

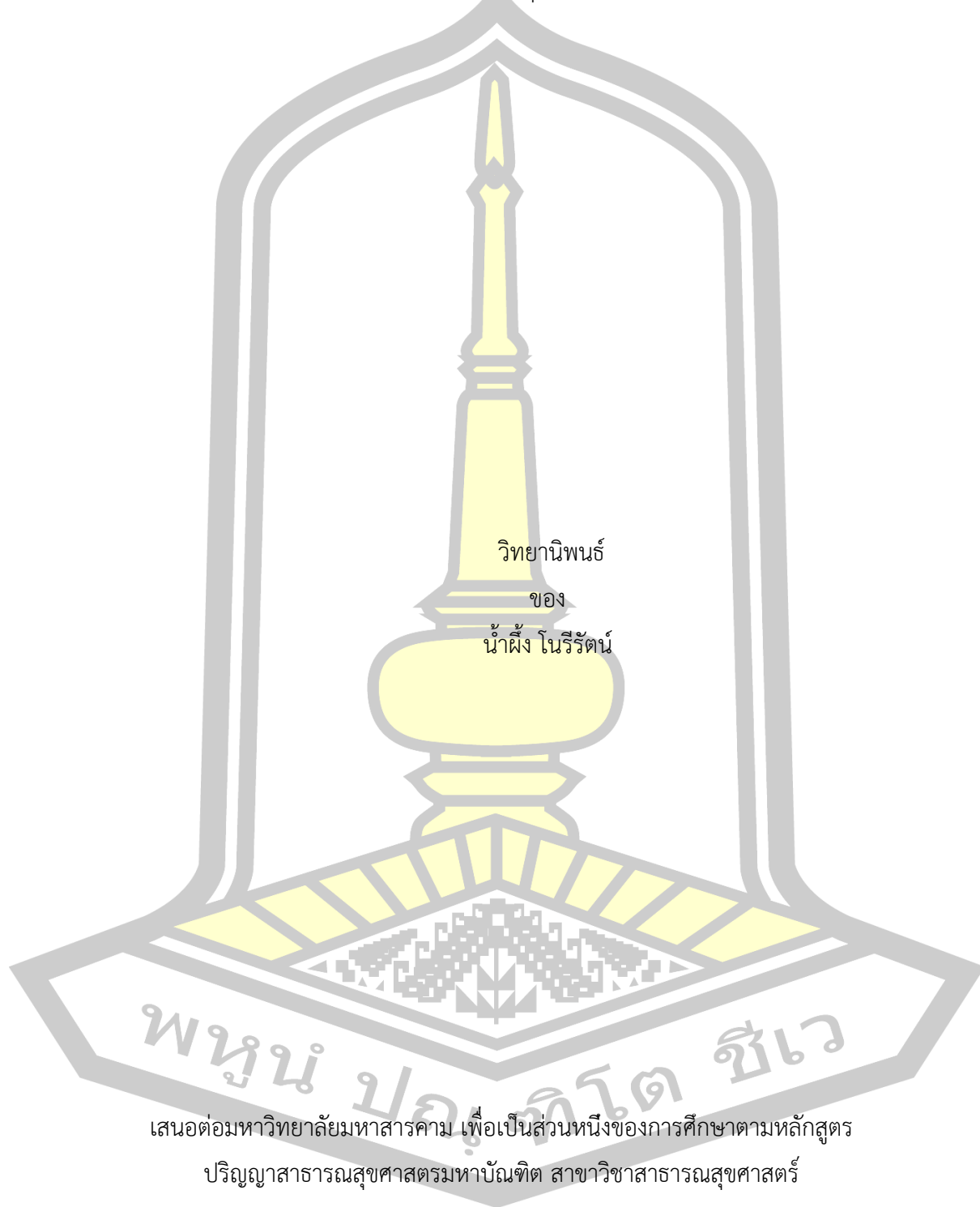
การพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภทของเครือข่ายโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม
จังหวัดอุบลราชธานี

วิทยานิพนธ์
ของ
น้ำผึ้ง โนนรัตน์

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็น ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลัก
สูตร ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์
กรกฎาคม 2563

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

การพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภทของเครือข่ายโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดอุดรธานี



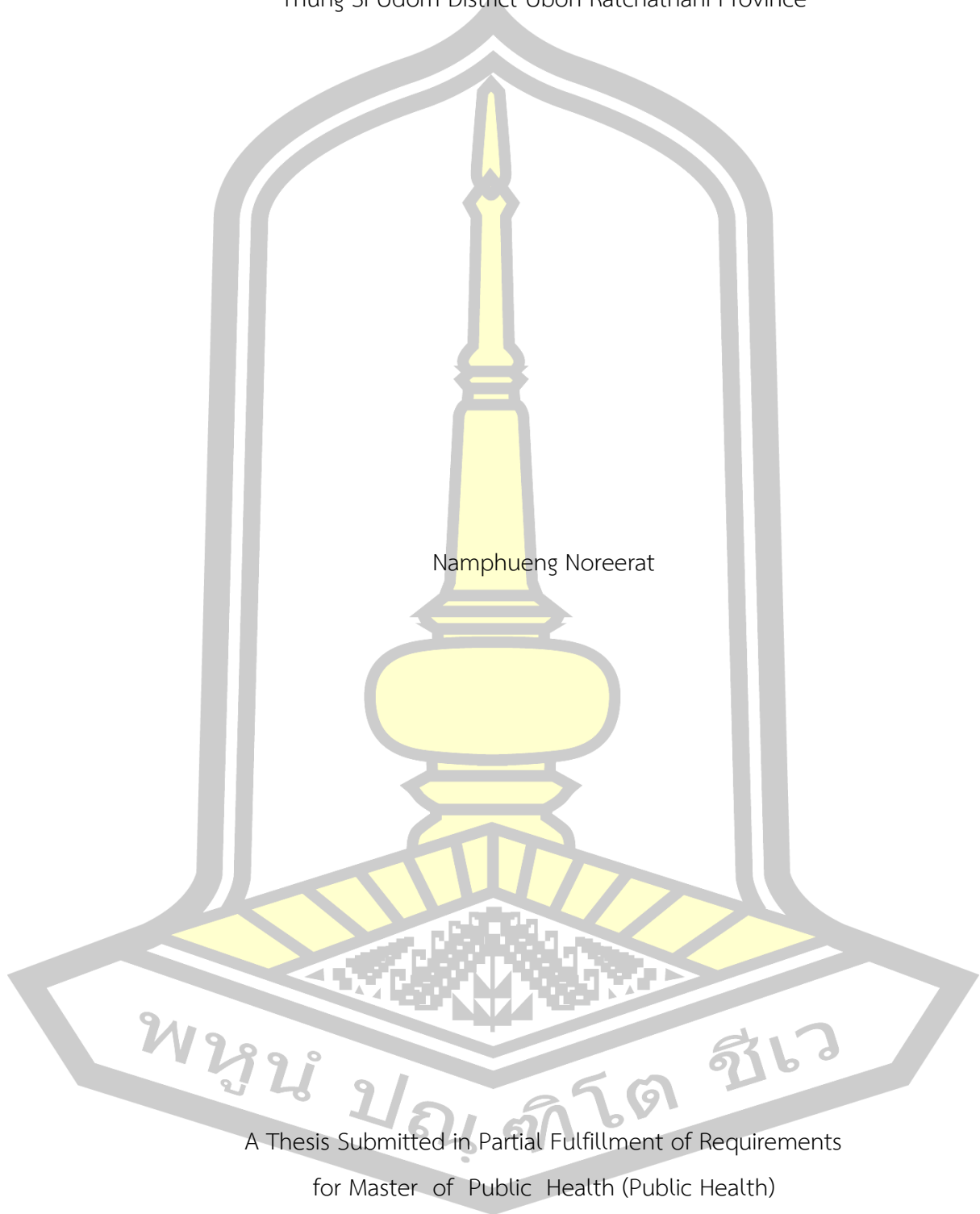
พูน บุญเกิด ชีวะ

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์

กรกฎาคม 2563

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Development of Schizophrenia Management System in Thung Si Udom Hospital
Thung Si Udom District Ubon Ratchathani Province



Namphueng Noreerat

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

July 2020

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางน้ำผึ้ง โนรีรัตน์ แล้ว
เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(รศ. ดร. ประจักษ์ บัวผัน)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผศ. ดร. นิรุวรรณ เทิร์นโบล)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(อ. ดร. อติศร วงศ์คงเดช)

.....กรรมการ

(รศ. ดร. สุมัทนา กลางคาร)

.....กรรมการ

(ผศ. ดร. วิรติ ปานศิลา)

มหาวิทยาลัยขอนแก่นให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญา สาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัย
มหาสารคาม

(รศ. ดร. สุมัทนา กลางคาร)

คณบดีคณะสาขารณสุขศาสตร์

(รศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	การพัฒนากระบวนการจัดการผู้ป่วยจิตเภทของเครือข่ายโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดอุบลราชธานี		
ผู้วิจัย	น้ำผึ้ง โนรีรัตน์		
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นิรุวรรณ เทิรินทร์ อาจารย์ ดร. อติสร วงศ์คงเดช		
ปริญญา	สาธารณสุขศาสตรมหา	สาขาวิชา	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีที่พิมพ์	2563

บทคัดย่อ

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติในด้านบุคลิกภาพ ความคิด และการรับรู้ การแสดง อารมณ์ไม่เหมาะสม ทำให้เกิดปัญหาในการใช้ชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งถือว่าเป็นการสูญเสียปีสุขภาวะของผู้ป่วยและเป็นภาระโรค การรักษาที่ยาวนานส่งผลกระทบถึงความเครียดทางเศรษฐกิจของครอบครัว และเป็นภาระทางเศรษฐกิจ งานวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมปฏิบัติ เพื่อศึกษาการพัฒนากระบวนการจัดการผู้ป่วยจิตเภทของเครือข่ายโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดอุบลราชธานี ประชากรที่ศึกษา ระเบียบเก็บข้อมูลและประเมินผล คือ กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 52 คน กลุ่มผู้ดูแล 86 คน และระยะการดำเนินการ คือ กลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องจำนวน 25 คน ประกอบด้วยกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวจำนวน 10 คน กลุ่มภาคีเครือข่ายจำนวน 11 คน และกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขจำนวน 4 คน เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงปริมาณในกลุ่มผู้ป่วย ประกอบด้วย 1) แบบประเมินอาการทางจิต 2) ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และกลุ่มผู้ดูแล ใช้ 1) แบบประเมินระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 2) แบบวัดระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภท และ 3) แบบวัดระดับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท วิเคราะห์ข้อมูลโดย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการบันทึก จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) กระบวนการพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภท มี 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะก่อนการดำเนินการ (Preliminary phase) ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ (Action phase) ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล (Evaluation phase) ผลการศึกษาพบว่า 1) กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศชาย สาเหตุเกิดจากมีภาวะความเครียดในการดำเนินชีวิต มีระยะเวลา ที่ป่วยส่วนใหญ่ 6-10 ปี ส่วนใหญ่ไม่มีความผิดปกติทางอารมณ์ใช้ชีวิตตามปกติ และพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง ผู้ป่วยส่วนใหญ่เดินทางมาโดยรถส่วนตัว หลังดำเนินการผู้ป่วยอาการทางจิตระดับน้อยจำนวนเพิ่มขึ้น ระดับความ

ร่วมมือในการรับประทานยาก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลางและหลังพัฒนาอยู่ในระดับสูง 2) กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุ 51-60 ปี สถานภาพสมรส มีระดับการศึกษาประถมศึกษา อาชีพส่วนใหญ่เป็นอาชีพเกษตรกรกรรม และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 1,000 บาท ระยะเวลาดูแลผู้ป่วย 6-10 ปี มีระดับคะแนนความรู้และระดับค่าเฉลี่ยของทัศนคติและการดูแลเพิ่มขึ้นจากก่อนดำเนินการ เกิดระบบเฉพาะการพัฒนาการจัดการจัดการผู้ป่วยจิตเภทของเครือข่ายโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม คือ คือ TSECC Care ประกอบด้วย คือ ทีมที่เข้าใจตระหนักและช่วยเหลือแก้ไขอย่างยั่งยืน (Team) การมีระบบบริการที่สอดคล้องกับความต้องการ (Service) การมีความสามารถในการเข้าใจความรู้สึกและความยากลำบากของผู้อื่น (Empathy) สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการรักษา (Environment) เครือข่ายชุมชนเข้มแข็ง (Community) ความต่อเนื่อง (Continuity) ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการศึกษาครั้งนี้คือ การมีระบบบริการที่สอดคล้องกับความต้องการ และได้รับการสนับสนุนจากภาคีเครือข่าย และมาจากพื้นฐานความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง รวมทั้งการออกแบบกิจกรรมที่เหมาะสมและสอดคล้องกับการแก้ไขปัญหา อันจะนำไปสู่ความต่อเนื่องและยั่งยืน

คำสำคัญ : จิตเภท, ระบบการจัดการ, ความร่วมมือในการใช้ยา



TITLE	Development of Schizophrenia Management System in Thung Si Udom Hospital Thung Si Udom District Ubon Ratchathani Province		
AUTHOR	Namphueng Noreerat		
ADVISORS	Assistant Professor Niruwan Turnbull , Ph.D. Adisorn Wongkongdech , Ph.D.		
DEGREE	Master of Public Health	MAJOR	Public Health
UNIVERSITY	Maharakham University	YEAR	2020

ABSTRACT

Schizophrenia is a disorder that has abnormalities in personality, thinking, and cognitive behaviour causing problems patients' life which is considered to be a loss of years in the health of patients and the burden of disease. Long-term treatment affects the family's economic stress and is an economic burden. This action research aims to investigate the development of schizophrenia management system in Thung Si Udom Hospital, Thung Si Udom District Ubon Ratchathani Province. The population was 52 schizophrenia patients, 86 relative caregivers and 25 who were involved with schizophrenia patient's administration, which consisted of 5 schizophrenia patients, 5 family caregivers, 4 healthcare professionals, and 11 stakeholders from local community. The data were analysed by frequency distribution, percentage, average, standard deviation, and content analysis with qualitative data. There was 3 phases methodology involved: 1st Phase, the Preliminary phase which included problem analysis of the area context and the personal factors for the schizophrenia patients including mental symptoms, patient knowledge, and patient's attitude towards schizophrenic care. 2nd Phase, Action, which consisted of the Plan (P) by applying the Strategic Route Map (SRM) as a tool using group discussion. The Action (A) were followed the plan including (a) the training program for caregivers and local authorities to increase the potential of schizophrenic patient care, and (b) The observation (O) and follow-up on knowledge

and attitude towards schizophrenic patients care. The reflection (R) reporting the results from observation, and the 3rd Phase, which included the evaluation of mental symptoms, such as lacked of medical appointment, the stakeholder participation, level of knowledge and attitude toward schizophrenic patients care. The results revealed that 1) most patients were male, having stress from daily life, living with normal life, has felt down for schizophrenia for 6-10 years, following the medical appointment from the hospital and travelled to the hospital by care, they were also found the mind of schizophrenia symptom as well as taking the medicine in the moderate level before attending the program and high level after participating the program. 2) Most relative caregivers were female age between 51-60 years, income less than 1,000 per month, gaining the knowledge from moderate level to high level after attending the program and their attitude was enhanced to high level. The finding indicated that to conduct the schizophrenic patients required to follow the TSECC Care, consists of a team that understands, recognizes, and helps to solve sustainably (Team), having a service system that meets the needs (Service), the ability to understand the feelings, and difficulties of others (Empathy) environment, that is conducive to healing (Environment), strong community networks (Community), continuity (Continuity). Keys successes indicated the development of schizophrenia management system to meets the needs, supported by network partners, based on applicable knowledge including the design of activities that appropriate and consistent with the problem resolutions which will enhance the local authority to continuity and sustainability.

Keyword : Schizophrenia, Systems management, Adherence

พหุ ม ประทีป ชีวะ

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างสูงยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์.ดร.นิรุวรรณ เทรินโบล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก อาจารย์ ดร.อดิศร วงศ์คงเดช อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ตลอดจนประธานกรรมการสอบและกรรมการสอบทุกท่านที่ได้กรุณาถ่ายทอดความรู้ แนวคิด วิธีการ คำแนะนำและตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ รวมทั้งเป็นขวัญกำลังใจให้กับผู้วิจัยเสมอมา ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์คงทัช สิงขรนันต์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม เกษัชกรหญิงชมภู นุช วีระวัธนชัย หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ นางสาวนิตยา สุทธิสุวรรณ พยาบาล วิชาชีพนานาญการ โรงพยาบาลตระการพืชผล ที่ได้ให้ความกรุณาตรวจสอบและให้คำแนะนำในการปรับปรุง เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

ขอขอบพระคุณท่านนายแพทย์คงทัช สิงขรนันต์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม นางสาว พิสมัย วิชลิน พยาบาลประจำคลินิกสุขภาพจิต นางสาวกรรณกาญจน์ จันดารัตน์ หัวหน้าฝ่ายเวชปฏิบัติ ครอบครัวและชุมชน พยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพทุกท่าน กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว และกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน ที่ให้ความร่วมมือและให้ความช่วยเหลือในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ คณาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามทุกท่านที่ได้ ประสทิธิ ประสาทความรู้ ความเข้าใจด้านวิชาการ ขอขอบคุณผู้บริหาร เพื่อนร่วมงานฝ่ายเภสัชกรรมและคุ้มครอง ผู้บริโภค โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม ที่มีส่วนร่วมในการสนับสนุนอำนวยความสะดวกในการศึกษาวิจัย

ขอขอบพระคุณ บิดา มารดา สามี และครอบครัว ผู้อำนวยการความสะดวกช่วยเหลือและเป็นกำลังใจ ในชีวิตทั้งการทำงาน การเรียน และครอบครัว ที่คอยปลุกฝังให้ผู้วิจัยใฝ่ในการศึกษาเรียนรู้และคอยให้กำลังใจ ตลอดระยะเวลาของการศึกษา และขอขอบคุณเพื่อนนิสิตสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.17) ทุกท่านที่ให้ กำลังใจและให้คำปรึกษาเสมอมา

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยจะนำคุณค่าและประโยชน์ที่ได้จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ บูชาพระคุณ บูชาการี บุรพาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่าน ที่ได้ให้คำแนะนำด้านวิชาการ คุณธรรมจริยธรรม เพื่อให้ผู้วิจัยนำไปพัฒนา ตน พัฒนาคณะและพัฒนางาน ให้มีประสิทธิภาพและสัมฤทธิ์ผลต่อไป

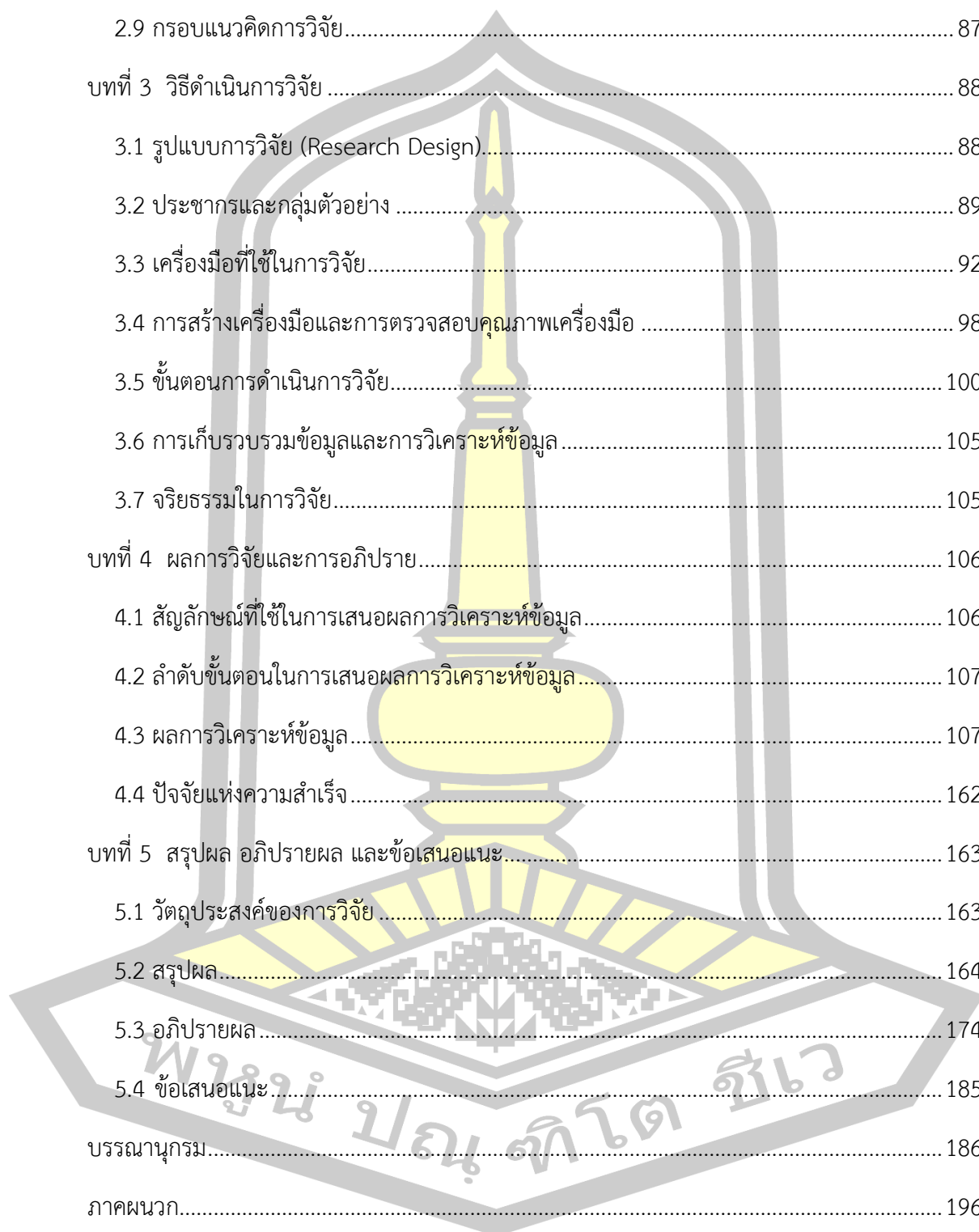
พูนุ ปณุกิตโต ชิว

น้ำผึ้ง โนริรัตน์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ฌ
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญภาพประกอบ.....	ท
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ภูมิหลัง.....	1
1.2 คำถามการวิจัย.....	7
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	7
1.4 ประโยชน์ที่ได้รับจากงานวิจัย.....	7
1.5 ขอบเขตของการวิจัย.....	8
1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ.....	9
บทที่ 2 ปรัชญาเอกสารข้อมูล.....	11
2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท.....	11
2.2 การรักษาผู้ป่วยจิตเภท.....	26
2.3 แนวคิดการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท.....	41
2.4 แนวคิดการพัฒนาเชิงระบบการจัดการ.....	47
2.5 แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (Strategic Route Map : SRM).....	51
2.6 แนวคิดการมีส่วนร่วม.....	54
2.7 แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ.....	62

2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	75
2.9 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	87
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	88
3.1 รูปแบบการวิจัย (Research Design).....	88
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	89
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	92
3.4 การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	98
3.5 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	100
3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล	105
3.7 จริยธรรมในการวิจัย.....	105
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปราย.....	106
4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	106
4.2 ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	107
4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	107
4.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ.....	162
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	163
5.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	163
5.2 สรุปผล.....	164
5.3 อภิปรายผล.....	174
5.4 ข้อเสนอแนะ.....	185
บรรณานุกรม.....	186
ภาคผนวก.....	196
ภาคผนวก ก หนังสือขอความอนุเคราะห์ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ	197
ภาคผนวก ข หนังสือขอความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือ	201



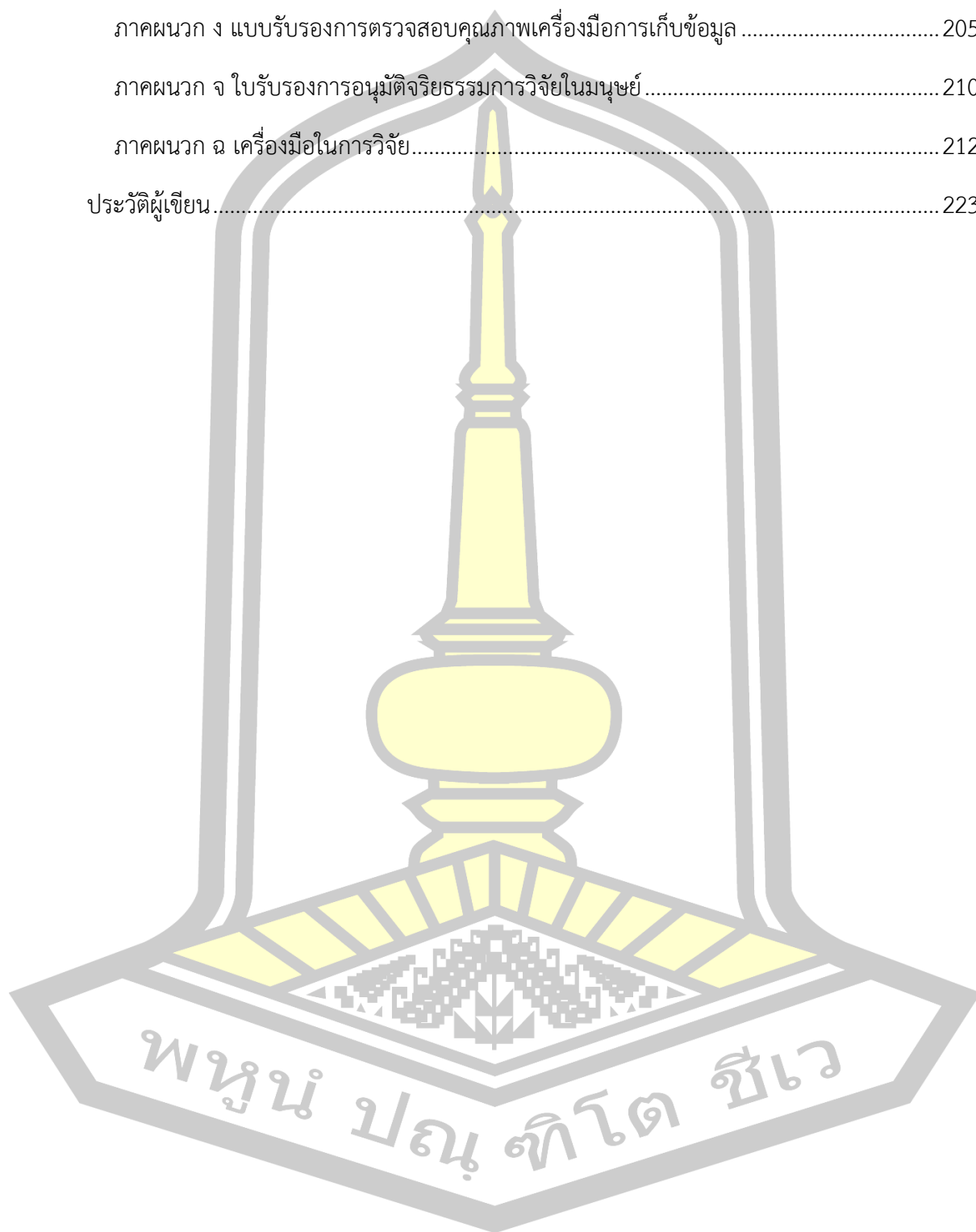
ภาคผนวก ค หนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูล 203

ภาคผนวก ง แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการเก็บข้อมูล 205

ภาคผนวก จ ใบรับรองการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ 210

ภาคผนวก ฉ เครื่องมือในการวิจัย 212

ประวัติผู้เขียน 223



สารบัญตาราง

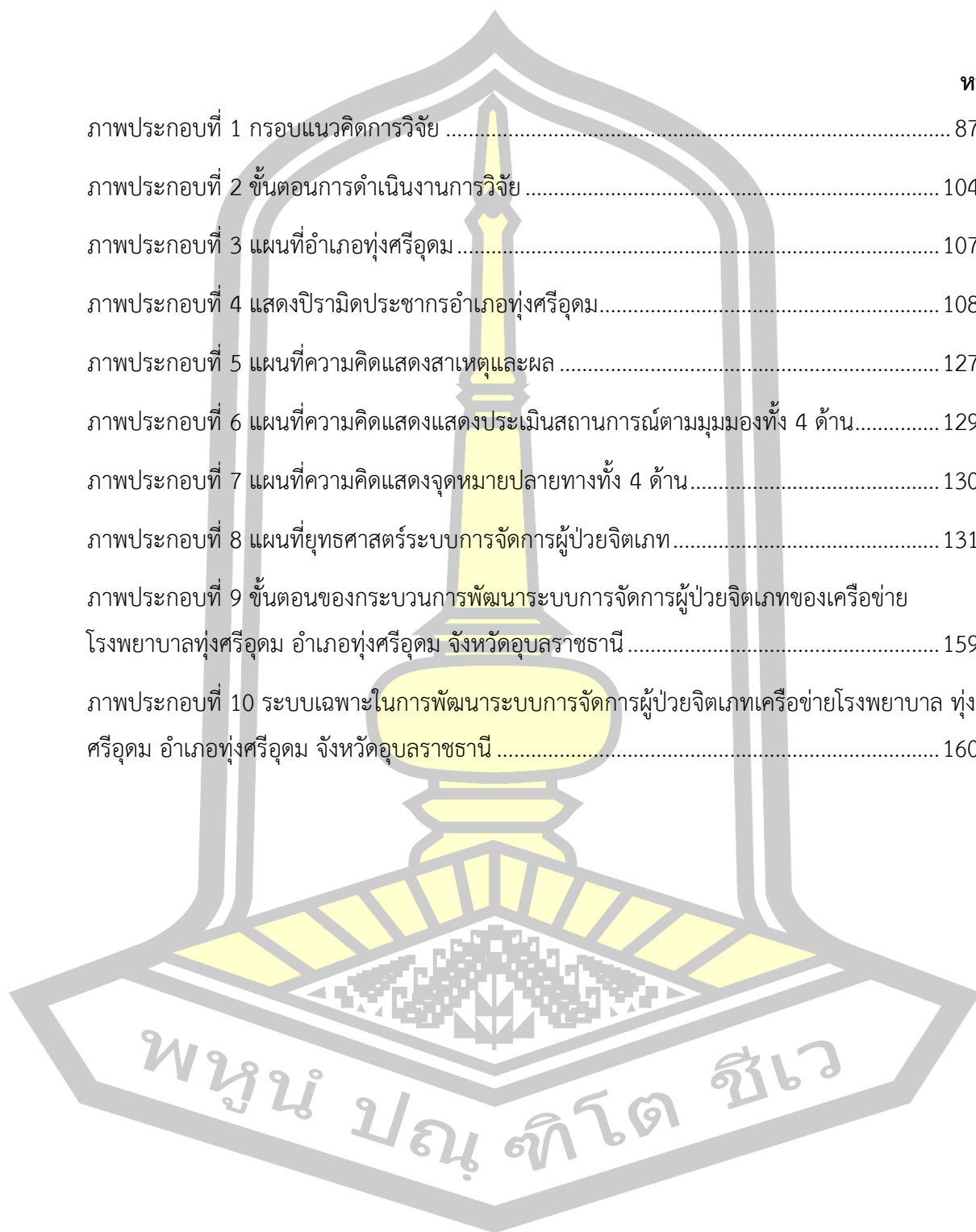
	หน้า
ตารางที่ 1 รายการยาที่ใช้ในการรักษาจิตเภท	28
ตารางที่ 2 จำนวนกลุ่มตัวอย่างแยกตามตำบล	90
ตารางที่ 3 แบบประเมินอาการทางจิต	93
ตารางที่ 4 การแปลผลระดับอาการทางจิต	93
ตารางที่ 5 แปลผลระดับความสม่ำเสมอในการรับประทานยา	94
ตารางที่ 6 การแปลผลระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	95
ตารางที่ 7 การแปลผลระดับทัศนคติที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท	96
ตารางที่ 8 การแปลผลระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	97
ตารางที่ 9 การแปลผลระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย	97
ตารางที่ 10 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท	113
ตารางที่ 11 ผลการประเมินอาการทางจิต	117
ตารางที่ 12 ระดับความร่วมมือในการรักษาด้วยยา	117
ตารางที่ 13 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	118
ตารางที่ 14 ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มผู้ดูแล ก่อนการพัฒนา	120
ตารางที่ 15 ระดับทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วย ก่อนการพัฒนา	121
ตารางที่ 16 ระดับทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยรายด้าน ก่อนการพัฒนา	122
ตารางที่ 17 ระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วย ก่อนการพัฒนา	123
ตารางที่ 18 ระดับดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยรายด้าน ก่อนการพัฒนา	125
ตารางที่ 19 การเชื่อมโยงแผนที่ยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการ	132
ตารางที่ 20 แผนปฏิบัติการพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภทของเครือข่ายโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม	137

