) ซึ่งนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ได้ดังนี้ 1. ด้านนโยบายองค์กรที่ประชุมขานรับและเห็นด้วยกับนโยบายด้านการดูแลผู้ป่วยทางจิตเวชของเครือข่ายสุขภาพอำเภอบุญทริก เพราะล้าแล้วแต่ครอบครัวครอบครัวการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่จะส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแล 2. มีระบบสารสนเทศ สถานบริการไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาลชุมชน หากมีการจัดทำหรือสร้างระบบสารสนเทศคลินิก ในการบันทึกติดตามอาการและการรักษาของผู้ป่วย จะส่งผลให้การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น 3. มีระบบสนับสนุนการตัดสินใจคู่มือ/แนวทางการดูแล ตลอดจนแนวทางการรักษา ส่งต่อ มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องนำมาอธิบายเพื่อชี้แจงให้เกิดความเข้าใจตรงกันระหว่างผู้รับผิดชอบคลินิกจิตเวชประจำโรงพยาบาลชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว และผู้ป่วยเพื่อการปฏิบัติที่ถูกต้อง 4. มีการออกแบบระบบบริการ จากมติที่ประชุมที่มีมติให้สหวิชาชีพจาก



โรงพยาบาลบุณฑริกออกหน่วยให้บริการคลินิกจิตเวชร่วมกับคลินิกโรคเรื้อรัง (NCD) ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ซึ่งเป็นประเด็นที่ผู้เข้าร่วมอบรมเห็นด้วยมากที่สุดในการพัฒนากระบวนการดูแล เพราะระบบบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดังกล่าว จะสามารถลดข้อจำกัดในเรื่องการเดินทางไปรับยาและสอดคล้องกับนโยบายเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยด้วยโรคทางจิตเวช 5. มีการสนับสนุนการดูแลตนเอง แนวคิดการสนับสนุนการดูแลตนเอง ถือเป็นหลักการเบื้องต้นในการดูแลรักษาผู้ป่วยทั่วไปและหากจะให้การดูแลตนเองเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพก็มีความจำเป็นที่จะต้องมีการเพิ่มศักยภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภาคเครือข่ายหรือแม้กระทั่งกับผู้ป่วย โดยเฉพาะการนำแนวคิดเรื่องการรักษาภายใต้การสังเกตโดยตรง (DOT) มาช่วยดูแลในเรื่องการกินยาของผู้ป่วย ซึ่งน่าจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งไม่เกิดการป่วยซ้ำ 6. มีการเชื่อมโยงกับชุมชน ในการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน มีความเห็นตรงกันว่า การที่จะดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ จำเป็นอย่างยิ่งที่ชุมชนจะต้องให้ความร่วมมือในการดูแล เพราะนอกจากผู้ป่วยจิตเภทจะได้รับการรักษาทางการแพทย์แล้วยังมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการช่วยเหลือด้านสวัสดิการต่างๆ ได้รับการเปิดโอกาส การยอมรับให้ร่วมกิจกรรมในสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังในการรักษาและสามารถกลับมาใช้ชีวิตประจำวันในชุมชนได้เช่นเดิม

5.2.2.2 ขั้นการปฏิบัติ (Action) เป็นการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการทั้ง 3 โครงการ ดังนี้

1) โครงการอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีผู้เข้าร่วมอบรมจำนวน 29 คน ผลการดำเนินโครงการพบว่า กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท มีทักษะในการดูแลการช่วยเหลือ ผู้ป่วยตามปัญหาที่พบบ่อยในชุมชน เช่น กรณีอาการป่วยซ้ำหรือกำเริบ ได้เรียนรู้ถึงข้อสังเกต อาการเบื้องต้น สัญญาณที่บ่งบอกว่าผู้ป่วยจะก่อความรุนแรง การจัดการเบื้องต้น และอาการที่ควรส่งต่อ ซึ่งกลุ่มผู้เข้าร่วมอบรมทั้งกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและกลุ่มภาคีเครือข่ายให้ความสนใจและตั้งใจฟังเป็นอย่างดี รวมทั้งเกิดความเข้าใจเห็นใจในตัวผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้น

2) โครงการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยประยุกต์ใช้แนวคิด (DOT) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทรับประทานยาตามแพทย์สั่งครบทุกมื้อ มีการลงชื่อกำกับกับการรับประทานยาโดยผู้ดูแลในครอบครัว ครบทั้ง 7 วัน แต่ยังไม่สามารถประเมินระดับอาการทางจิตได้ เนื่องจากยังไม่ครบตามกำหนดเวลาประเมินผล อนึ่ง โครงการนี้มีการกำหนดระยะเวลาดำเนินการเป็นเวลา 12 สัปดาห์ จึงยังไม่สามารถประเมินผลการดำเนินโครงการได้

3) โครงการบริการคลินิกจิตเวชร่วมกับคลินิกโรคเรื้อรัง (NCD) ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการคลินิกจิตเวชที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่นครบทั้ง 8 คน และมีการบันทึกผลกิจกรรมการรักษาในโปรแกรม JHCIS ทะเบียนบันทึกการรักษาและสมุดประจำตัวผู้ป่วย แต่เนื่องจากโครงการนี้มีการกำหนดระยะเวลาดำเนินการเป็นเวลา 12 สัปดาห์ จึงยังไม่สามารถประเมินผลการดำเนินโครงการได้



5.2.2.3 ขั้นการสังเกต (Observation)

1) กระบวนการของการปฏิบัติการ (The Action of Process) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การวิเคราะห์ปัญหา ทุกคนร่วมแสดงความคิดเห็นต่อสถานการณ์ปัญหาที่ผู้วิจัยได้นำเสนอ และมีข้อสรุปร่วม คือ การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง เป็นประเด็นปัญหาที่ทุกภาคส่วนจะต้องมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน เพื่อให้การดูแลรักษานั้นมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทได้กลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ 2) มีการแสดงความคิดเห็นกันอย่างหลากหลาย ทำให้ได้โครงการที่ผ่านมติของที่ประชุมอย่างแท้จริง ซึ่งมีการอภิปรายกันอย่างกว้างขวาง ก่อนที่จะมีมติเลือกโครงการเพื่อดำเนินการภายใต้เงื่อนไขในการคัดเลือกจัดลำดับที่เป็นข้อเสนอจากที่ประชุมและนำไปสู่การแต่งตั้งคณะทำงานดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งมีการมอบหมายบทบาทหน้าที่รับผิดชอบอย่างชัดเจน 3) การดำเนินการตามแผน ผู้ร่วมวิจัยหรือคณะทำงานดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ที่ได้กำหนดขึ้นในขั้นวางแผน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะทำหน้าที่ประสานงานในส่วนราชการหรือองค์กรหลักในชุมชน ส่วนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะทำหน้าที่หลักในการประสานงาน เชื่อมโยง และประชาสัมพันธ์ ระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นแกนนำหลักสำคัญในการเตรียมความพร้อมด้านสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวกในการดำเนินกิจกรรมแต่ละโครงการ ซึ่งเมื่อเกิดปัญหาหรืออุปสรรคจะประสานงานกับคณะทำงานดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ทั้งนี้ทุกโครงการสามารถดำเนินการได้ตามระยะเวลาที่กำหนด และมีผู้เข้าร่วมกิจกรรมตามเป้าหมายเป็นส่วนใหญ่ 4) การติดตามผลการดำเนินงาน มีการกำหนดให้คณะทำงานดูแลผู้ป่วยจิตเภทประชุม พบปะเพื่อติดตามความก้าวหน้า แก้ไขปัญหาและอุปสรรค ตลอดจนวางแผนวางแผนการดำเนินงานต่อเนื่อง ทุก 1 เดือน เดือนละ 1 ครั้ง ในวันศุกร์ สัปดาห์ที่ 4 ของทุกเดือน และภายหลังจากเสร็จสิ้นการดำเนินงาน จะมีการประชุมสรุปบทเรียนร่วมกัน และมีการมอบหมายคณะทำงานรับฟังเสียงสะท้อนของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวที่เข้าร่วมกิจกรรม

2) ผลของการปฏิบัติการ (The Effect of Action) จากการทำนงานตามบทบาท คณะทำงานดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ภายใต้แผนปฏิบัติการที่ผู้ร่วมวิจัยได้วิเคราะห์ ระดมสมองในการวางแผนทั้งสิ้น 3 โครงการ นั้น คณะทำงานได้สรุปผลการปฏิบัติงาน พบว่า 1) โครงการอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชนมีความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังการอบรมมากกว่า ร้อยละ 80 2) โครงการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยประยุกต์ใช้แนวคิด (DOT) หลังดำเนินการ พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทกินยาตามแพทย์สั่งครบทุกมื้อ มีการลงชื่อกำกับการรับประทานยาโดยผู้ดูแลในครอบครัว ครบทั้ง 7 วัน แต่ยังไม่สามารถประเมินระดับอาการทางจิตได้ เนื่องจากยังไม่ครบตามกำหนดเวลาประเมินผล อนึ่งโครงการนี้มีการกำหนดระยะเวลาดำเนินการเป็นเวลา 12 สัปดาห์ จึงยังไม่สามารถประเมินผลการดำเนินโครงการได้ และ 3) โครงการบริการคลินิกจิตเวชร่วมกับคลินิก (NCD) หลังการดำเนินโครงการ พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการคลินิกจิตเวชที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่นเป็นครบทั้ง 8 คน และมีการบันทึกผลกิจกรรมการรักษาในโปรแกรม JHCIS ทะเบียนบันทึกการรักษาและสมุดประจำตัวผู้ป่วย แต่เนื่องจากโครงการนี้มีการกำหนดระยะเวลาดำเนินการเป็นเวลา 12 สัปดาห์ จึงยังไม่สามารถประเมินผลการดำเนินโครงการได้



5.2.2.4 ขั้นสะท้อนผล (Reflection) จากการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อค้นหากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยการเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) เข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่ขั้นวางแผนจนถึงขั้นสะท้อนผลในรูปแบบคณะกรรมการทำงานดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งเกิดเป็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ดังนี้

1) นโยบายองค์กร เป็นนโยบายที่เป็นปัจจุบัน ครอบคลุมระบบการดูแลผู้ป่วยทางจิตเวชมีการถ่ายทอดสู่หน่วยบริการปฐมภูมิอย่างชัดเจน

2) ระบบสารสนเทศคลินิก มีการบันทึกข้อมูลการรักษาในโปรแกรม JHCIS โดยแพทย์ผู้ทำการรักษา ประกอบกับการจัดทำทะเบียนบันทึกการรักษาผู้ป่วยเพื่อใช้กำกับข้อมูลในโปรแกรม และใช้เชื่อมโยงข้อมูลกลับไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย อีกทั้งมีสมุดประจำตัวผู้ป่วยเพื่อบันทึกการรักษาและบันทึกการรับประทานยา

3) ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ มีคู่มือการดูแล แนวทาง ขั้นตอนการรับบริการรวมถึงขั้นตอนการส่งต่อเมื่อเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินและมีการถ่ายทอดสู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและชุมชน

4) การออกแบบระบบบริการ มีการบริการคลินิกจิตเวชร่วมกับคลินิกโรคเรื้อรัง (NCD) ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ทุก 4 สัปดาห์ เพื่อเอื้อต่อการเข้าถึงบริการและลดข้อจำกัดในการเดินทางไปโรงพยาบาล

5) การสนับสนุนการดูแลตนเอง มีการจัดอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนให้กับผู้ดูแลในครอบครัว และกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน

6) การเชื่อมโยงกับชุมชน มีการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการรักษาภายใต้การสังเกตโดยตรง (DOT) ที่มุ่งให้ผู้ดูแลในครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ใหญ่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้มีส่วนร่วมในการดูแล กำกับการรับประทานยาของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีระดับอาการทางจิตในระดับปกติ ซึ่งจะลดความเสี่ยงในการป่วยซ้ำ จากนั้นผู้นำชุมชน ผู้แทนจากวัด โรงเรียน มีส่วนร่วมในการสอดส่องดูแลผู้ป่วยจิตเภท จัดทำทะเบียนหมายเลขโทรศัพท์ของญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย ถ้าหากพบว่าผู้ป่วยจิตเภทเกิดมีอาการกำเริบหรือป่วยซ้ำที่ใด จะสามารถติดต่อญาติ ผู้ดูแล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขรวมถึงเจ้าหน้าที่ตำรวจได้ทันทีและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องหรือไม่มีอาการทางจิต ได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมในชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนสวัสดิการด้านการเดินทาง กรณีผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ ซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉิน ให้ประสานงานไปที่สำนักงานเทศบาลตำบลคอแลนเพื่อขอรถนำส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาล และกรณีผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวช (พระศรีมหาโพธิ์) สามารถติดต่อขอรถเพื่อนำส่งผู้ป่วยไปรับการรักษา ดังกล่าว

5.2.3 ผลของกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอบุญชริก จังหวัดอุบลราชธานี

5.2.3.1 ผลต่อผู้ป่วยจิตเภท

1) คุณลักษณะทางประชากรของผู้ป่วยจิตเภทพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ที่เข้าร่วมการศึกษาวิจัยจำนวน 8 ราย เป็นเพศชายและเพศหญิงเท่ากัน ร้อยละ 50.0 มีอายุเฉลี่ย 43 ปี (S.D. = 6.8) สถานภาพสมรส ร้อยละ 62.5 ปัจจัยที่ทำให้ป่วยเป็นโรคจิตเภท คือ มีความเครียดในการดำเนินชีวิต ร้อยละ 62.5 ระยะเวลาที่ป่วยเฉลี่ย 14 ปี (S.D.=10.67) ลักษณะ



อาการโดยรวม ส่วนใหญ่มีอาการผิดปกติทางอารมณ์ ความคิดและพฤติกรรมเป็นบางครั้ง ร้อยละ 50.0 ความต่อเนื่องในการรักษา ส่วนใหญ่พบแพทย์ทุกครั้ง ร้อยละ 75.0 การเดินทางไปพบแพทย์ ส่วนใหญ่เดินทางโดยรถส่วนตัว ร้อยละ 37.5

2) ระดับอาการทางจิต ก่อนการพัฒนา พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีระดับอาการทางจิตระดับปกติ/น้อย จำนวน 4 คน (ร้อยละ 50) และพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีระดับอาการระดับปานกลางจำนวน 4 คน (ร้อยละ 50) และหลังการพัฒนา พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทกินยาตามแพทย์สั่งครบทุกมื้อ มีการลงชื่อกำกับกับการรับประทานยาโดยผู้ดูแลในครอบครัว ครบทั้ง 7 วัน แต่ยังไม่สามารถประเมินระดับอาการทางจิตได้ เนื่องจากยังไม่ครบตามกำหนดเวลาประเมินผล อนึ่ง โครงการนี้มีการกำหนดระยะเวลาดำเนินการเป็นเวลา 12 สัปดาห์ จึงยังไม่สามารถประเมินผลการดำเนินโครงการได้

5.2.3.2 ผลต่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตในครอบครัว

1) คุณลักษณะทางประชากรของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตในครอบครัวที่เข้าร่วมการศึกษาวิจัยจำนวน 8 คน ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 62.5 มีอายุเฉลี่ย 51 ปี (S.D.=15.57) สถานภาพสมรส ร้อยละ 87.5 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 100.0 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 100.0 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 3,375 บาท (S.D.=1,407.89) รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่ำสุด 2,000 บาท รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยสูงสุด 5,000 บาท ฐานะการเงินของครอบครัวอยู่ในระดับพอกินพอใช้ ร้อยละ 100.0 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นคู่สมรส ร้อยละ 37.5 ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 14 ปี (S.D.=10.67) มีระยะเวลาดูแลผู้ป่วยน้อยที่สุด 2 ปี และมีระยะเวลาดูแลผู้ป่วยมากที่สุด 30 ปี

2) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนพัฒนา พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวมีระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทระดับดี ร้อยละ 37.5 รองลงมา มีระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทระดับปานกลาง ร้อยละ 50.0 และมีระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทระดับน้อย ร้อยละ 12.5 และหลังการพัฒนา พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวมีระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทระดับดี ร้อยละ 87.5 รองลงมา มีระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทระดับปานกลาง ร้อยละ 12.5 และไม่พบผู้ดูแลรายใดที่มีระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับน้อย

3) ทักษะชีวิตที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท ก่อนพัฒนาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวมีระดับค่าเฉลี่ยของทัศนคติต่อผู้ป่วยเท่ากับ 2.85 ($\bar{x} = 2.85$) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.84 (S.D.=0.84) อยู่ในระดับค่อนข้างมาก และมีระดับค่าเฉลี่ยของทัศนคติต่อการรักษาเท่ากับ 1.80 ($\bar{x} = 1.80$) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.47 (S.D.=0.47) ซึ่งอยู่ในระดับน้อย และหลังการพัฒนาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวมีระดับค่าเฉลี่ยของทัศนคติต่อผู้ป่วยเท่ากับ 2.00 ($\bar{x} = 2.00$) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.38 (S.D.=2.38) และมีระดับค่าเฉลี่ยของทัศนคติต่อการรักษาเท่ากับ 3.69 ($\bar{x} = 3.69$) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.36 (S.D.=0.36) และเนื่องจาก ในข้อคำถามของแบบสัมภาษณ์ทัศนคติที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทในด้านทัศนคติต่อผู้ป่วยมีข้อคำถามจำนวน 3 ข้อ ที่เป็นข้อคำถามเชิงลบ ดังนั้น ในการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยในข้อคำถามเหล่านี้จึงอธิบายได้ว่า ผลของระดับค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจะให้ความหมายตรงข้าม ดังเช่น ในด้านทัศนคติต่อผู้ป่วยมีระดับค่าเฉลี่ยมากแปลความหมายได้ว่า ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์มีทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทน้อย เป็นต้น ซึ่งหลังการพัฒนา พบว่า ระดับค่าเฉลี่ยด้านทัศนคติต่อผู้ป่วยมีค่าลดลง



จึงแปลความหมายได้ว่า หลังการพัฒนา กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวมีทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มมากขึ้น

4) การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนการพัฒนา พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวมีระดับค่าเฉลี่ยของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้านความเป็นอยู่เท่ากับ 2.10 ($\bar{x} = 2.10$) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.72 (S.D.=0.72) อยู่ในระดับปานกลาง มีระดับค่าเฉลี่ยของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้านเศรษฐกิจเท่ากับ 1.67 ($\bar{x} = 1.67$) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.62 (S.D.=0.62) อยู่ในระดับน้อย มีระดับค่าเฉลี่ยของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้านสังคมเท่ากับ 1.75 ($\bar{x} = 1.75$) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.54 (S.D.=0.54) อยู่ในระดับน้อย มีระดับค่าเฉลี่ยของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้านความอารมณ์และจิตใจเท่ากับ 1.42 ($\bar{x} = 1.42$) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.46 (S.D.=0.46) อยู่ในระดับน้อย มีระดับค่าเฉลี่ยของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้านการรักษาเท่ากับ 2.16 ($\bar{x} = 2.16$) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.53 (S.D.=0.53) อยู่ในระดับปานกลาง และมีระดับค่าเฉลี่ยของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้านการปรับตัวและการช่วยเหลือตนเองเท่ากับ 1.57 ($\bar{x} = 1.57$) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.49 (S.D.=0.49) ซึ่งอยู่ในระดับน้อย และหลังการพัฒนา พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวมีระดับค่าเฉลี่ยของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้านความเป็นอยู่เท่ากับ 3.00 ($\bar{x} = 3.00$) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0 (S.D.=0) อยู่ในระดับมาก มีระดับค่าเฉลี่ยของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้านเศรษฐกิจเท่ากับ 2.13 ($\bar{x} = 2.13$) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.56 (S.D.=0.56) อยู่ในระดับปานกลาง มีระดับค่าเฉลี่ยของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้านสังคมเท่ากับ 2.67 ($\bar{x} = 2.67$) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.31 (S.D.=0.31) อยู่ในระดับมาก มีระดับค่าเฉลี่ยของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้านความอารมณ์และจิตใจเท่ากับ 2.88 ($\bar{x} = 2.88$) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.27 (S.D.=0.27) อยู่ในระดับมาก มีระดับค่าเฉลี่ยของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้านการรักษาเท่ากับ 2.88 ($\bar{x} = 2.88$) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.23 (S.D.=0.23) อยู่ในระดับมาก และมีระดับค่าเฉลี่ยของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้านการปรับตัวและการช่วยเหลือตนเองเท่ากับ 2.88 ($\bar{x} = 2.88$) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.29 (S.D.=0.29) ซึ่งอยู่ในระดับมาก

5.2.3.3 ผลต่อภาคีเครือข่ายในชุมชน

1) คุณลักษณะทางประชากร พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.66 มีอายุเฉลี่ย 47 ปี (S.D.=8.30) สถานภาพสมรส ร้อยละ 71.43 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 33.33 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 42.86 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 16,210.53 บาท (S.D.=14,879.44) รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่ำสุด 5,000 บาท รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยสูงสุด 50,000 บาท ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 38.10 ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 13 ปี (S.D.=13.36) มีระยะเวลาดูแลผู้ป่วยน้อยที่สุด 1 ปี และมีระยะเวลาดูแลผู้ป่วยมากที่สุด 42 ปี

2) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนการพัฒนา พบว่า ภาคีเครือข่ายในชุมชนมีระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทระดับดี ร้อยละ 38.10 รองลงมา มีระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.86 และมีระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับน้อย ร้อยละ 19.05 และหลังการพัฒนา พบว่า มีระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทระดับดี ร้อยละ 85.75 รองลงมา มีระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับปานกลาง ร้อยละ 14.26 และไม่มีภาคีเครือข่ายรายใดที่มีระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับน้อย



3) ทักษะที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท ก่อนการพัฒนา พบว่า กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนมีระดับค่าเฉลี่ยของทัศนคติต่อผู้ป่วยเท่ากับ 2.95 ($\bar{x}=2.95$) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.71 (S.D.=0.71) อยู่ในระดับค่อนข้างมาก และมีระดับค่าเฉลี่ยของทัศนคติต่อการรักษาเท่ากับ 2.40 ($\bar{x}=2.40$) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.77 (S.D.=0.77) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง และหลังการพัฒนา พบว่า กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนมีระดับค่าเฉลี่ยของทัศนคติต่อผู้ป่วยเท่ากับ 2.71 ($\bar{x}=2.71$) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.57 (S.D.=0.57) และมีระดับค่าเฉลี่ยของทัศนคติต่อการรักษาเท่ากับ 3.84 ($\bar{x}=2.84$) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.34 (S.D.=0.34) และเนื่องจากหมายเหตุ เนื่องจาก ในข้อคำถามของแบบสัมภาษณ์ทัศนคติที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทในด้านทัศนคติต่อผู้ป่วยมีข้อคำถามจำนวน 3 ข้อ ที่เป็นข้อคำถามเชิงลบ ดังนั้น ในการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยในข้อคำถามเหล่านี้จึงอธิบายได้ว่า ผลของระดับค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจะให้ความหมายตรงข้ามดังเช่น ในด้านทัศนคติต่อผู้ป่วยมีระดับค่าเฉลี่ยมากแปลความหมายได้ว่า ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์มีทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทน้อย เป็นต้น ซึ่งหลังการพัฒนา พบว่า ระดับค่าเฉลี่ยด้านทัศนคติต่อผู้ป่วยมีค่าลดลงจึงแปลความหมายได้ว่า หลังการพัฒนากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวมีทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มมากขึ้น

4) การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนการพัฒนา พบว่ากลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนมีระดับค่าเฉลี่ยของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้านเศรษฐกิจเท่ากับ 1.91 ($\bar{x}=2.91$) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.70 (S.D.=0.70) อยู่ในระดับปานกลาง มีระดับค่าเฉลี่ยของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้านสังคมเท่ากับ 1.68 ($\bar{x}=1.68$) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.68 (S.D.=0.68) อยู่ในระดับปานกลาง มีระดับค่าเฉลี่ยของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้านอารมณ์และจิตใจเท่ากับ 1.50 ($\bar{x}=1.50$) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.63 (S.D.=0.63) อยู่ในระดับน้อย และมีระดับค่าเฉลี่ยของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้านการรักษาเท่ากับ 1.73 ($\bar{x}=1.73$) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.88 (S.D.=0.88) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง และหลังการพัฒนา พบว่า กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนมีระดับค่าเฉลี่ยของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้านเศรษฐกิจเท่ากับ 2.57 ($\bar{x}=2.57$) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.57 (S.D.=0.57) อยู่ในระดับมาก มีระดับค่าเฉลี่ยของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้านสังคมเท่ากับ 2.57 ($\bar{x}=2.57$) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.51 (S.D.=0.51) อยู่ในระดับมาก มีระดับค่าเฉลี่ยของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้านอารมณ์และจิตใจเท่ากับ 2.74 ($\bar{x}=2.74$) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.44 (S.D.=0.44) อยู่ในระดับมาก และมีระดับค่าเฉลี่ยของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้านการรักษาเท่ากับ 2.92 ($\bar{x}=2.92$) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.15 (S.D.=0.15) ซึ่งอยู่ในระดับมาก

5.2.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอภูผงา จังหวัดอุดรธานี จากการดำเนินการศึกษากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง สามารถสรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จได้ ดังนี้

5.2.4.1 มีนโยบายสนับสนุน โดยรัฐบาลได้มอบนโยบายในปี พ.ศ. 2559 ที่มุ่งเน้นให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยเน้นการดูแลที่ชุมชน เพื่อลดการป่วยซ้ำที่อาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ ซึ่งส่งผลให้หน่วยงานภาครัฐที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้ตระหนักและให้ความร่วมมือตลอดการศึกษาวิจัยเป็นอย่างดี



5.2.4.2 ผู้ที่มีส่วนร่วมในการศึกษากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครั้งนี้อย่างมีบทบาทหน้าที่ที่ครอบคลุมในทุกด้านของการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้งด้านการรักษาทางการแพทย์ การส่งเสริมดูแลด้านสวัสดิการ และด้านความมั่นคงปลอดภัย

5.2.4.3 การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เข้มแข็ง ทั้งในด้านการให้ข้อมูล ความร่วมมือในการวิเคราะห์สภาพปัญหา การวางแผนออกแบบแก้ไข้ปัญหา ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมและความร่วมมือในการร่วมประเมินติดตามผลการดำเนินงาน หรืออาจกล่าวได้ว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยหรือประชากรที่ศึกษาทั้ง 3 กลุ่ม เข้าร่วมในทุกกิจกรรมของกระบวนการซึ่งความร่วมมือที่เข้มแข็งเป็นปีกแผ่นเช่นนี้ จะนำไปสู่ความต่อเนื่องและยั่งยืน

5.2.4.4 การออกแบบกิจกรรมที่เหมาะสมและสอดคล้องกับการแก้ไข้ปัญหา ดังจะเห็นได้จากการที่ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้แสดงถึงศักยภาพในการให้ข้อมูล ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถ่ายทอดประสบการณ์ และแสดงความคิดเห็น ในการวางแผนการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ตลอดจนร่วมกันวางแผนออกแบบกิจกรรมที่สอดคล้องกับปัญหา

5.3 อภิปรายผล

5.3.1 บริบทการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่า จากการดำเนินงานในปีที่ผ่านมาพบผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีการป่วยซ้ำจำนวน 4 ราย คิดเป็นอัตราร้อยละ 40 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด และจากผลการประเมินระดับอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท โดยเครื่องมือประเมินอาการทางจิตจำนวน 8 ข้อ ฉบับพระศรีมหาโพธิ์ (PASS 8) พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่มีแนวโน้มที่จะเกิดการป่วยซ้ำถึง 6 ราย ซึ่งเกิดจาก 3 ปัจจัยหลัก ได้แก่ ปัจจัยที่หนึ่งคือ ตัวผู้ป่วย ที่มีปัญหาหรือข้อจำกัดในการรับประทานยา ปัจจัยที่สองคือ ผู้ดูแล พบว่า ที่มีข้อจำกัดในการให้การดูแลที่ถูกต้องและเหมาะสม และปัจจัยที่สามคือ ระบบการดูแลของสถานบริการประจำพื้นที่ที่ขาดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง จึงส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีโอกาสเกิดการป่วยซ้ำที่จะต้องกลับไปรักษาตัวที่โรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากทฤษฎีเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยจิตเภทของ มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2555) กล่าวว่า การรักษาด้วยยาถือว่าเป็นหัวใจของการรักษาผู้ป่วยจิตเภท นอกจากจะควบคุมอาการด้านบวกแล้ว ยังสามารถลดการกำเริบหรือป่วยซ้ำของโรคได้ กล่าวคือ ผู้ป่วยที่กลับมากำเริบหรือป่วยซ้ำอยู่บ่อย ๆ นั้น ส่วนใหญ่เนื่องมาจากปัญหาการขาดยา และจากแนวคิดทฤษฎีในเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของ กัลยาณี โนนินทร์ (2542) ที่กล่าวโดยสรุปได้ว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเป็นลักษณะของการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนที่ให้บริการเชิงรุกกับผู้ป่วยโดยสหวิชาชีพที่เน้นการส่งเสริมการพึ่งพาตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดยเน้นความร่วมมือระหว่างสมาชิกในครอบครัวและชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งสุขภาพดี ช่วยลดพยาธิสภาพและลดความพิการของผู้ป่วยให้น้อยที่สุด อีกทั้งยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ อรสา วัฒนศิริ และเสาวภา ศรีภูสิตโต (2556) ศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาและเครือข่ายผู้ดูแลโรงพยาบาลกำแพงเพชร ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการกำเริบซ้ำ และอาการกำเริบรุนแรงต้องส่งต่อลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลลัพธ์ของการใช้กระบวนการดูแลต่อเนื่อง ได้แก่ การรับประทานยาสม่ำเสมอ การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน ระดับความสามารถโดยรวม และคุณภาพชีวิต เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทาง



สถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุนทรภรณ์ ทองไผ่ (2558) ศึกษาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในบริบทสังคมไทยอย่างยั่งยืน เนื่องจากปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเมื่อกลับสู่ชุมชนยังคงมีข้อจำกัดสำหรับบุคคลากรทางสุขภาพจิตและครอบครัวอยู่หลายด้าน จำเป็นที่จะต้องมีการบูรณาการดูแลผู้ป่วยในบริบทของครอบครัวที่มีประสิทธิภาพและต่อเนื่องภายใต้การวางแผนการดำเนินงานโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ตั้งแต่แรกกับผู้ป่วยกลับจากโรงพยาบาลมาสู่สังคมเดิมของผู้ป่วย โดยที่ผู้ให้การดูแลจะต้องได้รับการเตรียมความพร้อมอย่างเป็นระบบ เพื่อเป็นการลดปัญหาต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นภายหลังจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มดังกล่าว ดังนั้น เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทภายใต้บริบทของสังคมไทยเกิดประสิทธิภาพสูงสุดและยั่งยืนทั้งต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและผู้ให้การดูแล นั่นคือ การส่งเสริมให้ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ความเข้าใจและทัศนคติที่ดีในการให้การดูแลผู้ป่วย เกิดเป็นพฤติกรรมกลุ่ม เครือข่ายของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่ไม่รู้สึกรังเกียจการเป็นภาระในการดูแล แต่กลับรู้สึกถึงความมั่นคงและปลอดภัย ญาติได้รับคำปรึกษาและคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยภายหลังจากการรับผู้ป่วยกลับมารักษาที่บ้าน ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามศักยภาพ ไม่รู้สึกเป็นภาระของครอบครัว ซึ่งเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถกลับคืนสู่ครอบครัว ชุมชน และสังคมของตนได้อย่างมีความสุขยิ่งขึ้น ภายใต้บริบทการดูแลของสังคมไทย

5.3.2 กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการด้วยการดำเนินงาน 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ขั้นการวางแผน (Planning) ระยะที่ 2 ขั้นปฏิบัติ (Action) ระยะที่ 3 ขั้นสังเกต (Observation) และระยะที่ 4 ขั้นสะท้อนผล (Reflection) ทั้งนี้เนื่องจากผู้วิจัยได้นำแนวคิดและทฤษฎีของการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ McTargart (องอาจ นัยวัฒน์, 2554 อ้างจาก Kemmis & McTargart, 1998: 202-206) ที่กล่าวว่า ขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีกระบวนการดำเนินการในลักษณะของการหมุนรอบตัวเป็นขั้นๆ แบบเกลียวสว่านซึ่งประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observe) และการสะท้อนผล (Reflect) อย่างเป็นระบบนำไปสู่การปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติงานต่อไป วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้เรียกย่อๆ ว่า วงจร PAOR ซึ่งผู้วิจัยนำมาประยุกต์ใช้ในกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยจำแนกเป็น 7 ขั้นตอน ดังนี้