ตารางที่ 21 ผลการปฏิบัติงานตามแผนปฏิบัติการ.....	144
ตารางที่ 22 เปรียบเทียบระดับอาการทางจิตผู้ป่วย ก่อนและหลังการดำเนินการ	147
ตารางที่ 23 เปรียบเทียบระดับความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ก่อนและหลังดำเนินการ	147
ตารางที่ 24 เปรียบเทียบผลการขาดยาขาดนัด ก่อนและหลังการดำเนินการ.....	148
ตารางที่ 25 เปรียบเทียบระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มผู้ดูแล ก่อนและหลังการดำเนินการ.....	148
ตารางที่ 26 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มผู้ดูแล.....	149
ตารางที่ 27 เปรียบเทียบระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยของกลุ่มผู้ดูแล ก่อนและหลังการดำเนินการ.....	150
ตารางที่ 28 เปรียบเทียบระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยของกลุ่มผู้ดูแล รายด้าน ก่อนและหลังดำเนินการ ..	151
ตารางที่ 29 การเปรียบเทียบคะแนนทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มผู้ดูแล	151
ตารางที่ 30 เปรียบเทียบระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วย ก่อนและหลังดำเนินการ.....	152
ตารางที่ 31 เปรียบเทียบระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มผู้ดูแลรายด้านก่อนและหลังดำเนินการ	155
ตารางที่ 32 การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มผู้ดูแล ก่อนและหลังดำเนินการ.....	155
ตารางที่ 33 ผลการประเมินการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย.....	156



สารบัญภาพประกอบ

	หน้า
ภาพประกอบที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย	87
ภาพประกอบที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินงานการวิจัย	104
ภาพประกอบที่ 3 แผนที่อำเภอทุ่งศรีอุดม	107
ภาพประกอบที่ 4 แสดงปิรามิดประชากรอำเภอทุ่งศรีอุดม	108
ภาพประกอบที่ 5 แผนที่ความคิดแสดงสาเหตุและผล	127
ภาพประกอบที่ 6 แผนที่ความคิดแสดงแสดงประเมินสถานการณ์ตามมุมมองทั้ง 4 ด้าน	129
ภาพประกอบที่ 7 แผนที่ความคิดแสดงจุดหมายปลายทางทั้ง 4 ด้าน	130
ภาพประกอบที่ 8 แผนที่ยุทธศาสตร์ระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภท	131
ภาพประกอบที่ 9 ขั้นตอนของกระบวนการพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภทของเครือข่าย โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี	159
ภาพประกอบที่ 10 ระบบเฉพาะในการพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภทเครือข่ายโรงพยาบาล ทุ่ง ศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี	160



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ภูมิหลัง

โรคจิตเวช (Psychiatric disorders) หมายถึง โรคที่มีอาการผิดปกติของจิตใจที่แสดงออกมาทาง พฤติกรรม อารมณ์ ความคิด ความจำ สติปัญญา ประสาท การรับรู้ หรือการรู้เวลา สถานที่หรือบุคคล รวมทั้งอาการผิดปกติของจิตใจที่เกิดจากสุราหรือสารอื่นที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2551) ซึ่งลักษณะกลุ่มอาการทางจิตหรือพฤติกรรมที่มีเหล่านั้นก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน อาการที่เกิดขึ้นสังคมไม่ยอมรับว่าเป็นภาวะปกติ พฤติกรรมที่แสดงออกเบี่ยงเบนจากวัฒนธรรมทางสังคม (มาโนช หล่อตระกูล, 2555)

จากข้อมูลสถานการณ์ด้านสุขภาพจิตในปี 2560 ประมาณการว่า 970 ล้านคนทั่วโลก มีความผิดปกติทางจิตหรือจากการใช้สารเสพติดนั้นคือประมาณ 1 ใน 6 คน (ร้อยละ 15-20) ของประชากรโลก การวัดผลกระทบด้านสุขภาพจากการความผิดปกติของสุขภาพจิตที่มีต่อคุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลโดยใช้ตัวชี้วัด การเป็นภาระโรค (burden of disease) และการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-Adjusted Life Years: DALYs) ซึ่งจากสัดส่วนของภาระโรคทั้งหมดโดยความผิดปกติทางจิตและการใช้สารเสพติดคิดเป็นโดยประมาณร้อยละ 5 ของภาระโรคทั่วโลกในปี 2560 แต่สูงถึงร้อยละ 10 ในหลายประเทศ (Ritchie Hannah, 2018)

สถานการณ์ในประเทศไทยจากข้อมูลของกรมสุขภาพจิต พบว่า จำนวนผู้ป่วยสุขภาพจิตมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี คือ ในปี พ.ศ.2552 จำนวน 1,440,546 คน ปี พ.ศ.2553 จำนวน 1,494,585 คน ปี พ.ศ.2554 จำนวน 1,674,388 คน ปี 2556 จำนวน 1,752,044 คน (รัชตะ รัชตะนาวิน 2557) ข้อมูลจากคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (HDC) ข้อมูล ปี 2561 พบผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด 2,669,820 คน (ข้อมูลจากคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (HDC), 2561) นอกจากนี้หากพิจารณาในแง่ของการเป็นภาระโรค (burden of disease) นั้นจากรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2556 ได้จัดอันดับการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทย (Disability-Adjusted Life Years: DALYs) ปี พ.ศ. 2556 พบว่าผู้ป่วยด้วยโรคทางสุขภาพจิต คิดเป็น 2.2 ล้านปีในผู้ชาย (34% ของ Year Lost due to Disability: YLD ทั้งหมด) และ 2.0 ล้านปีในผู้หญิง (21% ของ YLD ทั้งหมด) และเมื่อวิเคราะห์ด้วยจำนวนปีสุขภาวะที่ปรับด้วยความบกพร่องทางสุขภาพ (Disability-Adjusted Life Years: DALYs) สำหรับผู้ป่วยด้วยโรคทาง

สุขภาพจิต คือ 6.1 ล้าน DALYs (13%) และ 4.5 ล้าน DALYs (9%) ในผู้ชายและผู้หญิงตามลำดับ (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2560)

การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยองค์การอนามัยโลก(WHO) กล่าวว่าภายในปี 2563 ภาวะการเจ็บป่วยทางจิตจะคิดเป็นร้อยละ 11 ของการเจ็บป่วยทุกโรครวมกันโดยโรคจิตเภท อยู่ในอันดับที่ 16 ของโรคทั้งหมดที่ทำให้เกิดปัญหาในการใช้ชีวิตและอันดับที่ 3 ของโรคจิตและโรคทางระบบประสาท ข้อมูลในปี 2016 ระบุว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมากกว่า 21 ล้านคนทั่วโลก (World Health Organization, 2016a) ซึ่งพบอัตราป่วย 7 ต่อ 1,000 คนในประชากรในวัยผู้ใหญ่ (รัชตะ รัชตะนาวิณ, 2557) โรคจิตเภทในเพศหญิงยังเป็น 1 ใน 10 อันดับของภาระโรคทั่วโลก (global burden disease) (World Health Organization, 2016c) องค์การอนามัยโลกได้เปรียบเทียบการสูญเสียความสามารถของผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังกับผู้ป่วยโรคทางกายพบว่าเทียบเท่าผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตทั้งตัวตั้งแต่คอลงมา (quadriplegia) ความสูญเสียมีค่าประมาณ 0.7-1 เท่าของการสูญเสียความสามารถอันมีค่า 1 ปี และยังเป็น 1 ใน 10 อันดับแรกของความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมในการจัดอันดับจากปีสุขภาพที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยและความบกพร่องทางสุขภาพทั่วโลก (Murray et al., 2012) ซึ่งตามความหมายของจากมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 ได้ให้ความหมายว่า โรคจิตเภท (Schizophrenia) หมายถึง ความผิดปกติทางความคิดและการรับรู้มีอารมณ์ไม่เหมาะสม โดยระดับความรู้สึกตัวและสติปัญญา มักยังปกติอยู่ ได้แก่ ความคิดแพร่กระจายความหลงผิดในการรับรู้หลงผิดว่าถูกควบคุมหรือถูกขัดขวาง หูแว่วได้ยินคนอื่นนินทา ผู้ป่วยมีความคิดผิดปกติและอาการด้านลบการดำเนินการของโรคจะเป็นแบบต่อเนื่องหรือมีอาการเป็นพัก ๆ และดำเนินการต่อหรือเป็นตลอดเวลาหรือเป็นทั้งสองครั้งแล้วหายสมบูรณ์หรือไม่ก็ได้ (World Health Organization, 2016b)

สถานการณ์ผู้ป่วยโรคจิตเภทในประเทศไทย จากรายงานสถิติของกรมสุขภาพจิต ปี 2556 พบว่า มีจำนวน 409,003 ราย จากผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด 1,152,044 ราย ซึ่งมากเป็นอันดับ 1 ของผู้ป่วยโรคทางจิตเวชทั้งหมด (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2556) ในปี 2559 พบว่าจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 421,298 ราย จากผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด 2,018,825 ราย (กระทรวงสาธารณสุข, 2559) และรายงานในปี 2560 พบผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด 2,669,820 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท 480,226 ราย มากเป็นอันดับ 1 ของผู้ป่วยโรคทางจิตเวช (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2560) เนื่องจากโรคนี้นับได้บ่อย มีความชุกชั่วชีวิต (lifetime prevalence) ประมาณร้อยละ 0.5 - 1.0 ของประชากรทั่วไป ในประเทศไทย มีการสำรวจ ความชุกของโรคทางจิตเวชในเขตกรุงเทพมหานคร พบความชุกชั่วชีวิตของโรคจิตเภท ร้อยละ 1.311 และการสำรวจ ระบาดวิทยาของความผิดปกติทางจิตของประชากรทุกภาคพบความชุกชั่วชีวิตของโรคจิตเภท ร้อยละ 0.172 การป่วย (สินเงิน สุขสมปอง, 2559)

โรคจิตเภท ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเอง ครอบครัวและชุมชน ตลอดจนสังคม เศรษฐกิจ โดยทำให้เกิดการเสื่อมถอย ความผิดปกติของความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม รวมไปถึงความสามารถในการดูแลตนเอง และการปฏิบัติหน้าที่กิจวัตรประจำวัน ซึ่งต้องพึ่งพา ครอบครัว ชุมชน และสังคม (Chein et al., 2013) พบว่าตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเภทผู้ป่วยโรคจิตเภทเริ่มมีความรู้สึกเกิดตราบาปส่งผลให้เกิดการปกปิดอาการเจ็บป่วย รวมไปถึงการได้รับการปฏิบัติที่แตกต่างจากคนปกติส่งผลให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทห่างเหิน แยกตัว ไม่กล้าพูดคุยกับผู้อื่น (ผ่องศรี ดวงแก้ว, 2553) ผลกระทบต่อครอบครัวโดยเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเภททำให้ครอบครัวของป่วยโรคจิตเภทรู้สึกผิด เสียใจ รวมไปถึงความวิตกกังวล และอับอาย (Neuroscience Research Australia, 2016) ในตลอดระยะการดำเนินโรคนั้นครอบครัวมีความสำคัญในการให้ความช่วยเหลือและรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท (ขวัญสุตา บุญทศ, 2556) เช่น ในการดูแลด้านการบริหารยาที่ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความร่วมมือในการรักษาและพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น (ภัทรารักษ์ ท่งปันคำ, 2560) โดยการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทอาจส่งผลกระทบต่อความเปลี่ยนแปลงของชีวิต ความเครียดและเศรษฐกิจของครอบครัวส่งผลให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นภาระของครอบครัว (family burden) (Hou et al., 2008) นอกจากนี้อาจพบพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตเภทต่อครอบครัวอีกด้วย (ปัญญา ทองทัฬ และกฤตยา แสงวงเจริญ, 2556) ส่วนผลกระทบต่อชุมชนพบจากการบกพร่องในความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ทางสังคม การทำงานและสัมพันธ์กับผู้อื่น ในชุมชน

โรคจิตเภทส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ เนื่องจากโรคจิตเภทเริ่มต้นมีอาการในช่วงต้นของชีวิต ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญและทำให้มีความเสื่อมถอยของความสามารถในการทำหน้าที่อย่างถาวรทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความต้องการในการรับการรักษาดูแลทั้งจากผู้เชี่ยวชาญ การฟื้นฟู ด้านต่าง ๆ และแหล่งสนับสนุน โดยในสหรัฐอเมริกาค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทเทียบเท่ากับผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็ง และมีรายงานพบว่า ร้อยละ 15-45 ของบุคคลเรื้อรังในสหรัฐอเมริกาเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท (Sadock et al., 2015) และจากการที่โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังต้องได้รับการรักษาเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน ส่งผลให้ส่วนมากของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีโอกาสที่จะต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้อยู่ตลอดในช่วงชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท (Knapp, 1997; Knapp, 2000) ซึ่งการได้รับการรักษาในระยะเวลาอันนำไปสู่ต้นทุนในการรักษาของโรคจิตเภทที่สูง เนื่องจากต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและไม่เฉพาะเพียงค่าใช้จ่ายในการรักษาเท่านั้น การที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่สามารถทำงานหรือมีสมรรถภาพในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ได้ปกติหรือมีรายได้เท่าที่ควรนั้นเป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพและเศรษฐกิจ (Knapp, 1997; Salize, McCabe & Bullenkamp, 2009) โดยถือเป็นภาระทางเศรษฐกิจ (economic burden) การวิเคราะห์ทางเศรษฐศาสตร์เกี่ยวกับผลกระทบที่ตามมาของความเจ็บป่วย (World Health Organization, 2008) ด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาสำหรับ

ผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่าค่อนข้างสูง เช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าใช้งบประมาณการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทประมาณ ร้อยละ 2.8 หรือ ประมาณ 65 พันล้านเหรียญดอลลาร์สหรัฐอเมริกา ของงบประมาณระบบการดูแลสุขภาพแห่งชาติและการให้บริการทางสังคม (Knapp, Mangalore & Simon, 2004) และจากการทบทวนอย่างเป็นระบบ ของฉ่อง และคณะ (Chong et al., 2016) โดยการรวบรวมงานวิจัยในปี 2013 ที่เกี่ยวกับภาระทางเศรษฐกิจของโรคจิตเภททั่วโลก (global economic burden of schizophrenia: a systematic review) พบว่า มีหลักฐานงานวิจัยในสหราชอาณาจักร และประเทศสวีเดนที่ศึกษาต้นทุนโดยรวม (total cost) ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท และมีภาระทางเศรษฐกิจที่คิดเป็นร้อยละของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (gross domestic product [GDP]) ประมาณค่าได้อยู่ในช่วงระหว่าง ร้อยละ 0.02 ของ GDP ในสหราชอาณาจักร ถึงร้อยละ 1.65 ของ GDP ในประเทศสวีเดน สำหรับประเทศไทย รัฐบาล ใช้งบประมาณในการดูแลสุขภาพจิตปี 2559 เท่ากับร้อยละ 2.42 หรือประมาณ 3,000 ล้านบาทของงบประมาณการดูแลสุขภาพทั้งหมด โดยภาพรวมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากในปี 2558 ที่ใช้งบประมาณ 2,650 ล้านบาท (กรมสุขภาพจิต, 2559)

ด้านการดำเนินนโยบายด้านสุขภาพจิตของไทยพบว่าจากแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (2561-2580) ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชพัฒนาคุณภาพมาตรฐานระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชทุกระดับอย่างมีประสิทธิภาพ และสร้างสรรค์ตลอดจนบูรณาการงานสุขภาพจิตเข้ากับระบบสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชและผู้มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชสามารถเข้าถึงบริการตั้งแต่เริ่มป่วย จนหายทุเลา สามารถอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติสุข ภายใต้การดูแลและสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเวช ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมทั้งระดับครอบครัว ชุมชน และสถาบัน ในสังคมทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ซึ่งแนวทางการพัฒนาที่สำคัญ ได้แก่ 1. พัฒนาระบบเฝ้าระวังและคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตและโรคที่สำคัญทางจิตเวชที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ 2. พัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชทั้งด้านบุคลากร สถานที่การบำบัดรักษา และยาจิตเวชที่สำคัญและจำเป็นในสถานบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ และได้รับการประกันคุณภาพ 3. ส่งเสริมและพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตอย่างบูรณาการและเน้นการมีส่วนร่วมในระดับชุมชน (Empowerment) (แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561-2580), 2561) โดยแนวทางการดูแลรักษา ของกรมสุขภาพจิตแนะนำ ได้แก่ การรักษาด้วยยา ซึ่งรวมไปถึง อาการข้างเคียงที่เกิดจากยา ยาที่ต้องระมัดระวังในการใช้เป็นพิเศษ การดูแลระยะสงบและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การบำบัดทางจิตสังคม การประเมินความพิการ การให้สุขภาพจิตศึกษา และการเยี่ยมบ้าน (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

การให้บริการคลินิกสุขภาพจิตนั้น เมื่ออาการทางจิตกำเริบ มีอาการคลุ้มคลั่ง อาละวาด ญาติจะพาตัวไปรับการรักษายังโรงพยาบาลจิตเวช เมื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาจนอาการทางจิต ทุเลาจะถูกส่งต่อกลับมารับยาต่อเนื่องในแผนกจิตเวชโรงพยาบาลประจำจังหวัดหรือโรงพยาบาล ชุมชน จากการดำเนินงานทางคลินิกนั้นผู้ป่วยที่เกิดอาการทางจิตกำเริบขาดยาและขาดนัดการรักษา นับเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลเสียต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ จากประเด็นปัญหา ที่พบทางกรมสุขภาพจิตได้บูรณาการนโยบายระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชลงสู่ชุมชน โดยกำหนดให้ โรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เปิด บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเพิ่มขึ้น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้โดยสะดวกลด ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ติดตามการรักษาได้ง่ายขึ้น ลดอัตราการกำเริบของโรค และอัตราการขาดนัด การรักษา อย่างไรก็ตามการขาดนัดการรักษายังคงอยู่ในระดับสูงผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอัตราการกำเริบ ค่อนข้างสูงจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องและมาพบแพทย์ตามนัด (น้ำทิพย์ สงวนบุญญพงษ์, 2560) ในการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการขาดนัดการรักษาของผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่าความรู้เรื่องโรคการรักษาด้วยยาความร่วมมือในการรักษา ญาติไม่มีเวลาพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ ไม่มีเงินค่าพาหนะในการเดินทาง ปัญหาด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบนัด การลืมวันนัด และ ประโยชน์ของการมาตรวจตามนัด และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภท (วิริยจันท์ ไชยจันทร์, 2552) และการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการขาดนัดของผู้ป่วยจิตเภทอื่น ๆ ได้แก่ เพศ อายุ และสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการขาดนัด โดยพบว่าผู้ป่วยที่อายุน้อยจะขาดนัดมากกว่า ผู้ที่มีอายุมากส่วนใหญ่เป็นโสดหรืออยู่คนเดียว และพบว่ารายได้บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย ระยะเวลาที่ป่วยสัมพันธ์กับการขาดนัด (น้ำทิพย์ สงวนบุญญพงษ์, 2560) โดยผู้ที่เริ่มป่วยครั้งแรกเมื่อเป็นผู้ใหญ่ เต็มที่ มักจะปรากฏผลการรักษาดีกว่าผู้ป่วยที่แสดงอาการครั้งแรกเมื่ออายุน้อยน่าจะเป็นเพราะผู้ป่วย ได้ผ่านวัยเรียนรู้ และทักษะการใช้ชีวิตมากพอสมควรแล้ว ผู้ป่วยที่สมรสมักมีการพยากรณ์โรคและ คุณภาพชีวิตดีกว่าคนโสดเนื่องจากคู่ชีวิตจะช่วยดูแลเอาใจใส่ให้กำลังใจซึ่งผู้ป่วยโรคจิตเภทมักจะเกิด อาการในช่วงวัยรุ่น ทำให้ขาดโอกาสในการใช้ชีวิตคู่ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับพ่อแม่ การเจ็บป่วยทางจิต ทำให้ครอบครัวต้องประสบปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย การสูญเสียเวลาในการพาผู้ป่วยไปรับการรักษา เพื่อบริการในการดูแลทอดทิ้ง ปล่อยปละละเลยเรื่องการรับประทานยาและการมาพบแพทย์ตามนัด การ เจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตถือเป็นความเครียดของครอบครัว (สันชัย วสุนธรา, 2547) และรายได้เป็น ปัจจัยที่มีผลต่อการรักษา การมาตรวจตามแพทย์นัดต้องมีค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าอาหาร ผู้ป่วย บางรายไม่มีอาชีพ ไม่มีรายได้ ประกอบกับครอบครัวยากจนทำให้ขาดความต่อเนื่องในการรักษา พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยที่ยาวนานจะให้ความร่วมมือในการมาตรวจตาม นัดมากกว่าผู้ป่วยที่เจ็บป่วยในระยะเฉียบพลัน สำหรับสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยขาดนัดการรักษายังพบว่า ส่วนใหญ่เกิดจาก อาการไม่พึงประสงค์จากยารองลงมาายังมีเหลืออยู่ ลืมวันนัด รู้สึกเบื่อหน่าย รู้สึก

อายุ รู้สึกไม่มีประโยชน์คิดว่าหายดีแล้วทำให้ขาดรายได้ อาการทางจิตกำเริบ ติดธุระไม่มีค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ในการวางแผนการช่วยเหลือผู้ป่วยให้ครอบคลุมทุกปัจจัยที่สัมพันธ์กับการขาดนัด โดยเฉพาะกลุ่มที่ อยู่คนเดียว ฐานะยากจน ไม่มีรายได้ ถูกปล่อยปละละเลยขาดการเอาใจใส่ โดยการประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายและทีมสหวิชาชีพในชุมชน (น้ำทิพย์ สงวนบุญญพงษ์, 2560)

สถิติจำนวนผู้ป่วยนอกที่เป็นโรคจิตเภทที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี ในปี พ.ศ. 2558 – 2561 พบว่ามีจำนวน 29,698 29,269 28,042 และ 26,724 ราย ตามลำดับ และจากสถิติจำนวนผู้ป่วยในจำหน่าย ในปี พ.ศ. 2559 - 2561 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภท 1,372, 1,255 และ 1,222 ราย ตามลำดับ ซึ่งจากสถิติจำนวนผู้ป่วยแล้วพบว่า มีแนวโน้มที่ลดจำนวนลงเนื่องจากระบบการกระจายการบริการและส่งต่อกลับไปโรงพยาบาลชุมชนมากขึ้น (รายงานประจำปี รพ.พระศรีมหาโพธิ์, 2561)

ข้อมูลเครือข่ายอำเภอทุ่งศรีอุดม จากการดำเนินงานคลินิกจิตเวชโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าข้อมูลในปีงบประมาณ 2558 – 2562 มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภทจากโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์และโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดมที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม จำนวน 170, 177, 178, 182 และ 184 คน และคิดเป็นอัตรา 0.506, 0.527, 0.53, 0.54 และ 0.55 ต่อประชากร 1,000 ราย ตามลำดับ และจากการดำเนินงานของคลินิกสุขภาพจิตปัญหาที่พบคือ ผู้ป่วยจิตเภทขาดนัด ส่งผลให้รับยาไม่ต่อเนื่อง ซึ่งจากข้อมูล ปีงบประมาณ 2561 และปี 2562 มีจำนวนผู้ป่วยขาดนัดทั้งสิ้น 41 และ 35 คน และพบว่า มีผู้ป่วยจิตเภทเกิดการป่วยซ้ำและกลับมารักษาจำนวน 7 และ 5 ราย ตามลำดับ และมี 1 รายที่อาการกำเริบและฆ่าตัวตาย อีกทั้ง มี 5 รายที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา (คลินิกสุขภาพจิตโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม, 2561) ทั้งนี้ในการดำเนินงานพบปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภทรับประทานยาไม่ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ไม่อยากรับประทานยาเนื่องจากมีประสบการณ์ที่ไม่ดีเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยา และเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ในการรักษา ในด้านผู้ดูแล พบผู้ป่วยจิตเภทบางรายอาศัยอยู่กับผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลที่ไม่ได้อยู่ดูแลเป็นประจำทุกวันจึงเป็นปัญหาในการกำกับกำกับการรับประทานยาในแต่ละวันและเป็นข้อจำกัดในการเดินทางไปรับยาที่โรงพยาบาล ในด้านระบบการดำเนินการบริหารจัดการในคลินิกสุขภาพจิต พบระบบการส่งจ่ายยาที่คลาดเคลื่อน การจ่ายยาที่ยังขาดการทวนสอบความรู้ความเข้าใจ ความร่วมมือในการใช้ยาที่ครอบคลุม ระบบการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทขาดการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง จึงส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องมีโอกาสเกิดการป่วยซ้ำและต้องกลับไปรักษาตัวที่โรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้นความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยเน้นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการขาดนัดขาดยา เพื่อลดการป่วยซ้ำที่อาจส่งผลต่อผู้ป่วยครอบครัว ชุมชน และประเทศ ดังนั้น การศึกษาแนวทางการพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภทของเครือข่ายโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี จึงมีความ

จำเป็นในการจัดการผู้ป่วยจิตเภท อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ไม่เกิดการป่วยซ้ำ สามารถดำเนินชีวิตร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างเป็นปกติสุข ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนมากยิ่งขึ้น

1.2 คำถามการวิจัย

แนวทางการพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภทของเครือข่ายโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี เป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภทของเครือข่ายโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

1.3.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อศึกษา

1.3.2.1 บริบทและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ระบบการจัดการและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของเครือข่ายโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

1.3.2.2 กระบวนการพัฒนาระบบการจัดการของผู้ป่วยจิตเภทของเครือข่ายโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

1.3.2.3 ผลการประเมินการพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภทของเครือข่ายโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

1.4 ประโยชน์ที่ได้รับจากงานวิจัย

1.4.1 พัฒนาระบบเฝ้าระวังและคัดกรองโรคจิตเภทที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ของเครือข่ายของโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

1.4.2 พัฒนาระบบบริการโรคจิตเภททั้งด้านบุคลากร สถานที่การบำบัดรักษาและยาจิตเภทที่สำคัญและจำเป็นในสถานบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ และได้รับการประกันคุณภาพของเครือข่ายของโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

1.4.3 ส่งเสริมและพัฒนาระบบบริการสุขภาพอย่างบูรณาการและเน้นการมีส่วนร่วมในระดับชุมชน (Empowerment) ซึ่งจะส่งผลให้เกิดรูปแบบที่ดีก่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนของเครือข่ายของโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

1.5 ขอบเขตของการวิจัย

เพื่อให้การศึกษาตรงตามประเด็นที่กำหนดและเหมาะสมกับเวลาที่ทำการศึกษา ผู้วิจัยจึงกำหนดขอบเขตการวิจัยไว้ดังนี้

1.5.1 ขอบเขตด้านพื้นที่

พื้นที่ในการศึกษา พื้นที่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี โดยมีระยะเวลาในการทำการศึกษาดังแต่ เดือนมกราคม 2563 – เดือนมีนาคม 2563

1.5.2 ประชากร

ประชากรที่ศึกษาแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

- ระยะที่ 1 ระยะก่อนการดำเนินการ (Phase 1 : Preliminary)

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาในกลุ่มนี้จากจำนวนประชากรผู้ป่วยจิตเภทในเขตเครือข่ายโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 154 คน ผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกประชากร โดยมีเงื่อนไขของการกำหนดคุณสมบัติของประชากรที่จะถูกเลือกมาศึกษา โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) และเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) และคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากประชากรกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทและกลุ่มผู้ดูแลทั้งหมดในเครือข่ายโรงพยาบาล ทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ (Phase 2 : Action)

ประชากรที่ใช้ในการศึกษากลุ่มนี้ ผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกประชากร โดยมีเงื่อนไขของการกำหนดคุณสมบัติของประชากรที่จะถูกเลือกมาศึกษา โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) และเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) โดยมีประชากรเข้าร่วมจำนวนทั้งสิ้น 25 คน

แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล จำนวน 10 คน

1.1 กลุ่มตัวแทนภาคีเครือข่ายตัวแทนผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 11 คน

1.2 กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จำนวน 4 คน ได้แก่ แพทย์ประจำ จำนวน 1 คน เภสัชกรประจำคลินิกสุขภาพจิต จำนวน 1 คน พยาบาลประจำคลินิกสุขภาพจิต จำนวน 1 คน พยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 คน

ระยะที่ 3 ระยะการรวบรวมและประเมินผล (Phase 3 : Evaluation) ใช้ประชากรกลุ่มเดียวกับระยะที่ 1

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) และได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลท่งศรีอุดม ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ อำเภอท่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานีอย่างน้อย 1 ปี และอาศัยอยู่เป็นประจำ

1.6.3 ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ที่พักอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกับผู้ป่วยจิตเภทหน้าที่หลักในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้านความเป็นอยู่ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านอารมณ์จิตใจ ด้านการรักษา และด้านการปรับตัวและการช่วยเหลือตนเอง

1.6.4 ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หมายถึง กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ประจำครอบครัว) และตัวแทนภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องโดยให้การส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีส่วนร่วมในการดูแล ได้แก่ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคมด้านอารมณ์และจิตใจ และด้านการรักษา

1.6.5 ผู้ป่วยจิตเภทขาดยาขาดนัด หมายถึงผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัดและ/หรือ ขาดยา โดยไม่ได้ไปรับรักษาที่สถานพยาบาลอื่นเกิน 1 เดือน

1.6.6 กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข หมายถึง สหวิชาชีพจากโรงพยาบาลท่งศรีอุดม ได้แก่ แพทย์ประจำ เภสัชกรประจำคลินิกจิตเวช พยาบาลประจำคลินิกจิตเวช

1.6.7 การดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่อง หมายถึง การสนับสนุน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการรักษา โดยการให้ยาเม็ดหรือยาฉีดอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการฟื้นฟูทางด้านจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทใช้ชีวิตในสังคมได้เป็นปกติ