ระยะที่ 1 ขั้นการวางแผน (Planning) จำแนกได้เป็น 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) ศึกษาบริบทพื้นที่และวิเคราะห์ปัญหา 2) คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยและแต่งตั้งคณะทำงาน 3) การเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ การระดับอาการทางจิตด้วยเครื่องมือ PASS 8 การสัมภาษณ์โดยใช้แบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินความรู้ ทัศนคติ และการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และการสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยแนวทางสัมภาษณ์เชิงลึก 4) ประชุมวางแผนและจัดทำแผนปฏิบัติการ ได้แก่ ประชุมย่อยวางแผนการประยุกต์ใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและประชุมรวมเพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการ ทั้งนี้เนื่องจาก ในขั้นการวางแผนนั้น จะต้องมีการศึกษาบริบท ศึกษาปัญหาในพื้นที่ เก็บรวบรวมข้อมูล นำไปสู่การแต่งตั้งคณะทำงานและการประชุมวางแผนซึ่งนำไปสู่แผนปฏิบัติ โดยผู้วิจัยดำเนินการประชุมร่วมกับผู้เข้าร่วมวิจัยด้วยการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop Method) ทั้งนี้เนื่องจาก แนวคิด ทฤษฎีของการประชุมเชิงปฏิบัติการของ (ชกฤต จันทพรพลงาม, 2557) ได้กล่าวว่า การประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop Method) เป็นการเอื้ออำนวยให้กลุ่มได้ใช้กำลังความคิดโดยคำนึงถึงหัวข้อเฉพาะหัวข้อใดหัวข้อหนึ่งจนสามารถพัฒนาให้เป็นมติและปฏิบัติการ วิธีการนี้เหมาะสมมากสำหรับการสร้างความเห็นพ้องร่วมกันของกลุ่มจนนำไปสู่ความมุ่งมั่นและปฏิบัติการร่วมกัน คือช่วยให้สมาชิกกลุ่มทั้งหมดได้เสนอแนะและมีส่วนร่วมปลดปล่อย



ความคิด สร้างสรรค์และความกระตือรือร้นในเวลาอันสั้น กระตุ้นการคิดเชิงบูรณาการที่เป็นองค์รวมของกลุ่มสร้างความเห็นพ้องร่วมกันของกลุ่มที่นำไปปฏิบัติได้ เอื้ออำนวยในการสร้างคำตอบที่แปลกใหม่ และสร้างสรรค์เพื่อการแก้ปัญหาและคลี่คลายประเด็น สร้างจิตสำนึกที่เข้มแข็งในการเป็นส่วน ร่วมกันและความรู้สึกรับผิดชอบให้ชอบให้เกิดขึ้นในเกิดขึ้นในกลุ่ม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ เปรมฤดี ดำรักษ์ และคณะ (2557) ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ซ้ำซ้อน อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า ผลการศึกษาในส่วนการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซ้ำซ้อน สรุปได้เป็น 3 วงจร คือ วงจรที่ 1 เชื่อมโยงสายใย เป็นการถ่ายทอดตามเจตคติ ความรู้สึก ความคิดต่อผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซ้ำซ้อน วงจรที่ 2 ร้อยใจร่วมกันเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถ่ายทอดประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซ้ำซ้อนใน ชุมชน และวงจรที่ 3 ผูกพันต้องใจ เป็นการค้นหาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ซ้ำซ้อนในการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมวางแผน และร่วมเป็นเจ้าของ โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและ สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบหนึ่งที่เกิดขึ้นเพื่อให้เกิดพฤติกรรมกลุ่มในการ ดูแลรักษาและฟื้นฟูให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถช่วยเหลือตนเองตามศักยภาพ ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ระยะที่ 2 ขั้นปฏิบัติ (Action) เป็นขั้นตอนการนำแผนไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งจากแผนปฏิบัติการที่ได้จากขั้นวางแผนสามารถจำแนกได้เป็น 3 โครงการ ได้แก่

1) โครงการอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เนื่องจาก ก่อนการพัฒนา พบว่า ผลการประเมินระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทักษะที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท และการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยรวมอยู่ในระดับที่น้อย จากมติที่ประชุมจึงเห็นควรให้ มีการจัดอบรม เพื่อให้เพิ่มศักยภาพให้กับบุคคลากร ผู้ดูแล รวมถึงภาคีเครือข่ายในชุมชน ในการดูแลประเมินอาการ รวมทั้งเพิ่มทักษะการช่วยเหลือเบื้องต้น ซึ่งหลังการอบรม พบว่า กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว และกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน มีคะแนนของระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้น ค่าเฉลี่ย และ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับทัศนคติ และระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในรายด้าน เพิ่มขึ้นและ อยู่ในช่วงของระดับค่าเฉลี่ยที่ยอมรับได้ (95% CI) เนื่องจากกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวและ กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนมีความเข้าใจถึงบทบาทหน้าที่ในการส่งเสริมดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้น ทั้งนี้ เนื่องจาก แนวคิด ทฤษฎีเรื่องผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท (รัตนา พันจอย, 2555 อ้างอิงจาก Horowitz & Reinhard, 1995) กล่าวว่า ผู้ดูแลในครอบครัวหรือผู้ดูแลที่บ้าน คือ สมาชิกในครอบครัว มีความสำคัญอย่างมากในการช่วยเหลือผู้ป่วย แบ่งเป็น ผู้ดูแลหลัก (Primary Caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง มุ่งเน้นการกระทำเพื่อ ตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การช่วยเหลือผู้ป่วยในกิจวัตรประจำวัน การจัดเตรียมให้ ผู้ป่วยรับประทานยา เป็นต้น โดยใช้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่นๆ และ ผู้ดูแลรอง (Secondary Caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นๆที่อยู่ในเครือข่ายการดูแล มีหน้าที่จัดการด้าน อื่นๆ ซึ่งไม่ได้กระทำการดูแลต่อผู้ป่วยโดยตรง ดูแลเป็นครั้งคราวเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ ได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยแต่ใช้เวลาในการดูแลน้อยกว่า ซึ่งสอดคล้องกับ งานวิจัยของ เพ็ญประภา มะลาไว (2550) ศึกษาสถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อพัฒนา กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และเพื่อประเมินผลกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งในระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในกลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแล จาก การที่ได้ศึกษาสถานการณ์ปัญหาและวิเคราะห์ปัญหาดังกล่าวร่วมกัน ได้กำหนดโครงการเพื่อดูแลผู้ป่วย



จิตเภท คือ โครงการอบรมให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนให้กับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งผลการวิจัย พบว่า ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีเจตคติต่อผู้ป่วยเพิ่มขึ้น และมีระดับสมรรถภาพเพิ่มขึ้นจากก่อนการได้รับโครงการ ($p < .05$) และแกนนำชุมชนสามารถติดตามอาการของผู้ป่วยและส่งต่อผู้ป่วยมารับการรักษาที่สถานบริการทางสาธารณสุขได้

2) โครงการบริการคลินิกจิตเวชร่วมกับคลินิกโรคเรื้อรัง (NCD) ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ทั้งนี้เพื่อเอื้อต่อการเข้าถึงบริการและลดข้อจำกัดในการเดินทางไปโรงพยาบาล หลังการพัฒนาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการคลินิกจิตเวชที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่นครบทั้ง 8 ราย มีการบันทึกผลกิจกรรมการรักษาในโปรแกรม JHCIS ทะเบียนบันทึกการรักษาและสมุดประจำตัวผู้ป่วย สอดคล้องกับแบบแผนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559) ซึ่งประกอบด้วยนโยบายองค์กร ระบบสารสนเทศทางคลินิก ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ การออกแบบบริการ การสนับสนุนการดูแลตนเอง และการเชื่อมโยงกับชุมชน อีกทั้งยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ ไพบูลย์ ดลเฉลิมยุทธนา (2557) ศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทผ่านการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่วิถีชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบว่า รูปแบบที่ทำการศึกษามีการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้สามารถสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย การออกแบบระบบการรับยาที่เอื้อให้ชุมชนเข้าถึงง่ายและชุมชนร่วมกำกับการใช้ยาของผู้ป่วย พัฒนาระบบสารสนเทศทางคลินิกเชื่อมโยงจากตติยภูมิจนถึงชุมชน เอื้อให้เกิดการตัดสินใจร่วมระหว่างชุมชนและบุคลากรสาธารณสุขอย่างทันที่

3) โครงการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการรักษาภายใต้การสังเกตโดยตรง (DOT : Directly Observed Treatment) ทั้งนี้เนื่องจาก แนวคิด ทฤษฎี รักษาภายใต้การสังเกตโดยตรง (DOT) ศูนย์เอกสารองค์การอนามัยโลก (2541 อ้างถึงใน จตุพร สลักคำ, 2551) กล่าวว่า การที่พี่เลี้ยงต้องกำกับให้ผู้ป่วยกินยาต่อหน้าเพื่อทำให้มั่นใจว่าผู้ป่วยรับประทานยาได้ถูกต้อง ทั้งชนิด ขนาด และระยะเวลา การรักษาแบบมีพี่เลี้ยงเป็นสิ่งจำเป็น อย่างน้อยการรักษาในระยะ 2 เดือนแรกของการรักษาควรมีพี่เลี้ยงกำกับรับประทานยา หากผู้ป่วยขาดยาสามารถติดตามให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้และสามารถมั่นใจได้ว่าผู้ป่วยรับประทานยาได้ถูกต้อง ครบถ้วน สม่าเสมอเนื่องจากมีผู้เฝ้าสังเกตการณ์รับประทานยาต่อหน้าและมีผู้ให้การดูแลรักษา บุคคลที่สามารถเป็นพี่เลี้ยงในการกำกับและให้การดูแลผู้ป่วย ได้แก่ เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำหมู่บ้าน และสมาชิกครอบครัวหรือญาติ ซึ่งพี่เลี้ยงจะได้รับการคัดเลือกจากเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย อาจเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ญาติผู้ป่วยหรือผู้นำชุมชนที่เชื่อถือได้ ซึ่งพี่เลี้ยงต้องเข้าใจประเด็นดังต่อไปนี้ ระยะเวลาและขนาดของยาที่ใช้รักษา วิธีการบันทึกในบัตรบันทึกการรับประทานยา เมื่อผู้ป่วยรับประทานยา กำหนดการรับยาจากสถานบริการที่ให้การรักษา การแจ้งต่อสถานบริการที่ให้การรักษาหากผู้ป่วยมีปัญหาในการรับประทานยา หลังจากประยุกต์ใช้แนวคิด (DOT) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทรับประทานยาตามแพทย์สั่งครบทุกมื้อ มีการลงชื่อกำกับรับประทานยาโดยผู้ดูแลในครอบครัวครบทั้ง 7 วัน โดยผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวทำการบันทึกการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทพร้อมลงชื่อกำกับในสมุดประจำตัวผู้ป่วยทุกครั้ง เป็นประจำทุกวัน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านติดตามกำกับทุก 1 สัปดาห์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล



อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ใหญ่บ้าน ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในรายที่มีอาการทางจิตระดับปกติและระดับปานกลางทุก 2 สัปดาห์ และติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในรายที่มีอาการทางจิตระดับรุนแรงทุก 1 สัปดาห์ เพื่อให้การช่วยเหลือตามปัญหาโดยเร่งด่วน ซึ่งมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของสำราญ สุมะหิงพันธ์ และคณะ (2554) ที่ศึกษาการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชน โดยมุ่งพัฒนาให้ผู้ดูแลมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เหมาะสม และภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนโดยจัดอบรมให้ความรู้ในกลุ่มผู้ดูแลและภาคีเครือข่าย เกี่ยวกับโรคทางจิตเวชสาเหตุ อาการ การรักษา วิธีการดูแลผู้ป่วย ได้ชี้แนะถึงความรุนแรงของปัญหา ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ผู้ดูแล สังคม เชิงปรึกษาปัญหา และติดตามเยี่ยมโดยภาคีเครือข่าย ใช้แบบประเมินทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยอ้างอิงเนื้อหาความรู้ที่มีอยู่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์เป็นเครื่องมือ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยสูงขึ้น ($P < 0.001$) ในส่วนการติดตามเยี่ยมโดยภาคีเครือข่ายทำให้เครือข่ายมีส่วนร่วมในการดูแล ร่วมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย มีการสนับสนุนการช่วยเหลือผู้ป่วย มีรถรับ-ส่งผู้ป่วยของ อบต.ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถเดินทางไปพบแพทย์ได้ โดยไม่ขาดยา ลดภาวะเครียดให้ผู้ดูแล ไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย ดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ 22 ราย (จากเดิม 14 ราย) สามารถกลับไปทำงานที่ต่างจังหวัดได้ 2 ราย มีการถวายเป็นความรู้ด้านทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแก่พระภิกษุที่วัดซึ่งมีผู้ป่วยอาศัยอยู่ 1 รายส่งผลให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสมจากพระภิกษุทุกรูปด้านการรับประทานยา รับประทานน้ำ และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศของ Marius (2005) ที่ศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่า การรักษาในชุมชนโดยทีมสุขภาพจิตชุมชน (Community Mental Health Team : CMHT) จะเป็นรากฐานของการรักษาในชุมชน แม้ว่ารูปแบบและวิธีการดำเนินการจะแตกต่างกันไปตามความต้องการของผู้ป่วย แต่ผลลัพธ์ของรูปแบบบริการชุมชนสำหรับโรคจิตเภทให้ผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยมากกว่าผลลัพธ์ของการเข้าพักห้องพักในโรงพยาบาลระยะยาวและสอดคล้องกับงานวิจัยของ Eugenio (2007) ศึกษาโปรแกรมป้องกันการกำเริบของผู้ป่วยจิตเภทในเครือข่ายจิตเวชชุมชนของอิตาลี ซึ่งพบว่าการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง เป็นการเพิ่มความเสี่ยงในการรักษาในโรงพยาบาลและการเปลี่ยนหรือเพิ่มการรักษาเพื่อเป็นไปตามมาตรฐานการรักษา การกำกับให้รับประทานยาและการใช้สุขภาพจิตศึกษา มีส่วนช่วยในการเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีผลการปฏิบัติตัวดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในทุกชุดการประเมิน (BPRS, SAPS ของซิมป์สัน – Angus Scale, Lancashire QL Scale) และที่สำคัญกลับเข้าอนโรงพยาบาลและวันเข้าพักในโรงพยาบาลลดลง ส่วนประเด็นของการประยุกต์ใช้แนวคิดการรักษาภายใต้การสังเกตโดยตรง (DOT: Directly Observed Treatment) ยังไม่พบการศึกษาวิจัยใดที่นำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ระยะที่ 3 ขั้นสังเกต (Observation) ผู้วิจัยสังเกตทุกกิจกรรมก่อนดำเนินการ ระหว่างดำเนินการ หลังดำเนินการ และบันทึกผลทุกขั้นตอน

1) กระบวนการของการปฏิบัติการ (The Action of Process) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การวิเคราะห์ปัญหา ทุกคนร่วมแสดงความคิดเห็นต่อสถานการณ์ปัญหาที่ผู้วิจัยได้นำเสนอ และมีข้อสรุปร่วม คือ การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง เป็นประเด็นปัญหาที่ทุกภาคส่วนจะต้องมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน เพื่อให้การดูแลรักษานั้นมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทได้กลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ 2) มีการแสดงความคิดเห็นกันอย่างหลากหลาย ทำให้ได้โครงการที่ผ่านมติของที่ประชุมอย่างแท้จริง ซึ่งมีการอภิปรายกันอย่าง



กว้างขวาง ก่อนที่จะมีมติเลือกโครงการเพื่อดำเนินการภายใต้เงื่อนไขในการคัดเลือกจัดลำดับที่เป็นข้อเสนอจากที่ประชุมและนำไปสู่การแต่งตั้งคณะทำงานดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งมีการมอบหมายบทบาทหน้าที่รับผิดชอบอย่างชัดเจน 3) การดำเนินการตามแผน ผู้ร่วมวิจัยหรือคณะทำงานดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ที่ได้กำหนดขึ้นในชั้นวางแผน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะทำหน้าที่ประสานงานในส่วนราชการหรือองค์กรหลักในชุมชน ส่วนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะทำหน้าที่หลักในการประสานงาน เชื่อมโยง และประชาสัมพันธ์ ระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นแกนนำหลักสำคัญในการเตรียมความพร้อมด้านสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวกในการดำเนินกิจกรรมแต่ละโครงการ ซึ่งเมื่อเกิดปัญหาหรืออุปสรรคจะประสานงานกับคณะทำงานดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ทั้งนี้ ทุกโครงการสามารถดำเนินการได้ตามระยะเวลาที่กำหนด และมีผู้เข้าร่วมกิจกรรมตามเป้าหมายเป็นส่วนใหญ่ 4) การติดตามผลการดำเนินงานมีการกำหนดให้คณะทำงานดูแลผู้ป่วยจิตเภทประชุม พบปะ เพื่อติดตามความก้าวหน้า แก้ไขปัญหาและอุปสรรค ตลอดจนวางแผนวางแผนการดำเนินงานต่อเนื่องทุก 1 เดือน เดือนละ 1 ครั้ง ในวันศุกร์ สัปดาห์ที่ 4 ของทุกเดือน และภายหลังจากเสร็จสิ้นการดำเนินงาน จะมีการประชุมสรุปบทเรียนร่วมกัน และมีการมอบหมายคณะทำงานรับฟังเสียงสะท้อนของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวที่เข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งจากการสังเกตในการประชุมเชิงปฏิบัติการพบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมแต่ละคนมีความแตกต่างกันมากหรือน้อยนั้นขึ้นอยู่กับประสบการณ์และบทบาทหน้าที่ทางสังคม กล่าวคือ ผู้ที่มีบทบาททางสังคม เช่น สมาชิกเทศบาล กำนัน ผู้ใหญ่บ้านหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนใหญ่จะมีความกล้าแสดงออก แสดงความคิดเห็น สนใจที่จะแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับเรื่องต่างๆ หรือแม้แต่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น มีข้อเสนอแนะในทุกประเด็น แต่จากการสังเกต พบว่ามีกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวบางรายที่ยังมีความวิตกกังวล ไม่กล้าที่จะแสดงความคิดเห็น ซึ่งทำให้ผู้วิจัยตั้งข้อสังเกตได้ว่าหากผู้ร่วมประชุมไม่ได้มีการแสดงความคิดเห็นหรือนำประสบการณ์ที่ตนเองมีมาแลกเปลี่ยนในที่ประชุมครบทุกคน อาจทำให้ที่ประชุมได้บทสรุปที่มีเนื้อหาสาระที่ไม่ครบถ้วน ซึ่งผู้อำนวยความสะดวก (Facilitator) ก็จำเป็นที่จะต้องใช้ไหวพริบ ปฏิภาณในการแก้ไขสถานการณ์เพื่อขับเคลื่อนให้การประชุมหรือแม้แต่กิจกรรมต่างๆ ดำเนินต่อไป ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการจะไม่สามารถคาดหวังหรือคาดเดาสิ่งที่จะเกิดขึ้นหรือผลลัพธ์ของกระบวนการได้ ทั้งนี้เนื่องจากแนวคิด ทฤษฎีข้อจำกัดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (ชยุต ชำนาญเชาว์, 2555 อ้างอิงจาก ชาญชัยชัยสว่าง, 2552) กล่าวว่า แม้การวิจัยเชิงปฏิบัติการจะมีคุณสมบัติมากมาย แต่โดยธรรมชาติและหลักการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการก็ส่งผลให้เกิดข้อจำกัดของการวิจัยแบบนี้หลายประการ เนื่องจากสภาพเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นจะปล่อยให้ไปไปตามธรรมชาติ ข้อค้นพบที่ได้รับในบางครั้งไม่สามารถยืนยันได้ได้หนักแน่นว่าเนื่องมาจากปัจจัยใด แต่ตราบไคที่ปัญหาเกิดขึ้นนั้นหมดไปก็ถือว่าการวิจัยครั้งนี้ประสบความสำเร็จ