1.6.8 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค อาการแสดงของโรค วิธีการรักษาและการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1.6.9 ทักษะที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง การแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิดต่อตัวผู้ป่วยจิตเภทและต่อการรักษา

1.6.10 การมีส่วนร่วม หมายถึง การเปิดโอกาสให้ประชาชนทุกภาคส่วนร่วมมือกันการตัดสินใจ การดำเนินกิจกรรม การติดตามตรวจสอบ และการประเมินผลร่วมกันเป็นไปอย่างมีอิสรภาพ เสมอภาคนำผลที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขพัฒนางานเพื่อพัฒนาหรือใช้ความคิดสร้างสรรค์ และความเชี่ยวชาญของแต่ละคนในการแก้ปัญหาของชุมชนและพัฒนางานในกลุ่มให้มีความโปร่งใสและให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

1.6.11 การจัดการ หมายถึง กระบวนการนำทรัพยากรการบริหารมาใช้ให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามขั้นตอนการบริหาร คือ INPUT PROCESS OUTPUT



บทที่ 2

ปริทัศน์เอกสารข้อมูล

การศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนากระบวนการจัดการผู้ป่วยจิตเภทของเครือข่ายโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยได้ศึกษา ค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎีและทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการวิจัย โดยนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

- 2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท
- 2.2 การรักษาผู้ป่วยจิตเภท
- 2.3 แนวคิดการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท
- 2.4 แนวคิดการพัฒนากระบวนการจัดการ
- 2.5 แนวคิดแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (Strategic Route Map: SRM)
- 2.6 แนวคิดการมีส่วนร่วม
- 2.7 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)
- 2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.9 กรอบแนวคิดงานวิจัย

2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

2.1.1 ความหมายของโรคจิตเภท

World Health Organization (2016a) ได้ให้ความหมายโรคจิตเภทว่า เป็นโรคที่ทำให้เกิดความผิดปกติในด้านบุคลิกภาพ ความคิด และการรับรู้การแสดงอารมณ์ไม่เหมาะสม แต่สภาพความรู้สึกตัวและความสามารถ ทางสติปัญญายังคงปกติแม้ว่าจะมีการสูญเสียของการรับรู้ไปบ้างเมื่อเจ็บป่วยเป็นระยะเวลานานโดยที่ไม่มีสาเหตุมาจากโรคทางกาย โรคของสมอง พิษจากยาหรือสารเสพติด ที่จะเป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

American Psychiatric Association (2015) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทหมายถึง กลุ่มอาการของความผิดปกติที่มีลักษณะอาการของความเจ็บป่วยทางจิตและการทำหน้าที่ต่าง ๆ ลดลง ซึ่งประกอบด้วย อาการแสดงทางบวก ได้แก่อาการหลงผิด ประสาทหลอน พุดจาสับสน พฤติกรรมวุ่นวาย เป็นต้น และอาการแสดงทางลบ ได้แก่อารมณ์เฉยเมย สีหน้าเรียบเฉย ขาดความ

กระตือรือร้น เฉยชา เก็บตัว ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม การงาน หรือกิจกรรมทางสังคม ทำให้มีความบกพร่องในการดำเนินชีวิตประจำวัน

มาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD - 10: International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) โรควิตกกังวล (Schizophrenia) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางความคิดและการรับรู้มีอารมณ์ไม่เหมาะสม โดยระดับความรู้สึกตัวและสติปัญญา มักยังปกติอยู่ ได้แก่ ความคิดแพร่กระจายความหลงผิดในการรับรู้หลงผิดว่าถูกควบคุมหรือถูกขัดขวาง หูแว่วได้ยินคนอื่นนินทา ผู้ป่วยมีความคิดผิดปกติและอาการด้านลบการดำเนินการของโรคจะเป็นแบบต่อเนื่องหรือมีอาการเป็นพัก ๆ และดำเนินการต่อหรือเป็นตลอดเวลาหรือเป็นทั้งสองครั้งแล้วหายสมบูรณ์หรือไม่ก็ได้

กรมสุขภาพจิต (2559) โรควิตกกังวล หมายถึง โรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติของสมอง แสดงออกทางความคิด ความรู้สึก และ พฤติกรรม ที่มีระดับความรุนแรงที่หลากหลาย และมีแนวโน้มที่จะมีอาการต่อเนื่องระยะยาว โดยอาจมีช่วงที่อาการ ดีขึ้นเป็นระยะ

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2558) ให้ความหมายไว้ว่า โรควิตกกังวลเป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิดและพฤติกรรมเป็นอาการเด่น มักพบผู้ป่วยมีอาการหลงผิดหวาดระแวง

สมภพ เรื่องตระกูล (2557) ให้ความหมายไว้ว่าผู้ป่วยโรควิตกกังวล คือ ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรมเป็นเวลอย่างน้อย 6 เดือน โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกายโรคของสมอง พิษจากยาหรือสารเสพติดที่จะเป็นสาเหตุของอาการดังกล่าวอาจเกิดร่วมกับอาการประสาทหลอนหรือไม่ก็ได้

กรกานต์ พึ่งนา (2558) สรุปว่า โรควิตกกังวลเป็นโรคที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ ความรู้สึกอารมณ์และพฤติกรรม มีอาการอย่างน้อย 6 เดือน โดยไม่พบความผิดปกติโรคทางกาย และโรคทางสมองมีลักษณะอาการทางบวก และอาการทางลบ เมื่อเป็นแล้วมักพบว่าไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบซ้ำ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง

สิรินภา ยะมะโน (2561) ให้ความหมายว่า โรควิตกกังวลเป็นภาวะความเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตอย่างหนึ่งที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม โดยไม่มีอาการทางกายหรือสูญเสียการทำงานของสมอง ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรม ความคิด แตกต่างไปจากบุคคลทั่วไป มีความติดไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมทั่วไป อีกทั้งมีการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมที่ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริงในการดำเนินชีวิต

ชุตินา ทองอยู่ (2557) สรุปว่าเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด พฤติกรรม อารมณ์ และการรับรู้ โดยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 6 เดือน โดยไม่มีอาการของโรคทางกายโรคทางสมองที่เป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

สรุปได้ว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์และพฤติกรรม แต่จะมีความผิดปกติของความคิดและพฤติกรรมเป็นอาการเด่น โดยอาการแสดงทางบวก ได้แก่อาการหลงผิด ประสาทหลอน พุดจาส์สน พหุติกรรมรุ่มนวย และอาการแสดงทางลบ ได้แก่อาการเฉยเมย สีหน้าเรียบเฉย ขาดความกระตือรือร้น เฉยชา เก็บตัว ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม การงาน หรือกิจกรรมทางสังคม โดยไม่พบความผิดปกติโรคทางกายและโรคทางสมอง ซึ่งเมื่อเป็นแล้วมักพบว่าไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบซ้ำ อาจมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างผู้ป่วยมักจะมีอาการหลงผิด หวาดระแวง ซึ่งอาจเกิดร่วมกับอาการประสาทหลอนหรือไม่ก็ได้ โดยผู้ป่วยไม่มีอาการทางกายหรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะส่วนใดและมีระยะเวลาการป่วย 6 เดือนขึ้นไป

2.1.2 ปัจจัยพื้นฐานและปัจจัยส่งเสริมของการเกิดโรคจิตเภท

การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยพื้นฐานและปัจจัยส่งเสริมของการเกิดโรคจิตเภทโรคจิตเภททั้งในประเทศและต่างประเทศได้ทำการศึกษากว้างขวาง แต่ปัจจุบันยังไม่สามารถระบุสาเหตุที่แน่ชัดของการเกิดโรคจิตเภทได้ มีเพียงข้อสันนิษฐานว่าเกิดจากสาเหตุและปัจจัยหลายอย่างร่วมกัน โดยแนวคิดที่ยอมรับกันอย่างแพร่หลายในปัจจุบันคือ Stress - diathesis model ซึ่งมีแนวคิดที่ว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีปัจจัยพื้นฐานที่เสมือนเป็นจุดอ่อนบางอย่างของตัวผู้ป่วยเองอยู่แล้ว เช่น พันธุกรรม บุคลิกภาพที่ผิดปกติ เป็นต้น และเมื่อมาพบสภาพความกดดันทางจิตใจหรือเหตุการณ์ที่มีผลต่อภาวะจิตใจบางประการอันเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้นมา (Able & Nickl-Jockschat, 2016; Baldwin, 2016)

ปัจจัยพื้นฐานและปัจจัยส่งเสริมของการเกิดโรคจิตเภท ได้แก่

2.1.2.1 ปัจจัยด้านชีวภาพ (Biological factors)

แนวคิดปัจจัยด้านชีวภาพเชื่อว่าโรคจิตเภทเป็นโรคความผิดปกติของสมอง (Brain disorder) โดยมีการศึกษาวิจัยที่พบหลักฐานทางชีวภาพสนับสนุนค่อนข้างมาก ได้แก่

1) ปัจจัยด้านพันธุกรรม (Genetic factor) จากการศึกษาด้านพันธุศาสตร์พบว่ายีนที่ผิดปกติซึ่งพบได้ในผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความสัมพันธ์กับ โครโมโซมคู่ที่ 6 (สมภพ เรืองตระกูล, 2557) และในการศึกษาเกี่ยวกับเครือญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่าญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้น มีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไป โดยยังมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากยิ่งขึ้นมีโอกาสเกิดโรคสูง

2) ปัจจัยด้านระบบสารชีวเคมีในสมอง (Biochemical factor) สมมติฐานเกี่ยวกับการเกิดโรคจิตเภทที่สัมพันธ์กับระบบสารชีวเคมีในสมองที่ได้รับการยอมรับกันอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน ได้แก่ สมมติฐานโดปามีน (Dopamine hypothesis) ซึ่งเชื่อว่ามีปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวกับการทำงานของโดปามีนที่ผิดปกติไปและยังมีความผิดปกติของสารชีวเคมีในสมองตัวอื่นด้วย

(มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2558; สมภพ เรื่องตระกูล, 2557; Lieberman, Stroup, & Perkins, 2011; Schulz, Green, & Nelson, 2016) ได้แก่

(1) การทำงานมากเกินไปของโดปามีน (Dopamine hyperactivity) โดยเฉพาะบริเวณของสมองในส่วน Mesolimbic tract และ Mesocortical tract และอาจเป็นความผิดปกติของ Post-synaptic receptor เนื่องจากการศึกษาทางเภสัชจลนศาสตร์พบว่ายาต้านอาการทางจิต (Antipsychotic drug) นั้น ออกฤทธิ์โดยการยับยั้ง Dopamine Receptor Type 2 ทำให้อาการทางจิตลดลงได้และพบว่ายาหรือสารที่เพิ่ม Dopamine activity เช่น Amphetamine ทำให้เกิดอาการทางจิตได้

(2) ความบกพร่องของ Dopamine ในบริเวณ Prefrontal cortex ทำให้เกิดอาการทางด้านลบ ร่วมกับมีความผิดปกติในการหลั่งโดปามีน (Dopamine dysregulation) ที่บริเวณ Striatum โดยเกิดความผิดปกติของการปล่อย Dopamine ทำให้เกิดอาการทางด้านบวก

(3) ความผิดปกติของภาวะสมดุลระหว่างซีโรโทนิน (Serotonin) กับโดปามีน (Dopamine) ทั้งนี้จากการศึกษาทางเภสัชจลนศาสตร์พบว่ายาต้านอาการทางจิตกลุ่มใหม่ คือ Clozapine และ Risperidone มีความสัมพันธ์กับ Serotonin Receptor มากกว่า Dopamine D2 Receptor โดยทั้ง Clozapine และ Risperidone มีฤทธิ์เป็นทั้ง Dopamine และ Serotonin antagonist

(4) นอกจากนี้ยังพบว่ามีความผิดปกติของสารชีวเคมีในสมองตัวอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเกิด โรคจิตเภท เช่น Serotonin และ Norepinephrine ทำงานมากเกินไป สำหรับ Gamma-aminobutyric acid (GABA) พบว่าถ้าทำงานน้อยลง จะทำให้ Dopamine ทำงานมากเกินไป และพบว่าเกิดการเกิดโรคจิตเภทสัมพันธ์กับ Glutamate และ Acetylcholine ทำงานน้อยลงด้วย เป็นต้น

3) ปัจจัยด้านกายวิภาคของสมอง (Anatomy of the brain factor) จากการศึกษาสมองผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เสียชีวิตแล้วพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความผิดปกติของกายวิภาคสมองในหลายส่วน ดังนี้ สมองส่วน Limbic System ซึ่งมีหน้าที่เกี่ยวกับความจำอารมณ์ การแสดงออกทางอารมณ์ และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นที่มีความผิดปกติ, สมองส่วน Cerebral ventricle โตกว่าปกติซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้โดยส่วนใหญ่มีอาการด้านลบเป็นอาการเด่น การตอบสนองต่อการรักษาไม่ดี และมีการพร่องทางด้าน Cognition ร่วมด้วย, สมองส่วน Prefrontal cortex ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับประสบการณ์ด้านต่าง ๆ รวมทั้งการแสดงอารมณ์ มีความผิดปกติ โดยพบลักษณะของ Prefrontal atrophy การมีปริมาณเนื้อสมองน้อยกว่าปกติโดยเฉพาะในส่วนของ Cortical gray matter และจากการศึกษาโดย MRI study (Magnetic Resonance Imaging) พบว่ามีการเรียงตัวของเซลล์ประสาทในบริเวณ Hippocampus ของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ไม่เป็นระเบียบ (มาโนช หล่อตระกูล และ

ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558; สมภพ เรื่องตระกูล, 2557; Baldwin, 2016; Weinberger & Harrison, 2011)

4) ปัจจัยด้านประสาทสรีรวิทยา (Neurophysiological factor) จากการศึกษา ด้านประสาทสรีรวิทยา ของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เสียชีวิตแล้ว พบว่าความผิดปกติคือมีภาวะ Hypofrontality คือมี ระดับของ Glucose utilization และ Cerebral blood flow ของบริเวณ Frontal lobe ลดน้อยลง และ แนวคิดในปัจจุบันเชื่อว่า โรคจิตเภทเป็นโรคของ Disturbed neural connectivity โดยการทำงานของสมองในผู้ป่วยโรคจิตเภทมิได้เป็นจากความผิดปกติเฉพาะบริเวณใด บริเวณหนึ่งของสมอง หากแต่เป็นความผิดปกติในการทำงานของสมองหลาย ๆ วงจรที่เกี่ยวข้องกัน ทั้งในระดับ Cortical connectivity และ Subcortical connectivity (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558; สมภพ เรื่องตระกูล, 2557; Lieberman, Stroup & Perkins, 2011; (Sadock et al., 2015)

5) ปัจจัยด้านการทำงานของต่อมไร้ท่อ (Endocrinological factor) เช่น การเป็นโรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษ (Hyperthyroidism) มีอาการหงุดหงิด กระวนกระวาย มีความเครียด มีอารมณ์เศร้า เฉื่อยชา ความจำเสื่อม และมีอาการทางจิต จนอาจกลายเป็นโรคจิตเภท สำหรับโรคขาดฮอร์โมนจากต่อมไทรอยด์ (Hypothyroidism) ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลียเฉื่อยชา ความจำเสื่อม อารมณ์เฉยเมย ไม่อยากพูด ประสาทหลอน และมีอาการซึมเศร้า (Baldwin, 2016; Weinberger & Harrison, 2011)

6) ปัจจัยด้านการได้รับความกระทบกระเทือนทางสมอง (Brain damaging factor) เมื่อสมองได้รับอุบัติเหตุและได้รับความกระทบกระเทือนมากจนเกิดพยาธิสภาพของเซลล์ของ สมองหรืออาจมีเลือดออกภายใน เนื้อสมองจนเลือดไปกดดันเนื้อเยื่อของสมอง ทำให้เซลล์ของสมอง เสื่อมไปตามความรุนแรงของอุบัติเหตุและพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น จนทำให้เกิดความผิดปกติทางจิตได้ (Able & Nickl-Jockschat, 2016; Baldwin, 2016)

2.1.2.2 ปัจจัยด้านจิตใจ (Psychological factors)

แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยด้านจิตใจเชื่อว่าสภาวะทางจิต ความสามารถในการคิด ความรู้สึกผิดชอบ ลักษณะบุคลิกภาพประสบการณ์ในอดีต แรงจูงใจ การใช้กลไกทางจิต และความ มีอำนาจในการควบคุมตนเอง มีผลต่อผู้ป่วยและเป็นสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทได้ ดังนี้

1) ทฤษฎีจิตวิเคราะห์และทฤษฎีจิตวิทยาพัฒนาการเชื่อว่า โรคจิตเภทมีสาเหตุ มาจากความผิดปกติของพัฒนาการทางบุคลิกภาพของบุคคลในวัยเด็กโดยเฉพาะในช่วงปีแรก มีผลให้ เกิดพยาธิสภาพส่วนที่ทำหน้าที่ในการปรับตัว การควบคุมพฤติกรรม และการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ผู้ป่วยเลือกใช้กลไกทางจิตในลักษณะที่ไม่เหมาะสม เช่น ถดถอย (Regression) การโทษคนอื่น (Projection) และการแยกตัวจากสังคม (Withdrawal) เป็นต้น เมื่อกลไกเหล่านี้ช่วยลดความกังวล

ได้ก็จะกลายเป็นพฤติกรรมที่ถาวร และเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้พัฒนาเป็นโรคจิตเภทได้ (Baldwin, 2016; Sadock et al., 2015)

2) การรับรู้และไวต่อความเครียดมากกว่าปกติ รวมทั้งมีความสามารถในการตอบสนองต่อความเครียดที่ไม่ดีเมื่อพบกับสภาพกดดันบางประการจึงทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้นมา (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557; Sadock et al., 2015; Weinberger & Harrison, 2011)

3) ความขัดแย้งในจิตใจที่เกิดจากสัญชาตญาณธรรมชาติที่มีมากและไม่สามารถควบคุมได้ ขาดสำนึกในการควบคุมตนเอง และความรู้สึกลึกซึ้ง ชอบ ชั่ว ดี ชอบเอาชนะ และขัดแย้งกับผู้อื่น เกิดความคับข้องใจ ไม่แน่ใจ (Castle & Buckley, 2015; Sadock et al., 2015;

4) การได้รับความกระทบกระเทือน การถูกทารุณกรรมทางด้านร่างกาย หรือจิตใจในวัยเด็ก ส่งผลให้เกิดบาดแผลทางใจและมีภาวะทางจิตที่เปราะบางไป และถ้าบุคคลที่ไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น มีการจัดการที่ล้มเหลวหรือไม่สามารถปรับตัวได้ส่งผลให้มีการใช้กลไกทางจิตที่ผิดปกติซึ่งส่งเสริมการเกิดอาการของโรคจิตเภท (Lieberman, Stroup & Perkins, 2011; Weinberger & Harrison, 2011)

2.1.2.3 ปัจจัยด้านบุคลิกภาพ (Personality factors)

การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านบุคลิกภาพของผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่ามีความสัมพันธ์กับบุคลิกภาพที่ผิดปกติโดยเฉพาะในกลุ่ม Cluster A ได้แก่ Paranoid Personality มีลักษณะเด่นของบุคลิกภาพแบบไม่วางใจและมีความสงสัยในบุคคลอื่น (Distrust and suspiciousness of others) ทำให้มองวัตถุประสงค์ของพฤติกรรมของบุคคลอื่นในทางมุ่งร้ายกับตนเอง พบในชายมากกว่าหญิง Schizoid Personality มีลักษณะเด่นของบุคลิกภาพแบบขาดสัมพันธ์ทางสังคม และพบว่ามีการจำกัดการแสดงออกทางอารมณ์ในสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Detachment from social relationships and a restricted range of expression of emotions in interpersonal settings) พบในชายมากกว่าหญิง และ Schizotypal Personality มีลักษณะเด่นของบุคลิกภาพแบบบกพร่องด้านสัมพันธ์ทางสังคม มีความคิดและการรับรู้ที่ผิดแปลกไปจากปกติ และมีพฤติกรรมแปลกแตกต่าง ซึ่งเป็นบุคลิกภาพที่สามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้ และเป็นบุคลิกภาพที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นโรคจิตเภทที่มากที่สุด (Gray & Bjorklund, 2014; 2016)

2.1.2.4 ปัจจัยด้านครอบครัว (Family factors)

แนวคิดด้านครอบครัวเชื่อว่าสภาพครอบครัว การเลี้ยงดูและสิ่งแวดล้อมในครอบครัว มีอิทธิพลต่อสภาพจิตใจของบุคคล ส่งผลต่อการเกิดโรคจิตเภท ได้แก่

1) สภาพครอบครัวที่มีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง (High expressed-emotion; EE) มีผลต่อการกำเริบของโรค ได้แก่การตำหนิวิพากษ์วิจารณ์ (Criticism) มีทำที่ที่ไม่เป็นมิตร (Hostility)

หรือจู้จี้เกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป (Emotion over involvement) (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557; Reddy & Keshavan, 2015; Thoburn & Sexton, 2016)

2) การศึกษาด้านครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเภทพบว่า ส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวไม่ดี หรือมีการแสดงความห่างเหินทางอารมณ์ระหว่างคนในครอบครัว (Emotional under-involvement) หรือมีปัญหาครอบครัวแตกแยก รวมทั้งต้องสูญเสียพ่อแม่ตั้งแต่เด็ก (Reddy & Keshavan, 2015)

3) การศึกษาด้านจิตเวชเด็ก พบว่า เด็กที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่มีบิดามารดาที่มีความขัดแย้งกัน พยายามดึงเด็กมาเป็นพวกของตน ในที่สุดเด็กเกิดความลังเลไม่แน่ใจ (Ambivalence) ซึ่งเป็นอาการสำคัญของ โรคจิตเภท หรือบิดามารดาที่เลี้ยงลูกแบบปกป้องมากเกินไป เด็กไม่สามารถพัฒนาบุคลิกของตนได้เหมาะสม (Rado & Janicak, 2016; Reddy & Keshavan, 2015)

4) มารดาที่เป็นสาเหตุของโรคจิตเภท (Schizophrenic mother) จะมีลักษณะดังต่อไปนี้คือเข้าไม่ถึงจิตใจของบุตร (Emotional withholding) ครอบงำบุตร (Domineering) และมีทัศนคติไม่ยอมรับบุตร ทำให้เมื่อโตขึ้นมีความขัดแย้งทางใจเกี่ยวกับการไว้วางใจผู้อื่น จะโกรธผู้อื่น มารดาอย่างนี้อาจจะมีลักษณะว่าปกป้องบุตรจนเกินไปหรือปฏิเสธบุตรอย่างชัดเจน ทฤษฎีนี้เน้นการกล่าวโทษมารดาเพียงฝ่ายเดียวโดยไม่มองบริบทอื่น ๆ จึงไม่ได้รับความเชื่อถือในปัจจุบัน (Thoburn & Sexton, 2016; Weinberger & Harrison, 2011)

5) การสื่อสารภายในครอบครัวเป็นแบบ Double bind communication บิดามารดามักจะพูดแบบคลุมเครือไม่เที่ยงตรง (Imprecise) เป็นการสื่อสารชนิดที่บังคับบุตรให้อยู่ในสถานการณ์ที่ต้องเลือก 2 ทาง ทางเลือกในแต่ละทางมีความขัดแย้งในตัวเองก่อให้เกิดความรู้สึกเจ็บปวดทรมานไม่ได้พอ ๆ กัน และไม่ว่าจะเลือกทางใดก็ผิดแต่ต้องเลือก โดยไม่ให้ออกาสวิพากษ์วิจารณ์ใด ๆ (Rado & Janicak, 2016; Reddy & Keshavan, 2015)

6) ชีวิตสมรสหรือชีวิตโสดที่มีปัญหายุ่งยาก การศึกษาเกี่ยวกับโรคจิตเภทพบว่า เกิดในพวกกลุ่มบุคคลที่มีสถานภาพโสดมากกว่าบุคคลที่สมรสแล้ว อาจเป็นเพราะชีวิตสมรสช่วยให้คู่สมรสมีเพื่อนที่ปรึกษา เพื่อนคุย หรือช่วยแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น นอกจากนี้โรคจิตเภทพบได้ในกลุ่มบุคคลที่มีปัญหากับคู่สมรสเช่นกัน (Reddy & Keshavan, 2015; Thoburn & Sexton, 2016)

2.1.2.5 ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม (Sociocultural factors)

จากการศึกษาด้านสังคมและวัฒนธรรมพบว่าสภาพแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อการป่วยเป็นโรคจิตเภท ได้แก่

1) ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทพบมากในผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจต่ำ ซึ่งมีสมมติฐานว่าอาจเป็นเพราะสภาพสังคมและเศรษฐกิจบีบคั้นทำให้เกิดความเครียดและเป็นโรคจิตเภท (Social causation hypothesis) หรืออาจเป็นเพราะการที่ผู้ป่วยมีอาการโรคจิตอยู่เรื่อย ๆ ทำให้สถานภาพทางสังคมต่ำลงกว่าเดิม (Downward drift hypothesis) (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557; (Baldwin, 2016; Castle & Buckley, 2015)

2) ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning theory) อธิบายว่าในวัยเด็กของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีแนวโน้ม การคิดอย่างไม่เหตุผลโดยเลียนแบบมาจากบิดามารดา ซึ่งอาจจะมีปัญหาทางจิตใจอยู่ด้วย และมีความบกพร่องในทักษะทางสังคมเนื่องจากไม่สามารถเรียนรู้ได้ดีพอเป็นเหตุให้ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีระหว่างบุคคล (Gray & Bjorklund, 2014)

3) ผู้ป่วยโรคจิตเภทพบว่ามีความสัมพันธ์กับการใช้สุราและสารเสพติดต่าง ๆ เป็นระยะเวลายาวนาน เมื่อผู้ป่วยดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดต่าง ๆ เหล่านี้จนติดแล้วหากไม่ได้ดื่มสุราหรือเสพสารเสพติด จะทำให้เกิดอาการแปรปรวนทางจิต เช่น หงุดหงิด ทูรนทูราย ประสาทหลอน หมดความละเอียด ก้าวร้าว ชอบทะเลาะวิวาท คมสติไม่อยู่ และมักทำร้ายร่างกายผู้อื่น และทำร้ายตัวเอง เป็นต้น (Lieberman, Stroup & Perkins, 2011; Sadock, Sadock & Ruiz, 2015)

สรุป สาเหตุของโรคจิตเภท ปัจจุบันยังไม่ทราบแน่ชัดว่าสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทนั้นมาจากสาเหตุใด เชื่อว่าเป็นความผิดปกติของสมองคือ ปัจจัยทางชีวภาพ ได้แก่ พันธุกรรม ระบบเคมีในสมอง กายวิภาคของสมอง ประสาทสรีรวิทยา ปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม ได้แก่ การใช้อารมณ์ต่อกันในครอบครัวและเศรษฐกิจฐานะต่ำ ปัจจัยด้านจิตใจ อาจเกิดจากความผิดปกติจากพัฒนาการทางบุคลิกภาพของบุคคลในวัยเด็กส่งผลต่อการปรับตัว ควบคุมพฤติกรรม และการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นและปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม เช่น ปัญหาเสพติด ปัญหาการติดสุรา ปัญหาทางเพศบางอย่างและโรคที่นับรวมเฉพาะวัฒนธรรม ปัจจัยนี้มีความหมายรวมไปถึงศาสนาและการเมือง ทั้งนี้โรคจิตเภทอาจจะไม่เกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งแต่อาจเกิดจากหลายปัจจัยรวมกัน

2.1.3 ลักษณะอาการทางคลินิก

การศึกษาเกี่ยวกับโรคจิตเภท พบว่าผู้ป่วยมีลักษณะเด่นของความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้พฤติกรรม และอารมณ์ส่งผลให้มีการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง และการทำหน้าที่ต่าง ๆ บกพร่องหรือลดลง ในปี ค.ศ.1980 ที่เจ โครว (T.J.Crow) จิตแพทย์ชาวอังกฤษ ได้จำแนกลักษณะอาการทางคลินิกของโรคจิตเภทออกเป็น 2 กลุ่มประกอบด้วย กลุ่มอาการด้านบวก (Positive symptoms) และกลุ่มอาการด้านลบ (Negative symptoms) ซึ่งยังเป็นที่ยอมรับแพร่หลายและนำมาใช้อ้างอิงจนถึงปัจจุบัน (สันชัย วสุนธรา, 2547; สมภพ เรื่องตระกูล, 2557; Castle & Buckley, 2015)

2.1.3.1 กลุ่มอาการด้านบวก (Positive symptoms)

เป็นภาวะที่มีมากเกินไปในสิ่งที่คนทั่วไปควรมีหรือบิดเบือนไปมาก (Distortion) พบมากในช่วงระยะอาการกำเริบของโรค สามารถแบ่งตามลักษณะอาการออกเป็น 2 ด้านใหญ่ๆ คือ ด้านอาการโรคจิต (Psychotic dimension) และด้านความคิดพฤติกรรมที่ไม่เป็นระบบ (Disorganized dimension)

1) ด้านอาการโรคจิต (Psychotic dimension) ได้แก่อาการหลงผิด และอาการประสาทหลอน

(1) อาการหลงผิด (Delusion) เป็นความเชื่อหรือความคิดของผู้ป่วยที่ผิดไปจากความเป็นจริง เป็นความเชื่อที่ฝังแน่น ไม่ว่าจะมียุทธศาสตร์ หรือเหตุผลมาหักล้าง ผู้ป่วยก็ยังคงไม่เปลี่ยนความเชื่อของตน ความหลงผิดที่พบในผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้แก่ Delusion of persecution อาการหลงผิดคิดว่าตนเองถูกปองร้าย กลั่นแกล้ง รู้สึกเหมือนมีคนคอยติดตามเพื่อจะทำร้าย หรือคิดไปเองว่ามีคนชู่จะทำร้าย, Delusion of grandeur อาการหลงผิดคิดว่าตนเองมีอำนาจ มีความสามารถพิเศษเป็นบุคคลสำคัญ มีบารมีเหนือกว่าผู้อื่น, Delusion of reference อาการหลงผิดคิดว่าผู้อื่นพูดเรื่องราวเกี่ยวกับตน นินทาว่าร้าย หรือคิดว่าเรื่องต่าง ๆ ที่เกิดในโทรทัศน์ วิทยุเป็นไปเพื่อสื่อความหมายถึงตนเองในทางที่ไม่ดี, Delusion of being controlled อาการหลงผิดว่าการกระทำ ความคิดและความรู้สึกของตน ถูกควบคุมโดยอำนาจภายนอก, Delusion of nihilistic อาการหลงผิดว่าส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายขาดหายไป, Delusion of jealousy อาการหลงผิดว่าคู่ครองของตนเองนอกใจ, Delusion of thought broadcasting อาการหลงผิดว่าความคิดของตนเองกระจายออกนอกตัว ทำให้ผู้อื่นสามารถล่วงรู้ความคิดของตน, Delusion of thought insertion อาการหลงผิดว่าความคิดที่มีอยู่ไม่ใช่ของตน แต่เป็นความคิดของคนอื่นใส่เข้ามาในสมองตน, Delusion of thought withdrawal อาการหลงผิดว่าความคิดถูกดึงออกไปจากสมองของตนเอง, Erotomanic delusion อาการหลงผิดว่ามีคนอื่นมารักตนเอง ซึ่งมักเป็นบุคคลที่มีชื่อเสียงหรือมีสถานภาพสูงกว่า, Somatic delusion อาการหลงผิดคิดว่าตนเองเจ็บป่วยทางร่างกาย บางรายมีความรู้สึกว่ามีแมลงอยู่ในผิวหนัง บางรายคิดว่าอวัยวะภายในของตนเองไม่ทำงาน และ Bizarre delusion อาการหลงผิดที่มีลักษณะความเชื่อและความคิดแปลกที่เป็นไปไม่ได้เลยเป็นความหลงผิดที่มีลักษณะเด่นในผู้ป่วยโรคจิตเภท และไม่ค่อยพบในโรคจิตอื่น ๆ เช่น เชื่อว่าตนเองมีเครื่องดักจับสัญญาณคลื่นไฟฟ้าอยู่ในสมอง เชื่อว่าเลือดภายในตัวเป็นสีเขียว เป็นต้น

(2) อาการประสาทหลอน (Hallucination) เป็นอาการที่มีการรับรู้ปกติโดยที่ไม่มีสิ่งกระตุ้น ซึ่งเป็นได้กับการรับรู้ทางประสาทสัมผัสทั้งห้า ได้แก่ รูป รส กลิ่น เสียง และสัมผัส อาการประสาทหลอนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้แก่ Auditory hallucination อาการประสาทหลอนทางการได้ยิน หรืออาการหูแว่ว พบได้บ่อยที่สุดในผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยผู้ป่วยมักได้ยิน

เสียงคนพูดเป็นเรื่องเป็นราว ลักษณะที่พบบ่อยคือได้ยินเสียงคนพูดกันเรื่องของผู้ป่วย (Voice discussing) เสียงวิจารณ์พฤติกรรมของผู้ป่วย (Voice commenting), Visual hallucination อาการประสาทหลอนทางการมองเห็น หรือภาพหลอน ผู้ป่วยอาจเห็นคนใกล้ขีด เห็นเจ้าพ่อเจ้าแม่ และมักมีอาการหูแว่วร่วมด้วย, Olfactory hallucination อาการประสาทหลอนทางการได้กลิ่น ผู้ป่วยบอก หรือแสดงอาการว่าตนเองได้กลิ่นแปลก ๆ แตกต่างไปจากคนอื่น, Tactile hallucination อาการประสาทหลอนทางการสัมผัส ผู้ป่วยมีความรู้สึกเหมือนมีอะไรมาไต่ตามตัวหรือมีความรู้สึกแปลก ๆ ตามผิวหนังและ Gustatory hallucination อาการประสาทหลอนทางการรับรส ผู้ป่วยมีการรับรู้รสแปลก ๆ เช่น บอกว่ารสชาติของอาหารที่รับประทานแปลกไป อาจพบได้ในผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง

2) ด้านความคิด พฤติกรรมที่ไม่เป็นระบบ (Disorganized dimension) ได้แก่ ความผิดปกติของการพูด และความผิดปกติของพฤติกรรม

(1) ความผิดปกติของการพูด (Disorganized speech) เป็นอาการที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ไม่สามารถลำดับความคิดและขาดความคิดในการเชื่อมโยงของเหตุผล อาการที่พบบ่อย ได้แก่ Loosening of association การพูดที่ฟังไม่รู้เรื่อง คำพูดไม่ต่อเนื่องกันเป็นเรื่องราว เปลี่ยนจากเรื่องหนึ่งไปเป็นเรื่องหนึ่งโดยขาดการเชื่อมโยงของเหตุผล ทำให้ไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ , Circumstantiality การพูดอ้อมค้อม ไม่ตรงจุดและ Tangentiality การพูดออกนอกเรื่องไม่ตรงกับเรื่องราวที่ถามหรือต้องการพูด

(2) ความผิดปกติของพฤติกรรม (Disorganized behavior) เป็นอาการทางพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วยโรคจิตเภทในลักษณะต่าง ๆ ได้แก่ Agitation การอยู่นิ่ง กระวนกระวาย พลุ่งพล่าน ผุดลุกผุดนั่งตลอดเวลา, Inappropriate dressing การแต่งตัวในลักษณะแปลกประหลาด เช่น สวมเสื้อหลายตัวทั้งที่อากาศร้อนจัด ใส่เสื้อผ้าสีฉูดฉาดไม่เหมาะสมหรือแต่งกายสกปรก, Inappropriate action การกระทำที่ไม่เหมาะสม เช่น การปัสสาวะในที่สาธารณะ หรือการร้องตะโกนโดยไม่มีเรื่องอะไรมากระตุ้น, Rigidity การที่แขนขาหรือลำตัวของผู้ป่วยมีอาการแข็งเกร็ง แม้จะถูกงอแขน หรือขา ก็จะต้านไว้อยู่ตลอด, Negativism มีลักษณะของการกระทำที่ตรงข้ามกับคำสั่ง เช่น พยาบาลบอกให้ผู้ป่วยกำมือแต่ผู้ป่วยกลับแบมือ, Waxy flexibility การที่ผู้ป่วยอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งเป็นเวลานานผิดปกติโดยเฉพาะเมื่อจับผู้ป่วยให้อยู่ในท่านั้น, Catatonic stupor การอยู่นิ่งและไม่มีการเคลื่อนไหว รวมทั้งไม่รับรู้และไม่มีปฏิกิริยาต่อสิ่งแวดล้อม มักมีอาการร่วมกับการไม่พูด , Catatonic posturing การที่ผู้ป่วยผู้ป่วยอยู่ในท่าใดท่าหนึ่ง ซึ่งเป็นท่าทางที่มีลักษณะแปลกประหลาดเป็นเวลานาน ๆ

2.1.3.2 กลุ่มอาการด้านลบ (Negative symptoms)

เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่วไปควรมีเช่น ในด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่าง ๆ โดยรวมแล้วมีการแสดงออกลดลงมาก (Activity fatigue) เป็นอาการที่แสดงถึงการไม่ทำหน้าที่หรือทำหน้าที่ลดลง ซึ่งหน้าที่นี้ได้เคยมีอยู่ในระยะก่อนเกิดโรค ส่วนใหญ่พบได้ตั้งแต่ในระยะแรกและต่อเนื่องมาจนถึงระยะหลังของการดำเนินโรค อาการในกลุ่มนี้ ได้แก่ Alogia พูดน้อย เนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบหรือตอบคำถามสั้น ๆ ไม่สนใจที่จะตอบ, Affective flattening สีหน้าของผู้ป่วยเรียบเฉย การแสดงออกทางด้านอารมณ์ลดลงมาก ไม่ค่อยสบตา, Avolition ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ทำอะไรได้ไม่ค่อยนานก็เลิกทำโดยไม่มีเหตุผล ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย ผู้ป่วยอาจนั่งอยู่เฉย ๆ ทั้งวันโดยไม่ทำอะไร และ Asociality เก็บตัว เฉย ๆ ไม่ค่อยแสดงออก ไม่มีสัมพันธภาพกับใคร หรือไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน

ในระยะอาการกำเริบ อาการสำคัญส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มอาการด้านลบ ส่วนกลุ่มอาการด้านลบนั้นมักพบในระยะหลังของโรค และไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาเหมือนกลุ่มอาการด้านบวก ในปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยยังมีอาการอีกกลุ่มอาการหนึ่ง ได้แก่ Cognitive dysfunction หลายคนมีความเห็นว่าอาจเป็นอาการสำคัญพื้นฐานของโรคนี้ มักพบได้ก่อนเกิดอาการกำเริบชัดเจน อาการเหล่านี้ได้แก่ สมาธิแย่ง การตีความสิ่งต่าง ๆ และการตอบสนองบกพร่องไป มีความบกพร่องในด้านการจดจำชั่วคราวเพื่อใช้งาน (Working memory) การตีความสิ่งต่าง ๆ และการตอบสนองบกพร่องไป และการไม่สามารถคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผล เป็นต้น

สรุปได้ว่า อาการหลักที่พบในผู้ป่วยจิตเภทแบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ ๆ ได้เป็น 5 กลุ่มอาการ คือกลุ่มอาการด้านบวกหรือเรียกได้ว่าเป็นอาการที่ผู้ป่วยแสดงออกมามากกว่าคนปกติโดยทั่วไป ได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน กลุ่มอาการด้านลบหรือเรียกว่าเป็นภาวะของผู้ป่วยที่ขาดในสิ่งที่คนทั่ว ๆ ไปควรมี เช่น ด้านความรู้สึก การพูด หรือการทำกิจกรรม กลุ่มอาการด้านการรับรู้และการจดจำ เช่น ไม่มีสมาธิ การตีความและการจดจำสิ่งต่าง ๆ บกพร่อง กลุ่มอาการด้านอารมณ์ ได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้า รู้สึกผิด วิดกกังวล หงุดหงิด ก้าวร้าว แต่อาการเหล่านี้ไม่มีน้ำหนักในการวินิจฉัยโรค และกลุ่มสุดท้ายคือกลุ่มอาการอื่น ๆ คือ ไม่ตระหนักว่าตนเองมีความผิดปกติหรือป่วยแม้จะเกิดอาการกำเริบหลายครั้งแล้วก็ตาม

2.1.4 การจำแนกโรค

การจำแนกโรคจิตเภทที่ใช้ปัจจุบันมี 2 สถาบัน ได้แก่ การจำแนกโรคตามระบบ DSM-5 (The 5th Edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder) โดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association) และระบบ ICD-10 (The 10th Edition of the International Classification Diseases) โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ดังนี้

2.1.4.1 การจำแนกโรคจิตเภทตาม DSM-5

การจำแนกชนิดของโรคจิตเภทที่พบได้บ่อยตามการวินิจฉัยโรคของ DSM-5 โดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557; American Psychiatric Association, 2015; Morrison, 2014) ได้แก่

1) Catatonic type ลักษณะสำคัญของอาการทางคลินิก คือเป็นกลุ่มที่มีความผิดปกติเด่นด้านการเคลื่อนไหว ได้แก่ Catatonic stupor, Negativism, Rigidity, หรือ Catatonic posturing

2) Disorganize type ลักษณะสำคัญของอาการทางคลินิก คือความคิดกระจัดกระจายไม่เป็นไปในแนวเดียวกันแสดงออกมาทางคำพูดหรือท่าทาง เช่น Loosening of association มาก หรือมีพฤติกรรมเรื่อยเปื่อย วุ่นวาย นอกจากนี้การแสดงออกด้านอารมณ์จะเรียบเฉย หรือไม่เหมาะสมอย่างเห็นได้ชัด

3) Paranoid type ลักษณะสำคัญทางคลินิก คือมีความหมกมุ่นอยู่กับอาการหลงผิดหรือหูแว่ว เป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุด ผู้ป่วยมักเริ่มเป็นขณะอายุมากกว่ากลุ่มย่อยอื่น

4) Undifferentiated type เป็นผู้ป่วยที่มีอาการเข้ากันได้กับโรคจิตเภทแต่ไม่สามารถจัดกลุ่มได้อย่างชัดเจนว่าเป็นชนิดใดใน 3 ชนิดข้างต้น

5) Residual type ผู้ป่วยเคยมีอาการกำเริบชัดเจนอย่างน้อย 1 ครั้ง แต่ในขณะที่ยังไม่พบอาการด้านบวก หรืออาจมีแต่ไม่ใช่อาการเด่น ลักษณะอาการที่มีหลงเหลืออยู่ส่วนใหญ่เป็นอาการด้านลบ ผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจเรียกอีกอย่างว่าเป็นกลุ่ม In-partial remission

2.1.4.2 การจำแนกโรคจิตเภทตาม ICD-10 การจำแนกชนิดของโรคจิตเภทที่พบบ่อยตามการวินิจฉัยโรคของ ICD-10 โดยองค์การอนามัยโลก (Buck, 2016; WHO and UNICEF, 1978) ได้แก่

1) Paranoid schizophrenia (F 20.0) โรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง เป็นจิตเภทที่พบได้มากที่สุดเกือบทุกส่วนของโลก อาการทางคลินิกที่เด่น ๆ ก็คืออาการหลงผิด ซึ่งมักเป็นชนิดหวาดระแวงอย่างคงที่โดยปกติจะมีอาการประสาทหลอนร่วมด้วย โดยเฉพาะอาการหูแว่ว และพบความแปรปรวนของการรับรู้ สำหรับความคิดผิดปกติทางอารมณ์ ความตั้งใจ (Volition) คำพูดและการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ (Catatonia) ไม่ใช่อาการสำคัญ

2) Hebephrenic schizophrenia (F 20.1) เป็นโรคจิตเภทชนิดหนึ่งที่มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์เป็นอาการเด่น อาการหลงผิดและประสาทหลอนจะเป็นช่วงสั้น ๆ และมีลักษณะความคิดแตกกระจาย พฤติกรรมคาดการณ์ไม่ได้และขาดความรับผิดชอบ และพบอาการท่าทางซ้ำ ๆ (Mannerisms) ได้บ่อย อารมณ์มีลักษณะตื้น ๆ (Shallow) และความคิดของผู้ป่วยมีลักษณะไม่เป็นระบบ (Disorganized) การพยากรณ์โรคไม่ดีเพราะอาการด้านลบเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว

3) Catatonic schizophrenia (F 20.2) ลักษณะอาการเด่นคือการเคลื่อนไหวของร่างกายและจิตใจ (Psychomotor) ผิดปกติ อาจมีการเคลื่อนไหวมาก (Hyperkinesia) สลับกับอาการซึ่มเคลื่อนไหวน้อย (Catatonic stupor) หรืออาการเคลื่อนไหวตามคำบอก (Automatic obedience) สลับกับอาการดื้อไม่ทำตาม (Negativism) อาการเด่นของกลุ่มนี้ได้แก่ ไม่เคลื่อนไหวทางกาย หรือเคลื่อนไหวแบบประหลาดพิกล เช่น อยู่ในท่าประหลาด ไม่เหมาะสม

4) Undifferentiated schizophrenia (F20.3) เป็นสภาวะเข้าได้กับเกณฑ์ทั่วไปสำหรับการวินิจฉัยโรคจิตเภท แต่อาการไม่เข้ากับจิตเภทชนิดย่อยอยู่ในรหัส F20.0 - F 20.2 หรือมีอาการของชนิดย่อยเหล่านี้มากกว่า 1 อย่างแต่อาการไม่เด่นพอที่จะวินิจฉัยเป็นชนิดย่อยชนิดใดชนิดหนึ่ง

5) Post-schizophrenic depression (F 20.4) เป็นสภาวะซึมเศร้าซึ่งอาจจะเป็นนาน และเกิดตามหลังโรคจิตเภท อาการของโรคจิตเภทบางอย่างคงอยู่แต่ไม่เด่น อาการเหล่านี้อาจเป็นแบบอาการด้านบวก หรือด้านลบ ก็ได้แต่ส่วนใหญ่พบอาการด้านลบมากกว่า

6) Residual schizophrenia (F 20.5) เป็นโรคจิตเภทที่มีลักษณะเรื้อรัง มีการดำเนินโรคตั้งแต่ระยะต้น คือมีอาการของโรคจิตเภทตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไป ถึงระยะท้ายอย่างชัดเจน ลักษณะของโรคจิตเภทชนิดนี้ คือมีอาการ negative symptoms อย่างยาวนาน

7) Simple schizophrenia (F 20.6) เป็นโรคที่พบได้ไม่บ่อย อาการค่อยเป็นค่อยไปแต่ดำเนินไปเรื่อย ๆ ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมที่แปลกประหลาด ไม่สามารถทำตามสิ่งที่สังคมต้องการ และความสามารถทั้งหมดเสื่อมลงไป อาการหลงผิดและประสาทหลอนไม่ชัดเจน อาการโรคจิตไม่ชัดเจนเหมือนจิตเภทชนิดอื่น จะเกิดขึ้นโดยที่ไม่มีอาการโรคจิตที่ชัดเจนนำมาก่อน ความบกพร่องของสังคมที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จะตามมาด้วยพฤติกรรมเดินทางเร่ร่อน

สรุปว่าการจำแนกโรคจิตเภท ที่ใช้ในปัจจุบันมี 2 สถาบันโดย การจำแนกโรคจิตเภทที่ใช้ปัจจุบันมี 2 สถาบัน ได้แก่ การจำแนกโรคตามระบบ DSM-5 (The 5th Edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder) โดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association) และระบบ ICD-10 (The 10th Edition of the International Classification Diseases) โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) โดยจะแบ่งตามลักษณะสำคัญของอาการทางคลินิก

2.1.5 การวินิจฉัย

ในปัจจุบันมีเกณฑ์การวินิจฉัยทั้งขององค์การอนามัยโลก (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision: ICD-10) และของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder 5th ed.: DSM-5) โรคจิตเภท (schizophrenia) ตามเกณฑ์วินิจฉัย ICD-108 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิต

เกณฑ์ตาม DSM-5 (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558; American Psychiatric Association, 2015; Morrison, 2014) ได้แก่

A. มีอาการต่อไปนี้ตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไป ในช่วงเวลาต่อเนื่อง 1 เดือน (หรือน้อยกว่านี้ หากได้รับการรักษาก่อน) และมีอาการอย่างน้อย 1 อย่างตามข้อ 1, 2, หรือ 3

1. อาการหลงผิด (Delusion)
2. อาการประสาทหลอน (Hallucination)
3. ความผิดปกติของการพูด (Disorganized speech)
4. ความผิดปกติของพฤติกรรม (Disorganized behavior)
5. อาการด้านลบ (Negative symptoms)

หมายเหตุ หากมีอาการ Bizarre delusion หรือ Voice discussing แม้เพียงอาการเดียวก็ถือว่าเข้าเกณฑ์

B. มีปัญหาด้าน สังคม (Social dysfunction) ด้าน การงาน (Occupational dysfunction) ด้าน สัมพันธภาพ (Poor interpersonal relation) หรือสุขอนามัยของตนเอง (Poor hygiene)

C. มีอาการต่อเนื่องกันนาน 6 เดือนขึ้นไป โดยต้องมีช่วง Active phase ซึ่งมีอาการตามตามข้อ A. อย่างน้อยนาน 1 เดือน (หรือน้อยกว่านี้หากได้รับการรักษาก่อน) และระยะที่เหลืออาจเป็น Prodromal หรือ Residual phase ที่มีเพียงกลุ่มอาการด้านลบหรืออาการตามข้อ A. ตั้งแต่ 2 อาการที่แสดงออกเพียงเล็กน้อย เช่น การรับสัมผัสแปลก ๆ แต่ไม่ถึงขั้นมีอาการประสาทหลอน

D. ไม่มีอาการเข้าได้กับโรค Schizoaffective disorder และ Depressive disorder หรือ Bipolar disorder ที่มีอาการทางจิตร่วมด้วย

E. อาการไม่ได้เกิดจากสาเหตุทางร่างกาย ยาหรือการใช้สารเสพติด

F. หากผู้ป่วยมีประวัติของโรค Autism spectrum disorder หรือ Communication disorder ที่เป็นตั้งแต่วัยเด็ก จะวินิจฉัยโรคจิตเภทร่วมด้วยได้ต่อเมื่อมีอาการหลงผิดหรือประสาทหลอนนี้เป็นอาการเด่นเพิ่มจากอาการอื่นในข้อ A. นานอย่างน้อย 1 เดือน (หรือน้อยกว่านี้หากได้รับการรักษา)

สรุปการวินิจฉัยโรค ต้องประกอบด้วยอาการทางจิต ที่มีปัญหาทางด้านสังคม การงาน สัมพันธภาพต่อเนื่องกันนาน 6 เดือนขึ้นไป และไม่เข้ากับโรคจิตอื่นๆ หรือไม่ได้เกิดจากยา สารเสพติด

2.1.6 การดำเนินโรค

การดำเนินของโรคจิตเภทเป็นไปตามช่วงอายุของผู้ป่วย โดยการดำเนินของโรคจิตเภทในปัจจุบัน สามารถแบ่งออกเป็น 4 ระยะ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558; Sadock, Sadock & Ruiz, 2015; Schulz et al., 2016) ดังแสดงในรูปที่ 1 และรายละเอียด ดังนี้

2.1.6.1 ระยะก่อนป่วย (Premorbid phase)

ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ต่าง ๆ ได้ปกติ อาจเริ่มมีความบกพร่องในด้านสังคม การเคลื่อนไหวหรือด้านความคิดแต่ยังอยู่ในระดับเล็กน้อย ไม่ชัดเจน ยังดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ดีทำให้อาญาติหรือผู้ใกล้ชิดไม่รู้สึกรู้ว่าผู้ป่วยผิดปกติ หรือเจ็บป่วยด้วยอาการทางจิต

2.1.6.2 ระยะก่อนเริ่มอาการ (Prodromal phase)

ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป ในระยะนี้ อาญาติเพื่อนสนิทหรือคนใกล้ชิดสังเกตเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนคนเดิม มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรู้รับผิดชอบหรือด้านสัมพันธภาพ สมาธิลดลง เหม่อลอย การเรียน หรือการทำงานเริ่มแยลง ละเอียดเกี่ยวกับสุขอนามัย หรือการแต่งกาย เกียจคร้านกว่าเดิม ไม่ค่อยไปกับเพื่อนเหมือนเคย เก็บตัวอยู่ที่บ้าน หรืออยู่แต่ในห้อง อาจหันมาสนใจในด้านปรัชญา จิตวิทยา ศาสนาหรือไสยศาสตร์มีการใช้คำหรือสำนวนแปลก ๆ บางครั้งมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลก ๆ อาจมีลักษณะระแวงนิต ๆ วิตกกังวล หงุดหงิด แต่ก็ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน ระยะเวลาช่วงนี้ไม่แน่นอนโดยทั่วไปบอกยากกว่าเริ่มผิดปกติ ตั้งแต่เมื่อไร โดยเฉลี่ยนานประมาณ 1 ปีก่อนเข้าสู่ระยะอาการกำเริบ การพยากรณ์โรคจะไม่ดีหากระยะนี้เป็นอยู่นานและผู้ป่วยดูแลแย่งเรื่อย ๆ

2.1.6.3 ระยะอาการกำเริบ (Active/Acute phase)

เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิต โดยส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มอาการทางบวก เช่น หลงผิด หูแว่ว พูดไม่รู้เรื่อง อยู่ไม่นิ่ง เป็นต้น ระยะนี้ส่วนใหญ่ต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล อันเนื่องมาจากพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย

2.1.6.4 ระยะอาการหลงเหลือ (Residual/Chronic phase)

อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการอาจพบอาการด้านลบ เช่น อารมณ์เฉยเมย ขาดความกระตือรือร้นมากกว่า อาการด้านบวก เช่น ประสาทหลอนหรือหลงผิดอาจยังมีอยู่ แต่ไม่ได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรก พบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย และโดยส่วนใหญ่มักเกิดในในระยะนี้รวมทั้งผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบได้เป็นครั้งคราวส่วนใหญ่กำเริบเมื่อมีภาวะความกดดันทางด้านจิตใจ

สรุปการดำเนินของโรคมะเร็ง 4 ระยะ คือ ระยะก่อนป่วย เริ่มมีความบกพร่องแต่ดำเนินชีวิตได้ ระยะเริ่มอาการ เริ่มสังเกตเห็นได้โดยผู้ที่อยู่ใกล้ชิดโดยเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป ระยะกำเริบ โดยส่วนใหญ่จะมีอาการทางบวก และระยะหลงเหลือ จะมีอาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ

2.1.7 การพยากรณ์โรค

การพยากรณ์โรคจิตเภทในผู้ป่วยแต่ละคนอาจไม่เหมือนกัน แม้แต่เป็นโรคจิตเภทชนิดเดียวกันก็อาจมีการพยากรณ์โรคที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นสาเหตุ หรือปัจจัยที่มีผลกระทบต่ออาการเกิดโรค การดำเนินโรคและสภาพจิตใจของผู้ป่วย รวมทั้งความร่วมมือในการรักษา สภาพแวดล้อม และสิ่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย (กนกวรรณ ลีศรีเจริญ, 2558; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2558; Sadock, Sadock & Ruiz, 2015; Schulz et al., 2016) สรุปการพยากรณ์ของโรคมะเร็งขึ้นกับปัจจัยหลายด้าน ทั้งปัจจัยที่เป็นสาเหตุ ปัจจัยที่มีผลต่อโรค ความร่วมมือในการรักษา และสิ่งแวดล้อม

2.2 การรักษาผู้ป่วยจิตเภท

2.2.1 การรักษาโรคจิตเภทโดยการใช้ยา

เป้าหมายของการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท คือ บรรเทาอาการด้านบวกและอาการด้านอื่น ๆ ของผู้ป่วยทั้งอาการด้านอาการด้านพุทธิปัญญาและอาการด้านอารมณ์ ป้องกันการกำเริบหรือการกลับเป็นซ้ำของตัวโรคและให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตและทำงานในสังคมได้อย่างปกติ การรักษาแบ่งออกเป็นการรักษาโดยไม่ใช้ยา (non-pharmacotherapy) เช่น การรักษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior therapy) และการรักษาโดยใช้ยา (pharmacotherapy)

การรักษาโดยใช้ยาถือเป็นการรักษาหลักของโรคจิตเภทยาหลักที่ใช้คือยาต้านโรคจิตเภท (antipsychotics) แบ่งได้เป็น 2 กลุ่มหลัก คือ

2.1.2.1 ยาด้านโรคจิตเภทกลุ่มเก่า (first generation antipsychotics) ออกฤทธิ์หลักโดยยับยั้งตัวรับ D2 ที่สมองส่วน limbic system แบ่งประเภทตามความแรงของการยับยั้งตัวรับ D2 เช่น haloperidol และ fluphenazine มีฤทธิ์ยับยั้งตัวรับ D2 ที่แรง (high potency first generation antipsychotics) ส่วน chlorpromazine และ thioridazine มีฤทธิ์ยับยั้งตัวรับ D2 ที่ต่ำ (low potency first generation antipsychotics) แต่มีผลยับยั้งตัวรับอื่นที่แรง ได้แก่ adrenergic α_1 , histamine (H1) และ muscarinic receptor ส่วน perphenazine และ zuclopentixol มีฤทธิ์ยับยั้งตัวรับ D2 ปานกลาง (moderate potency first generation antipsychotics) ส่งผลให้ยาเหล่านี้มีอาการไม่พึงประสงค์ที่แตกต่างกันตามความแรงในการยับยั้งตัวรับแต่ละชนิด

2.1.2.2 ยาต้านโรคจิตเภทกลุ่มใหม่ (second generation antipsychotics) ได้แก่ clozapine, risperidone, quetiapine, olanzapine, ziprasidone, aripiprazole และ paliperidone มีกลไกการออกฤทธิ์โดยยับยั้งตัวรับ D2 ที่สมองส่วน limbic system เช่นเดียวกับยากลุ่มเก่า อย่างไรก็ตามยาต้านโรคจิตเภทกลุ่มใหม่ยังมีฤทธิ์ยับยั้งตัวรับ 5-HT_{2A} ส่งผลเพิ่มระดับ DA ที่สมองส่วน nigrostriatal, mesocortical และ tuberoinfundibular tract ทำให้ยากลุ่มใหม่มีข้อดีเหนือกว่ายากลุ่มเก่าคือลดความเสี่ยงในการเกิด extrapyramidal side effect (EPS), ลดอาการด้านลบและอาการด้านพหุติปัญญา, และลดความเสี่ยงต่อการเกิด hyperprolactinemia ตามลำดับ

การรักษาโรคจิตเภทโดยการใช้ยาแบ่งเป็น 3 ระยะ ซึ่งผู้ป่วยโรคจิตเภททุกรายควรได้รับการรักษาครบทั้ง 3 ระยะ ดังนี้

1) ระยะเฉียบพลัน (acute phase) เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้คือ ลดอาการทางจิตของผู้ป่วย และป้องกันอันตรายที่อาจเกิดแก่ผู้ป่วยหรือผู้อื่น ใช้ระยะเวลาประมาณ 2-4 สัปดาห์ โดยทั่วไปยาต้านโรคจิตเภทชนิดแรกที่แนะนำ คือ ยาต้านโรคจิตเภทกลุ่มใหม่ เนื่องจากสามารถบรรเทาอาการด้านบวกได้เช่นเดียวกับยาต้านโรคจิตเภทกลุ่มเก่า แต่สามารถบรรเทาอาการด้านลบและอาการด้านพหุติปัญญาได้ดีกว่า รวมถึงยาหลายชนิดมีความเสี่ยงต่อการเกิด EPS และ hyperprolactinemia ที่ลดลง อาการเด่นของโรค (predominant symptom) เช่น มีอาการด้านลบเป็นหลัก ควรพิจารณาต่อต้าน โรคจิตเภทกลุ่มใหม่ หลักฐานทางวิชาการจากการศึกษา meta-analysis พบว่ายาต้านโรคจิตเภทกลุ่มใหม่ช่วยลดอาการทางลบได้ดีกว่ายาต้านโรคจิตเภทกลุ่มเก่า ได้แก่ clozapine, olanzapine และ risperidone รวมทั้ง aripiprazole ก็มีการศึกษาว่าช่วยลดอาการทางลบได้ดีกว่า haloperidol อาการทางจิตเวชอื่นร่วม เช่น ผู้ป่วยที่มีอารมณ์ซึมเศร้าหรือวิตกกังวลร่วมด้วย อาจพิจารณาต่อต้านโรคจิตเภทที่ออกฤทธิ์กระตุ้นตัวรับ 5-HT_{1A} เพื่อหวังฤทธิ์ต้านซึมเศร้า (antidepressant effect) และฤทธิ์คลายกังวล (anxiolytic effect) เช่น aripiprazole หรือ quetiapine โรคร่วมอื่น เช่น โรคอ้วน (obesity) ควรหลีกเลี่ยงการใช้ clozapine หรือ olanzapine เป็นตัวแรก หรือผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยา thioridazine, pimozone หรือ ziprasidone

2) ระยะคงสภาพ (stabilization phase) หลังจากที่ผู้ป่วยมีอาการบรรเทาแล้ว ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการต่อไป และป้องกันการกำเริบของโรค โดยใช้ยาต้านโรคจิตเภทในชนิดและขนาดยาเดิมต่อเนื่องอีก 6 เดือน

3) ระยะต่อเนื่อง (maintenance phase) เป็นช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการบรรเทาแล้วหรือได้ remission แต่ยังคงจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่องในระยะยาวเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค โดยระยะเวลาในการรักษาผู้ป่วยระยะนี้ขึ้นกับสถานะผู้ป่วยแต่ละราย กล่าวคือ

(1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทครั้งแรก (first episode schizophrenia) ควรได้รับยาต่อเนื่องอย่างน้อย 1-2 ปี

(2) ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง (chronic schizophrenia) ควรได้รับยาต่อเนื่องอย่างน้อย 5 ปี

(3) ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการรุนแรง (severe schizophrenia) หรือเป็นผู้ป่วยที่ต้องต่อการรักษา (treatment-resistant schizophrenia) ควรได้รับยาตลอดชีวิต

2.2.1.3 ขนาดการใช้ยาต้านโรคจิต (Dosage of antipsychotic drugs)

ยาต้านโรคจิตนอกจากจะมีข้อบ่งใช้ในโรคจิตเภท (schizophrenia) แล้วยังมี ข้อบ่งใช้ในโรคอื่นๆ เช่น โรคอารมณ์สองขั้ว โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล รวมถึงโรคทางระบบประสาทเช่น การใช้ในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาด้านพฤติกรรมเป็นต้น ขนาดยาต้านโรคจิต ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 รายการยาที่ใช้ในการรักษาจิตเภท