2) ผลของการปฏิบัติการ (The Effect of Action) จากการดำเนินงานตามบทบาท
 คณะทำงานดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ภายใต้แผนปฏิบัติการที่ผู้ร่วมวิจัยได้วิเคราะห์ ระดมสมองในการ
 วางแผน ทั้งสิ้น 3 โครงการ นั้น คณะทำงานได้สรุปผลการปฏิบัติงาน พบว่า 1) โครงการอบรมเพื่อ
 เพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชนมี
 ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังการอบรมมากกว่า ร้อยละ 80 2) โครงการ
 ติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยประยุกต์ใช้แนวคิด DOT หลังดำเนินการ พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทกิน
 ยาตามแพทย์สั่งครบทุกมื้อ มีการลงชื่อกำกับการรับประทานยาโดยผู้ดูแลในครอบครัว ครบทั้ง 7 วัน
 แต่ยังไม่สามารถประเมินระดับอาการทางจิตได้ เนื่องจากยังไม่ครบตามกำหนดเวลาประเมินผล อนึ่ง
 โครงการนี้มีการกำหนดระยะเวลาดำเนินการเป็นเวลา 12 สัปดาห์ จึงยังไม่สามารถประเมินผลการ
 ดำเนินโครงการได้ และ 3) โครงการบริการคลินิกจิตเวชร่วมกับคลินิก (NCD) หลังการดำเนินโครงการ
 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการคลินิกจิตเวชที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่นครบทั้ง 8 คน
 และมีการบันทึกผลกิจกรรมการรักษาในโปรแกรม JHCIS ทะเบียนบันทึกการรักษาและสมุดประจำตัว
 ผู้ป่วย แต่เนื่องจากโครงการนี้มีการกำหนดระยะเวลาดำเนินการเป็นเวลา 12 สัปดาห์ จึงยังไม่สามารถ
 ประเมินผลการดำเนินโครงการได้

ระยะที่ 4 ขั้นสะท้อนผล (Reflection) ผู้วิจัยจัดเวทีสะท้อนผล ติดตามผลการดำเนินงาน
 จากการจัดเวทีสะท้อนผล พบว่า มีประเด็นที่ต้องติดตามประเมินผล นั่นคือ ผลของระดับอาการทางจิต
 และความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งจากการประเมินผลการดำเนินการ พบว่า ผู้ป่วย
 จิตเภทมารับบริการคลินิกจิตเวชที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่นครบทั้ง 8 ราย และมีการ
 บันทึกผลกิจกรรมการรักษาในโปรแกรม JHCIS ทะเบียนบันทึกการรักษาและสมุดประจำตัวผู้ป่วย
 และผู้ป่วยจิตเภทรับประทานยาตามแพทย์สั่งครบทุกมื้อ มีการลงชื่อกำกับการรับประทานยาโดยผู้ดูแล
 ในครอบครัว ครบทั้ง 7 วัน เนื่องจากอยู่ระหว่างการติดตามประเมินผลในห้วงเวลา 12 สัปดาห์ กล่าวคือ
 ยังไม่ครบตามกำหนดเวลาที่ต้องประเมินอาการทางจิต ผู้วิจัยจึงยังไม่สามารถประเมินผลระดับอาการ
 ทางจิตและความต่อเนื่องในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทได้และจากการสนทนากลุ่ม (Focus Group
 Discussion) พบว่า กลุ่มผู้เข้าร่วมประชุมวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน โดยพบปัญหาและอุปสรรค คือ
 ในการออกหน่วยของทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลบุษราคัม (ไม่ตรงตามเวลาที่นัดหมาย) ส่งผลให้ผู้ป่วย
 จิตเภทที่รอตรวจเป็นเวลานานบางรายเกิดอารมณ์หงุดหงิด อยากกลับบ้าน ไม่อยากอยู่ในที่ที่มีผู้คน
 มาก อาจเป็นเพราะผู้ป่วยรายดังกล่าวกลัวการไม่ยอมรับจากกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (NCD) ที่มารับบริการ
 ที่คลินิก และจากที่เวทีสะท้อนผลได้เสนอแนวทางการแก้ไขปัญหา ซึ่งมองเป็นโอกาสในการพัฒนาที่จะ
 ช่วยเปิดโอกาสหรือให้โอกาสให้กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทได้รับการยอมรับจากชุมชน จากขั้นตอนการสะท้อนผลนี้
 สอดคล้องกับแนวคิด ทฤษฎี กระบวนการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ขั้นตอนการสะท้อนผล (ชยุต
 ชำนาญเชาว์, 2557 อ้างอิงจาก ประวิต เอรารวรรณ์, 2545) กล่าวว่าการสะท้อนเป็นลักษณะของความ
 เป็นไปได้ของสถานการณ์ทางสังคมต่างๆ ที่เกี่ยวกับการกระทำที่ปฏิบัติลงไป การสะท้อนจะพิจารณา
 โดยใช้การอภิปรายร่วมกันระหว่างผู้ร่วมงาน โดยวิธีนี้จะช่วยให้ได้ภาพสะท้อนของกลุ่มที่จะนำไปสู่
 การปรับสถานการณ์ทางสังคมการปรับปรุงโครงการ การสะท้อนภาพจะมีลักษณะเป็นการประเมินอย่าง
 หนึ่ง (หรือผลที่เกิดขึ้น) นั้นเป็นสิ่งที่ประสงค์หรือไม่ และให้ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติต่อไป นอกจากนั้น
 การสะท้อนภาพยังหมายถึงรวมถึง การสะท้อนข้อมูลซึ่งจะช่วยให้การวางแผนการดำเนินงานในขั้นต่อไป
 สำหรับกลุ่มและแต่ละบุคคลในโครงการในการที่จะยอมรับจุดมุ่งหมายของการดำเนินการของกลุ่ม



5.3.3 ผลของกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผู้วิจัยวิเคราะห์ผลของกระบวนการโดยจำแนกเป็น 3 ส่วน ดังนี้ 1) ผลต่อผู้ป่วยจิตเภท จากการดำเนินงาน พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการคลินิกจิตเวชที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่นเป็นครบทั้ง 8 ราย และมีการบันทึกผลกิจกรรมการรักษาในโปรแกรม JHCIS ทะเบียนบันทึกการรักษาและสมุดประจำตัวผู้ป่วย และผู้ป่วยจิตเภทรับประทานยาตามแพทย์สั่งครบทุกมื้อ มีการลงชื่อกำกับกับการรับประทานยาโดยผู้ดูแลในครอบครัวครบทั้ง 7 วัน 2) ผลต่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวมีระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภท และระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มมากขึ้น ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพและยังสามารถลดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว เนื่องจากหลังการดำเนินงาน มีคณะทำงานดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนและกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่คอยให้ความช่วยเหลือและร่วมให้การดูแลทำให้ผู้ดูแลเกิดมีกำลังใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป และผลต่อกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนพบว่า กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนมีความรู้ ทักษะในการดูแลและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในเบื้องต้นได้ มีส่วนร่วมในการดูแล ทั้งการติดตามเยี่ยมบ้าน การมีทะเบียนหมายเลขโทรศัพท์สำหรับติดต่อญาติหรือผู้ดูแลเมื่อพบเห็นผู้ป่วยจิตเภทเกิดการป่วยซ้ำ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยจิตเภทได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข อีกทั้งส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีกำลังใจที่จะรับการรักษาต่อไป จากผลของกระบวนการที่ได้ผลลัพธ์เช่นนี้ ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาบริบทของพื้นที่อย่างชัดเจน เก็บรวบรวมข้อมูลที่สำคัญและเกี่ยวข้องต่าง ๆ นำมาวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา ทำให้ได้ทราบปัญหาที่แท้จริง นำไปสู่การวางแผนแก้ไขที่ตรงจุด โดยเชิญผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องที่มีศักยภาพในชุมชนเข้าร่วมกระบวนการ เพื่อวางแผนออกแบบกิจกรรมที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ดังเช่น มีการประชุมวางแผนการดูแลร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในการจัดให้บริการคลินิกจิตเวชที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไถ่บ้าน การมีระบบบันทึกติดตามการรักษาของผู้ป่วย การอบรมให้ความรู้ เพิ่มทักษะในการดูแลผู้ป่วย และเปิดโอกาสให้กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งส่งผลให้เกิดกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีประสิทธิภาพดังผลลัพธ์ข้างต้น

5.3.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า มีจุดแข็งหรือปัจจัยที่นำกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนไปสู่ความสำเร็จ นั่นคือ ผู้เข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ต่างมีบทบาทหน้าที่ที่ครอบคลุมในทุกด้านของการดูแลผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งความร่วมมือของทุกภาคส่วนที่เข้มแข็ง ทั้งในด้านการให้ข้อมูล ความร่วมมือในกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการ ตลอดจนความร่วมมือในการดำเนินงานในทุกกิจกรรม ทั้งนี้เนื่องจากการมีนโยบายของรัฐบาลที่สนับสนุนและให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยเน้นการดูแลที่ชุมชนทำให้หน่วยงานภาครัฐที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้ตระหนักและให้ความร่วมมือตลอดการศึกษาวิจัยเป็นอย่างดีและกิจกรรมการแก้ไขปัญหาที่ได้มาจากการประชุมเชิงปฏิบัติการที่ผู้เข้าร่วมวิจัยต่างมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นซึ่งนำไปสู่การแก้ไขที่สอดคล้องกับปัญหา ทำให้เกิดเป็นผลลัพธ์ที่ดีของกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่จะนำไปสู่ความต่อเนื่องและยั่งยืน



5.4 ข้อเสนอแนะ

5.4.1 ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

5.4.1.1 ส่งเสริมให้ชุมชนมีศักยภาพพร้อมในการดูแล ฝึการะวัง และช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท โดยจากผลการวิจัยพบว่า หลังจากที่กลุ่มผู้ดูแลและกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนได้รับการเพิ่มศักยภาพแล้วส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ

5.4.1.2 จัดทำทะเบียนข้อมูลผู้ป่วยจิตเภทและผังบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นฐานข้อมูลเบื้องต้นในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท

5.4.1.3 ควรบันทึกผลการรักษาและการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเป็นฐานข้อมูลที่จะนำมาใช้วิเคราะห์และสรุปผล

5.4.1.4 คณะทำงานควรมีการดำเนินงานและติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

5.4.1.5 การมีนโยบายสนับสนุนการดำเนินงานถือเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการขับเคลื่อนกระบวนการต่างๆ ไปสู่ความสำเร็จ

5.4.1.6 การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนที่เข้มแข็ง ก่อให้เกิดเป็นพลังในการดำเนินงานหรือขับเคลื่อนกระบวนการต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

5.4.1.7 การเปิดโอกาสให้กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เป็นการสร้างความคุ้นเคยก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี ส่งผลให้ลดปัญหาในการให้บริการ

5.4.1.8 ควรมีการส่งเสริมบทบาทคณะทำงานดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนให้เป็นแกนนำในการดำเนินการครอบคลุมทั้งตำบล

5.4.1.9 ควรมีการกำหนดเวลาในการออกหน่วยที่ชัดเจนและบุคลากรที่ออกหน่วยควรตรงต่อเวลา เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกที่ไม่ดีต่อการให้บริการ

5.4.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

5.4.1.2 ควรมีการศึกษาต่อยอดของกระบวนการอย่างต่อเนื่องในวงรอบต่อไปเพื่อให้เกิดเป็นรูปแบบหรือระบบการดูแลที่เป็นเอกลักษณ์เฉพาะของพื้นที่

5.4.1.3 ควรมีการนำกระบวนการดูแลนี้มาปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคทางจิตเวชหรือโรคเรื้อรังอื่น



เอกสารอ้างอิง



เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2557). รายงานการประชุมกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2557. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กัลยาณี โนนินทร์. (2542). การดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดน่าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เกษม ต้นติผลลาชีวะ. (2536). ตำราจิตเวชศาสตร์ เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ขุมทรัพย์ ก้อนทอง. (2557). ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จตุพร สลักคำ. (2551). ปัญหาอุปสรรคต่อการดำเนินงานควบคุมวัณโรคโดยกลวิธี DOTS ของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์และสถานบริการ. การค้นคว้าอิสระปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารบริการสุขภาพ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.
- จุไรรัตน์ มิตรทองแท้. (2532). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการและผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังกับภาวะสุขภาพจิตในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จอม สุวรรณโณ. (2541). ญาติผู้ดูแล: แหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วยเรื้อรัง. วารสารการพยาบาล, 47(3), 147-157.
- คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลบุณฑริก. (2559). รายงานการรับบริการของผู้จิตเภท โรงพยาบาลบุณฑริก. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี.
- ชฎาภา ประเสริฐทรง. (2543). ความรู้สึทางอารมณ์และความต้องการคำแนะนำ: กรณีศึกษาครัวผู้ป่วยจิตเภท. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 14(2), 30-39.
- ชยุต ชำนาญเชาว์. (2557). รูปแบบการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุ ตำบลหัวถนน อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ชุตินา ทองอยู่. (2557). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ฐานข้อมูลเวชสถิติ ฝ่ายเวชระเบียนโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2559). จำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ปี 2556-2558. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ณัฐติกา ชูรัตน์. (2559). สาเหตุและหาแนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปี่เหล็กที่ประสบเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์, 3(1), 24-36.



- ณัฐวดี ชูเชื้อ. (2559). การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเทศบาล ตำบล อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ดารุณี อ่างมัจฉา. (2554). บทบาทของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเทพประทับ อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดหนองคาย. การศึกษาอิสระทางสาธารณสุขปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ชกฤต จันทรพลงาม. (2557). การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินในเขตพื้นที่ตำบลหัวถนน อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ธงรบ เทียนสันดี. (2556). ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวกับการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นพรัตน์ ไชยขำนิ. (2554). ผลการใช้โปรแกรมดูแลแบบองค์รวมต่อภาวะและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นาถนภา วงษ์ศีล. (2555). การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญวดี เพชรรัตน์. (2539). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1. สงขลา: เทมการพิมพ์.
- ปิยวรรณ เหลาสา. (2558). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานแบบมีส่วนร่วมของตำบลทุ่งแสงทอง อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ปัทมา โกมุกบุตร. (2555). ต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรัง: นวัตกรรมเพื่อความแข็งแกร่งของระบบสุขภาพปฐมภูมิ. [ออนไลน์]. ได้จาก: <https://www.scribd.com/document> [สืบค้นเมื่อวันที่ 3 ธันวาคม 2559].
- เปรมฤดี ดำรงค์, อังคณา วังทอง และอนุชิต วังทอง. (2557). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อนอำเภอนางรอง จังหวัดปัตตานี. วารสารสมาคมนักวิจัย, 19(2), 92-101.
- พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกันานนท์. (2552). ตำราโรคจิตเภท. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- พิมพ์ผกา กิตติวงศ์อิน. (2556). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพ็ญประภา มะลาไวย์. (2550). การพัฒนาโครงการกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.