ชื่อยา	ชื่อการค้า	รูปแบบยา	บัญชียาหลักแห่งชาติ	ขนาดยาปกติ	ขนาดยาเริ่มต้น	ขนาดยาสูงสุดต่อวัน	ค่าครึ่งชีวิตของยา	การบริหารยา
ยาต้านโรคจิตกลุ่มเก่า (Typical antipsychotics)								
Chlorpromazine	Matcine,	ยาเม็ดขนาด	บัญชี ก	200-600 มิลลิกรัม	25-200 มิลลิกรัม	2,000 มิลลิกรัม	30 ชั่วโมง	วันละ 1-3 ครั้ง
	ChlopromazineGPO,	25 มิลลิกรัม,						
	Chlorpin	50 มิลลิกรัม,						
		100 มิลลิกรัม,						
		200 มิลลิกรัม						
		ยาฉีด(IM)ขนาด50 มิลลิกรัม/2ml						
Thioridazine	Thiomed,	ยาเม็ดขนาด	บัญชี ค	200-600 มิลลิกรัม	150 มิลลิกรัม	800 มิลลิกรัม	21-25 ชั่วโมง	วันละ 1-2 ครั้ง
	Tidazine,	10 มิลลิกรัม,						
	Ridazine	25 มิลลิกรัม, 50 มิลลิกรัม, 100 มิลลิกรัม						

ตารางที่ 1 (ต่อ)													
ชื่อยา	ชื่อการค้า	รูปแบบยา	บัญชียาหลัก แห่งชาติ	ขนาดยา ปกติ	ขนาดยา เริ่มต้น	ขนาดยา สูงสุด ต่อวัน	ค่าครึ่ง ชีวิต ของยา	การ บริหาร ยา					
Perphenazine	Pernamed,	ยาเม็ดขนาด	บัญชี ก	12-48	8-16	64	9-12	วันละ					
	Monazine	2 มิลลิกรัม, 4 มิลลิกรัม, 8 มิลลิกรัม, 16 มิลลิกรัม							มิลลิกรัม กรัม	มิลลิกรัม กรัม	มิลลิกรัม กรัม	ชั่วโมง ครั้ง	
Pimozide	Pizide,	ยาเม็ดขนาด	บัญชี ค	8-16	1-2	20	55	วันละ					
	Orap	1 มิลลิกรัม, 4 มิลลิกรัม							มิลลิกรัม กรัม	มิลลิกรัม กรัม	มิลลิกรัม กรัม	ชั่วโมง ครั้ง	
Trifluoperazine	Trifazine	ยาเม็ดขนาด	บัญชี ก	15-30	4-10	40	22	วันละ					
	Trizine,	1 มิลลิกรัม, 5							มิลลิกรัม	มิลลิกรัม	มิลลิกรัม	ชั่วโมง	
	Triozine	มิลลิกรัม, 10 มิลลิกรัม							กรัม	กรัม	กรัม	ครั้ง	
Haloperidol	Halotab,	ยาเม็ดขนาด	บัญชี ก	2-20	2-10	30	20	วันละ					
	Halox,	0.5 มิลลิกรัม,							มิลลิกรัม	มิลลิกรัม	มิลลิกรัม	ชั่วโมง	
	Halolop	1 มิลลิกรัม, 2 มิลลิกรัม, 5 มิลลิกรัม, 10 มิลลิกรัม ยา ฉีด (IM) ขนาด 5 มิลลิกรัม							กรัม	กรัม	กรัม	ครั้ง	
Flupenthixol	Fluanxol	ยาเม็ดขนาด 3	บัญชี ค	3-9	1-3	18	35	วันละ					
		มิลลิกรัม							มิลลิกรัม	มิลลิกรัม	มิลลิกรัม	ชั่วโมง ครั้ง	

พจนานุกรมพิษวิทยา

ชื่อยา	ชื่อการค้า	รูปแบบยา	บัญชียาหลักแห่งชาติ	ขนาดยาปกติ	ขนาดยาเริ่มต้น	ขนาดยาสูงสุดต่อวัน	ค่าครึ่งชีวิตของยา	การบริหารยา
Zuclopenthixol	Clopixol	ยาเม็ดขนาด, 25 มิลลิกรัม ยาฉีด clopixol accuphase 50 มิลลิกรัม/2ml	บัญชี ค	20-40 มิลลิกรัม (oral)	20 - 30 มิลลิกรัม (oral), 50 - 150 มิลลิกรัม (IM)	100 - 400 มิลลิกรัม (oral), 400 - 150 มิลลิกรัม (IM)	20 ชั่วโมง	วันละ 1-2 ครั้ง
ยาด้านโรคจิตกลุ่มใหม่ (Atypical antipsychotics)								
Clozapine	Clopaze, Cloril, Clozaril	ยาเม็ดขนาด 25 มิลลิกรัม, 100 มิลลิกรัม	บัญชี ค	150-600 มิลลิกรัม	25-50 มิลลิกรัม	600 มิลลิกรัม	12 ชั่วโมง	วันละ 1-2 ครั้ง
Olanzapine	Zyprexa zydis, Olapin	ยาเม็ด 5 มิลลิกรัม, 10 มิลลิกรัม ยาฉีด (IM) 10 มิลลิกรัม	ยานอกบัญชี	10-30 มิลลิกรัม	5-10 มิลลิกรัม	40 - 38 มิลลิกรัม	30 - 38 ชั่วโมง	วันละ 1 ครั้ง
Quetiapine	Neutapine, Quantia Seroruel	ยาเม็ดขนาด 25 มิลลิกรัม, 100 มิลลิกรัม, 200 มิลลิกรัม, 50 มิลลิกรัม XR, 300มิลลิกรัมXR, 400มิลลิกรัมXR	ยานอกบัญชี	300-750 มิลลิกรัม	50 - 150 มิลลิกรัม	1,200 - 1,500 มิลลิกรัม	6-12 ชั่วโมง	วันละ 1-3 ครั้ง

ตารางที่ 1 (ต่อ)								
ชื่อยา	ชื่อการค้า	รูปแบบยา	บัญชียาหลัก แห่งชาติ	ขนาดยาปกติ	ขนาดยาเริ่มต้น	ขนาดยาสูงสุดต่อวัน	ค่าครึ่งชีวิตของยา	การบริหารยา
Risperidone	isperdal quicklets , Neuris, Risp eridone GPO	ยาเม็ด 0.5 มิลลิกรัม 1 มิลลิกรัม, 2 มิลลิกรัม ช นิตน้ำ 1มิลลิกรัม/ml	บัญชี ค	2-6	1-2	8	20	วันละ 1-2 ครั้ง
Paliperi- Done	Invega	ยาเม็ด 3 มิลลิกรัม, 6 มิลลิกรัม, 9 มิลลิกรัม	ยานอก บัญชี	6-12	6	12	23	วันละ 1 ครั้ง
ชื่อยา	ชื่อการค้า	รูปแบบยา	บัญชียาหลัก แห่งชาติ	ขนาดยาปกติ	ขนาดยาเริ่มต้น	ขนาดยาสูงสุดต่อวัน	ค่าครึ่งชีวิตของยา	การบริหารยา
Ziprasidone	Zeldox	แคปซูล 40 มิลลิกรัม, 60 มิลลิกรัม, 80 มิลลิกรัม	ยานอก บัญชี	120- 160	40- 80	240	7	วันละ 2 ครั้ง
Aripiprazole	Abilify, Apalife	ยาเม็ดขนาด 5, 10 มิลลิกรัม, 15 มิลลิกรัม ยา น้ำ 1 มิลลิกรัม/ml	ยานอก บัญชี	10- 30	10 - 15	30	75	วันละ 1 ครั้ง

พหุ มณฑล ชีเว

2.2.1.4 อาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านโรคจิต (Adverse drug reaction of antipsychotic drugs) ยาต้านโรคจิตมีอาการไม่พึงประสงค์ต่อระบบต่างๆ ของร่างกาย โดยยาต้านโรคจิตกลุ่มเก่ามีอาการไม่พึงประสงค์ด้าน extrapyramidal side effects (EPS) มากกว่ายาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ ในขณะที่เดียวกันแม้ว่ายาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่จะมีการเกิด EPS ที่น้อยกว่า แต่อาการไม่พึงประสงค์ต่อระบบเมตาบอลิกเกิดได้มากกว่า ดังนั้นการให้ความสำคัญในด้านอาการไม่พึงประสงค์ของยาต้านโรคจิตจึงควรให้ความสนใจและติดตามในทุกๆ ระบบของร่างกาย

1) อาการไม่พึงประสงค์ด้าน Extrapyramidal side effects (EPS) ยาต้านโรคจิตกลุ่มเก่ามีรายงานการเกิด EPS มากกว่ายาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่เนื่องจากการฤทธิ์ในการจับกับตัวรับ D2 ได้มากกว่าและแน่นกว่า โดยการจับกับตัวรับ D2 ประมาณร้อยละ 65-80 จะให้ฤทธิ์ในการลดอาการทางจิต แต่หากมีการจับมากกว่าร้อยละ 80 จะทำให้เกิด EPS ได้ นอกจากนี้ยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ยังสามารถจับกับตัวรับ 5-HT_{2A} ทำให้สามารถลดอาการไม่พึงประสงค์ด้าน EPS ได้ และทฤษฎีในการจับกับตัวรับแล้วเกิดการปล่อยอย่างรวดเร็วของยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่สามารถใช้อธิบายการเกิด EPS ที่น้อยกว่ายาต้านโรคจิตกลุ่มเก่าได้ อาการไม่พึงประสงค์ด้าน EPS สามารถแบ่งได้ 4 ชนิด ได้แก่ acute dystonia, akathisia, parkinsonism และ tardive dyskinesia ซึ่งอาการไม่พึงประสงค์แต่ละชนิดจะมีลักษณะอาการ ระยะเวลาในการเกิด และความรุนแรงแตกต่างกันไป

2) กลุ่มอาการนิวโรเล็ปติกที่ร้ายแรง (Neuroleptic Malignant Syndrome : NMS) เป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงของยาต้านโรคจิตเกิดขึ้นน้อย พบประมาณร้อยละ 0.02-2.44 พบมากในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านโรคจิตกลุ่มเก่า แต่อัตราการเสียชีวิตจากการเกิดกลุ่มอาการ NMS ในผู้ป่วยที่ได้รับยาทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน เกณฑ์ในการวินิจฉัยตาม DSM-IV-TR21 ได้แก่

criteria A 1. กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง 2. “มีไข้”

criteria B เหงื่อออก กลืนลำบาก มือสั่น ปัสสาวะคั่ง สติสัมปชัญญะเปลี่ยนแปลง ไม่พูด (mutism) อัตราการเต้นของหัวใจเร็ว ความดันโลหิตสูงหรือเปลี่ยนแปลงได้ง่าย เม็ดเลือดขาวเพิ่มมากขึ้น (leukocytosis) มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบการได้รับบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ

criteria C ไม่ได้เกิดจากสาเหตุอื่น เช่น viral encephalitis

criteria D ไม่ได้เกิดจากโรคทางจิตเวชอื่น ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงในการเกิดได้แก่ มีภาวะขาดน้ำ มีโรคทางสมอง มีโรคทางอารมณ์ มีภาวะกายใจไม่สงบ ได้รับยาต้านโรคจิตชนิดฉีด เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยภาวะ NMS ควรได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที เพื่อลดอัตราการเสียชีวิต การรักษาแบ่งเป็น 2 แบบคือการรักษาแบบประคับประคอง โดยการหยุดยาและให้สารน้ำและการรักษาด้วยยา

3) อาการไม่พึงประสงค์ต่อระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine adverse effect)

ยาด้านโรคจิตมีผลต่อฮอร์โมนโพรแลคติน (prolactin) เนื่องจากโดยปกติ dopamine จะทำหน้าที่ยับยั้งการหลั่งฮอร์โมนโพรแลคตินจากต่อม pituitary ส่วนหน้า เมื่อ dopamine ถูกยับยั้งการทำงานโดยยาด้านโรคจิต จึงทำให้เกิดการหลั่งของฮอร์โมนโพรแลคตินเพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดการลดลงของฮอร์โมน gonadotropin (estrogen และ progesterone) ในร่างกาย โดยการเกิดอาการไม่พึงประสงค์นี้มีความสัมพันธ์กับขนาดยาด้านโรคจิตที่ได้รับ ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ได้แก่ เป็นเพศหญิง และอยู่ในวัยเจริญพันธุ์ ได้รับยาด้านโรคจิตกลุ่มเก่า ได้รับยาในขนาดสูง อาการทางคลินิกที่แสดงออกได้แก่น้ำนมไหล เต้านมโต ประจำเดือนผิดปกติ เกิดสิว สมรรถภาพทางเพศบกพร่อง ในเพศชายและเพศหญิงอาจมีอาการแสดงต่างกันไปซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และหากผู้ป่วยเกิดอาการยาวนานอาจทำให้เกิดภาวะกระดูกพรุนได้

4) อาการไม่พึงประสงค์ต่อระบบสืบพันธุ์ (Reproductive adverse effect)

ยาด้านโรคจิตทำให้เกิดความบกพร่องของสมรรถภาพทางเพศในทุกระยะของกิจกรรมทางเพศได้ ภาวะบวมนกแข็งตัว การปลุกเร้าความรู้สึกทางเพศและการถึงจุดสุดยอดของความรู้สึกทางเพศ ทำให้เกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยาได้โดยกลไกเชื่อว่าไม่เกี่ยวข้องกับฮอร์โมนโพรแลคตินและฮอร์โมนเพศ ยาด้านโรคจิตกลุ่มเก่าและกลุ่มใหม่ทำให้ลดความรู้สึกทางเพศและการถึงจุดสุดยอดของเพศหญิงและชาย ส่วนยาด้านโรคจิตกลุ่มเก่าสามารถทำให้เกิดผลต่อภาวะบวมนกแข็งตัวและการหลั่งของเพศชาย สาเหตุการเกิดยังไม่ทราบแน่ชัด แต่พบว่ายาด้านโรคจิตกลุ่มเก่าและ risperidone มีการเกิดได้มากกว่า เมื่อผู้ป่วยเกิดอาการสมรรถภาพทางเพศบกพร่องอาจเปลี่ยนยาเป็นยาที่มีความเสี่ยงทำให้เกิดความบกพร่องของสมรรถภาพทางเพศน้อยกว่าหรือให้ยารักษาสำหรับโรคสมรรถภาพทางเพศบกพร่องเช่น ในเพศชายสามารถให้ sildenafil ได้

5) อาการไม่พึงประสงค์ต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular adverse effect) ยาด้านโรคจิตมีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดในหลายรูปแบบ ได้แก่ การเกิด orthostatic hypotension การเกิดภาวะ QT prolongation การเกิด myocardial infarction และ sudden death เป็นต้น การเกิด orthostatic hypotension หรือภาวะความดันโลหิตลดลงเมื่อเปลี่ยนท่า วัดจาก systolic blood pressure (SBP) ลดลงมากกว่า 20 mmHg และ diastolic blood pressure (DBP) ลดลงมากกว่า 10 mmHg ภายใน 3 นาทีหลังการเปลี่ยนท่า กลไกการเกิด ความดันโลหิตลดลงเมื่อเปลี่ยนท่าสัมพันธ์กับการปิดกั้นตัวรับ α_1 ของยาด้านโรคจิต ยาที่มีความสามารถในการปิดกั้นสูงจะมีโอกาสทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตลดลงเมื่อเปลี่ยนท่าได้สูงตามมา ผู้ป่วยจะสามารถทนต่ออาการไม่พึงประสงค์นี้ได้เองภายใน 2-3 เดือนหลังจากได้รับยา

6) ยาต้านโรคจิตเภทการเกิด QT prolongation และ torsades de pointes

จากยาด้านโรคจิตพบว่ายาด้านโรคจิตมีความสามารถทำให้เกิด QT prolongation ผ่านการปิดกั้นการทำงานของ IKr(HERG) ซึ่งเป็นโปรตีนที่ควบคุมการทำงานของช่องผ่านโพแทสเซียม ส่งผลให้เกิด ventricular repolarization ยาวนานขึ้น ปัจจัยเสี่ยงในการเกิด QT prolongation ได้แก่ อายุมากกว่า 65 ปี เป็นเพศหญิง มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจโต มีโรค congenital QT syndrome มีอัตราการเต้นของหัวใจช้า มีภาวะผิดปกติของสมดุลเกลือแร่และอิเล็กโทรไลต์ มีระดับยาในเลือดสูงผิดปกติจากการได้รับยาเกินขนาดหรือการเมตาบอลิซึมผิดปกติ ยาด้านโรคจิตกลุ่มเก่าที่ทำให้เกิด QT prolong ได้แก่ thioridazine, intravenous haloperidol, pimozide และ ยาด้านโรคจิตกลุ่มใหม่ ได้แก่ ziprasidone

7) การเกิด ventricular arrhythmia (VA) และ sudden cardiac death (SCD)

จากการใช้ยาด้านโรคจิตพบการใช้ยาด้านโรคจิตกลุ่มเก่ามีความสัมพันธ์กับการเกิด VA และ SCD มากกว่าการใช้ยาด้านโรคจิตกลุ่มใหม่ เชื่อว่าเกิดจากความสามารถในการปิดกั้นยีน human ether-a-go-go-related gene (hERG) ที่เกี่ยวข้องกับช่องของโพแทสเซียมในกล้ามเนื้อหัวใจของยาด้านโรคจิตโดยยาด้านโรคจิตที่มีผล ได้แก่ clothiapine, haloperidol, prochlorperazine, thioridazine, olanzapine, quetiapine, risperidone และ sulpiride

8) อาการไม่พึงประสงค์ด้านเมตาบอลิก (Metabolic adverse effect) ยาด้านโรค

จิตมีผลต่อเมตาบอลิกโดยทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเพิ่ม การเกิดระดับน้ำตาลในเลือดสูง เกิดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โดยยาด้านโรคจิตกลุ่มใหม่มีความเสี่ยงในการทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ได้มากกว่า การเกิดอาการไม่พึงประสงค์ด้านเมตาบอลิกจะนำไปสู่การเกิดโรคอ้วน เกิดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดและเกิดการเสียชีวิตตามมาได้ การเกิดภาวะน้ำหนักเพิ่ม (weight gain) เป็นภาวะที่พบได้บ่อยที่สุดจากการใช้ยาด้านโรคจิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งในยาด้านโรคจิตกลุ่มใหม่กลไกในการเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงเชื่อว่าเกิดจากการที่ยามีฤทธิ์ต้านตัวรับ muscarinic ชนิดที่ 3 (M3) ในการทำงานปกติการกระตุ้นตัวรับ M3 จะทำให้เกิดการหลั่งฮอร์โมนอินซูลิน ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ดังนั้นยาด้านโรคจิตที่มีฤทธิ์ในการยับยั้งการทำงานของตัวรับ M3 ได้แก่ olanzapine และ clozapine จึงทำให้เกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงได้

9) การเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงจากการใช้ยาด้านโรคจิตพบในยาด้านโรคจิตกลุ่ม

ใหม่ ได้แก่ clozapine และ olanzapine เนื่องจากเกี่ยวข้องกับภาวะน้ำหนักเกิน จึงทำให้เกิดภาวะไขมันในเลือดสูงตามมา ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด กลไกในการเกิดยังไม่ทราบแน่ชัด การใช้ยาลดระดับไขมันในเลือดกลุ่ม statin

10) อาการไม่พึงประสงค์จากการปิดกั้นตัวรับ cholinergic (Anticholinergic adverse effect) ยาต้านโรคจิตมีความสามารถในการปิดกั้นตัวรับของระบบ cholinergic โดยเฉพาะตัวรับ muscarinic ชนิดที่ 1 (M1) ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ ได้แก่ ปากแห้ง คอแห้ง ปัสสาวะคั่ง 56 ตาพร่ามัว ง่วงซึม หรืออาจเกิดความรุนแรงจนเกิดอาการเพ้อ (delirium) ได้ ซึ่งยาต้านโรคจิตแต่ละชนิดจะมีฤทธิ์ในการปิดกั้นตัวรับ M1 แตกต่างกัน โดยยาต้านโรคจิตกลุ่มเก่าชนิด low potency และยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ เช่น clozapine, olanzapine จะมีฤทธิ์ในการปิดกั้นได้มาก อาการไม่พึงประสงค์นี้ผู้ป่วยสามารถทนได้เมื่อเวลาผ่านไป หากผู้ป่วยไม่สามารถทนได้ควรมีการลดขนาดยาหรือเปลี่ยนยา และเมื่อผู้ป่วยมีการเปลี่ยนยาจากยาที่ฤทธิ์ต้าน M1 สูงไปเป็นยาที่มีฤทธิ์ต้าน M1 ต่ำกว่า ควรค่อยๆ ลดขนาดยาเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะกระตุ้นระบบ cholinergic ที่มากเกินไป

11) อาการชัก (seizure) อาการชักจากยาต้านโรคจิตมักเกิดในรูปแบบ generalized tonic-clonic ซึ่งพบได้ร้อยละ 0.1-1.559 ยาต้านโรคจิตที่มีความเสี่ยงทำให้เกิดอาการชักได้แก่ chlorpromazine และ clozapine โดยพบในขนาดยาที่สูงและพบในผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการชัก

12) อาการไม่พึงประสงค์ต่อระบบเลือด (Hematologic adverse effect) ยาต้านโรคจิตที่มีอาการไม่พึงประสงค์ต่อระบบเลือดได้แก่ clozapine โดยทำให้เกิด agranulocytosis ได้ ซึ่งเป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงและอันตรายถึงชีวิตหากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันทั่วทั้งที่ การเกิด agranulocytosis จาก clozapine พบได้ร้อยละ 1-2 ภาวะ agranulocytosis คือ การมี absolute neutrophil count (ANC) น้อยกว่า 500 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ส่วน neutropenia คือ การมี ANC น้อยกว่า 1,500 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร

สรุปการรักษาโรคจิตเภทโดยการใช้ยา มีกลุ่มยาที่ใช้ในปัจจุบัน 2 กลุ่ม ได้แก่ ยาต้านโรคจิตเภทกลุ่มเก่าและยาต้านโรคจิตเภทกลุ่มใหม่ โดยการรักษาโรคจิตเภทโดยการใช้ยาแบ่งเป็น 3 ระยะ ซึ่งผู้ป่วยโรคจิตเภททุกรายควรได้รับการรักษาครบทั้ง 3 ระยะ ซึ่งยาต้านโรคจิตมีอาการไม่พึงประสงค์ต่อระบบต่างๆ ของร่างกาย โดยยาต้านโรคจิตกลุ่มเก่ามีอาการไม่พึงประสงค์ด้าน extrapyramidal side effects (EPS) มากกว่ายาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ ในขณะที่เดียวกันแม้ว่ายาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่จะมีการเกิด EPS ที่น้อยกว่า แต่อาการไม่พึงประสงค์ต่อระบบเมตาบอลิกเกิดได้มากกว่า ดังนั้นการให้ความสำคัญในด้านอาการไม่พึงประสงค์ของยาต้านโรคจิตจึงควรให้ความสนใจและติดตามในทุกๆ ระบบของร่างกาย

2.2.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า Electroconvulsive therapy

เป็นวิธีการที่ทำให้เกิดการชักโดยใช้กระแสไฟฟ้ากระตุ้นผ่านสมองซึ่งจะมีผลในการรักษาโรคทางจิตเวชได้ เช่น depression, mania, schizophrenia เป็นต้น ประวัติความเป็นมาของ ECT เริ่มตั้งแต่ Ladislav J. von Meduna ได้สังเกตว่า schizophrenia และ epilepsy เป็นโรคที่ไม่

ไปด้วยกัน ในปี ค.ศ.1934 เขาจึงได้ทดลองนำวิธี camphor-induced seizure มาใช้ในการรักษาผู้ป่วย schizophrenia ซึ่งพบว่าได้ผลดีจากผู้ป่วย schizophrenia 26 คน มี recovery 10 คน อาการดีขึ้น 3 คน ที่เหลืออีก 13 คนไม่ดีขึ้น ต่อมาได้เปลี่ยนไปใช้ pentylenetetrazol (Metrazol) แทน เพื่อหลีกเลี่ยงผลข้างเคียงของ camphor ในปี ค.ศ.1938 Ugo Cerletti และ Lucio Bini ได้นำไฟฟ้ามาใช้เป็นตัวกระตุ้น เพื่อให้เกิดการชักต่อมาเป็นที่ยอมรับ และใช้กันแพร่หลายจนถึงปัจจุบัน เนื่องจากมีปัญหาของ fracture and dislocation ของกระดูก ในปี ค.ศ. 1940 Bennett จึงได้นำยาคลายกล้ามเนื้อ curare เข้ามาใช้เพื่อลดปัญหาอันนี้ หลังจากที่มีการนำเอายาโรครจิต (antipsychotics) เข้ามาใช้แล้ว พบว่าอัตราการใช้ ECT ลดลงไป อย่างมาก แต่ในช่วงปีหลังๆ นี้การใช้ ECT ก็กลับใช้เพิ่มขึ้นอีก โดยเฉลี่ย 50,000 ถึง 100,000 รายต่อปี

2.2.2.1 กลไกการออกฤทธิ์

ECT ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสมองระหว่างที่ผู้ป่วยชักจะพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงของสมองมากขึ้นมีเมตาบอลิซึมสูงขึ้น มีการใช้ออกซิเจนและกลูโคสมากขึ้น แต่หลังจากชักแล้วเมตาบอลิซึมการใช้ออกซิเจน กลูโคส รวมทั้งเลือดที่ไปเลี้ยงสมองจะน้อยลง โดยเฉพาะบริเวณ frontal lobe จะลดลงอย่างมาก ซึ่งจากการวิจัยพบว่าภาวะที่มีการลดลงของเมตาบอลิซึมนี้เอง คือ สิ่งสำคัญของการรักษาด้วยวิธีนี้นอกจากนี้ยังมีการเปลี่ยนแปลงของ neurotransmitter receptors และ second messengers ต่าง ๆ พบ down regulation ของ postsynaptic alpha-adrenergic receptors ซึ่งเป็นลักษณะเดียวกับ ที่พบในผู้ป่วย ที่ได้รับการรักษาด้วย antidepressant การเปลี่ยนแปลงของ serotonin receptors ยังไม่แน่นอน บางรายงาน บอกมีการเพิ่มขึ้นของ post synaptic serotonin receptors บางรายงานบอกว่าไม่เปลี่ยนแปลงและบางรายงานบอกมีการเปลี่ยนแปลงของการควบคุมการหลั่งของ serotonin จาก pre synaptic cell นอกจากนี้ยังมีรายงานถึงการเปลี่ยนแปลงของ muscarinic , cholinergic และ dopaminergic neurone system ด้วย

แบ่งการทำ ECT ออกเป็นชนิดต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1) แบ่งตามลักษณะคลื่นไฟฟ้าได้แก่ Sine wave เป็นการทำ ECT ที่ใช้เครื่องรุ่นเก่าซึ่งจะให้กระแสออกมาเป็น sine wave ที่จะไปกระตุ้น ให้ผู้ป่วยชัก และ Brief pulse wave เป็นการทำ ECT ที่ใช้เครื่องรุ่นใหม่ซึ่งจะให้กระแสไฟที่เป็นช่วงสั้นๆ ไม่ต่อเนื่อง มีข้อดีกว่าแบบแรกคือใช้กระแสไฟฟ้าน้อยกว่าการสูญเสียความทรงจำน้อยกว่า ผู้ป่วยสามารถฟื้นจากการชักเร็วกว่าปัจจุบันได้มีการพัฒนาเครื่อง ECT แบบ brief pulse wave ให้มีคุณภาพมากขึ้น โดยมี EEG และ EKG monitor อยู่ด้วย เพื่อสามารถตรวจคลื่นสมองและการทำงานของหัวใจในระหว่างและหลังทำ ECT ได้

2) แบ่งตามการวางอิเล็กโทรดได้แก่ Bilateral เป็นการทำ ECT ที่วางอิเล็กโทรดบริเวณ temporal area ของศีรษะทั้งสองข้าง มีข้อดีคือเชื่อว่าผลของการรักษาดีกว่าแบบ

unilateral ซึ่งการศึกษา ยังไม่สามารถสรุปได้แน่ชัดและ ไม่ค่อยพบ missed Seizure และ Unilateral nondominant เป็นการทำให้ ECT ที่ วางอิเล็กโทรดทั้ง 2 บนศรีษะข้างเดียวกัน กับมือที่ ถนัดคือวางอิเล็กโทรดด้านขวาในคนที่ถนัดมือขวา ในตำแหน่งที่เรียก Lancaster's position คือ อิเล็กโทรดอันล่างอยู่บนเส้นตั้งฉากที่ลากสูงขึ้นไปจากจุด กึ่งกลางระหว่าง lateral angle of orbit และ external auditory meatus เป็นระยะทาง 1.5 นิ้ว อิเล็กโทรดอันบนอยู่บนเส้นที่ลากออกไป จากอิเล็กโทรด อันล่างทำมุม 70 องศาเป็นระยะทาง 3.5 นิ้ว วิธีนี้มีข้อดี คือการสูญเสียความทรงจำมี น้อยกว่าและฟื้นจากการทำ ECT เร็วกว่า

3) แบ่งตามการใช้ยาสลบได้แก่ Unmodified ECT เป็นการทำให้ ECT โดยไม่ใช้ ยาสลบซึ่งจะใช้มากในโรงพยาบาลจิตเวชที่มีผู้ป่วยมากแต่บุคคลกรทางการแพทย์มีน้อยผลแทรกซ้อน จากการทำให้ ECT วิธีนี้พบได้มากกว่าวิธี modified ECT และ Modified ECT เป็นการทำให้ ECT โดยใช้ ยานำสลบนิยมใช้ในโรงพยาบาลที่มีความพร้อมในการดมยาสลบทั้งวัสดุ อุปกรณ์ และบุคลากร ทางทางการแพทย์ ซึ่งในที่นี้จะกล่าวเน้นถึง วิธีนี้

4) แบ่งตามจำนวนการชักในแต่ละครั้งของการทำ ECT ได้แก่ Single conventional ECT เป็นการให้กระแสไฟฟ้าเพื่อทำให้เกิดการชักครั้งเดียวในแต่ละ session ของการ ทำ ECT และ Multiple monitored ECT (MMECT) เป็นการให้กระแสไฟฟ้าเพื่อทำให้เกิดการชัก มากกว่า 1 ครั้ง ภายใต้การดมยาสลบครั้งเดียวกัน ซึ่งมีการศึกษาพบว่าลดอาการของผู้ป่วยและลด ระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลให้สั้นลงแต่ยังไม่สามารถบอกถึงผลเสียที่อาจเกิดขึ้นในเรื่องของ cognitive functions ได้ชัดเจน

2.2.2.3 ข้อบ่งชี้ในการทำ ECT โดยทั่วไป มักใช้ในผู้ป่วยโรคจิตเวช ที่มีอาการรุนแรง อย่างมาก มีปัญหาในการให้ยา หรือรักษา ด้วยวิธีอื่น ไม่ได้ผล และมีข้อแทรกซ้อนต่าง ๆ

1) Affective disorders ได้แก่ Depressive episode โดยเฉพาะ ผู้ป่วยที่มีอารมณ์ เศร้าอย่างมากถึงขนาดคิดฆ่าตัวตาย หรือผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมาก เช่น แยกตัว ไม่กินอาหาร น้ำหนักลดลง อย่างมากมีปัญหาการนอน ไม่มีเรี่ยวแรง ร้องไห้ไม่ยอมหยุด ก็ควรพิจารณาให้การรักษา ด้วย ECT เพราะการให้ยารักษาซึมเศร้า ต้องใช้เวลากว่า 2-4 สัปดาห์ จึงจะได้ผลซึ่งอาจล่าช้าเกินไป สำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้และ Manic episode ปัจจุบันมักไม่ค่อยใช้เพราะมียา lithium และยารักษาโรค จิต ที่ใช้รักษาได้ดีแต่ถ้าผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมากก็จะพิจารณารักษาด้วย ECT เช่นกัน พบว่า unilateral nondominant ECT ใช้ไม่ได้ผลกับ mania