- ไพบูลย์ ดลเฉลิมยุทธนา. (2557). การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทผ่านการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่วิถีชุมชนโดยการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลกาฬสินธุ์. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 32(1), 176-182.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2548). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ปิยอนต์ เอ็นเทอร์ไพรซ์พิมพ์.
- _____. (2555). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ปิยอนต์ เอ็นเทอร์ไพรซ์พิมพ์.
- _____. (2558). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. *รามาธิบดีเวชสาร*, 20(1), 41-46.
- ยอดสร้อย วิเวกวรรณ. (2543). *สุขภาพจิตและพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัชณี อุทัยพันธ์. (2555). *ผลของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัตนา พันจยู. (2555). *ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2535). ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในครอบครัว. *วารสารพยาบาล*, 41(1), 9-19.
- วรวรรณ สวนศรี. (2557). *ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิณะ แก้วมะไฟ. (2555). *การบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด*. การศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2547). *ระเบียบวิธีวิจัยทางสถิติการสังคมและสังคมสังเคราะห์*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: มิสเตอร์ก๊อปปี้ (ประเทศไทย) จำกัด.
- ศิริพันธ์ สาสัตย์. (2549). *การพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศูนย์ข้อมูลด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. (2559). *จำนวนประชากรจังหวัดอุบลราชธานี ศรีสะเกษ มุกดาหาร ยโสธร และอำนาจเจริญ*.
- สมภาพ เรืองตระกูล. (2553). *ตำราจิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- สมพร บุขราทิจ. (2550). *จิตเวชทันยุค 2551*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559ก). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนสำหรับบุคลากรหน่วยบริการปฐมภูมิ*. กรุงเทพฯ: แสงจันทร์การพิมพ์.



- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2559ข). คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ปีงบประมาณ 2560. กรุงเทพฯ: แสงจันทร์การพิมพ์.
- สำนักงานบริหารระบบบริการสุขภาพจิต. (2558). *คู่มือวิทยากรหลักสูตรการเข้าถึงบริการและดูแล
ผู้ป่วยโรคจิตสำหรับพยาบาลและนักวิชาการสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ: สำนักงานบริหารระบบ
บริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สำราญ สุมะหิงพันธ์, ชะลอม นุพันธ์ และจรีพร บัวลอย. (2554). การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวช
โดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชน. [ออนไลน์] ได้จาก: [http://203.157.162.13
/~nonghong/nonghong/pdf/Pattanayut/R2R_2555/2554_Sumran.pdf](http://203.157.162.13/~nonghong/nonghong/pdf/Pattanayut/R2R_2555/2554_Sumran.pdf)
[สืบค้นเมื่อวันที่ 10 เมษายน 2559].
- สุชาดา เวชการุณา. (2556). *ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม
ร่วมต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธดา บัวจัน. (2557). *ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อต่อภาระการดูแลของ
ผู้ดูแลและอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุธิสา ดีเพชร. (2556). *ผลการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้สึกรับาปของผู้ป่วยจิตเภท
ในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต
และจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุมัทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต. (2553). *หลักการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*.
พิมพ์ครั้งที่ 3. มหาสารคาม: สารคามการพิมพ์.
- สุวิมล ว่องวานิช. (2544). *การวิจัยปฏิบัติการในชั้นเรียน*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาวิจัยการศึกษา
คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวิมล สมัตถะ. (2541). *ผลของการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวช*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาล
ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนทรีภรณ์ ทองไสย. (2558). การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในบริบทสังคมไทยอย่างยั่งยืน. *วารสารกองการ
พยาบาล*, 42(3), 159-165.
- โสธยา ศุภโรจน์. (2554). *ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ
ของผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2554). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ:
วี.พรินท์ จำกัด.
- อรสา วัฒนศิริ และเสาวภา ศรีภูสิตโต. (2556). การพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเภท
โดยสหสาขาและเครือข่ายผู้ดูแล โรงพยาบาลกำแพงเพชร. *วารสารกองการพยาบาล*, 40(1),
67-83.
- อาทิตยา วัจนสินธุ์. (2557). *การพัฒนาเครื่องมือประเมินการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้
รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง ในมุมมองของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ*. วิทยานิพนธ์ปริญญา
สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.



- เอมิกา กลยณี. (2556). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลที่บ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- องอาจ นัยพัฒน์. (2554). การออกแบบการวิจัย : วิธีการเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ และผสมผสาน วิธีการ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Bloom, B. S. (1986). *Taxonomy of Education Objective Handbook : Domain*. New York: David McKey Company Inc.
- Eugenio Aguglia, Elisabetta Pascolo-Fabrizi, Francesca Bertossi and Mariano Bassi. (2007). Psychoeducational Intervention and Prevention of Relapse Amongschizophrenic Disorders in the Italian Community Psychiatric Network. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 3, 3-7, June.
- Kemmis, K. and McTaggart, R. (1998). *The Action Research Planner*. 3rd ed. Geelong: Deakin University Press.
- . (2000). *Participatory Action Research*. Hand Book of Qualitative Research. London: SAGE.
- Marius, Adamou. (2005). Community Service Models for Schizophrenia. *Psychiatry*, 2(2), 24-30.
- Sutthinee, L and Bourneow, C. (2016). Occurrence in Psychiatric Relapsing in Boontharik District, Ubonratchathani, Thailand. In: The 10th National Health Research Forum, October 27-28 2016 Savannakhet, Laos PDR. pp.132-133.



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก
หนังสือขอความอนุเคราะห์ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ





ที่ ศธ๐๕๓๐.๑๘(๑.๔.๓)/๒๑๖

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๑ มกราคม ๒๕๖๐

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์บุคคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัย

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ ๑๐ อุบลราชธานี

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑. โครงร่างงานวิจัย	จำนวน	๑ ฉบับ
	๒. แบบสัมภาษณ์การศึกษาวิจัยชุดที่ ๑ และ ๒	จำนวน	๒ ฉบับ
	๓. แบบตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือตามการให้คะแนน (IOC)	จำนวน	๒ ฉบับ
	๔. แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการเก็บข้อมูล	จำนวน	๑ ฉบับ

ด้วย นางสาวศุทธิณี หล้ามาชน นิสิตระดับปริญญาโท สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “กระบวนการในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอบუნทรวิชัย จังหวัดอุบลราชธานี ” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี ดร.ชัยวุฒิ บัวเนี้ยว และ ดร.ศุภวดี แก้วเพี้ย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่า ดร.สุภาพร ศรีธัญรัตน์ เป็นผู้มีความรอบรู้ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้เป็นอย่างดี จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ


(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิรุวรรณ เทรินโบล)

รองคณบดีฝ่ายบริหารการศึกษา ปฏิบัติราชการแทน

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓ ต่อ ๔๕๐๖





ที่ ศธ๐๕๓๐.๑๘(๑.๔.๓)/

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

มกราคม ๒๕๖๐

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์บุคคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

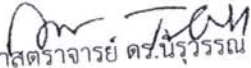
สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑. โครงร่างงานวิจัย	จำนวน	๑ ฉบับ
	๒. แบบสัมภาษณ์การศึกษาวิจัยชุดที่ ๑ และ ๒	จำนวน	๒ ฉบับ
	๓. แบบตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือตามการให้คะแนน (IOC)	จำนวน	๒ ฉบับ
	๔. แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการเก็บข้อมูล	จำนวน	๑ ฉบับ

ด้วย นางศุทธิณี หล้ามาชน นิสิตระดับปริญญาโท สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “กระบวนการในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอบุณทริก จังหวัดอุบลราชธานี ” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี ดร.ชัยวุฒิ บัวเนี้ยว และ ดร.ศุภวดี แถวเพี้ย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่า ดร.กชพงศ์ สารการ เป็นผู้มีความรอบรู้ ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้เป็นอย่างยิ่ง จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิสิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ


(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิรุวรรณ เทรินโบล)

รองคณบดีฝ่ายบริหารการศึกษา ปฏิบัติราชการแทน

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓ ต่อ ๔๕๐๒





ที่ ศธ๐๕๓๐.๑๘(๑.๔.๓)/

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

มกราคม ๒๕๖๐

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์บุคคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัย

เรียน คณบดีสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุรนารี

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑. โครงร่างงานวิจัย	จำนวน	๑ ฉบับ
	๒. แบบสัมภาษณ์การศึกษาวิจัยชุดที่ ๑ และ ๒	จำนวน	๒ ฉบับ
	๓. แบบตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือตามการให้คะแนน (IOC)	จำนวน	๒ ฉบับ
	๔. แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการเก็บข้อมูล	จำนวน	๑ ฉบับ

ด้วย นางศุทธิณี หล้ามาชน นิสิตระดับปริญญาโท สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “กระบวนการในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี ” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี ดร.ชัยวุฒิ บัวเนี้ยว และ ดร.ศุภวดี แก้วเพ็ญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่า ดร.ศักดิ์ดา ขำคม เป็นผู้มีความรอบรู้ ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้เป็นอย่างยิ่ง จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิรุวรรณ เทรินโบล์)

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ ฝ่ายบริหารการศึกษ ปฏิบัติการแทน

โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓๓๐๔๕๐๒

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์





ที่ ศธ๐๕๓๐.๑๘(๑.๔.๓)/

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๕๑๕๐

มกราคม ๒๕๖๐

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์บุคคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑. โครงร่างงานวิจัย	จำนวน	๑ ฉบับ
	๒. แบบสัมภาษณ์การศึกษาวิจัยชุดที่ ๑ และ ๒	จำนวน	๒ ฉบับ
	๓. แบบตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือตามการให้คะแนน (IOC)	จำนวน	๒ ฉบับ
	๔. แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการเก็บข้อมูล	จำนวน	๑ ฉบับ

ด้วย นางศุทธิณี หล้ามาชน นิสิตระดับปริญญาโท สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “กระบวนการในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี ” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี ดร.ชัยวุฒิ บัวเนี้ยว และ ดร.ศุภวดี แถวเพี้ย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่า อาจารย์จิรังกูร ณัฐรังสี เป็นผู้มีความรอบรู้ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้เป็นอย่างดี จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวรรณี เทรินโบล)

รองคณบดีฝ่ายบริหารการศึกษา ปฏิบัติราชการแทน

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓ ต่อ ๔๕๐๒





ที่ ศธ๐๕๓๐.๑๘(๑.๔.๓)/

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

มกราคม ๒๕๖๐

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์บุคคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑. โครงร่างงานวิจัย	จำนวน	๑ ฉบับ
	๒. แบบสัมภาษณ์การศึกษาวิจัยชุดที่ ๑ และ ๒	จำนวน	๒ ฉบับ
	๓. แบบตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือตามการให้คะแนน (IOC)	จำนวน	๒ ฉบับ
	๔. แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการเก็บข้อมูล	จำนวน	๑ ฉบับ

ด้วย นางศุทธิณี หล้ามาชน นิสิตระดับปริญญาโท สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “กระบวนการในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี ” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี ดร.ชัยวุฒิ บัวเนี้ยว และ ดร.ศุภาวดี แถวเพี้ย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่า คุณขวัญพัฒน์ เรืองสิทธิ์ นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ เป็นผู้มีความรอบรู้ ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้เป็นอย่างยิ่ง จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิรุวรรณ เทรินโบล)

รองคณบดีฝ่ายบริหารการศึกษ ปฏิบัติการราชการแทน
ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์
โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓ ต่อ ๔๕๐๖ คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์



ภาคผนวก ข
หนังสือขอความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือ





ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘(๑.๔.๓)/ ๑๗

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๒ มกราคม ๒๕๖๐

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือในการทำวิจัย


เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่ง

ด้วย นางศุทธิณี หล้ามาชน นิสิตระดับปริญญาโท สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “กระบวนการในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี ดร.ชัยวุฒิ บัวเนี้ยว และ ดร.ศุภาวดี แถวเพี้ย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่ากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวและกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่ง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จำนวน ๒๐ คน ที่อยู่ในความรับผิดชอบ/ดูแล/ควบคุม/กำกับของท่านมีความเหมาะสมในการทดลองใช้เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ ในการนี้ ใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดอนุญาตให้นางศุทธิณี หล้ามาชน ทดลองใช้เครื่องมือในการทำวิจัย เพื่อที่นิตินี้จะนำข้อมูลที่ได้ไปดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ


(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิรุวรรณ เทรินโบล)

รองคณบดีฝ่ายบริหารการศึกษา ภูมิบัติราชการแทน

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์

โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓ ต่อ ๔๕๐๒



ภาคผนวก ค
หนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูล





ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘(๑.๔.๓)/ ๑๗

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๒ มกราคม ๒๕๖๐

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการจัดทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น

ด้วย นางศุทธิณี หล้ามาชน นิสิตระดับปริญญาโท สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “กระบวนการในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอบุณทริก จังหวัดอุบลราชธานี” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี ดร.ชัยวุฒิ บัวเนี่ยว และ ดร.ศุภาวดี แถวเพี้ย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านได้อนุญาตให้ นางศุทธิณี หล้ามาชน เก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวและกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอบุณทริก จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 20 คน ในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ เพื่อที่นิตินจะนำข้อมูลที่ได้ไปดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิรุวรรณ เทรินโบล)

รองคณบดีฝ่ายบริหารการศึกษา ปฏิบัติราชการแทน

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

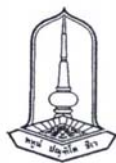
ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์

โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๐๕-๔๓๕๓ ต่อ ๔๕๐๒



ภาคผนวก ง
แบบรับรองการตรวจคุณภาพเครื่องมือการเก็บข้อมูล





คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการเก็บข้อมูล

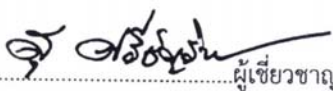
1. ชื่อ - สกุล นิสิต นางสาวศุทธิณี หล้ามาชน รหัสประจำตัว 58051480006
2. หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต กลุ่มวิชาหลัก สาธารณสุขศาสตร์
3. ชื่อเรื่อง กระบวนการในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอภูผาทริก จังหวัดอุบลราชธานี

The Process of Developing a Health Care System for Schizophrenia Patients in Local Area of Khonpean Health Promotion Hospital, Cohlaen Subdistrict, Buntharik District, Ubon Ratchathani Province.

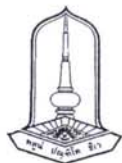
4. ผู้เชี่ยวชาญ ดร.สุภาภรณ์ ศรีธัญรัตน์
วุฒิการศึกษาสูงสุด สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สถานที่ทำงาน ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10 อุบลราชธานี

5. ปัญหาที่พบ
 - จัดองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทในชุมชน ในอันนพคุณธรรม การดูแลรักษากรณีผู้ป่วยมีอาการไม่เข้า / กำเริบซ้ำ ยังไม่ชัดเจน
 - การติดตามดูแลกรณีโรคจิตเภทในชุมชน ยังไม่ตรงต่อกลุ่มกลุ่มที่เฝ้าติดตาม หรือผู้ที่มีอาการแต่ไม่ได้รับการดูแลรักษา

6. ข้อเสนอแนะ
 - ราชการ/ อบต. ให้ความสำคัญกับระดับคนเห็นว่า ชาติใดที่ใดในชุมชน มีอำนาจในการดูแล ใจใส ใจไว ใจจริง
 - ศึกษากลุ่มที่โรคจิตเภทในชุมชน จ. ร่วมติดตามการดูแลรักษาด้วยโดยกรม ญาติผู้ป่วย

ลงชื่อ  ผู้เชี่ยวชาญ
(ดร.สุภาภรณ์ ศรีธัญรัตน์)
วันที่ 1 / 11 / 60





คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการเก็บข้อมูล

1. ชื่อ - สกุล นิสิต นางศุทธิณี หล้ามาชน รหัสประจำตัว 58051480006
2. หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต กลุ่มวิชาหลัก สาธารณสุขศาสตร์
3. ชื่อเรื่อง กระบวนการในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอหนองเรือ จังหวัดอุดรธานี

The Process of Developing a Health Care System for Schizophrenia Patients in Local Area of Khonpean Health Promotion Hospital, Cohlaen Subdistrict, Buntharik District, Ubon Ratchathani Province.

4. ผู้เชี่ยวชาญ ดร.กชพงศ์ สารการ
วุฒิการศึกษาสูงสุด พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต
ตำแหน่ง อาจารย์
สถานที่ทำงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

5. ปัญหาที่พบ

• วัสดุ อุปกรณ์ วัสดุ อุปกรณ์ วัสดุ อุปกรณ์ วัสดุ อุปกรณ์ วัสดุ อุปกรณ์

6. ข้อเสนอแนะ ข้อสังเกต

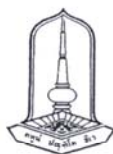
- วัสดุ อุปกรณ์ วัสดุ อุปกรณ์ วัสดุ อุปกรณ์ วัสดุ อุปกรณ์ วัสดุ อุปกรณ์

ลงชื่อ ผู้เชี่ยวชาญ

(ดร.กชพงศ์ สารการ)

วันที่ 6 / กพ / 2560





คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
 แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการเก็บข้อมูล

- ชื่อ - สกุล นิสิต นางสาวศุทธิณี หล้ามาชน รหัสประจำตัว 58051480006
- หลักสูตร สาขาวิชา สาธารณสุขศาสตร์
- ชื่อเรื่อง กระบวนการในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภออุบลนทริก จังหวัดอุบลราชธานี

The Process of Developing a Health Care System for Schizophrenia Patients in Local Area of Khonpean Health Promotion Hospital, Cohlaen Subdistrict, Buntharik District, Ubon Ratchathani Province.