2) Schizophrenia โดยเฉพาะ catatonic type การรักษาด้วย ECT จะทำให้ อาการดีขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่วน chronic schizophrenia การรักษาด้วย ECT อย่างเดียวไม่ได้ผล ควร ให้ยารักษาโรคจิตร่วมไปด้วยเสมอ

3) Schizoaffective disorder เมื่อรักษาด้วย ECT ผู้ป่วยจะมีความกังวลลดลง ถึงแม้จะยังคง sensitive ต่อโลกภายนอกอยู่ ส่วนใหญ่แล้ว affective symptoms ดีขึ้นมา

4) Obsessive compulsive disorder ECT มีที่ใช้ในโรคนี้ อยู่ 2 กรณี ได้แก่อาการของคนไข้รุนแรงจนรบกวนผู้ป่วยมากอยู่ระหว่างรอให้ผลการรักษา ด้วยวิธีอื่นเช่น behavior therapy หรือการใช้ยาออกฤทธิ์ และ ให้การรักษาด้วยวิธีต่าง ๆ แล้วอาการไม่ดีขึ้นนอกจากนี้ยังมีโรคทางร่างกายที่มีอาการทางจิตเวชอีกหลายโรค ที่ให้การรักษา ด้วย ECT แล้ว อาการดีขึ้น เช่น Parkinson's disease, degenerative and demyelinating CNS diseases ที่มี affective symptoms ได้แก่ amyotrophic lateral sclerosis, multiplesclerosis, muscular dystrophy

ข้อห้ามในการรักษานั้นเกือบจะไม่มี absolute contraindication ยกเว้นว่าไม่ยินยอม หรือมีภาวะทางกาย อื่น ๆ ที่มีความเสี่ยงสูงมากในขณะนั้นเนื่องอกในสมองเป็นข้อห้ามข้อหนึ่งแต่ก็ไม่เป็น absolute contraindication เลยทีเดียวพบว่าผู้ป่วยซึมเศร้าหลายคนที่มีเนื้องอกในสมอง เมื่อรักษาด้วย ECT ก็ไม่พบว่ามีอาการแย่งหรือการแพร่กระจายของก้อนเนื้องอกนั้นผู้ป่วยที่มีปัญหาของระบบหัวใจและหลอดเลือดอย่างมากอาจมีปัญหาได้เพราะในระหว่างการชัก ผู้ป่วยจะมีการเต้นของหัวใจ เร็วขึ้นร่วมกับการใช้ยา ในช่วงนำสลบ อาจมีโอกาเสี่ยที่ผู้ป่วย จะมีปัญหา cardiac arrhythmia ได้ โดยทั่วไปมักรอให้ผู้ป่วยผ่านระยะนั้นไปก่อนอย่างน้อย เป็นเวลา 3 เดือน อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยที่มี old infraction , congestive heart failure, chronic arrhythmia หรือ chronic obstructive pulmonary disease เมื่อได้รับการรักษาด้วย ECT ก็จะต้อง มีการควบคุมดูแลเป็นอย่างดี

สรุปการรักษาด้วยไฟฟ้า Electroconvulsive therapy เป็นวิธีการที่ทำให้เกิดการชักโดยใช้กระแสไฟฟ้ากระตุ้นผ่านสมองซึ่งจะมีผลในการรักษาโรคทางจิตเวชได้ ECT ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสมองระหว่างที่ผู้ป่วยชักจะพบว่ามีเลือดไปเลี้ยงสมองมากขึ้นมีเมตาบอลิซึมสูงขึ้น มีการใช้ออกซิเจนและกลูโคสมากขึ้น แต่หลังจากชักแล้วเมตาบอลิซึม การใช้ออกซิเจน กลูโคส รวมทั้งเลือดที่ไปเลี้ยงสมองจะน้อยลง โดยชนิดของการทำ ECT มีการแบ่งตามลักษณะคลื่นไฟฟ้าแบ่งตามการวางอิเล็กโทรดแบ่งตามการใช้ยาสลบ และข้อบ่งชี้ในการทำ ECT มักใช้ในผู้ป่วยโรคจิตเวช ที่มีอาการรุนแรงอย่างมาก มีปัญหาในการให้ยา หรือรักษา ด้วยวิธีอื่นไม่ได้ผลและมีข้อแทรกซ้อนต่าง ๆ

2.2.3 การบำบัดรักษาทางสังคมจิตใจผู้ป่วยโรคจิตเภท

2.2.3.1 สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation)

วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจเรื่อง โรคจิตเภท การรักษา การสังเกตอาการเตือน การดูแลตนเองเพื่อป้องกันอาการกำเริบของโรคการจัดการความเครียด และ เพื่อให้ครอบครัวปรับทัศนคติและความคาดหวัง การสื่อสาร และบทบาทของญาติ/ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

2.2.3.2 การบำบัดที่เน้น cognitive (cognitive - oriented)

วัตถุประสงค์สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทระยะเฉียบพลันเจ็บป่วยครั้งแรกหรือครั้งที่สอง ซึ่งมีระยะเวลาป่วยไม่เกิน 2 ปี เพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถลดอาการทางบวก การบำบัดมีความเฉพาะกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยเชื่อว่าแต่ละบุคคลมีความคิดความเชื่อที่ต่างกันและการบำบัดมุ่งเน้นในการปรับความคิดอัตโนมัติทางลบ (negative automatic thoughts) และความเชื่อที่ผิดปกติที่ส่งผลให้เกิดอาการทางบวกหรือความทุกข์ทรมานจากอาการทางบวกโดยมีเป้าหมายให้อาการของโรคสงบลงเร็วขึ้น

วัตถุประสงค์สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทระยะเรื้อรัง ระยะเวลาป่วยมากกว่า 2 ปี เพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตเภท ลดอาการหูแว่วและหลงผิด เน้นการบำบัดเป็นรายบุคคล ผู้ป่วยในระยะนี้จะมีอาการกังวลใจทุกข์ใจกับการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง ส่งผลให้ความรู้สึกควมมีคุณค่าในตนเองลดลง มองตนเองในทางลบ การบำบัดจะช่วยให้ผู้ป่วยมีแนวทาง/วิธีการในการเผชิญกับอาการและสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและ ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และวัตถุประสงค์สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทระยะเรื้อรังที่มีอาการหูแว่วเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถประเมินประสบการณ์อาการหูแว่วและความเชื่อเกี่ยวกับหูแว่วที่ผิดปกติทำให้ผู้ป่วยมีแนวทาง/วิธีการในการเผชิญกับอาการหูแว่วทำให้หูแว่วลดลงได้

2.2.3.3 การบำบัดที่เน้นการฝึกแก้ปัญหา (training in problem solving intensive)

โดยใช้วิธีอธิบายเหตุผลกับผู้ป่วยว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทจะทำให้ความสามารถในการแก้ปัญหาในชีวิตของผู้ป่วยบกพร่องไปเนื่องจากความสามารถในการจัดระเบียบความคิดมีจำกัดและให้ผู้ป่วยบันทึกสถานการณ์ที่เป็นอุปสรรคและสาเหตุที่ทำให้รู้สึกยุ่งยากใจและความไม่พึงพอใจเพื่อนำรายละเอียดไปวิเคราะห์ในการดำเนินการบำบัดครั้งต่อไป ซึ่งวัตถุประสงค์ในการทำคือการฝึกตัดสินใจเลือกทางเลือกในการแก้ปัญหาที่เหมาะสมที่สุดวิธีการอธิบายขั้นตอนการแก้ปัญหา มีวัตถุประสงค์คือฝึกการระบุปัญหาให้เฉพาะเจาะจงและชัดเจน การค้นหาทางเลือกในการแก้ปัญหาให้ครอบคลุมและกว้างขวาง การประเมินความเป็นไปได้และผลลัพธ์ของแต่ละทางเลือก การปฏิบัติตามวิธีการแก้ปัญหาที่ได้เลือกไว้และประเมินผลลัพธ์ถ้าผลลัพธ์ไม่เป็นที่พอใจให้พิจารณาทางเลือกในการแก้ปัญหาใหม่และปฏิบัติตามให้รางวัลแก่ตนเองในการใช้กลวิธีแก้ปัญหาได้สำเร็จ ประยุกต์กลวิธีแก้ปัญหาในสถานการณ์ที่เป็นนามธรรม (abstract) เช่น การเล่นเกมฮอส เกมต่าง ๆ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทเพิ่มพูนความสามารถในการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ และสามารถวางแผนการแก้ปัญหาและประเมินผลการแก้ปัญหาได้และเพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทระบุทิศทางการเดินทางที่เปรียบเสมือนทางเลือกในการแก้ปัญหาว่าวิธีการเดินทางวิธีใดจะเป็นวิธีที่ดีที่สุดและประเมินผลการเดินทางมากแต่ละครั้งระยะแรกผู้บำบัดจะแสดงวิธีการแก้ปัญหาให้ดูและกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมมากขึ้นให้ผู้ป่วยประยุกต์วิธีการแก้ปัญหาไปใช้ในสถานการณ์จริง เช่น การ

สมัครงาน การหาที่อยู่ใหม่ การทำความรู้จักกับเพื่อนใหม่ให้ผู้ป่วยนำวิธีการแก้ปัญหาไปใช้ในชีวิตจริง โดยนำอุปสรรคที่ผู้ป่วยพบ มาวิเคราะห์รายละเอียดของปัญหา อภิปรายเกี่ยวกับทางเลือกและ ชักซ้อมการปฏิบัติต่อกันนั้นให้ผู้ป่วยกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการปฏิบัติและผลลัพธ์ผู้บำบัด จะเป็นผู้ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง

2.2.3.4 การบำบัดที่เน้นการฝึกทักษะ (Skill training) โดยการเรียนรู้และฝึก โดยมี วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการใช้ทักษะจำเป็นพื้นฐานในการดำเนินชีวิต 6 ด้านทักษะ ด้วยวิธีการ ที่ง่าย ๆ เช่น ทักษะการดูแลตนเอง (Personal life Skills), ทักษะการอยู่ร่วมกันภายใน บ้าน (Domestic Skills), ทักษะทางสังคม (Social Skills), ทักษะการทำงาน (Work Skills), ทักษะ การพักผ่อน (Leisure Skills), ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน (Community Living Skills)

2.2.3.5 การบำบัดที่เน้นเรื่องอารมณ์ (emotion-oriented) วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วย โรคจิตเภทรับรู้ว่าตนเองมีความสัมพันธ์กับสิ่งที่มากระตุ้นและการสร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัด สิ่งแวดล้อมเป็นการช่วยปรับพฤติกรรมและอารมณ์ให้ดีขึ้น (Therapeutic Relationship) รวมไปถึงการทำจิตบำบัดประคับประคอง (supportive psychotherapy)

2.2.3.6 การใช้สัมพันธ์ภาพและสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด (Relationship and Milieu Therapy) เป็นวิธีการเพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทรับรู้การสื่อสารเชิงบำบัดเป็นการพัฒนาความสามารถ ในการปรับตัวรายบุคคล มีวัตถุประสงค์ในการเน้นที่การติดต่อสื่อสาร การใช้สัมพันธ์ภาพและจัด สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ลดภาวะเครียดและพัฒนาความสามารถในการปรับตัวรายบุคคล

2.2.3.7 การบำบัดที่เน้นเรื่องการกระตุ้น (Stimulation-Oriented) และ การใช้สันทนาการ (Recreation therapy) เช่น การเล่นเกม/เกมคอมพิวเตอร์/เกมไฟ/เกมกระดาน เช่น หมากรุก ศิลปะบำบัดดนตรีบำบัด เป็นต้น มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้าใจบทบาทหน้าที่และ ช่วยให้อารมณ์ผ่อนคลาย

2.2.3.8 การบำบัดที่เน้นพฤติกรรม (Behavior-Oriented) การทำให้ดูเป็นตัวอย่างการ ให้แรงจูงใจ การให้รางวัล การชื่นชม เช่น ชื่นชมผู้ป่วยหรือให้รางวัลเมื่อผู้ป่วยทำพฤติกรรมที่เหมาะสม เบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยเมื่อมีพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ปรับเปลี่ยน พฤติกรรมให้อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้และเพื่อทำให้พฤติกรรมหรือทักษะที่หายไปกลับคืนมาและลด พฤติกรรมที่เป็นปัญหา เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว ตะโกน เอะอะโวยวาย

2.2.3.9 การบำบัดที่เน้นผู้ดูแล (Caregiver-oriented) เช่น การทำจิตบำบัดประคับประคอง (Supportive psychotherapy) การทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา (Group psychoeducation) และให้ กำลังใจ (Emotional support) ซึ่งเป็นการบำบัดเพื่อช่วยเหลือผู้ดูแลให้มีสุขภาพจิตที่ดีและสามารถดูแล ผู้ป่วยได้

2.2.3.10 การป้องกันการเกิดอาการกำเริบวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค การปฏิบัติตามแผนการรักษาและการดูแลตนเองที่ถูกต้องและเพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตเภททบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้มาและมองอนาคตความเข้าใจของผู้ป่วยที่มีต่ออาการทางจิตในมุมมองใหม่จะช่วยให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดและมีทัศนคติที่ดีต่อการกินยา

สรุปการบำบัดรักษาทางสังคมจิตใจผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้แก่ สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) การบำบัดที่เน้น cognitive (cognitive - oriented) การบำบัดที่เน้นการฝึกแก้ปัญหา (training in problem solving intensive) การบำบัดที่เน้นการฝึกทักษะ (Skill training) โดยการเรียนรู้และฝึกการบำบัดที่เน้นเรื่องอารมณ์ (emotion-oriented) ให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทรับรู้ว่าคุณเองมีความสัมพันธ์กับสิ่งที่มากระตุ้นและการสร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัดสิ่งแวดล้อม การใช้สัมพันธ์ภาพและสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด (Relationship and Milieu Therapy) ให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทรับรู้การสื่อสารเชิงบำบัดเป็นการพัฒนาความสามารถในการปรับตัวรายบุคคลการบำบัดที่เน้นเรื่องการกระตุ้น (Stimulation-Oriented) และ การใช้สันทนาการ (Recreation therapy) การบำบัดที่เน้นพฤติกรรม (Behavior-Oriented) การทำให้ดูเป็นตัวอย่าง การให้แรง จูงใจ การให้รางวัล การชื่นชม การบำบัดที่เน้นผู้ดูแล (Caregiver-oriented) และการป้องกันการเกิดอาการกำเริบ

2.3 แนวคิดการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท

2.3.1 ความหมายของการป่วยซ้ำ

จากการศึกษามีผู้ให้ความหมายการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทเป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยไม่สามารถควบคุมได้หรือเป็นการกลับคืนของพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ หลังจากที่พฤติกรรมนั้น ๆ หยุดไประยะเวลาหนึ่ง การป่วยซ้ำไม่ได้เกิดขึ้นทันทีทันใดแต่เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดเวลา มักมีอาการเตือนล่วงหน้าไม่สามารถบอกเวลาจำนวนอาการกำเริบและความเร็วที่จะเกิดการป่วยซ้ำได้ (โสธยา ศุภโรจณี, 2554 อ้างอิงจาก Birchwood and Spencer, 2001: 1212; Falloon et al., 1998)

2.3.2 อุบัติการณ์และความชุกของการป่วยซ้ำ

จากการติดตามผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายในหนึ่งปีแรก พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ได้รับการรักษาใด ๆ เลยกลับป่วยซ้ำร้อยละ 70 (โสธยา ศุภโรจณี, 2554 อ้างอิงจาก Meijel et al, 2003) ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง มีรายงานว่าร้อยละ 60 ของผู้ป่วยจิตเภทมีอาการป่วยซ้ำภายในเวลา 3 สัปดาห์เมื่อมีเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดเกิดขึ้น (โสธยา ศุภโรจณี, 2554 อ้างอิงจาก Sandock and Sandock, 2000) จากการศึกษานี้ของสมพร บุษราทิจ (2550) พบว่าการที่ผู้ป่วยหยุด

ยารับประทานโรคกำเริบมากกว่าคนรับประทานยาต่อเนื่อง 5 เท่า ถ้าโรคกำเริบแล้วกว่าจะรักษาหากกลับมาตีเท่าเดิมจนหาย อาจต้องใช้เวลามากกว่า 2 ปี โดยเกณฑ์ที่บอกว่าผู้ป่วยน่าจะหายจากโรคคืออาการทางจิตหายไปสามารถทำหน้าที่และดูแลตนเองในเรื่องชีวิต ประจำวันได้ผู้ป่วยที่ป่วยครั้งแรกและหายตามเกณฑ์ดังกล่าวนี้เพียงร้อยละ 14 เมื่อรักษาเป็นระยะเวลา 5 ปีและร้อยละ 43 ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครั้งก่อนภายในเวลา 1-6 เดือน (โสธยา ศุภโรจน์, 2554 อ้างอิงจาก ดวงตา อุทุมพฤษพร, 2533) จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภท มีโอกาสที่ป่วยซ้ำได้สูง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง ซึ่งสามารถกลับป่วยซ้ำได้มากในช่วง 3 สัปดาห์ หลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาลและผู้ป่วยจิตเภทที่มีการปรับตัวหลังจำหน่ายได้ดีควรมีช่วงของการอยู่ในชุมชนอย่างน้อย 6 เดือนจึงถือว่าเป็นผู้ที่ประสบความสำเร็จที่ไม่ป่วย (โสธยา ศุภโรจน์, 2554)

2.3.3 ปัจจัยของการป่วยซ้ำ

มีการศึกษาพบว่ามากกว่าร้อยละ 50 ของการป่วยต้องเข้ารับการรักษาซ้ำนี้เนื่องมาจาก การที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา ซึ่งความไม่ร่วมมือในการรักษานี้สัมพันธ์กับทัศนคติเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การรับประทานยาและอาการข้างเคียงจากยา (โสธยา ศุภโรจน์, 2554 อ้างอิงจาก Christine Rummel-Kluge, 2006) ในผู้ป่วยจิตเภทการป่วยซ้ำมักมีอาการเด่นชัดที่เป็นลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคลในผู้ป่วยบางรายการป่วยซ้ำทำให้อาการ มากขึ้นเรื่อย ๆ จนกระทั่งมีการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ มีพยาธิสภาพที่ถาวร จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง การป่วยซ้ำมักมีปัจจัยเสี่ยงหรือปัจจัยที่กระตุ้นให้มีอาการป่วยซ้ำเสมอ (โสธยา ศุภโรจน์, 2554 อ้างอิงจาก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, 2550) ได้แก่ 1. ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ คือ การไม่รู้สาเหตุและผลกระทบจากการป่วยซ้ำมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ไม่ถูกต้องหรือไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง ได้รับสารอาหารไม่ครบถ้วน นอนหลับไม่เพียงพอ ขาดการออกกำลังกาย ร่างกายอ่อนเพลีย ไม่สามารถทนต่อฤทธิ์ข้างเคียงจากยา 2. ปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม คือ การมีปัญหาเกี่ยวกับสิ่งที่อยู่รอบ ๆ ตัวเราได้แก่ ปัญหาด้านการเงิน ปัญหาด้านที่อยู่อาศัย มีเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด ไม่สามารถทำงานได้ ไม่มีที่ปรึกษา ไม่ทราบแหล่งที่ให้ข้อมูลต่าง ๆ การไม่พูดคุยและไม่สูงส่งกับผู้อื่น อยู่คนเดียว ไม่ติดต่อกับญาติพี่น้องเพื่อนฝูง 3. ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมและอารมณ์ ได้แก่ การที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ก้าวร้าวหรือมีพฤติกรรมรุนแรง อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง ขาดยาหรือลดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ หรือรับประทานยาไม่สม่ำเสมอตามแผนการรักษา คิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า ไม่มีจุดหมาย เป็นคนไร้ค่า มีการแสดงออกที่เปลี่ยนไปจากเดิม มีความรู้สึกสิ้นหวัง ขาดแรงจูงใจ

พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำเป็นกิจกรรมในการดูแลตนเองเพื่อให้มีพฤติกรรมทางสุขภาพที่เหมาะสม โดยสามารถรับรู้ถึงอาการเตือนและสามารถจัดการได้ก่อนการเจ็บป่วย มีวิธีการ

จัดการความเครียด ทราบแหล่งที่ขอความช่วยเหลือและมีความรู้ทักษะในการใช้ยาได้ถูกต้อง (โสธยา ศุภโรจน์, 2554 อ้างอิงจาก Meijel et al., 2003)

สรุปความหมายของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ คือ การปฏิบัติตนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงทำให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ สามารถรับรู้ได้จากการเปลี่ยนแปลงการรู้คิดและพฤติกรรม ซึ่งพบได้บ่อยและชัดเจนในระยะก่อนเริ่มมีอาการ องค์ประกอบของคุณลักษณะของพฤติกรรมที่ส่งผลให้เกิดการป้องกันตนเองไม่ให้ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การรับรู้อาการเตือน

2.3.4 การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและการใช้ยาที่ถูกต้อง (โสธยา ศุภโรจน์, 2554 อ้างอิงจาก วัฒนภรณ์ พิบูลอาลักษณ์, 2549) ดังนี้

2.3.4.1 การรับรู้อาการเตือน (Recognize of Early Warning Signs)

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

1) ระดับปกติคงที่ : รู้ตัวเองว่าอารมณ์หงุดหงิดได้ง่าย มีความคิดวิตกกังวลเพิ่มขึ้น พักผ่อนน้อยลง แต่ยังคงควบคุมจัดการได้

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

3) ระดับรุนแรง : มีความคิดกลัว หวาดระแวง คิดว่าตนเองติดต่อสื่อสารกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ได้ ประสาทหลอนลักษณะอาการเตือน (โสธยา 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 พุดหรือหัวเราะคนเดียว พุดจาไม่ต่อเนื่องหรือเหลวไหล รู้สึกว่าคนอื่นหัวเราะเยาะหรือพุดถึง รู้สึกว่าตนเองถูกจ้องมอง (โสธยา ศุภโรจน์, 2554 อ้างอิงจาก รูปนัท ศรีธราธิคุณ และธนา นิลชัยโกวิท, 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 Symtoms) เช่น หูแว่ว พุดคนเดียวซึ่งสงสัย หวาดระแวงหรือรู้สึกว่าคุณมีความรู้สึกว่าคุณถูกควบคุมอยู่

2.3.4.2 การจัดการกับอาการเตือนเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำประกอบด้วย 3 ขั้นตอน (โสธยา ศุภโรจน์, 2554 อ้างอิงจาก Birchwood et al, 2000) ได้แก่

1) ระดับปกติหรือคงที่ ประกอบด้วย การทำจิตใจสงบ เช่น ฝึกโยคะการทำสมาธิ การรับบริการจากศูนย์บริการทางสุขภาพจิต การพุดคุยที่ปรึกษากับคนที่ไว้ใจ จัดการกับความวิตกกังวล เช่น เมื่อคิดอะไรให้จดบันทึกไว้ อะไรคือความคิดที่เด่นชัด สามารถอธิบายหรือมีมุมมองอย่างอื่นหรือไม่ จัดการกับปัญหา/ความเครียด ได้แก่ เขียนปัญหาที่เกิดขึ้น เขียนแนวทางการจัดการที่เป็นไปได้ เลือกรวิธในการแก้ปัญหาที่ดีที่สุด

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

3) ระดับความรุนแรง ควรไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลจากการทบทวนถึงลักษณะอาการเตือนสามารถจำแนกได้เป็นอาการที่เป็นอาการทางจิตและอาการที่ไม่ใช่อาการทางจิต โดยอาการที่ไม่ใช่อาการทางจิตสามารถระบุอาการได้มากกว่าอาการที่เป็นอาการทางจิต อาการเตือนของการป่วยซ้ำที่พบบ่อย คือ การนอนหลับถูกรบกวน อารมณ์ เปลี่ยนแปลงง่าย ซึมเศร้าบ่อย ความอยากอาหารลดลง มีอาการทางด้านร่างกาย เช่น รู้สึกไม่สบายปวดศีรษะ ท้องผูกและระหว่างที่มีอาการผู้ป่วยมักจะต่อต้านหรือมีความรู้สึกสองฝักสองฝ่าย แยกตัวเองผู้ป่วยเริ่มมีอาการเล็ก ๆ น้อย ๆ เป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ จนกระทั่งมีอาการทางจิตรุนแรง อาการเตือนของอาการป่วยซ้ำที่เกิดขึ้นในระยะแรกเป็นอาการที่ไม่ใช่อาการทางจิตแต่เป็นอาการแสดงที่ส่งสัญญาณให้รู้ว่ากำลังจะมีอาการทางจิตเกิดขึ้น

ได้แก่ นอนไม่หลับ เครียด วิตกกังวล แยกตัวออกจากสังคมและไม่มีสมาธิซึ่งอาการเหล่านี้เกิดขึ้นก่อนมีอาการป่วยซ้ำเป็นวันหรือเป็นสัปดาห์ก็ได้ เป็นอาการที่มีลักษณะเฉพาะในแต่ละบุคคล (โสธยา ศุภโรจน์, 2554 อ้างอิงจาก อ้างอิงจาก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, 2550) สิ่งสำคัญในการรับรู้อาการเตือนของการป่วยซ้ำคือ การสังเกตพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงซึ่งบ่งบอกถึงอาการเริ่มแยกลงเมื่อเปรียบเทียบกับพฤติกรรมที่ผ่านมา ซึ่งในการรับรู้อาการเตือน ผู้ป่วยจิตเภท ต้องมีความรู้ทั่วไปของโรคจิตเภท ลักษณะอาการเตือนที่เกิดขึ้น มีแนวทางในการสังเกตอาการเตือนและมีการวางแผนที่จะปฏิบัติเพื่อให้ตนเองหลีกเลี่ยงสถานการณ์อันส่งผลต่อการเกิดอาการเตือนได้ การรับรู้อาการเตือนให้ได้อย่างรวดเร็วที่สุดหมายถึง แต่ละคนสามารถใช้วิธีทางบวกและแสวงหาแหล่งที่ให้ความช่วยเหลือเพื่อลดผลกระทบหรือป้องกันการป่วยซ้ำให้เหลือน้อยที่สุด การกำหนดแนวทางการปฏิบัติตั้งแต่ในระยะแรกจะช่วยลดความรุนแรงของอาการ ทำให้ระยะเวลาของการป่วยซ้ำสั้นลงและลดการเกิดอาการเช่นเดียวกันในอนาคต (โสธยา ศุภโรจน์, 2554 อ้างอิงจาก Royal Brisbane Hospital, 2003) นอกจากนี้ความร่วมมือของผู้ป่วยในการติดตามอาการของตนเองมีประโยชน์มากในการป้องกันการป่วยซ้ำ (โสธยา ศุภโรจน์, 2554 อ้างอิงจาก Hewitt and Brichwood, 2002)

2.3.5 การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา

เป็นการจัดการกับความเครียดอย่างหนึ่งที่เป็นทักษะทางสังคมและความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ หลายปัจจัย รวมถึงปัจจัยด้านระบบประสาทและปัจจัยด้านจิตสังคมและการป่วยซ้ำมีความสัมพันธ์กับการไม่เผชิญปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ (โสธยา ศุภโรจน์, 2554 อ้างอิงจาก Antai-Otong, 1995) ผู้ป่วยจิตเภทที่มีการรับรู้ถึงปฏิกิริยาตอบสนองต่อความทุกข์ทรมานเมื่อเริ่มมีอาการทางจิต และสามารถหาวิธีจัดการกับความทุกข์ทรมานนั้น โดยการค้นหาวิธีที่จะช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานด้วยการรักษาทางจิตเวชเพื่อไม่ให้มีอาการทางจิตมากขึ้นจนต้องเข้ารับการรักษาทางจิตเวช เพื่อไม่ให้มีอาการทางจิตมากขึ้นจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก (โสธยา ศุภโรจน์, 2554 อ้างอิงจาก Baker, 1995) การเตรียมการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท เป็นความสามารถในการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนที่จะมีอาการทางจิตมากขึ้น สามารถค้นหาและหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้มีอาการป่วยซ้ำได้ รวมทั้งค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ในการขอความช่วยเหลือ เมื่อมีอาการนำก่อนการป่วยซ้ำเพื่อลดภาวะเสี่ยงของการป่วยซ้ำ

2.3.6 การใช้ยาที่ถูกต้อง

ยารักษาโรคจิตมีความสำคัญอย่างมากต่อการรักษาโรคจิตเภท ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่จะมีข้อดีที่เหนือกว่ายารักษาโรคจิตกลุ่มเดิมเกี่ยวกับประสิทธิภาพในการรักษาอาการด้านลบและยังช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์ เช่น อาการไม่พึงประสงค์แบบทาร์ดีดิสกินีเซีย (Tardive Dyskinesias) และแบบเอ็กซ์ตราพาราไมดอล ซินโดรม (Extrapyramidal Syndrome) แต่

ผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ พบมีรายงานการเกิดอาการที่ไม่พึงประสงค์ที่พบที่พบบ่อยที่สุดคือน้ำหนักตัวเพิ่ม แต่เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาเป็นระยะเวลานาน อีกทั้งยังเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา จึงทำให้พบปัญหาของการไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท มีรายงานพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราความไม่ร่วมมือในการใช้ยาประมาณร้อยละ 20-89 (เฉลี่ยร้อยละ 50) ผลกระทบของความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตจะทำให้เพิ่มความเสี่ยงในการป่วยซ้ำ เพิ่มการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจำนวนมาก (โสธยา ศุภโรจน์, 2554 อ้างอิงจาก สมพร บุษราทิจ, 2551)

การป้องกันการป่วยซ้ำจึงนับเป็นการดูแลตนเองที่สำคัญ โดยการมารับยาต่อเนื่อง รับประทานยาตามเวลา ไม่ลดหรือเพิ่มยาด้วยตนเองเมื่อเริ่มมีอาการเปลี่ยนแปลง และการคงไว้ซึ่งการรักษาด้วยยาเป็นการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทได้ (โสธยา ศุภโรจน์, 2554 อ้างอิงจาก Johnstone and Gedes, 1994) เมื่อผู้ป่วยรับรู้อาการเตือนได้ด้วยตนเองทำให้รับรู้ถึงภาวะที่ผิดปกติ ใช้ความสามารถในการเผชิญปัญหาและแก้ปัญหาก่อนที่จะมีอาการทางจิตมากขึ้น สามารถค้นหาและหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้มีการป่วยซ้ำได้รวมทั้งทราบข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ในการขอความช่วยเหลือ เมื่อเกิดอาการเตือนก่อนการป่วยซ้ำร่วมกับมีความรู้และทักษะการใช้ยาตามแผนการรักษาที่ถูกต้อง นับเป็นการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองที่สำคัญ นับว่ามีความสำคัญมากต่อการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท (โสธยา ศุภโรจน์, 2554 อ้างอิงจาก วัฒนารณณ์ พิบูลย์อาลักษณ์, 2549)

สรุปได้ว่า การป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท เป็นลักษณะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยไม่สามารถควบคุมได้หรือกล่าวได้ว่าเป็นการกลับคืนของพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์หลังจากที่หยุดไปเป็นระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งพบว่าสาเหตุหลักของการป่วยซ้ำคือ การหยุดรับประทานยา และหากมีการป่วยซ้ำก็จะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยคือ ทำให้มีความเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ ผลกระทบต่อครอบครัวคือ เกิดเป็นภาระด้านเศรษฐกิจและส่งผลเสียต่อสุขภาพของผู้ดูแล ผลกระทบต่อชุมชนคือ อาจทำร้ายผู้อื่นเนื่องจากมีพฤติกรรมรุนแรงจากอาการหวาดระแวงหรือหลงผิด และมีผลกระทบต่อประเทศชาติคือ ทำให้รัฐบาลต้องสูญเสียงบประมาณในการรักษาเป็นจำนวนมาก ดังนั้น เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาหรือผลกระทบต่าง ๆ ตามมาจึงได้มีการศึกษาแนวคิดในเรื่องพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ซึ่งเป็นลักษณะของการปฏิบัติตนเพื่อไม่ให้มีพฤติกรรมอันไม่พึงประสงค์ที่จะแสดงออกในด้านการรู้คิดและพฤติกรรม ซึ่งมีวิธีป้องกันไม่ให้อาการป่วยซ้ำได้แก่ การรับรู้อาการเตือน จะสามารถป้องกันการป่วยซ้ำได้หากพบอาการบ่งบอกการเป็นซ้ำได้รวดเร็ว การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา คือความสามารถในการค้นหาและหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้ป่วยซ้ำ รวมทั้งมีการหาแหล่งประโยชน์ในการช่วยเหลือตนเองเมื่อเกิดการป่วยซ้ำและการใช้ยาที่ถูกต้อง คือ รับประทานยาตามเวลา ไม่ลดหรือเพิ่มยาด้วยตนเอง ปัจจัยเหล่านี้สามารถลดการป่วยซ้ำได้ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปฏิบัติตัวของผู้ป่วยรวมทั้งผู้ดูแล และเนื่องจากการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหาลักษณะเรื้อรัง ดังนั้น

บทบาทหลักของการพยาบาล คือ เป็นผู้ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เป็นผู้ให้คำปรึกษา พร้อมทั้งเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยให้มีความเข้มแข็งให้สามารถใช้ศักยภาพที่มีอยู่ในตนเพื่อแก้ไขปัญหาความเจ็บป่วยมีแรงจูงใจในการรักษา ซึ่งจะเป็นการช่วยลดอัตราการป่วยซ้ำ

2.4 แนวคิดการพัฒนาเชิงระบบการจัดการ

การใช้วิธีการคิดแบบ วิธีการเชิงระบบ (System Approach) การดำรงชีวิตของมนุษย์ ถ้าหากพิจารณาแล้วจะเห็นว่าทุกอย่างเกิดขึ้นอย่างเป็นระบบเกือบทั้งสิ้น ไม่ว่าจะเป็นปรากฏการณ์ของธรรมชาติหรือการทำงานของมนุษย์เองก็ตาม มนุษย์เรายังไม่มีการเรียนรู้ว่าสิ่งเหล่านี้คือ ระบบ (System) จนได้มีการสังเกตและรวบรวมจัดเป็นหมวดหมู่และได้นำมาศึกษาอย่างละเอียดลึกซึ้งเพิ่มขึ้นจึงเกิดเป็นทฤษฎีระบบ (System theory) ซึ่ง หมายถึงการพิจารณาปรากฏการณ์ต่าง ๆ ทั้งระบบ เพื่อจะให้เห็นความสำคัญและลักษณะของ องค์ประกอบต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กันเป็นหนึ่งเดียว ในที่นี้กล่าวถึงเฉพาะวิธีการเชิงระบบหรือ เทคนิคเชิงระบบ (System Approach)

2.4.1 ความเป็นมาของวิธีการเชิงระบบ

กลุ่มนักคิด นักทฤษฎีรวมทั้งนักปฏิบัติที่สนใจแนวคิดทฤษฎีระบบ เข้ามามีบทบาทในการ พัฒนาสร้างเสริมองค์ความรู้เกี่ยวกับองค์การและการบริหารต่างมีความเชื่อมั่นว่าจะส่งผลให้องค์การตามแนวทางแห่ง องค์ความรู้ในมิติใหม่สามารถดำเนินกิจการได้อย่างมีประสิทธิภาพสูง สม่่าเสมอ แม้สภาพแวดล้อมจะเปลี่ยนแปลงอย่างไรก็ตาม Scot (1967) เป็นผู้นำแนวคิดและทฤษฎีระบบเข้ามามีบทบาทกำหนดแนวคิด ทฤษฎี หลักการและเทคนิคต่างๆ เกี่ยวกับองค์การและการบริหารใน ช่วงปลายคริสต์ศตวรรษที่ 20 ได้เน้นให้มององค์การในสภาพที่เป็นระบบ Chester Barnard ผู้เขียนหนังสือด้านการบริหารงาน โดยใช้วิธีการเชิงระบบ ขณะเดียวกัน Herbert Simon ผู้ซึ่งมององค์การในสภาพที่เป็นระบบที่มีการตัดสินใจต่างๆ ความสับสน ความซับซ้อนภายใน พยายามศึกษาค้นคว้า หาแนวทางนำความรู้ใหม่ ๆ เข้ามาระบบมาใช้เป็น รากฐานกำหนดทฤษฎีองค์การ ความรู้ใหม่ที่สนใจคือ วิธีการเชิงระบบนั่นเอง สำหรับ Churchman และคณะ สนใจและสนับสนุนให้ใช้วิธีการเชิงระบบ ในการศึกษาวิเคราะห์ข้อแก้ปัญหายุ่งยากเกี่ยวกับการดำเนินงาน (Kast & Rosenzweig, 1985) เป็นคนแรก ที่นำการวิจัยดำเนินงานมาใช้ในระยะแรก ได้ใช้วิธีทางคณิตศาสตร์มาวิเคราะห์องค์การทางการทหารในช่วงสงครามโลกครั้งที่ 1 และในช่วงสงครามโลกครั้งที่ 2 ก็เริ่มใช้ในการแก้ปัญหาการดำเนินงาน ซึ่งจะเห็นว่าเป็นการใช้แนวทางวิธีการเชิงระบบนั่นเอง (Bowditch, 1973)

2.4.2 ความหมายของวิธีการเชิงระบบ

วิธีการเชิงระบบหรือเทคนิคเชิงระบบ (System Approach) หมายถึง วิธีการนำเอาความรู้เรื่องระบบเข้ามาเป็นกรอบช่วยในการค้นหาปัญหา กำหนดวิธีการแก้ปัญหาและใช้แนวทาง

ความคิดเชิงระบบช่วยในการตัดสินใจแก้ปัญหา (อุทัย บุญประเสริฐ, 2529) - 2 - Henry Lenman (สุรพันธ์ ยันต์ทอง, 2533) ได้ให้อธิบายความหมายของ วิธีการเชิงระบบไว้ดังนี้

- 2.4.2.1 เป็นวิธีการแก้ปัญหาที่นำเอาวิธีการทางวิทยาศาสตร์มาใช้
 - 2.4.2.2 เป็นวิธีการพัฒนาการแก้ปัญหา ที่กระทำอย่างเป็นระบบ เป็นขั้นเป็นตอน
 - 2.4.2.3 เป็นกระทำการขจัดความลำเอียง โดยไม่ยึดถือเอาความคิดของคนใดคนหนึ่งมาตัดสินโดยไม่มีเหตุผลเพียงพอ
 - 2.4.2.4 เป็นวิธีการแก้ปัญหาเป็นขั้นๆอย่างมีเหตุผล
 - 2.4.2.5 เป็นการดำเนินงานโดยกลุ่มบุคคล ไม่ใช่คนใดคนหนึ่งแต่เพียงผู้เดียว
 - 2.4.2.6 มีการวางแผนล่วงหน้าก่อนการดำเนินการแก้ปัญหาทุกครั้งว่าจะดำเนินการที่ละขั้น อย่างไร และเมื่อกำหนดแล้วจะไม่มีการเปลี่ยนแปลงแก้ไขภายหลัง หรือไม่ดำเนินการตามขั้นตอนที่กำหนดไว้เป็นอันขาด นอกจากเป็นเหตุสุดวิสัย
 - 2.4.2.7 ระหว่างการดำเนินงาน ถ้าต้องมีการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในระบบ ต้องแก้ไขทันทีให้เสร็จ แล้วจึงดำเนินงานขั้นตอนต่อไป แต่ทั้งนี้ต้องอยู่ในแผนที่กำหนดด้วย
 - 2.4.2.8 ไม่มีการบอกยกเลิก ยกเว้นข้ามขั้นหรือหยุดกลางคัน แล้วนำผลที่ยังไม่ได้ดำเนินการไปถึงจุดสุดท้ายเมื่อบรรลุวัตถุประสงค์ของการแก้ไขปัญหามาใช้เท่านั้น
- กอ สวัสดิพานิช (ม.ป.ป.) ได้ให้ความหมายของทฤษฎีเชิงระบบว่า เป็นกลวิธีอย่างหนึ่งซึ่งใช้ในการวิเคราะห์ การออกแบบและการจัดการ เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่วางไว้อย่างสัมฤทธิ์ผลและมีประสิทธิภาพ โชเดอร์เบคและคณะ (Schoderbek et al., 1990) เสนอว่าการแก้ปัญหา ในปัจจุบันจำเป็นต้องมองที่ระบบมากกว่าพิจารณารายละเอียดของแต่ละปัญหา ตัวอย่างการใช้ Systems Approach ในการแก้ปัญหา ได้แก่ ระบบการขนส่ง ต้องมีการออกแบบระบบทางสัญจรที่ดี ซึ่งจะช่วยลดการสิ้นเปลืองเชื้อเพลิงได้ หรือการออกแบบเครื่องบินที่สามารถบรรลุผู้โดยสารได้จำนวนมาก แต่สนามบินขาดสิ่งอำนวยความสะดวก ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมองปัญหาโดยรวมหรือที่เรียกว่า Systems view or Systems Approach นอกจากนี้เขายังได้ขยายความว่าวิธีการเชิงระบบ มีความแตกต่างกับวิธีการเชิงวิเคราะห์ (Analytical approach) ตรงที่วิธีการเชิงระบบเป็นกระบวนการแยกแยะจากส่วนรวมทั้งหมด ออกเป็นส่วนๆ ที่เล็กกว่า เพื่อให้เข้าใจการทำหน้าที่ของส่วนรวม วิธีการเชิงระบบอยู่บนพื้นฐานของ ทฤษฎีระบบทั่วไป ซึ่งสัมพันธ์ เกี่ยวข้องกับการรวมเอาแนวทางปฏิบัติต่างๆ ได้แก่ การวิจัยดำเนินงาน การวิเคราะห์ระบบ การควบคุมระบบ และวิศวกรรมระบบ มารวมกันเข้าเพื่อการแก้ปัญหอย่างเป็นระบบ จากความหมายของนักการศึกษาหลายท่าน

จึงอาจสรุปได้ว่า วิธีการเชิงระบบ (Systems approach) หมายถึง วิธีการทางความคิดที่เป็นรูปแบบ ซึ่งแสดงให้เห็นวิธีการแก้ปัญหอย่างเป็นระบบ โดยเน้นการมองปัญหาอย่าง

องค์รวม ทั้งนี้รูปแบบของวิธีการหาความรู้เกี่ยวข้องโดยตรง กับการวิเคราะห์ สังเคราะห์และวางรูปแบบการดำเนินการ โดยต้องเกี่ยวข้องกับรูปแบบปฏิบัติทั้งภายในและภายนอกโดยใช้ระบบเปิดเป็นพื้นฐานความคิดความสำคัญของวิธีการเชิงระบบ

ความสำคัญของวิธีการเชิงระบบสามารถสรุปได้ 4 ประการคือ 1. มีความสำคัญในฐานะที่เป็นวิธีคิดที่สามารถจัดการกับปัญหาที่มีความยุ่งยากซับซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2. มีความสำคัญในฐานะที่เป็นเครื่องมือส่งเสริมวิธีคิดของบุคคลทั่วไป 3. มีความสำคัญในฐานะที่เป็นเครื่องมือสำหรับพัฒนาองค์ความรู้ในศาสตร์สาขาแขนงต่างๆ ทั้งวิทยาศาสตร์ 4. มีความสำคัญในฐานะที่เป็นเครื่องมือสำหรับการบริหารงานในองค์การหรือหน่วยงาน ด้านการวางแผน นโยบายและอื่นๆ ขั้นตอนของวิธีการเชิงระบบ วิธีการเชิงระบบมีขั้นตอนที่สำคัญเพื่อในการศึกษาวิเคราะห์เกี่ยวกับ การบริหารและการแก้ปัญหา

ตัวอย่างขั้นตอนวิธีการเชิงระบบของนักการศึกษา 3 ท่านที่น่าสนใจคือ โอเปียน และ อุทัย บุญประเสริฐ และ เฮนรี เลมาน ซึ่งมีขั้นตอนวิธีการเชิงระบบกล่าวคือ

โอเปียน จาก มหาวิทยาลัยอีสเทอร์นอชิงตัน ได้ระบุไว้ในหนังสือ Management Information Systems : A managerial and user perspective ถึงวิธีการเชิงระบบกับการแก้ปัญหาโดยทั่วไปว่าวิธีการเชิงระบบคือการปรับ (Modify) วิธีการทางวิทยาศาสตร์ (the scientific method) ซึ่ง เน้นที่การแก้ปัญหา โดยวิธีการเชิงระบบนี้มีกิจกรรมสำคัญ 7 สำคัญ ซึ่งสัมพันธ์กับการแก้ปัญหา ทั่วๆ ไปโดยเปรียบเทียบให้เห็น ขั้นตอนทั้งสองส่วนคือ วิธีการเชิงระบบ การแก้ปัญหา ทั่วไป 1. ทำความเข้าใจปัญหา โดยการระบุปัญหา/โอกาสในเชิงบริบทของระบบ และ รวบรวมข้อมูลเพื่ออธิบายปัญหาและโอกาส 2. พัฒนาทางเลือก 3. ระบุทางเลือก/ทางเลือกในการแก้ปัญหา 4. ประเมินในแต่ละทางเลือก 5. เลือกทางเลือกที่ดีที่สุดปฏิบัติการแก้ปัญหา 6. ปฏิบัติการตามทางเลือกที่เลือกไว้ 7. ประเมินความสำเร็จของการปฏิบัติตามทางเลือก

อุทัย บุญประเสริฐ (2529) กล่าวถึงวิธีการหรือเทคนิคเชิงระบบ เป็นการทำงาน จากสภาพที่เป็นอยู่ไปสู่สภาพที่ต้องการของงานนั้นทั้งระบบ โดยขั้นตอนที่สำคัญๆ ในเทคนิคเชิงระบบ ได้แก่ 1. กำหนดปัญหาที่ต้องการแก้ไขและความต้องการในการพัฒนาของระบบให้ชัดเจน 2. การกำหนดวัตถุประสงค์ย่อยที่สัมพันธ์กับปัญหาและความต้องการในการพัฒนาและ สัมพันธ์กับวัตถุประสงค์รวมของระบบใหญ่ทั้งระบบเพื่อสร้างกรอบหรือขอบเขตใน การทำงาน (สิ่งที่ต้องการ) 3. ศึกษาถึงสิ่งแวดล้อมหรือข้อจำกัดในการทำงานของระบบและทรัพยากรที่หามาได้ 4. สร้างทางเลือกในการแก้ปัญหาหรือวิธีการในการพัฒนา 5. ตัดสินใจเลือกทางเลือกที่เหมาะสม ด้วยวิธีการที่มีเหตุผลเป็นระบบ เป็นไปตามกฎเกณฑ์ที่เหมาะสมคำนึงถึงความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ 6. ทดลองปฏิบัติทางเลือกที่ได้ตัดสินใจเลือกไว้ 7. ประเมินผลการทดลองหรือผลการทดสอบ 8. เก็บรวบรวม

ข้อมูลป้อนกลับอย่างเป็นระบบเพื่อปรับปรุงระบบนั้นให้เหมาะสมยิ่งขึ้น 9. ดำเนินการเป็นส่วนของระบบปกติ

เฮนรี เลมาน ได้เสนอขั้นตอนของวิธีการเชิงระบบไว้ดังนี้ อ้างถึงในสุนันท์ ปัทมาคม (อัครสำเนา) 1.ปัญหา (Need) 2.วัตถุประสงค์ (Objection) 3.ข้อจำกัด (Constrains) 4.ข้อเสนอทางแก้ปัญหา (Alternatives) 5.การเลือกข้อเสนอ (Selection) 6.ทดลองปฏิบัติ (Implementation) 7.ประเมินผล (Evaluation) 8.ปรับปรุงและนำไปใช้ (Modification)

การประยุกต์ใช้วิธีการเชิงระบบ การประยุกต์ ใช้วิธีการเชิงระบบในภาพรวมนั้น อุกฤษ บัญประเสริฐ ได้สรุปขั้นตอนสำคัญๆ ไว้ 5 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้ 1. จะต้องทราบปัญหาที่จะต้องแก้ไขให้แจ่มชัดว่าเป็นปัญหาของระบบนั้นแท้จริง (Need Identification and Objective setting) 2. คิดหาวิธีการหรือแนวทางเลือก (Alternative) ในการแก้ไขอันเป็นผลมาจากการวิเคราะห์ระบบ และทำความเข้าใจถึงพฤติกรรมของระบบ ตลอดจนข้อจำกัดต่างๆ ที่มีต่อการทำงานของระบบ 3. เลือกวิธีการใดวิธีหนึ่งที่พิจารณาว่าเหมาะสมที่สุด ดีที่สุด และนำออกปฏิบัติ (Designing and implementing) 4. ประเมินผลการปฏิบัติ (Evaluation) เพื่อทราบผลและเพื่อให้ข้อมูลป้อนกลับ 5. รับข้อมูลป้อนกลับและปรับระบบต่อไป (Feedback and Modification)

วิธีการเชิงระบบนั้น หากพิจารณาในด้านประโยชน์ที่นำมาใช้ทางด้านต่างๆ แล้วจะพบว่า เหมาะกับปัญหาที่มีความซับซ้อนและลึกซึ้ง เพราะจะทำให้มองงานนั้นทั้งภาพรวมและส่วนปลีกย่อยอย่างทั่วถึงสัมพันธ์กัน เราสามารถนำแนวคิดของวิธีการเชิงระบบไปประยุกต์กับการ บริหารจัดการในองค์กรประเภทต่างๆ ได้เป็นอย่างดี โดยยึดสาระสำคัญและขั้นตอนการ ดำเนินงานของวิธีการเชิงระบบเป็นสำคัญ

จากแนวคิดจากการนำเสนอขั้นตอนวิธีการเชิงระบบของนักการศึกษาหลายๆ ท่านที่กล่าวมาข้างต้นนั้น พอจะสรุปเป็นขั้นตอนหลักๆ ได้ 5 ขั้นตอนคือ

1. ระบุปัญหาที่ต้องการแก้ไข
2. ระบุทางเลือกหรือทางเลือกเพื่อแก้ไขปัญหา
3. เลือกทางเลือก
4. ปฏิบัติตามแนวทางที่ได้เลือกไว้
5. ประเมินความสำเร็จของการปฏิบัติตามทางเลือกและนำไปปรับปรุง

2.5 แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (Strategic Route Map : SRM)

แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (Strategic Route Map : SRM) เป็นเครื่องมือ ที่ นพ.อมร นนทสุต อดีตปลัดกระทรวงสาธารณสุข แห่งมูลนิธิแสงสิทธิการ ได้พัฒนาจากแนวคิดหลักการของ แผนที่ยุทธศาสตร์ (Strategy Map) ของ Robert S. Kaplan และ David P. Norton ประยุกต์เข้ากับหัวใจสำคัญของการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) 4 ประการ คือ (1) การมีส่วนร่วมของประชาชน/ชุมชน (2) การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม (3) การประสานงานระหว่างสาขา หรือ พหุภาคี (4) การเชื่อมโยงระบบสุขภาพภาครัฐให้สอดคล้องกับสุขภาพภาคประชาชน

นิยามของแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (Strategic Route Map : SRM) หมายถึง คือ เครื่องมือที่ใช้บริหารจัดการยุทธศาสตร์ให้เกิดความสำเร็จ เป็นกรอบสำหรับการวางแผนและวัดความสำเร็จของยุทธศาสตร์ (กระบวนการวิธีการทำงาน) โดยใช้เครื่องชี้วัด ทำการวัดปฏิบัติการของท้องถิ่น ชุมชน หรือองค์กรในแง่มุมต่างๆ มีลักษณะเป็น ภาพของทิศทาง จุดหมายปลายทางและวิธีการปฏิบัติการให้ไปถึงจุดหมายปลายทางที่ตั้งไว้สามารถช่วยในการสื่อสารให้ผู้ที่มีส่วนได้เสียและบุคลากรได้ทราบตลอดจนช่วยปรับการทำงานประจำวันของฝ่ายต่างๆให้เข้าหาและไปในทิศทางเดียวกัน

องค์ประกอบของแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ในแนวคิดและหลักการของแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ จะแบ่งองค์ประกอบ ตามระดับของมุมมอง (levels of perspective) 4 ระดับได้แก่

(1) มุมมองระดับประชาชนเป็นการมองที่บทบาทของประชาชน ทั้งในส่วนประชาชน และส่วนชุมชนกล่าวคือประชาชนต้องแสดงบทบาทอะไรชุมชนจะต้องทำอะไรเพื่อสนับสนุนประชาชนให้แสดงบทบาทเหล่านั้น

(2) มุมมองระดับภาคีเครือข่าย เป็นการมองที่บทบาทขององค์กรที่มีส่วนได้ส่วนเสีย เป็นเครือข่าย หรือพันธมิตรที่จะร่วมกันสนับสนุนบทบาทของประชาชน/ชุมชน

(3) มุมมองระดับกระบวนการเป็นการมองกระบวนการของการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพที่จะส่งผลให้ภาคีเครือข่ายหรือประชาชน/ชุมชน สามารถแสดงบทบาทได้

(4) มุมมองระดับพื้นฐานหรือรากฐานเป็นมุมมองด้านการพัฒนาและการเรียนรู้โดยมี 3 องค์ประกอบหลักคือบุคลากรองค์กรและข้อมูล

ประโยชน์ของแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์

(1) เกิดการเชื่อมโยงเป้าประสงค์ของยุทธศาสตร์ขององค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐ/เอกชน และองค์กรท้องถิ่น เข้าหากัน เพื่อให้ทุกฝ่ายทราบว่าใครมีส่วนหรือบทบาทในภาพรวมอย่างไร และวัตถุประสงค์เหล่านั้นสอดคล้องกันอย่างไร?

(2) เกิดการบริหารจัดการแผนที่ยุทธศาสตร์ขององค์กร ด้วยการกำหนดเส้นทางเดินสู่ความสำเร็จจากแผนที่ยุทธศาสตร์หลัก ด้วยการให้แต่ละองค์กรไปพัฒนาแผนที่เฉพาะส่วนของตน ที่

เรียกว่าแผนที่ยุทธศาสตร์ฉบับปฏิบัติการ โดยใช้กระบวนการเดียวกันทุกองค์กร ลงไปจนถึงการตั้งเป้าหมายและเครื่องชี้วัดปฏิบัติการ

(3) ผลที่ได้ จะทำให้การพัฒนาเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ทุกฝ่ายทราบว่าพร้อมมือเรื่องอะไร? กับใคร? ได้เมื่อใด? อันทำให้เกิดการเสริมพลัง หรือการเพิ่มมูลค่าหรือคุณค่า

กระบวนการและขั้นตอนการสร้างและใช้แผนที่ยุทธศาสตร์

สำหรับกระบวนการและขั้นตอนการสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับชุมชน ท้องถิ่น และองค์กรทุกระดับว่าสามารถนำไปใช้ นำไปปฏิบัติและเรียนรู้ด้วยตนเองได้ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ กระบวนการสร้าง (มี 3 ขั้นตอนย่อย) และ กระบวนการใช้ (มี 4 ขั้นตอนย่อย) รวมทั้งหมด 7 ขั้นตอน ได้แก่

ส่วนที่ 1 กระบวนการสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ

- (1) การวิเคราะห์บริบทและสถานการณ์
- (2) การกำหนดจุดหมายปลายทาง
- (3) การสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์และการตรวจสอบแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์

ส่วนที่ 2 กระบวนการใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน

- (4) การสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ฉบับปฏิบัติการ(SLM)
- (5) การนิยามเป้าประสงค์ของยุทธศาสตร์หรือการอธิบายการทำงาน
- (6) การสร้างแผนปฏิบัติการ (Mini - SLM)
- (7) การเปิดงาน

ทั้งนี้ การสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์นั้นจำเป็นต้องสร้างด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมตามหัวใจหลักของแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน

การสร้างและใช้เครื่องชี้วัดตามแนวคิด หลักการของแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์

เครื่องชี้วัดความสำเร็จ (Indicator) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการกำหนดทิศทางการดำเนินงาน การตรวจสอบ ควบคุมและติดตามผลเพื่อให้งานนั้นบรรลุเป้าหมายสูงสุด จะใช้วัดความก้าวหน้าของกิจกรรมและวัดผลที่ได้จากการทำกิจกรรมในแต่ละเป้าประสงค์ของยุทธศาสตร์

เครื่องมือที่ใช้ชี้วัดความสำเร็จที่สำคัญมี 2 ชนิดคือ

(1) หัวใจของความสำเร็จ (Critical Success Factor: CSF) หมายถึง กระบวนการตั้งต้นที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงหลายแง่หลายมุม หรือสิ่งที่จุดประกายที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่างๆ (หรือปฏิริยาลูกโซ่) ที่นำไปสู่ความสำเร็จ”

(2) เครื่องชี้วัดความสำเร็จ (Key Performance Indicator : KPI หมายถึง “ เราทำหรือจะทำอะไรที่ก่อให้เกิดปฏิริยาลูกโซ่ในข้อ (1)

การค้นหาหัวใจของความสำเร็จ

ภายในเป้าประสงค์ของยุทธศาสตร์ (Strategic Objective) แต่ละข้อจะมีองค์ประกอบ (อาจเป็นกระบวนการหรือตัวคนก็ได้) ที่มีความสำคัญสูงต่อการเปลี่ยนแปลงหรือการบรรลุความสำเร็จสิ่งที่ทำลายคือ ความสามารถถ่วงถ่วง เลือกเฟ้นองค์ประกอบที่มีความสำคัญสูงสุดหรือที่เรียกว่าเป็น หัวใจความสำเร็จ หรือ Critical Success Factor (CSF) ของยุทธศาสตร์ให้พบประเภทของเครื่องชี้วัด

เครื่องชี้วัด จัดเป็น 3 ประเภท คือ

ประเภทที่ 1 แสดงผลลัพธ์ (Outcome) ที่สำคัญของการเปลี่ยนแปลง ใช้ชื่อว่าตัวชี้วัดผลลัพธ์ (Key Result Indicator - KRI)

ประเภทที่ 2 แสดงผลการปฏิบัติ (Performance) ใช้ชื่อว่าตัวชี้วัดผลงาน (Performance Indicator - PI)

ประเภทที่ 3 แสดงปฏิบัติการสำคัญที่ส่งผลต่อวัตถุประสงค์ของยุทธศาสตร์ เป็นลูกโซ่ใช้ชื่อว่าตัวชี้วัดผลสำเร็จ (Key Performance Indicator - KPI

โดยสรุป แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ เครื่องมือที่ใช้บริหารจัดการยุทธศาสตร์ให้เกิดความสำเร็จ เป็นกรอบสำหรับการวางแผนและวัดความคืบหน้าของยุทธศาสตร์ (กระบวนการทำงาน) โดยใช้เครื่องชี้วัด ทำการวัดปฏิบัติการของท้องถิ่น ชุมชน หรือองค์กรในแง่มุมต่างๆ มีลักษณะเป็น ภาพของทิศทาง จุดหมายปลายทางและวิธีการปฏิบัติการให้ไปถึงจุดหมายปลายทางที่ตั้งไว้สามารถช่วยในการสื่อสารให้ผู้ที่มีส่วนได้เสียและบุคลากรได้ทราบ ตลอดจนช่วยปรับการทำงานประจำวันของฝ่ายต่างๆ ให้เข้าหาและไปในทิศทางเดียวกันมีขั้นตอน แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ กระบวนการสร้าง (มี 3 ขั้นตอนย่อย) และ กระบวนการใช้ (มี 4 ขั้นตอนย่อย) รวมทั้งหมด 7 ขั้นตอน ได้แก่ ส่วนที่ 1 กระบวนการสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ

การวิเคราะห์บริบทและสถานการณ์ การกำหนดจุดหมายปลายทาง และการสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์และการตรวจสอบแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ส่วนที่ 2 กระบวนการใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน การสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ฉบับปฏิบัติการ (SLM) ,การนิยามเป้าประสงค์ของยุทธศาสตร์หรือการอธิบายการทำงาน, การสร้างแผนปฏิบัติการ (Mini - SLM) และการเปิดงาน

2.6 แนวคิดการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมในการร่วมทำกิจกรรมต่าง ๆ มักส่งผลให้ภารกิจกรรมนั้นสามารถดำเนินการได้อย่างราบรื่น โดยกระบวนการมีส่วนร่วมบุคลากรและภาคีเครือข่ายในชุมชนนั้น เป็นปัจจัยที่สำคัญในการพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภท ให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตที่ดีขึ้นได้

2.6.1 ความหมายการมีส่วนร่วม

Arnstein (1969) การมีส่วนร่วม หมายถึง การเข้าไปมีส่วนร่วมโดยไม่มีบทบาทอะไรเลย ย่อมไม่ได้ผลการมีส่วนร่วมที่มีคุณภาพนั้น ผู้เข้าร่วมจะต้องรู้จักใช้อำนาจและสามารถควบคุมกิจกรรมนั้นได้จึงจะทำให้เกิดผลอย่างมีประสิทธิภาพ

Berkley (1975) การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่ผู้นำเปิดโอกาสให้ผู้ตามทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมตัดสินใจในการทำงานเท่าที่จะสามารถกระทำได้

Erwin (1976) การมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานพัฒนา ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ แก้ปัญหาของตนเอง

Cohen & Uphoff (1981) การมีส่วนร่วม หมายถึง สมาชิกของชุมชนต้องเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องใน 4 มิติ ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมการตัดสินใจว่าควรทำอะไรและทำอย่างไร 2) การมีส่วนร่วมเสียสละในการพัฒนา รวมทั้งลงมือปฏิบัติตามที่ตัดสินใจ 3) การมีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผลโครงการ

United Nations (1981) การมีส่วนร่วม หมายถึง การเข้าร่วมอย่างกระตือรือร้นและมีพลังของประชาชนในด้านต่างๆ ได้แก่ ในการตัดสินใจเพื่อกำหนดเป้าหมายของสังคมและการจัดสรรทรัพยากรเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย และปฏิบัติตามแผนการหรือโครงการต่างๆ ด้วยความเต็มใจ

Putti (1987) การมีส่วนร่วม หมายถึง พื้นฐานของกิจกรรมต่างๆ ที่จะส่งผลให้การบริหารจัดการมีลักษณะกว้าง ซึ่งเป็นทางหนึ่งที่จะทำให้การมีส่วนร่วมขยายไปสู่การปฏิบัติงานในระดับล่างขององค์กร

นิคม ผัดแสน (2540) การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่ให้ประชาชนได้คิดค้นแนวทางขึ้นเอง เป็นผู้กำหนดการตัดสินใจ คิดค้นปัญหา และการดำเนินการในขั้นตอนต่างๆ เช่น แสดงความคิดเห็น เสนอแนะ และสนับสนุนกิจกรรมต่างๆ

อุทัย บุญประเสริฐ (2542) การมีส่วนร่วม หมายถึง การเปิดโอกาสให้สมาชิกของชุมชนและประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมตัดสินใจในกิจกรรมใดๆ ให้ความช่วยเหลือและมีอิทธิพลต่อการดำเนินกิจกรรมที่มีผลกระทบต่อประชาชน