- ผู้เชี่ยวชาญ ดร.ศักดิ์ดา ขำคม

วุฒิการศึกษาสูงสุด ศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาพัฒนาการศาสตร์

ตำแหน่ง อาจารย์

สถานที่ทำงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

- ปัญหาที่พบ

- เนื้อหาเรื่องการใช้คำ/ประโยค (wording) ที่สื่อความหมายโดยตรง สั้น และกระชับ
 สดวกที่สุด เพื่อลดการสับสนในเนื้อหา / ไม่ใช้ประโยคที่ต่อหน้าต่อหลัง
 แต่ได้ใจความของเนื้อหา (Content) ให้แต่คำ; ใจ มีต่อหน้าต่อหน้า สั้น ถูกต้อง
 มีส่วนสำคัญ

- ข้อเสนอแนะ

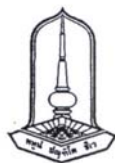
- เนื้อหาเรื่องการใช้คำ (wording) ให้เหมาะสม และตรงกันสิ่งที่ผู้วิจัยต้องการสื่อ
 หรือปรับแก้หากผู้ประเมินสงสัย

ลงชื่อ

ผู้เชี่ยวชาญ

(ดร.ศักดิ์ดา ขำคม)





คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการเก็บข้อมูล

1. ชื่อ - สกุล นิสิต นางสาวศุทธิณี หล้ามาชน รหัสประจำตัว 58051480006
2. หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต กลุ่มวิชาหลัก สาธารณสุขศาสตร์
3. ชื่อเรื่อง กระบวนการในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอบุนทริก จังหวัดอุบลราชธานี

The Process of Developing a Health Care System for Schizophrenia Patients in Local Area of Khonpean Health Promotion Hospital, Cohlaen Subdistrict, Buntharik District, Ubon Ratchathani Province.

4. ผู้เชี่ยวชาญ อาจารย์จรัสกร เน้จรัสสี
วุฒิการศึกษาสูงสุด ครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการศึกษา และมนุษยนิเวศศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพัฒนาครอบครัวและสังคม
ตำแหน่ง อาจารย์
สถานที่ทำงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี

5. ปัญหาที่พบ

หนังสือสอบถาม ออกรหัสให้ข้อมูลผิดไป ได้ส่งเอกสารกลับไปให้

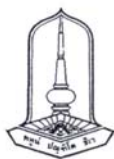
6. ข้อเสนอแนะ

ได้ไปปรึกษาพี่พี่พี่พี่พี่ พี่ mail ไปเรียนวิชาแล้ว เมื่อ ๒๖ มี.ค. ๖๕

ลงชื่อ ผู้เชี่ยวชาญ

(อาจารย์จรัสกร เน้จรัสสี)





คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการเก็บข้อมูล

1. ชื่อ - สกุล นิสิต นางศุทธิณี หล้ามาชน รหัสประจำตัว 58051480006
2. หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต กลุ่มวิชาหลัก สาธารณสุขศาสตร์
3. ชื่อเรื่อง กระบวนการในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอหนองเรือ จังหวัดอุบลราชธานี

The Process of Developing a Health Care System for Schizophrenia Patients in Local Area of Khonpean Health Promotion Hospital, Cohlaen Subdistrict, Buntharik District, Ubon Ratchathani Province.

4. ผู้เชี่ยวชาญ อาจารย์ขวัญพัฒน์ เรืองสิทธิ์
วุฒิการศึกษาสูงสุด วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาคลินิกและชุมชน
ตำแหน่ง นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ
สถานที่ทำงาน กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

5. ปัญหาที่พบ
ข้อจำกัดบางข้อมีประเด็น ไม่ชัดเจน. ตามเดวิด
มีประเด็นเกี่ยวกับเวลาในการจัดทำเครื่องมือถูกมากทั้งข้อจำกัด
ดำเนินการเก็บข้อมูลในบางเรื่อง โดยเฉพาะส่วนที่
ต้องเก็บเก็บเอกสาร ดูแลซึ่งก็เหลือ เชิงข้อมูลมาก
- ข้อจำกัด ส่วนมากแล้ว ส่วน 6 แล้ว ในบางข้อ
ส่วนที่เก็บข้อมูลได้มากกว่า 1 ข้อ

6. ข้อเสนอแนะ
- มีประเด็นข้อจำกัด ส่วนที่จัดทำเครื่องมือถูกมาก แต่ใจ
ใจไม่
- เก็บข้อมูล ส่วนมากแล้ว ส่วน 6 แล้ว ในบางข้อ
- เก็บข้อมูลในส่วนที่เก็บข้อมูล ส่วนที่เก็บข้อมูล หรือผู้
อาจ ไม่รู้ความหมาย ไม่เข้าใจ

ลงชื่อ ขวัญพัฒน์ เรืองสิทธิ์ ผู้เชี่ยวชาญ
(อาจารย์ขวัญพัฒน์ เรืองสิทธิ์)
วันที่ 8 / กพ / 2560

ภาคผนวก จ
ใบรับรองการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์





คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ใบรับรองการอนุมัติ

เลขที่การรับรอง : PH 013 / 2560

ชื่อโครงการวิจัย : กระบวนการในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอชุมพวง จังหวัดอุบลราชธานี

ผู้วิจัย : นางสาวศุทธิณี หล้ามาชน

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

สถานที่ทำการวิจัย : จังหวัดอุบลราชธานี

วันที่รับรอง : 2 พฤษภาคม 2560

วันหมดอายุ : 1 พฤษภาคม 2561

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงร่างงานวิจัยที่คณะอนุกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา หากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจักต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

(รองศาสตราจารย์สงครามชัย สิทองดี)

ประธานคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์



ภาคผนวก ฉ
แผนปฏิบัติการ (Action Plan)



แผนปฏิบัติการวิจัย (Action Plan)

กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอบุญศรี จังหวัดอุดรธานี

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/วัสดุอุปกรณ์/งบประมาณ	ผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินกิจกรรม	วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัดหรือวิธีการประเมิน
ระยะที่ 1 การวางแผน (Planning)							
<p>กิจกรรมที่ 1 ศึกษาบริบท วิเคราะห์ปัญหาวัตถุประสงค์</p> <p>1. เพื่อให้ได้ข้อมูลของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง</p> <p>2. เพื่อให้สามารถวิเคราะห์จุดแข็งและจุดอ่อนของระบบการดูแลเดิม</p> <p>3. เพื่อให้มีข้อมูลด้านทรัพยากรหรือสิ่งสนับสนุนที่จะเอื้อและ</p>	<p>1. สอบถาม/สัมภาษณ์ ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจากผู้ดูแลในครอบครัวและผู้นำชุมชน</p> <p>2. ประสานงานกับโรงพยาบาลจัดการดูแลด้านจิตเวชรพ.บุญศรี เพื่อติดตามประวัติการรักษาของผู้ป่วยแต่ละราย</p> <p>3. ประชุมร่วมกับผู้นำชุมชนและอสม. วิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อนเพื่อเป็นปัจจัยนำเข้าในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระบบใหม่</p>	<p><u>ระยะเวลา</u> ธ.ค. 2559</p> <p><u>สถานที่</u> 1. บ้านผู้ป่วย 2. รพ.บุญศรี 3. ห้องประชุมรพ.สต.ขอนแก่น</p> <p><u>วัสดุ/อุปกรณ์</u> 1. สมุดบันทึก/แฟ้มอนามัยครอบครัว 2. เครื่องบันทึกภาพและเสียง</p>	<p>1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำรพ.สต.</p> <p>2. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว</p> <p>3. ผู้นำชุมชน</p> <p>4. อสม.</p> <p>5. โรงพยาบาลจัดการดูแลด้านจิตเวชรพ.บุญศรี</p>	<p>1. การจดบันทึก</p> <p>2. การบันทึกภาพและเสียง</p> <p>3. การบันทึกภาพถ่าย</p> <p>4. การสัมภาษณ์</p>	<p>1. สมุดบันทึก</p> <p>2. เครื่องบันทึกภาพและเสียง</p> <p>3. กล้องถ่ายรูป</p> <p>4. เครื่องบันทึกเสียง</p>	<p>1. มีข้อมูลของการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน</p> <p>3. ได้ทราบปัญหาผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง</p> <p>2. ได้ทราบจุดแข็งรวมถึงศักยภาพของชุมชน และข้อจำกัดในการที่จะพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน</p>	<p>1. สามารถวิเคราะห์ปัญหาผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง</p> <p>2. สามารถวิเคราะห์ศักยภาพและข้อจำกัดของชุมชนในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้</p>



กิจกรรม/วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/ วัสดุอุปกรณ์/ งบประมาณ	ผู้เกี่ยวข้องกับ การดำเนิน กิจกรรม	วิธีการเก็บ รวบรวม ข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ในการ เก็บรวบรวม ข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะ ได้รับ	ตัวชี้วัดหรือ วิธีการประเมิน
ระยะที่ 1 การวางแผน (Planning)							
วัตถุประสงค์ (ต่อ) สนองต่อการวางแผน ระบบการดูแลผู้ป่วย จิตเภทในชุมชนระบบใหม่		<u>วัสดุ/อุปกรณ์</u> 3. กล้องถ่ายรูป 4. กระดานไวท์ บอร์ด 5. กระดาษบุรูป 6. ปากกาเมจิก <u>งบประมาณ</u> 1. ค่าอาหารว่าง 2. ค่าถ่ายเอกสาร					
กิจกรรมที่ 2 คัดเลือก ผู้เข้าร่วมวิจัย/แต่งตั้ง คณะกรรมการ <u>วัตถุประสงค์</u> เพื่อให้ได้คณะกรรมการวิจัย และประชากรที่ศึกษา	1. ประสานงานด้วย วาจาและส่งหนังสือ เชิญ พร้อมทำคำสั่ง แต่งตั้งคณะกรรมการ 2. คัดเลือก ประชากรที่ศึกษา ตามเกณฑ์คัดเข้า และเกณฑ์คัดออก	<u>ระยะเวลา</u> มีนาคม 2560	กลุ่มประชากร ที่ศึกษาทั้ง 3 กลุ่ม ได้แก่ 1. กลุ่มผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทใน ครอบครัว	1. การติดต่อ ประสานงาน 2. การ สอบถาม/ สัมภาษณ์	1. หนังสือเชิญเข้า ร่วมโครงการวิจัย 2. หนังสือยินยอม เข้าร่วม โครงการวิจัย	ได้คณะกรรมการวิจัย และประชากรที่ ศึกษา	กลุ่มประชากร ที่ศึกษาทั้ง 3 กลุ่ม ยินยอมเข้าร่วม โครงการวิจัย



กิจกรรม/วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/วัสดุอุปกรณ์/งบประมาณ	ผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินการกิจกรรม	วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัดหรือวิธีการประเมิน
			2. กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน 3. กลุ่มบุคคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข				
กิจกรรมที่ 3 เก็บรวบรวมข้อมูลวัตถุประสงค์ 1. เพื่อประเมินระดับอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท 2. เพื่อประเมินความรู้ทัศนคติ และการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 3. เพื่อรวบรวมข้อมูลปัญหาผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง	1. ประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท 2. ประเมินความรู้ทัศนคติ และการดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้วยแบบสัมภาษณ์ (Pre Test) 3. สัมภาษณ์เชิงลึก	ระยะเวลา มีนาคม 2560 วัสดุ/อุปกรณ์ 1. . แบบประเมินอาการทางจิตฉบับพระศรีมหาโพธิ์ 8 ข้อ (PASS8) 2. แบบสัมภาษณ์ 3. แนวทางสัมภาษณ์เชิงลึก	1. ผู้ป่วยจิตเภท 1. กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน 2. กลุ่มบุคคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข	1. ประเมินอาการทางจิตด้วยเครื่องมือ PASS 8 2. สัมภาษณ์กลุ่มประชากรด้วยแบบสัมภาษณ์ชุดที่ 1และชุดที่ 2 3. สัมภาษณ์เชิงลึกด้วยแนวทางสัมภาษณ์เชิงลึก	1. แบบสัมภาษณ์ชุดที่ 1และชุดที่2 2. โปรแกรม SPSS 3. วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)	1. ได้ทราบระดับการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท 2. ได้ทราบค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานด้านความรู้ ทัศนคติ และการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 3. ได้ทราบปัญหาเชิงลึกของการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	1. ระดับคะแนนของแบบประเมิน PASS 8ระดับ 2. ระดับความรู้ค่าเฉลี่ยทัศนคติและการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 3. สภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย



กิจกรรม/วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/วัสดุอุปกรณ์/งบประมาณ	ผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินการ	วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัดหรือวิธีการประเมิน
กิจกรรมที่ 4 ประชุมวางแผนและจัดทำแผนวัตถุประสงค์เพื่อวางแผนการประยุกต์ใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model)	1. ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อวางแผนการประยุกต์ใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) ใน 6 ประเด็น ได้แก่ 1. นโยบายองค์กร 2. ระบบสารสนเทศ 3. ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ 4. การออกแบบระบบบริการ 5. การสนับสนุนการดูแลตนเอง 6. การเชื่อมโยงกับชุมชน	<u>ระยะเวลา</u> เมษายน 2560 <u>สถานที่</u> ห้องประชุม สสอ.บุนทริก <u>วัสดุ/อุปกรณ์</u> 1. สมุดบันทึก 2. เครื่องบันทึกภาพและเสียง 3. กล้องถ่ายรูป <u>งบประมาณ</u> 1. ค่าอาหาร 2. ค่าถ่ายเอกสาร	กลุ่มบุคคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข	1. การจดบันทึกการประชุม 2. การบันทึกภาพและเสียง 3. การบันทึกภาพถ่าย 4. การสังเกตแบบมีส่วนร่วม	1. สมุดบันทึกการประชุม 2. เครื่องบันทึกภาพและเสียง 3. กล้องถ่ายรูป 4. แบบบันทึกการมีส่วนร่วม	ได้รูปแบบหรือแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจากการประยุกต์ใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model)	รูปแบบหรือแนวทางที่ประยุกต์ใช้จากแบบแผนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model)



กิจกรรม/วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/ วัสดุอุปกรณ์/ งบประมาณ	ผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินการ	วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัดหรือวิธีการประเมิน
<p>กิจกรรมที่ 4 ประชุมวางแผนและจัดทำแผน (ต่อ)</p> <p><u>วัตถุประสงค์</u></p> <p>1. เพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทแบบมีส่วนร่วม</p>	<p>2. ดำเนินการประชุมด้วยกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการ ได้แก่ การคืนข้อมูล การสนทนากลุ่ม การระดมสมอง เพื่อแสดงความคิดเห็นในการวิเคราะห์สภาพปัญหา การวางแผนการแก้ไข ปัญหา การวางแผนปฏิบัติและการวางแผนในการติดตามประเมินผลในประชากรผู้เข้าร่วมวิจัยทั้ง 3 กลุ่ม</p>	<p><u>ระยะเวลา</u></p> <p>มีนาคม 2560</p> <p><u>วัสดุ/อุปกรณ์</u></p> <p>1. สมุดบันทึกการประชุม</p> <p>2. เครื่องบันทึกภาพและเสียง</p> <p>3. กล้องถ่ายรูป</p>	<p>กลุ่มประชากรที่ศึกษาทั้ง 3 กลุ่ม</p>	<p>1. การจดบันทึกการประชุม</p> <p>2. การบันทึกภาพและเสียง</p> <p>3. การบันทึกภาพถ่าย</p> <p>4. การสังเกตแบบมีส่วนร่วม</p> <p>5. การสนทนากลุ่ม</p>	<p>1. สมุดบันทึกการประชุม</p> <p>2. เครื่องบันทึกภาพและเสียง</p> <p>3. กล้องถ่ายรูป</p> <p>4. แบบบันทึกการมีส่วนร่วม</p> <p>5. แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม</p>	<p>เกิดการวางแผน/ออกแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอย่างมีส่วนร่วม</p>	<p>มีแผนปฏิบัติการ</p>