พีระ พรนวม (2544) การมีส่วนร่วม หมายถึง เป็นการกระจายอำนาจให้ประชาชนได้มีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมในการพิจารณาปัญหาความต้องการร่วมกัน ในการตัดสินใจร่วมกัน วางแผน

ดำเนินงานหรือแก้ไขปัญหาาร่วมกัน ดำเนินการหรือปฏิบัติงานร่วมกัน ตลอดจนรับรู้ผลดี เสีย จนเกิด ความภาคภูมิใจาร่วมกัน

สมยศ นาวีการ (2545) การมีส่วนร่วมหมายถึงกระบวนการของการให้ผู้ใต้บังคับบัญชา ได้มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการตัดสินใจ (Participative Management) เน้นการมีส่วนเกี่ยวข้อง อย่างแข็งขันของบุคคล PM ใช้ความคิดสร้างสรรค์ และความเชี่ยวชาญของพวกเขาในการแก้ปัญหา ของการบริหาร

นรินทร์ชัย พัฒนพงศา (2546) การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่ฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดที่ไม่เคยได้ เข้าร่วมในกิจกรรมต่างๆ หรือเข้าร่วมการตัดสินใจหรือเคยเล็กน้อยได้เข้าร่วมด้วยมากขึ้น เป็นไปอย่าง มีอิสรภาพ เสมอภาค มิใช่เพียงมีส่วนร่วมอย่างผิวเผินแต่เข้าร่วมด้วยแท้จริงยิ่งขึ้น

จิราภรณ์ ศรีคำ (2547) การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่บุคคลที่มีความสนใจหรือมีส่วน เกี่ยวข้องในเรื่องเดียวกันเข้ามาร่วมกัน เพื่อปฏิบัติการกิจ ไม่ว่าจะเป็นการวางแผน การดำเนินงาน การรับทราบผลการดำเนินงาน การติดตามประเมินผล หรือร่วมกันทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อบรรลุ เป้าหมายตามที่ได้ตกลงกันไว้

จินตนา สุขจรรย์นธ์ (2549) การมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการดำเนินงานรวมพลัง ประชาชนกับองค์กรของรัฐหรือองค์กรเอกชนเพื่อประโยชน์ในการพัฒนาหรือแก้ปัญหาของชุมชน โดยให้สมาชิกเข้ามาร่วมวางแผน ปฏิบัติและประเมินงาน เพื่อแก้ปัญหาของชุมชน

ทรงวุฒิ เรืองวาทศิลป์ (2550) การมีส่วนร่วม หมายถึง การเปิดโอกาสให้ประชาชนทุก ภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเข้ามามีบทบาทร่วมในกิจกรรมทุกประการตามกำลังความสามารถของสมาชิกไม่ว่าจะเป็นการตัดสินใจ การดำเนินกิจกรรม การติดตามตรวจสอบ และการประเมินผลร่วมกัน นำผลที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขพัฒนางานในกลุ่มให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

สัญญา เคนาภูมิ (2551) การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่สมาชิกได้มีโอกาสร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติตามโครงการ ร่วมติดตามประเมินผลเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่พึงประสงค์ ทั้งนี้ การมีส่วนร่วมจะต้องมาจากความสมัครใจ พึงพอใจ และได้รับผลประโยชน์ที่เกิดจากชุมชนโดยส่วนรวมร่วมกัน

เมตต์ เมตต์การุณจิต (2553) การมีส่วนร่วม หมายถึง การเปิดโอกาสให้บุคคลหรือกลุ่มบุคคลเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม ไม่ว่าจะเป็นทางตรงหรือทางอ้อม ในลักษณะของการร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมตัดสินใจ ร่วมติดตามผล

โดยสรุป การมีส่วนร่วม หมายถึง การเปิดโอกาสให้ประชาชนทุกภาคส่วนร่วมมือกันการตัดสินใจ การดำเนินกิจกรรม การติดตามตรวจสอบ และการประเมินผลร่วมกันเป็นไปอย่างมีอิสรภาพ เสมอภาคนำผลที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขพัฒนางานเพื่อพัฒนาหรือใช้ความคิดสร้างสรรค์ และ

ความเชี่ยวชาญของแต่ละคนในการแก้ปัญหาของชุมชนและพัฒนางานในกลุ่มให้มีความโปร่งใสและให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2.6.2 กระบวนการมีส่วนร่วม

กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน ต้องเป็นกระบวนการที่จะให้ประชาชนได้เข้ามามีบทบาทในทุกขั้นตอนของการมีส่วนร่วม เพราะอย่างน้อยที่สุดประชาชนจะต้องได้รับรู้ขั้นตอนการดำเนินการต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นขั้นตอนการตัดสินใจ ขั้นตอนการดำเนินงาน และขั้นตอนในการประเมินผลงาน เพื่อให้รับรู้ถึงความเป็นไปในกิจกรรมสาธารณะต่างๆ ซึ่งมีผลกระทบต่อประชาชนทั้งทางตรงและทางอ้อม ดังนั้น กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน มีนักวิชาการที่ได้ทำการวิจัย ได้กล่าวถึงกระบวนการมีส่วนร่วมตามประเด็นสำคัญต่างๆ เช่น

ถวิลวดี บุรีกุล (2543) ได้กล่าวถึงกระบวนการมีส่วนร่วมโดยได้ทำวิจัยเรื่องประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม และได้ข้อสรุปถึงกระบวนการมีส่วนร่วม ควรจะมีลำดับขั้นประกอบไปด้วย การให้ข้อมูล การเปิดรับความคิดเห็นของประชาชน การปรึกษาหารือการวางแผนร่วมกัน การร่วมปฏิบัติและการควบคุมติดตามโดยประชาชน โดยเป็นการเริ่มจากการสื่อสารทางเดียว ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลแต่เพียงอย่างเดียวไปจนถึงสื่อสารสองทางที่เป็นการปรึกษาหารือ ร่วมคิด ร่วมวางแผน และเมื่อสื่อสารกันเข้าใจตรงกันแล้ว จึงเป็นการร่วมทำ และในที่สุดเป็นการร่วมติดตามควบคุม ซึ่งนับเป็นขั้นตอนของการมีส่วนร่วมสูงสุด

อภิญา กังสนารักษ์ (2544) ได้นำเสนอกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนว่า ชุมชนต้องมีส่วนร่วมใน 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมในการริเริ่มโครงการ ร่วมค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาภายในชุมชน ร่วมตัดสินใจกำหนดความต้องการและร่วมลำดับความสำคัญของความต้องการ 2) การมีส่วนร่วมในขั้นการวางแผน กำหนดวัตถุประสงค์วิธีการแนวทางการดำเนินงาน รวมถึงทรัพยากรและแหล่งวิทยาการที่จะใช้ในโครงการ 3) การมีส่วนร่วมในขั้นตอนการดำเนินโครงการ ทำประโยชน์ให้แก่โครงการ โดยร่วมช่วยเหลือด้านทุนทรัพย์ วัสดุอุปกรณ์ และแรงงาน 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผลโครงการ เพื่อให้รู้ว่าผลจากการดำเนินงานบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่ โดยสามารถกำหนดการประเมินผลเป็นระยะต่อเนื่องหรือประเมินผลรวมทั้งโครงการในคราวเดียวกันก็ได้

ประพันธ์ สร้อยเพชร (2547) ได้กล่าวว่า การมีส่วนร่วมที่แท้จริงน่าจะประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก คือ 1) การค้นหาปัญหา และสาเหตุ 2) การวางแผนดำเนินกิจกรรม 3) การลงทุนและการปฏิบัติงาน 4) การติดตามและประเมินผล ในขณะเดียวกัน สำนักงานปลัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ (2548) ได้ชี้ให้เห็นถึงประเด็นสำคัญของกระบวนการมีส่วนร่วมที่มีความลึกลงไปอีก ได้แก่ 1) การตัดสินใจและผลกระทบที่สำคัญ 2) การตัดสินใจจะมีผลกระทบต่อบางคนมากกว่าคนอื่น 3) การตัดสินใจจะมีผลกระทบต่อผลประโยชน์ของบางคนหรือกลุ่มคนที่มีอยู่เดิม 4) การตัดสินใจที่

เกี่ยวข้องกับเรื่องที่มีความขัดแย้งอยู่ก่อนแล้ว 5) ความจำเป็นเพื่อให้มีการสนับสนุนต่อผลการตัดสินใจ ส่วน อคิน รพีพัฒน์ (2547) ได้แบ่งขั้นตอนการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 ขั้นตอน คือ 1) การกำหนดปัญหา สาเหตุของปัญหา ตลอดจนแนวทางแก้ไข 2) การตัดสินใจเลือกแนวทางและวางแผนพัฒนา แก้ไขปัญหา 3) การปฏิบัติงานในกิจกรรมการพัฒนาตามแผน 4) การประเมินผลงานกิจกรรมการพัฒนา

ทรงวุฒิ เรืองวาทศิลป์ (2550) วิจัยเรื่องการมีส่วนร่วมในการจัดการศึกษา ได้ใช้หลักการที่อิงไปในแนวทางของนโยบาย และได้พบว่า กระบวนการมีส่วนร่วมมีลักษณะที่คล้ายกับการกำหนดนโยบาย เพราะท้ายที่สุดของการกำหนดนโยบาย คือ การตัดสินใจและการตัดสินใจนี้เอง จึงเป็นเหตุเบื้องต้นของการกำหนดนโยบาย และเป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนได้เข้ามาแสดงความคิดเห็นเสมือนหนึ่งเป็นการขัดเกลานโยบายให้มีความเหมาะสมกับความต้องการของประชาชน โดยกระบวนการการมีส่วนร่วมน่าจะเริ่มจาก 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม 3) การมีส่วนร่วมในการติดตามตรวจสอบการประเมินผล

จิราภรณ์ ศรีคำ (2547) ได้ให้ความเห็นในกระบวนการมีส่วนร่วมที่ลึก หรือเป็นการต่อเติมประเด็นสำคัญในกระบวนการมีส่วนร่วมมากกว่า โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมไปในทางของการพัฒนาชุมชน จากการบูรณาการแนวทางที่เป็นนโยบายเข้ากับการพัฒนา จึงสะท้อนแนวคิดในเชิงสังคมมากกว่า ตามแนวคิดของเขาแล้ว กระบวนการมีส่วนร่วมจะต้องเริ่มจาก 1) การมีส่วนร่วมในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร 2) การมีส่วนร่วมในการคิด 3) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 4) การมีส่วนร่วมในการวางแผนและดำเนินการ 5) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล 6) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์

วรรณศิลป์ พิรพันธุ์ (2553) ได้กล่าวว่า กระบวนการมีส่วนร่วมในการวางแผนของประชาชนประกอบไปด้วย 1) การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร 2) การให้ความเห็น 3) การประชุมรับฟังความเห็น 4) การร่วมตัดสินใจ 5) การทำงานร่วมกัน

จากแนวคิดกระบวนการมีส่วนร่วมที่นักวิชาการทั้งหลายได้ให้ทรรศนะไว้ในเบื้องต้นที่กล่าวมา มีความหลากหลายในประเด็นมากพอสมควร แต่อย่างไรก็ตาม หากนำมาประมวลให้เป็นลักษณะที่เป็นระบบตามแนวคิดของ Cohen & Uphoff (1980) จะเห็นว่า มีความเป็นระบบในเรื่องของประเด็นสำคัญ โดยเขาได้มีการนำเอากระบวนการมีส่วนร่วมจากนักวิชาการทั้งหลายมาประมวลเป็นแนวคิดหลัก และได้จำแนก รูปแบบกระบวนการมีส่วนร่วม ดังนี้

ขั้นที่ 1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) ในกระบวนการของการตัดสินใจนั้น ประการแรกสุดที่ต้องกระทำ คือ การกำหนดความต้องการและการจัดลำดับความสำคัญ ต่อจากนั้นก็เลือกนโยบายและประชาชนที่เกี่ยวข้อง การตัดสินใจนี้เป็นกระบวนการต่อเนื่องที่ต้อง

ดำเนินการไปเรื่อย ๆ ตั้งแต่การตัดสินใจในช่วงเริ่มต้น การตัดสินใจในช่วงดำเนินการวางแผน และการตัดสินใจในช่วงการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้

ขั้นที่ 2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (Implementation) ในส่วนที่เป็นองค์ประกอบของการดำเนินงานโครงการนั้นได้มาจากคำถามว่าใครจะทำประโยชน์ให้แก่โครงการได้บ้างและจะทำประโยชน์ได้โดยวิธีใด เช่น การช่วยเหลือด้านทรัพยากร การบริหารการงานและการประสานงานและการขอความช่วยเหลือ เป็นต้น

ขั้นที่ 3 การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefits) ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับผลประโยชน์นอกจากความสำคัญของผลประโยชน์ในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพแล้ว ยังจะต้องพิจารณาถึงการกระจายผลประโยชน์ภายในกลุ่มด้วย ผลประโยชน์ของโครงการนี้รวมทั้งผลที่เป็นประโยชน์ทางบวกและผลที่เกิดขึ้นในทางลบที่เป็นผลเสียของโครงการ ซึ่งจะเป็นประโยชน์และเป็นโทษต่อบุคคลและสังคมด้วย

ขั้นที่ 4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) การมีส่วนร่วมในการประเมิน ผลนั้นสิ่งสำคัญจะต้องสังเกต คือ ความเห็น (Views) ความชอบ (Preferences) และความคาดหวัง (Expectation) ซึ่งมีอิทธิพลสามารถแปรเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลในกลุ่มต่าง ๆ ได้

โดยสรุป กระบวนการมีส่วนร่วมในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะมุ่งให้ความสนใจถึงกระบวนการมีส่วนร่วมในประเด็น การมีส่วนร่วมในการค้นหาสาเหตุ และความต้องการ การมีส่วนร่วมในการวางแผนและดำเนินการ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมในการประเมินผล มีส่วนร่วมในการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์

2.6.3 ประเภทการมีส่วนร่วม

เฉลียว บุรีภักดี และคณะ (2545) สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน แบ่งได้ออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ 1. การมีส่วนร่วมแบบชายขอบ (Marginal Participation) เป็นการมีส่วนร่วมที่เกิดจากความสัมพันธ์เชิงอำนาจไม่เท่าเทียมกันกล่าวคือ ฝ่ายหนึ่งรู้สึกด้อยอำนาจกว่า มีทรัพยากรหรือความรู้ด้อยกว่าอีกฝ่ายหนึ่ง เป็นต้น 2. การมีส่วนร่วมแบบบางส่วน (Partial Participation) เป็นการมีส่วนร่วมที่เกิดจากการกำหนดนโยบายของรัฐ โดยไม่รู้ความต้องการของประชาชน ดังนั้น การมีส่วนร่วมจึงเป็นเพียงประชาชนได้ร่วมแสดงความคิดเห็นในการดำเนินกิจกรรมบางส่วนบางเรื่องเท่านั้น 3. การมีส่วนร่วมแบบสมบูรณ์ (Full Participation) เป็นการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการพัฒนาด้วยความเท่าเทียมกันทุกฝ่าย จัดเป็นการมีส่วนร่วมในการพัฒนาอย่างแท้จริงของประชาชนตามแนวความคิดและหลักการพัฒนาชุมชน เมื่อนำมาใช้ในการเรียนรู้จะสนับสนุนและส่งเสริมให้กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชนดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ

จักร พิสุทธิ (2547) ศึกษาเรื่องชุมชนกับการมีส่วนร่วมจัดการศึกษา สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน แบ่งได้ออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1. ลักษณะการมีส่วนร่วมจากความเกี่ยวข้อง

ทางด้านเหตุผล โดยการเปิดโอกาสให้สังคม องค์กรต่างๆ ในชุมชน ประชาชนมีบทบาทหลักตามสิทธิหน้าที่ในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ตั้งแต่การคิดริเริ่ม การพิจารณาตัดสินใจ วางแผน การร่วมปฏิบัติและการรับผิดชอบในผลกระทบที่เกิดขึ้น รวมทั้งส่งเสริม ชักนำ สนับสนุนให้การดำเนินงานเกิดผลประโยชน์ต่อชุมชนตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดด้วยความสมัครใจ 2. ลักษณะการมีส่วนร่วมจากความเกี่ยวข้องทางด้านจิตใจ เป็นการมีส่วนร่วมของชุมชนที่เกี่ยวข้องทางด้านจิตใจ อารมณ์ รวมทั้ง ค่านิยมของประชาชนเป็นเครื่องชี้นำตนเองให้เข้ามามีส่วนร่วม แสดงความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ การกระทำที่บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ทำให้ผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วม เกิดความผูกพัน มีความรู้สึกรับผิดชอบต่อกิจกรรมที่ดำเนินงานด้วยความสมัครใจ

จินตนา สุขจรรย์ (2549) ได้แบ่งประเภทของการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้เป็น 2 ประเภท ดังนี้ 1. การมีส่วนร่วมที่แท้จริง (Genuine Participation) เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในโครงการตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งจบโครงการ เริ่มตั้งแต่ร่วมศึกษาปัญหาและความต้องการ ร่วมหาวิธีแก้ปัญหา ร่วมวางนโยบายและแผนงาน ร่วมตัดสินใจการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่และร่วมปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้ และร่วมประเมินผลโครงการ 2. การมีส่วนร่วมที่ไม่แท้จริง (No Genuine Participation) เป็นการมีส่วนร่วมเพียงบางส่วนโดยเฉพาะเข้าร่วมในการปฏิบัติตามโครงการที่ได้มีการกำหนดไว้แล้ว เช่น การเข้าเป็นสมาชิก หรือการร่วมเสียสละแรงงาน

นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์ (อังกะไน สิริพัฒน์ ลากิจิตร, 2550) ได้สรุปรูปแบบของการมีส่วนร่วมมีดังต่อไปนี้ 1. การที่ประชาชนมีส่วนร่วมโดยตรง (Direct Participation) โดยผ่านองค์กรที่จัดตั้งโดยประชาชน (Inclusive Organization) การรวมกลุ่มเยาวชนต่างๆ 2. การที่ประชาชนมีส่วนร่วมทางอ้อม (Indirect Participation) โดยผ่านองค์กรผู้แทนของประชาชน (Representative Organization) กรรมการของกลุ่มหรือชุมชน 3. การมีประชาชนมีส่วนร่วมโดยเปิดโอกาสให้ (Open Participation) โดยผ่านองค์กรที่ไม่ใช่ผู้แทนของประชาชน (Non-Representative Organization) เช่น สถาบันหรือหน่วยงานที่เชิญชวน หรือเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมเมื่อไรก็ได้ทุกเวลา

เมตต์ เมตต์การุณจิต (2553) ได้กล่าวถึงประเภทของการมีส่วนร่วมโดยสามารถจำแนกการมีส่วนร่วมออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้ 1. การมีส่วนร่วมโดยตรง การมีส่วนร่วมในการบริหารเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเป็นสำคัญ ดังนั้น ผู้มีหน้าที่รับผิดชอบกิจกรรมโดยตรง เช่น ผู้บริหาร หัวหน้าโครงการ มักจะเปิดโอกาสให้บุคคลอื่นเข้ามามีส่วนร่วมในรูปของกรรมการที่ปรึกษาที่ให้ข้อคิด ข้อเสนอแนะ เพราะกิจกรรมบางอย่างอาจมีอุปสรรค ไม่สามารถแก้ปัญหาให้ลุล่วงไปได้ด้วยดี จึงจำเป็นต้องให้บุคคลอื่นเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เพื่อให้ผลการตัดสินใจเป็นที่ยอมรับแก่คนทั่วไป หรือเกิดผลงานที่มีประสิทธิภาพ การมีส่วนร่วมโดยตรงจึงมีสาระสำคัญอยู่ที่ว่า เป็นการร่วมอย่างเป็นทางการและมักทำเป็นลายลักษณ์อักษร เช่น คำสั่งแต่งตั้ง หนังสือเชิญประชุม บันทึกการประชุม เป็นต้น 2. การมีส่วนร่วมโดยอ้อม การมีส่วนร่วมโดยอ้อมเป็นเรื่องของการทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง

ให้บรรลุเป้าหมายอย่างไม่เป็นทางการ โดยไม่ได้ร่วมในการตัดสินใจในกระบวนการบริหาร แต่เป็นเรื่องของการให้การสนับสนุน ส่งเสริมให้บรรลุเป้าหมายเท่านั้น เช่น การบริจาคเงิน ทรัพย์สิน วัสดุ อุปกรณ์ แรงงาน เข้าช่วยสมทบ ไม่ได้เข้าร่วมประชุมแต่ยินดีร่วมมือ เป็นต้น

2.6.4. ลักษณะการมีส่วนร่วม

ลักษณะการมีส่วนร่วมนั้น จะพิจารณาได้หลากหลาย ขึ้นอยู่กับว่าจะสนใจศึกษาในประเด็นบ้าง ประเด็นที่น่าสนใจในงานวิจัยครั้งนี้ คือ การเน้นลักษณะการมีส่วนร่วมในประเด็นที่เกิดจากกิจกรรม เช่น การเข้าร่วมแสดงความคิดเห็นในประโยชน์สาธารณะ การเข้าร่วมในการตัดสินใจ การวางแผน และร่วมตรวจสอบในลักษณะองค์กรชุมชน ฯลฯ และการเน้นการศึกษาในลักษณะของการบริหารที่เกิดจากการดำเนินงานในทางนโยบายและในทางปฏิบัติการโดยเจ้าหน้าที่ของรัฐร่วมกับชุมชน ดังมีนักวิชาการได้ให้ความเห็น เช่น Ornstein (อ้างใน ชูชาติ พ่วงสมจิตต์, 2540) เห็นว่า การมีส่วนร่วมจะมีลักษณะมากน้อยเพียงใด ให้พิจารณาว่าผู้นำเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าไปร่วมในการใช้อำนาจและมีบทบาทในการควบคุมได้เท่าใด ซึ่งเป็นข้อบ่งบอกถึงภาวะผู้นำที่เป็นประชาธิปไตย ว่า มีสูงหรือต่ำ โดย Ornstein ได้สรุปลักษณะการมีส่วนร่วมออกเป็น 3 ลักษณะ คือ 1. การมีส่วนร่วมเทียม หรือไม่มีส่วนร่วม 2. การมีส่วนร่วมพอเป็นพิธีหรือร่วมเพียงบางส่วน 3. การมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง คือ มีอำนาจและบทบาทมาก สอดคล้องกับ แนวคิดของ Campbell & Ramseyer (อ้างใน จิราภรณ์ ศรีคำ, 2547) ได้แบ่งลักษณะการมีส่วนร่วมของประชาชนได้ 5 ลักษณะ ได้แก่ 1. ลักษณะที่ไม่มีส่วนร่วมเลย 2. ลักษณะที่มีส่วนร่วมน้อย 3. ลักษณะที่มีส่วนร่วมปานกลาง 4. ลักษณะที่มีส่วนร่วมมาก 5. ลักษณะที่มีส่วนร่วมมากที่สุด

Huntington & Nelson (1975) เห็นว่า ลักษณะการมีส่วนร่วมของประชาชนจะพิจารณาจาก กิจกรรม และการบริหาร ซึ่งจะต้องมีการศึกษาควบคู่กันไป ในระดับกิจกรรมนั้น จะเป็นพื้นฐานเบื้องต้นของการทำให้ประชาชนได้มีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมมากที่สุด ส่วนในด้านการบริหารนั้น จะเป็นลักษณะของผู้มีอำนาจหน้าที่ที่จะเปิดทางให้ประชาชนได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นหรือแสดงออกถึงเข้าร่วมในกิจกรรม โดย Huntington & Nelson ได้มีหลักในการพิจารณาถึงลักษณะการมีส่วนร่วมดังมีรายละเอียด ดังนี้ 1. กิจกรรม ลักษณะของการมีส่วนร่วมประเภทนี้ให้ดูจากกิจกรรมที่เข้าร่วม เช่น ด้านการเมือง อาจพิจารณาจากการมีส่วนร่วมของประชาชนในการเลือกตั้ง การลงประชามติ การประท้วง กรณีที่รัฐมีโครงการที่มีผลกระทบต่อประชาชน เป็นต้น ว่าสามารถกระทำได้เพียงใด 2. ระดับการบริหาร โครงสร้างขององค์กรหนึ่งจะต้องมีสายการบังคับบัญชา ดังนั้น การมีส่วนร่วมจะพิจารณาจาก 2.1 ในแนวราบ ทุกแผนกทุกฝ่ายจะมีความเสมอกันในตำแหน่ง ดังนั้น การมีส่วนร่วมในแนวราบจึงเป็นไปอย่างหลวมๆ ไม่จริงจัง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะมีสถานะหรือตำแหน่งเท่ากัน 2.2 ในแนวตั้ง เป็นการมีส่วนร่วมตามสายการบังคับบัญชา เช่น มีหัวหน้าลูกน้อง มีฝ่าย แผนกต่างๆ ลดหลั่นกันไป เป็นต้น การทำงานจึงมีการตรวจสอบตามลำดับชั้น การ

แสวงหาผลประโยชน์เพื่อตนเองหรือผู้อื่นจะได้รับการตรวจสอบจากผู้บังคับบัญชา 2.3 การมีส่วนร่วม ทั้งแนวราบและแนวตั้งนั้น ในบางครั้งจะต้องทำงานร่วมกันผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงานในแผนกอื่น จึงต้องแสดงบทบาทตาสถานภาพของแนวราบและแนวตั้ง

ไพบูลย์ วัฒนศิริธรรม และพรรณทิพย์ เพชรมาก (2551) ได้กล่าวถึงลักษณะการมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนไว้ใน เอกสารประกอบการสอนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาเมืองและชนบท โดยได้ข้อสรุปลักษณะการมีส่วนร่วมแบ่งออกเป็น 6 ลักษณะ ได้แก่ 1. การรับรู้ข่าวสาร (Public Information) การมีส่วนร่วมแบบนี้ ประชาชนเป็นผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย และบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องได้รับการแจ้งให้ทราบถึงรายละเอียดของโครงการที่จะดำเนินการ รวมทั้งผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ทั้งนี้ การแจ้งข่าวสารดังกล่าวจะต้องเป็นการแจ้งก่อนที่จะมีการตัดสินใจดำเนินโครงการ 2. การปรึกษาหารือ (Public Consultation) เป็นรูปแบบของการมีส่วนร่วมที่มีการจัดการหารือระหว่างผู้ดำเนินการโครงการกับประชาชนที่เกี่ยวข้องและได้รับผลกระทบ เพื่อรับฟังความคิดเห็นและการตรวจสอบข้อมูลเพิ่มเติม นอกจากนี้ ยังเป็นช่องทางการกระจายข่าวสารข้อมูลไปยังประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้เกิดความเข้าใจ และเพื่อให้มีการให้ข้อเสนอแนะเพื่อประกอบทางเลือกการตัดสินใจ 3. การประชุมรับฟังความคิดเห็น (Public Meeting) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนและฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับโครงการหรือกิจกรรมและผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจ ใช้เวทีสาธารณะในการทำความเข้าใจ การประชุมรับฟังความคิดเห็นมีหลายวิธีการ เช่น การประชุมระดับชุมชน (Community Meeting) การประชุมรับฟังความคิดเห็นเชิงวิชาการ (Technical Meeting) 4. การประชาพิจารณ์ (Public Hearing) เป็นการประชุมที่มีขั้นตอนการดำเนินงานที่เป็นระบบ และมีความชัดเจนมากขึ้น เป็นเวทีในการเสนอข้อมูลอย่างเปิดเผยไม่มีการปิดบังของผู้ที่มีส่วนได้และช่วยของโครงการ การประชาคมและคณะกรรมการจัดประชุมจะต้องมีองค์ประกอบของผู้เข้าร่วมที่เป็นที่ยอมรับ มีหลักเกณฑ์และประเด็นในการพิจารณาที่ชัดเจน และมีการแจ้งให้ทุกฝ่ายทราบอย่างชัดเจน 5. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) เป็นเป้าหมายสูงสุดของการมีส่วนร่วมของประชาชนให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจต่อประเด็นปัญหานั้นๆ ซึ่งอาจจะดำเนินการโดยการเลือกตั้งตัวแทนเข้าไปเป็นกรรมการที่มีอำนาจการตัดสินใจ 6. การใช้กลไกทางกฎหมาย รูปแบบนี้ไม่ถือว่าเป็นการมีส่วนร่วมของประชาชนโดยตรงในเชิงการป้องกันและแก้ไข แต่เป็นลักษณะของการเรียกร้องและการป้องกันสิทธิของตนเองอันเนื่องมาจากการไม่ได้รับความเป็นธรรม เพื่อให้ได้มาซึ่งผลประโยชน์ที่ตนเองควรจะได้รับ ซึ่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยได้ให้หลักเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้หลายประการ และประชาชนสามารถใช้สิทธิตามรัฐธรรมนูญทั้งในรูปแบบของปัจเจกหรือในรูปแบบกลุ่ม องค์การ ตามที่กฎหมายบัญญัติไว้

โดยสรุป ลักษณะการมีส่วนร่วม คือ การมีส่วนร่วมในระดับกิจกรรม ได้แก่ การรับรู้ข่าวสาร การปรึกษาหารือ การประชุมรับฟังความคิดเห็น การประชาพิจารณ์ การลงประชามติ และการมีส่วนร่วม

ร่วมในระดับการบริหาร ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การใช้กลไกทางกฎหมาย ในประเด็น การมีส่วนร่วมในระดับการบริหารนี้ ยังจะต้องพิจารณาจาก ในแนวราบ ทุกแผนกทุกฝ่ายจะมีความ เสมอกันในตำแหน่ง และ ในแนวตั้งเป็นการมีส่วนร่วมตามสายการบังคับบัญชา

2.7 แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ถูกบัญญัติครั้งแรกโดย Kurt Lewin นักจิตวิทยา ชาวอเมริกัน เมื่อปี ค.ศ. 1994 โดยมีแนวคิดสำคัญอยู่ 2 ประการคือ แนวคิดเกี่ยวกับการ ตัดสินใจของ กลุ่มและแนวคิดด้านภาระหน้าที่ในการพัฒนาปรับปรุง ลักษณะของการวิจัยปฏิบัติการ ที่แตกต่างจาก การวิจัยแบบอื่นคือการวิจัยปฏิบัติการจะเน้นผลที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงอย่าง แน่นนอน มีการวางแผน อันเนื่องมาจากการวิจัย ซึ่งถือเป็นหน้าที่แรกของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ อันที่ จะนำไปสู่การปรับปรุงและใช้ในการประเมินผลลัพธ์ของยุทธวิธีในการปฏิบัติงานดังนั้นการวิจัยเชิง ปฏิบัติการจึงเป็นกิจกรรมกลุ่ม

2.7.1 ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

Corey (1953) ได้อธิบายไว้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นกระบวนการที่ผู้ปฏิบัติงาน พยายามศึกษาปัญหาจากงานโดยใช้วิธีการทางวิทยาศาสตร์เพื่อหาแนวทาง เพื่อปรับปรุงแก้ไขและ เพื่อประเมินผลการตัดสินใจ

Kemmis & McTaggart (1988) ได้อธิบายไว้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นรูปแบบ วิธี การศึกษาค้นคว้า แบบส่องสะท้อนตนเองเป็นหมู่คณะของกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน ในสถานการณ์ทางสังคม เพื่อต้องการที่จะสะท้อนลักษณะที่ขอธรรมด้วยเหตุผลของวิธีปฏิบัติงานนั้น

ส.วาสนา ประवालพฤกษ์ (2544) ได้อธิบายไว้