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/ วัสดุอุปกรณ์/ งบประมาณ	ผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินการกิจกรรม	วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัดหรือวิธีการประเมิน
ระยะที่ 2 ชั้นปฏิบัติ (Action)							
กิจกรรมที่ 5 นำแผนไปสู่การปฏิบัติ วัตถุประสงค์ เพื่อให้ดำเนินกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการ	ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ 1. โครงการอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน 2. โครงการบริการคลินิกจิตเวชร่วมกับคลินิกโรคเรื้อรัง	<u>ระยะเวลา</u> มีนาคม 2560 <u>สถานที่</u> ห้องประชุม รพ.สต.ขอนแก่น <u>วัสดุ/อุปกรณ์</u> 1. สมุดบันทึก 2. เครื่องบันทึกภาพและเสียง 3. กล้องถ่ายรูป <u>ระยะเวลา</u> มีนาคม 2560 <u>สถานที่</u> รพ.สต.ขอนแก่น	ผู้ดูแลในครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลในครอบครัว และกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข	1. การจดบันทึก 2. การบันทึกภาพและเสียง 3. การบันทึกภาพถ่าย 4. การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การบันทึก	1. สมุดบันทึก 2. เครื่องบันทึกภาพและเสียง 3. กล้องถ่ายรูป 4. แบบสังเกต การมีส่วนร่วม 1. ทะเบียนบันทึกการรักษา 2. สมุดบันทึกการรักษาประจำตัวผู้ป่วย	1. ผู้ดูแลในครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชนมีความรู้และทักษะการดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท	1. หลังการอบรมผู้ดูแลในครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชนมีระดับความรู้และระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทระดับดีมากกว่าร้อยละ 80



กิจกรรม/วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/วัสดุอุปกรณ์/งบประมาณ	ผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินการ	วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัดหรือวิธีการประเมิน
กิจกรรมที่ 5 นำแผนไปสู่การปฏิบัติ (ต่อ) วัตถุประสงค์ เพื่อให้ดำเนินการกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการ	3. โครงการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน	<u>ระยะเวลา</u> มีนาคม 2560 <u>สถานที่</u> ที่บ้านผู้ป่วยจิตเภท	1. กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว จำนวน 8 คน 2. ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 4 คน 3. จนท.สธ.ประจำรพ.สต. จำนวน 4 คน	การบันทึก	1. สมุดบันทึกการรักษาประจำตัวผู้ป่วย	2. ผู้ป่วยจิตเภทเข้ารับบริการคลินิกจิตเวชที่รพ.สต. ขอนแก่น ตรงตามแพทย์นัดทุกครั้ง 1. ผู้ป่วยจิตเภทกินยาตามแพทย์สั่งครบทุกมื้อ 2. ผู้ป่วยจิตเภทมีระดับอาการทางจิตระดับปกติ 3. มีการลงชื่อกำกับกับการกินยาของผู้ดูแล อสม. จนท.สธ. และผู้ใหญ่บ้าน ครบทุกครั้ง 2. ผู้ป่วยจิตเภทเข้ารับบริการคลินิกจิตเวชที่รพ.สต. ขอนแก่น ตรงตามแพทย์นัดทุกครั้ง ร้อยละ 100 1. ผู้ป่วยจิตเภทกินยาตามแพทย์สั่งครบทุกมื้อ 2. ผู้ป่วยจิตเภทมีระดับอาการทางจิตระดับปกติ ร้อยละ 100 3. มีการลงชื่อกำกับกับการกินยาของผู้ดูแล อสม. จนท.สธ. และผู้ใหญ่บ้าน ครบทุกครั้ง	2. ผู้ป่วยจิตเภทเข้ารับบริการคลินิกจิตเวชที่รพ.สต. ขอนแก่น ตรงตามแพทย์นัดทุกครั้ง ร้อยละ 100 1. ผู้ป่วยจิตเภทกินยาตามแพทย์สั่งครบทุกมื้อ 2. ผู้ป่วยจิตเภทมีระดับอาการทางจิตระดับปกติ ร้อยละ 100 3. มีการลงชื่อกำกับกับการกินยาของผู้ดูแล อสม. จนท.สธ. และผู้ใหญ่บ้าน ครบทุกครั้ง



กิจกรรม/วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/วัสดุอุปกรณ์/งบประมาณ	ผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินการ	วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัดหรือวิธีการประเมิน
ระยะที่ 3 ชั้นสังเกต (Observation)							
กิจกรรมที่ 6 สังเกตผลการดำเนินการดำเนินงาน วัตถุประสงค์ เพื่อติดตาม สนับสนุน และบันทึกผลทุกขั้นตอน	สังเกตทุกกิจกรรม ก่อน ระหว่าง และ หลังดำเนินการและ บันทึกผลทุกขั้นตอน ได้แก่ 1. ระดับความรู้ ทักษะ และ พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (KAP)	ระยะเวลา พฤษภาคม 2560	กลุ่มประชากร ที่ศึกษาทั้ง 3 กลุ่ม	1. การ บันทึกภาพ ถ่าย 2. การ บันทึกภาพ และเสียง 3. การสังเกต แบบมีส่วนร่วม 4. การ สัมภาษณ์	1. กล้องถ่ายรูป 2. เครื่อง บันทึกภาพและเสียง 3. แบบสังเกตการมีส่วนร่วม 4.แบบสัมภาษณ์ ชุดที่ 1 และ 2	1. หลังการอบรม ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว และภาคีเครือข่าย ในชุมชนมีความรู้ ทักษะและ การดูแลผู้ป่วยจิตเภท 2. ประชากร ผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าร่วมมีส่วนร่วมใน กระบวนการ	1. หลังการอบรม ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว และภาคีเครือข่าย ในชุมชนมีความรู้ ทักษะและ การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระดับดี มากกว่าร้อยละ 80



กิจกรรม/วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/ วัสดุอุปกรณ์/ งบประมาณ	ผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินการกิจกรรม	วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัดหรือวิธีการประเมิน
ระยะที่ 4 ชั้นสะท้อนผล (Reflection)							
กิจกรรมที่ 7 สรุปผลถอดบทเรียนวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินผล วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค แนวทางแก้ไขและปัจจัยแห่งความสำเร็จ	จัดเวทีสนทนากลุ่มถอดบทเรียน เพื่อประเมินผลระดับอาการทางจิตและความต่อเนื่องในการดูแลรักษา และวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค แนวทางแก้ไขและปัจจัยแห่งความสำเร็จ	<u>ระยะเวลา</u> พฤษภาคม 2560 <u>วัสดุ/อุปกรณ์</u> 1. สมุดบันทึก 2. เครื่องบันทึกภาพและเสียง <u>สถานที่</u> ห้องประชุม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น	กลุ่มประชากรที่ศึกษาทั้ง 3 กลุ่ม	1. การจดบันทึกการประชุม 2. การบันทึกภาพและเสียง 3. การบันทึกภาพถ่าย 4. การสังเกตแบบมีส่วนร่วม 5. การสนทนากลุ่ม	1. สมุดบันทึก 2. เครื่องบันทึกภาพและเสียง 3. กล้องถ่ายรูป 4. แบบสังเกตการมีส่วนร่วม 5. แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม	ได้ข้อมูลสะท้อนผลในวงรอบต่อไป	1. ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข 2. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ



ภาคผนวก ข
เครื่องมือในการวิจัย



แบบสัมภาษณ์เลขที่ ID



แบบสัมภาษณ์การศึกษาวิจัย

เรื่อง กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น อำเภอบุญศรี จังหวัดอุบลราชธานี

คำชี้แจง

การศึกษาครั้งนี้ จะนำไปสู่การวางแผนกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งท่านเป็นบุคคลสำคัญที่จะมีส่วนร่วมกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิต โดยท่านสามารถให้ข้อมูลในรูปแบบสัมภาษณ์ทั้ง 4 ส่วนนี้ตามความเป็นจริง ซึ่งข้อมูลที่ท่านตอบจะนำไปวิเคราะห์ในภาพรวมเท่านั้น และจะเก็บไว้เป็นความลับการให้ข้อมูลในครั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจของท่าน หากท่านยินดีเข้าร่วมกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ได้โปรดตอบแบบสัมภาษณ์ฉบับนี้ให้ครบทุกข้อและตรงความเป็นจริงหรือตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

คำแนะนำ

แบบสัมภาษณ์ชุดที่ 1 สำหรับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากรแบ่งเป็น

ส่วนผู้ดูแล

จำนวน 9 ข้อ

ส่วนของผู้ป่วย

จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 3 ทศนคติที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท

จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 4 การดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จำนวน 21 ข้อ

นางศุทธิณี หล้ามาชน

นิสิตปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

คณะสาธาณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม



ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร

คำชี้แจง ให้ท่านทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง หรือเติมข้อความที่ท่านพิจารณาเห็นว่า

ตรง

กับความเป็นอยู่ของท่านและผู้ป่วยจิตเภท

ก. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1. เพศ

ชาย

หญิง

2. อายุ..... ปีบริบูรณ์

3. สถานภาพ

1. โสด

2. สมรส, คู่

3. หม้าย, หย่าร้าง, แยกกันอยู่

4. ระดับการศึกษา

1. ไม่ได้เรียน

4. มัธยมศึกษาตอนปลาย

7. อื่น ๆ ระบุ

.....

2. ประถมศึกษา

5. อนุปริญญา

3. มัธยมศึกษาตอนต้น

6. ปริญญาตรี

5. อาชีพ

1. เกษตรกรรม

4. ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ

2. รับจ้างทั่วไป

5. อื่นๆ ระบุ.....

3. ค้าขาย

6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน..... บาท

7. ฐานะทางการเงินของครอบครัว

1. เหลือเก็บ

3. ไม่พอใช้

2. มีพอกินพอใช้

4. มีหนี้สิน

8. ท่านมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. บิดา มารดา

5. คู่สมรส

2. บุตร

6. พี่น้อง

3.ญาติสนิท

7. เขย, สะใภ้

4. ผู้อาศัย

8. อื่น ๆ ระบุ.....

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



ข. ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท

10. เพศ

1. ชาย

2. หญิง

11. อายุของผู้ป่วยจิตเภท.....ปีบริบูรณ์

12. สถานภาพ

1. โสด

2. สมรส

3. หม้าย/อย่าร้าง/แยกกันอยู่

13. มีปัจจัยในข้อใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยรายนี้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. พันธุกรรม

2. ความผิดปกติของสมองตั้งแต่แรกเกิด

3. ประสบอุบัติเหตุ สมองได้รับการกระทบกระเทือน

4. ความเครียดในการดำเนินชีวิต

5. สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก

6. ถูกทำร้าย/ทารุณกรรม

7. อื่น ๆ ระบุ.....

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

15. ลักษณะอาการโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทในขณะนี้

1. ใช้ชีวิตได้ตามปกติโดยไม่มีความผิดปกติทางอารมณ์ ความคิดและพฤติกรรม

2. มีอาการผิดปกติทางอารมณ์ ความคิดและพฤติกรรมเป็นบางครั้ง

3. มีอาการผิดปกติทางอารมณ์ ความคิดและพฤติกรรมบ่อยครั้ง

16. สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษาครั้งสุดท้าย

1. รพ.พระศรีมหาโพธิ์

2. รพ.บุญชริก

3. สถานพยาบาลอื่น ระบุ.....

17. ความต่อเนื่องในการรักษา

1. พบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง

2. ไม่ไปพบแพทย์ตามนัด เนื่องจาก (โปรดระบุ).....

3. ผู้ป่วยขาดการรักษามานานมากกว่า..1..ปี



18. การเดินทางไปพบแพทย์ตามนัด

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



ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง ให้ท่านทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับช่องที่ท่านคิดว่าถูกต้องที่สุด โดยมีเกณฑ์ดังนี้

ใช่ หมายถึง คำถามที่ถามนั้นถูกต้อง

ไม่ใช่ หมายถึง คำถามที่ถามนั้นไม่ถูก หรือ ผิด

ลำดับ	ประเด็นความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	ตัวเลือก	
		ใช่	ไม่ใช่
1.	โรคจิตเภทหมายถึงโรคที่มีผลทำให้ผู้ป่วยแสดงออกทางความคิด อารมณ์และการกระทำที่ผิดปกติไปจากคนทั่วไป		
2.	โรคจิตเภท ถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มโรคเรื้อรัง		
3.	การใช้สารเสพติดต่างๆ เช่น สุรา ยาบ้าน สารระเหย มีผลทำให้เกิดโรคจิตเภท		
4.	ผู้ที่มีญาติพี่น้องป่วยทางจิต จะมีโอกาสป่วยทางจิตมากกว่าผู้อื่น		
5.	การอบรมเลี้ยงดูมีส่วนทำให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท		
6.	ผู้ป่วยจิตเภทจะแสดงอาการเฉพาะในวันพระเท่านั้น		
7.	อาการพูดคนเดียวไปเรื่อย ๆ เป็นอาการแสดงของผู้ป่วยจิตเภท		
8.	การเดินแก้ม้าตามที่สาธารณะ เป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งของผู้ป่วยจิตเภท		
9.	การอยู่นิ่งๆ เฉยเมย แยกตัวเอง เป็นอาการเตือนอาการกำเริบหรือป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท		
10.	ความผิดปกติที่แสดงอาการด้านบวกของผู้ป่วยจิตเภท เช่น อาการหลงผิดว่าตนเองถูกปองร้ายหรือถูกกลั่นแกล้ง		
11.	ความผิดปกติที่แสดงอาการด้านลบของผู้ป่วยจิตเภทเช่น พูดน้อย เฉื่อยชา แยกตัว		
12.	ควรหลีกเลี่ยงที่จะคบหาหรือพูดจากับผู้ป่วยจิตเภททุกคน เพราะผู้ป่วยอาจทำร้ายเราได้ทุกเมื่อ		
13.	การรักษาผู้ป่วยจิตเภทมีวิธีเดียวเท่านั้น คือการให้ยา		
14.	ผู้ป่วยจิตเภทสามารถปรับลดขนาดยาลงได้เมื่อไม่แสดงอาการผิดปกติ		
15.	คนอื่นไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการดีขึ้นได้ นอกจากแพทย์ที่รักษา		
16.	การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเข้าร่วมทำกิจกรรมในสังคม ถือเป็น การช่วยบำบัดรักษาอาการวิธีหนึ่ง		
17.	การที่ผู้ป่วยจิตเภทกินยารักษาอาการทางจิตติดต่อกันเป็นเวลานาน ๆ จะทำให้เกิดการติดยาได้		
18.	การเอาใจใส่ดูแลช่วยเหลือจากผู้ดูแลและคนในชุมชน จะช่วยให้อาการของผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้น		
19.	แม้ว่าผู้ป่วยจะไม่แสดงอาการผิดปกติ แต่ก็ต้องกินยาอย่างต่อเนื่องตามแพทย์สั่ง		
20.	การสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์/คาเฟอีน หรือสูบบุหรี่ จะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบหรือป่วยซ้ำได้		



ส่วนที่ 3 ทศนคติที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง ให้ท่านทำเครื่องหมาย/ลงในช่องที่ตรงกับความคิดของท่านมากที่สุด ซึ่งแบบสัมภาษณ์นี้ ต้องการประเมินทัศนคติของท่านต่อผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้สัมภาษณ์จะสัมภาษณ์ประเด็นต่าง ๆ ในรายการข้างล่างนี้และมีเกณฑ์พิจารณาให้ค่าความหมายดังนี้

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

ประเด็นข้อคิดเห็นที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1. ผู้ป่วยจิตเภทมีแต่จะสร้างความเดือดร้อนให้กับผู้อื่น				
2. แม้ว่าผู้ป่วยไม่แสดงอาการ แต่ท่านก็ยังรู้สึกหวาดระแวง ที่จะโดนทำร้าย				
3. ผู้ป่วยจิตเภทเป็นกลุ่มคนที่น่าสงสาร ควรที่จะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง				
4. ควรให้ผู้ป่วยจิตเภทอยู่เฉยๆ ไม่ควรให้ทำงานหรือประกอบอาชีพ				
5. ท่านไม่เคยรู้สึกท้อแท้ ที่จะพาผู้ป่วยไปรับการรักษา				
6. คนในชุมชนควรมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท				
7. ผู้ป่วยจิตเภทสามารถร่วมทำกิจกรรมในชุมชน เช่น งานบุญ งานพัฒนาในชุมชนได้				
8. ผู้ดูแลมีส่วนสำคัญในการรักษาอาการของผู้ป่วยจิตเภท				
9. การรักษาโรคจิตเภท จะต้องปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์และพยาบาลอย่างเคร่งครัด				
10. การดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน เป็นวิธีการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่ดีที่สุด				

(พัฒนาจาก เพ็ญประภา มะลาไวย์, 2550)



ส่วนที่ 4 การดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง ให้ท่านทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นหรือการปฏิบัติของท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น 5-7 วันต่อสัปดาห์ หรือทุกครั้งที่มีกิจกรรม

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นน้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 วัน ในหนึ่งสัปดาห์

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย

ลำดับ	ผู้ดูแลในครอบครัว	ความถี่ของการปฏิบัติ		
		ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
ด้านความเป็นอยู่				
1.	ท่านคอยดูแลให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันอย่างสม่ำเสมอ เช่น อาบน้ำ สระผม เปลี่ยนเสื้อผ้า ฯลฯ			
2.	ท่านจัดหาของใช้ที่จำเป็นให้แก่ผู้ป่วย เช่น เสื้อผ้า อาหาร พร้อมทั้งสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ			
3.	ท่านดูแลรักษาความสะอาดของใช้ส่วนตัวของผู้ป่วยจิตเภทให้เป็นระเบียบเรียบร้อย เช่น เสื้อผ้า ที่นอน			
4.	ท่านรับผิดชอบในการจัดหาสถานที่ ที่พัก ที่เหมาะสม ให้ผู้ป่วยเมื่อกลับมาอยู่บ้าน			
ด้านเศรษฐกิจ				
5.	ท่านมอบเงินให้ผู้ป่วยไว้ใช้จ่ายส่วนตัว			
6.	ท่านต้องทำงานเพิ่มเพื่อให้มีเงินเพียงพอสำหรับการดูแลผู้ป่วย			
7.	ท่านต้องกู้ยืมเงินเพื่อมาใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย			
ด้านสังคม				
8.	ท่านพาผู้ป่วยไปร่วมทำกิจกรรมในสังคม เช่น ไปวัด ทำบุญ ไปร่วมงานในหมู่บ้าน ไปจับจ่ายซื้อของในตัวเมือง			
9.	ท่านสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมในสังคม เช่น การเป็นอาสาสมัคร หรือร่วมพัฒนาหมู่บ้าน			



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

(พัฒนา จากดารุณี อ่างมัจฉา, 2554)

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



แบบสัมภาษณ์เลขที่ ID



แบบสัมภาษณ์การศึกษาวิจัย

เรื่อง กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น อำเภอบุญศรี จังหวัดอุบลราชธานี

คำชี้แจง

การศึกษาครั้งนี้ จะนำไปสู่การวางแผนกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งท่านเป็นบุคคลสำคัญที่จะมีส่วนร่วมกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิต โดยท่านสามารถให้ข้อมูลในรูปแบบสัมภาษณ์ทั้ง 4 ส่วนนี้ตามความเป็นจริง ซึ่งข้อมูลที่ท่านตอบจะนำไปวิเคราะห์ในภาพรวมเท่านั้น และจะเก็บไว้เป็นความลับการให้ข้อมูลในครั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจของท่าน หากท่านยินดีเข้าร่วมกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ได้โปรดตอบแบบสัมภาษณ์ฉบับนี้ให้ครบทุกข้อและตรงความเป็นจริงหรือตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

คำแนะนำ

ชุดที่ 2 สำหรับกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร	จำนวน 8 ข้อ
ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	จำนวน 20 ข้อ
ส่วนที่ 3 ทศนคติที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 4 การดูแลผู้ป่วยจิตเภท	จำนวน 10 ข้อ

นางศุทธิณี หล้ามาชน

นิสิตปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

คณะสาธาณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม



ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย/ลงในช่องว่าง หรือเติมข้อความที่ท่านพิจารณาเห็นว่าตรงกับ
ความเป็นอยู่ของท่าน

ก. ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ

ชาย

หญิง

2. อายุ..... ปีบริบูรณ์

3. สถานภาพ

1. โสด

2. สมรส, คู่

3. หม้าย, หย่าร้าง, แยกกันอยู่

4. ระดับการศึกษา

1. ไม่ได้เรียน

4. มัธยมศึกษาตอนปลาย

7. อื่น ๆ ระบุ.....

2. ประถมศึกษา

5. อนุปริญญา

3. มัธยมศึกษาตอนต้น

6. ปริญญาตรี

5. อาชีพ

1. เกษตรกรรม

4. ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ

2. รับจ้างทั่วไป

5. อื่นๆ ระบุ.....

3. ค้าขาย

6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน..... บาท

7. ท่านมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. อสม. ประจำครอบครัว

5. เจ้าอาวาสวัด

9. ตำรวจประจำท้องที่

2. ผู้ใหญ่บ้าน

6. ปลัดเทศบาล

10. อื่นๆ ระบุ.....

3. กำนัน

7. นักพัฒนาชุมชน

4. สมาชิกเทศบาล

8. ผู้อำนวยการโรงเรียน

8. ระยะเวลาที่ท่านรู้จักหรือมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท.....ปี



ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง ให้ท่านทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับช่องที่ท่านคิดว่าถูกต้องที่สุด โดยมีเกณฑ์ดังนี้

ใช่ หมายถึง คำถามที่ถามนั้นถูกต้อง

ไม่ใช่ หมายถึง คำถามที่ถามนั้นไม่ถูก หรือ ผิด

ลำดับ	ประเด็นความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	ตัวเลือก	
		ใช่	ไม่ใช่
1.	โรคจิตเภทหมายถึงโรคที่มีผลทำให้ผู้ป่วยแสดงออกทางความคิด อารมณ์ และการกระทำที่ผิดปกติไปจากคนทั่วไป		
2.	โรคจิตเภท ถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มโรคเรื้อรัง		
3.	การใช้สารเสพติดต่างๆ เช่น สุรา ยาบ้า สารระเหย มีผลทำให้เกิดโรคจิตเภท		
4.	ผู้ที่มีญาติพี่น้องป่วยทางจิต จะมีโอกาสป่วยทางจิตมากกว่าผู้อื่น		
5.	การอบรมเลี้ยงดูมีส่วนทำให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิตเภท		
6.	ผู้ป่วยจิตเภทจะแสดงอาการเฉพาะในวันพระเท่านั้น		
7.	อาการพูดคนเดียวไปเรื่อย ๆ เป็นอาการแสดงของผู้ป่วยจิตเภท		
8.	การเดินแก้ม้าตามที่สาธารณะ เป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งของผู้ป่วยจิตเภท		
9.	การอยู่นิ่งๆ เฉยเฉย แยกตัวเอง เป็นอาการเตือนอาการกำเริบหรือป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท		
10.	ความผิดปกติที่แสดงอาการด้านบวกของผู้ป่วยจิตเภท เช่น อาการหลงผิดว่าตนเองถูกปองร้ายหรือถูกกลั่นแกล้ง		
11.	ความผิดปกติที่แสดงอาการด้านลบของผู้ป่วยจิตเภท เช่น พูดน้อย เฉื่อยชา แยกตัว		
12.	ควรหลีกเลี่ยงที่จะคบหาหรือพูดจากับผู้ป่วยจิตเภททุกคน เพราะอาจทำร้ายเราได้ทุกเมื่อ		
13.	การรักษาผู้ป่วยจิตเภทมีวิธีเดียวเท่านั้น คือการให้ยา		
14.	ผู้ป่วยจิตเภทสามารถปรับลดขนาดยาลงได้เมื่อไม่แสดงอาการผิดปกติ		
15.	คนอื่นไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการดีขึ้นได้ นอกจากแพทย์ที่รักษา		
16.	การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเข้าร่วมทำกิจกรรมในสังคม ถือเป็น การช่วยบำบัดรักษาอาการวิธีหนึ่ง		
17.	การที่ผู้ป่วยจิตเภทกินยาทางจิตเภทติดต่อกันเป็นเวลานาน ๆ มีผลเสียทำให้ผู้ป่วยเกิดการติดยาได้		
18.	การเอาใจใส่ช่วยเหลือดูแลจากผู้ดูแลและคนในชุมชน มีผลทำให้อาการของผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้น		
19.	แม้ว่าผู้ป่วยจะไม่แสดงอาการผิดปกติ แต่ก็ต้องกินยาอย่างต่อเนื่องตามแพทย์สั่ง		
20.	การสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์/คาเฟอีน หรือสูบบุหรี่ จะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบหรือป่วยซ้ำได้		



ส่วนที่ 3 ทักษะที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง ให้ท่านทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับช่องที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด ซึ่งแบบสัมภาษณ์นี้ต้องการประเมินทัศนคติของท่านต่อผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้สัมภาษณ์จะสัมภาษณ์ประเด็นต่าง ๆ ในรายการข้างล่างนี้และมีเกณฑ์พิจารณาให้ค่าความหมายดังนี้

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

ประเด็นข้อคิดเห็นที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1. ผู้ป่วยจิตเภทมีแต่จะสร้างความเดือดร้อนให้กับผู้อื่น				
2. แม้ว่าผู้ป่วยไม่แสดงอาการ แต่ท่านก็ยังรู้สึกหวาดระแวงที่จะโดนทำร้าย				
3. ผู้ป่วยจิตเภทเป็นกลุ่มคนที่น่าสงสาร ควรที่จะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง				
4. ควรให้ผู้ป่วยจิตเภทอยู่เฉย ๆ ไม่ควรให้ทำงานหรือประกอบอาชีพ				
5. ท่านต้องการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง				
6. คนในชุมชนควรมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เช่น จัดตั้งชมรมหรือกองทุนเพื่อเป็นสวัสดิการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท หรือส่งเสริมอาชีพให้กับผู้ป่วยจิตเภท เพื่อเพิ่มรายได้ให้กับครอบครัว เป็นต้น				
7. ผู้ป่วยจิตเภทสามารถร่วมทำกิจกรรมในชุมชน เช่น งานบุญ งานพัฒนาในชุมชนได้				
8. ผู้ดูแลมีส่วนสำคัญในการรักษาอาการของผู้ป่วยจิตเภท				
9. การรักษาโรคจิตเภท จะต้องปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์และพยาบาลอย่างเคร่งครัด				
10. การรักษาอย่างต่อเนื่องในชุมชน เป็นวิธีการรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่ดีที่สุด				

(พัฒนาจาก เพ็ญประภา มะลาไวย์, 2550)



ส่วนที่ 4 การดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง ให้ท่านทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นหรือการปฏิบัติของท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น 5-7 วันต่อสัปดาห์ หรือทุกครั้งที่มีกิจกรรม

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นน้อยกว่า หรือเท่ากับ 4 วันในหนึ่งสัปดาห์

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย

ลำดับ	กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน	ความถี่ของการปฏิบัติ		
		ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
ด้านเศรษฐกิจ				
1.	ท่านมีส่วนช่วยสนับสนุนให้สวัสดิการการดูแลแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล เช่น การขึ้นทะเบียนผู้พิการหรือรับสวัสดิการอื่นๆ			
2.	ท่านช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาชีพหรือรายได้เพื่อใช้จ่ายในครอบครัว			
ด้านสังคม				
3.	ท่านเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยร่วมทำกิจกรรมในสังคม เช่น ไปวัดทำบุญ ไปร่วมงานในหมู่บ้าน ช่วยงานพัฒนาหมู่บ้าน เป็นต้น			
4.	ท่านได้มีส่วนช่วยให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับเพื่อนบ้าน			
5.	ท่านมีส่วนในการคลี่คลายสถานการณ์ เมื่อผู้ป่วยจิตเภทเกิดมีอาการกำเริบหรือป่วยซ้ำ เช่น มีอารมณ์ฉุนเฉียวทำร้ายร่างกายผู้อื่น จุดไฟเผา/ทำลายข้าวของ หรือเดินแก้ผ้าตามที่สาธารณะ			
ด้านอารมณ์และจิตใจ				
6.	ท่านได้มีการชมเชยหรือให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยทำดีหรือทำถูกต้อง			
7.	เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาไม่สบายใจ ท่านมีโอกาสได้ให้คำปรึกษาและให้กำลังใจ			



ลำดับ	กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน	ความถี่ของการปฏิบัติ		
		ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
ด้านการรักษา				
8.	ท่านมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสม			
9.	ท่านมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล เช่น ควบคุมพฤติกรรมผู้ป่วย ช่วยนำส่งหรือช่วยประสานงานกับสถานบริการสาธารณสุข เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตหรือเกิดการป่วยซ้ำ			
10.	ท่านได้ร่วมติดตามดูแลผู้ป่วยและญาติร่วมกับทีมสุขภาพในพื้นที่			

(พัฒนาจาก ดารุณี อ่างมัจฉา, 2554)

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



แนวทางสัมภาษณ์เชิงลึก

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้ใช้ในการสัมภาษณ์ในงานวิจัยเรื่องกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

1.1 คำถามสำหรับผู้ดูแลในครอบครัว

ชื่อผู้ให้ข้อมูล.....วัน เดือน ปี ที่ให้ข้อมูล.....

เวลาในการให้ข้อมูล.....ถึง.....สถานที่.....

1. ท่านพบปัญหาหรืออุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในความดูแลของท่านหรือไม่ อย่างไร
2. เมื่อเกิดปัญหาและอุปสรรคดังกล่าว ท่านแก้ไขอย่างไร
3. ท่านและผู้ป่วยในความดูแลของท่านได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานภาครัฐหรือไม่ อย่างไร
4. ท่านมีความต้องการที่จะขอรับความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในความดูแลของท่านหรือไม่ หากมีความต้องการ ท่านมีความต้องการอย่างไร
5. ผู้ป่วยในความดูแลของท่านก่อนที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคจิตเภทเริ่มมีอาการตั้งแต่เมื่อใดและมีอาการอย่างไรบ้าง และท่านคิดว่าเกิดจากสาเหตุใด
6. ผู้ป่วยในความดูแลของท่านได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทเมื่อปี.ศ.ใด ที่สถานบริการใด และปัจจุบันได้รับการรักษาต่อเนื่องหรือไม่
7. ผู้ป่วยในความดูแลของท่านเคยเกิดการป่วยซ้ำหรือไม่ หากเคยป่วยซ้ำท่านคิดว่าเกิดจากสาเหตุใด และมีอาการอย่างไรบ้าง
8. ผู้ป่วยในความดูแลของท่านมีอาการป่วยซ้ำที่รุนแรงที่สุดเป็นอย่างไร
9. ท่านคิดว่าการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทมีสาเหตุมาจากอะไร
10. ท่านมีวิธีการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยในความดูแลของท่านเกิดการป่วยซ้ำ อย่างไรบ้าง



แนวทางสัมภาษณ์เชิงลึก

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้ใช้ในการสัมภาษณ์ในงานวิจัยเรื่องกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

1.2 คำถามสำหรับภาคีเครือข่ายในชุมชน

ชื่อผู้ให้ข้อมูล.....วัน เดือน ปี ที่ให้ข้อมูล.....

เวลาในการให้ข้อมูล.....ถึง.....สถานที่.....

1. ท่านมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในพื้นที่หรือชุมชนของท่านหรือไม่ อย่างไร
2. ท่านเคยทำกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทหรือไม่ ท่านรู้สึกอย่างไร
3. ท่านเคยพบเห็นหรืออยู่ในเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการป่วยซ้ำหรือไม่ ในเหตุการณ์นั้น

ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการอย่างไร

4. หากท่านพบเห็นผู้ป่วยจิตเภทเกิดการป่วยซ้ำ ท่านจะมีวิธีช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างไร
5. ท่านคิดว่าอะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการป่วยซ้ำ
6. ท่านมีแนวทางที่จะป้องกันไม่ให้อาการผู้ป่วยจิตเภทในพื้นที่หรือชุมชนของท่านเกิดการป่วยซ้ำ

อย่างไร



แนวทางสัมภาษณ์เชิงลึก

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้ใช้ในการสัมภาษณ์ในงานวิจัยเรื่องกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

1.3 คำถามสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

ชื่อผู้ให้ข้อมูล.....วัน เดือน ปี ที่ให้ข้อมูล.....
 เวลาในการให้ข้อมูล.....ถึง.....สถานที่.....

1. ท่านคิดว่าปัจจัยใดคือสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทในเครือข่ายบริการของท่านเกิดการป่วยซ้ำ
2. ท่านคิดว่าปัญหาการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนส่งผลกระทบต่อการทำงานสุขภาพจิตในระดับพื้นที่ (รพ.สต.) / ระดับอำเภอ (รพช./สสอ.) อย่างไร
3. ในหน่วยงานของท่านมีนโยบายหรือแผนงานโครงการที่จะสนับสนุนการแก้ไขปัญหาการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหรือไม่ อย่างไร
4. ท่านมีแนวทางหรือข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอย่างไร



แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม

1. ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. ความต้องการการช่วยเหลือ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. แนวทางในการแก้ไขปัญหา

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



แบบสังเกตการณ์มีส่วนร่วม

1. ด้านการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. ด้านการวางแผน

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. ด้านการปฏิบัติ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. ด้านการติดตาม ประเมินผล

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



ประวัติย่อผู้วิจัย



ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ นามสกุล	นางศุทธิณี หล้ามาชน
วัน เดือน ปีเกิด	วันที่ 23 มกราคม พ.ศ. 2531
จังหวัด และประเทศที่เกิด	อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2547 มัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนนารีนุกูล อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี พ.ศ. 2550 มัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนเทพศิรินทร์เกล้า เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2552 ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงสาธารณสุขศาสตร์ (สาธารณสุขชุมชน) วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี พ.ศ. 2555 ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต (วท.บ.) สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี พ.ศ. 2560 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำแหน่ง สถานที่ทำงาน	เจ้าพนักงานสาธารณสุข ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี 34230
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้	บ้านเลขที่ 124 หมู่ 13 บ้านศิลาชัย ตำบลคอแลน อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี 34230

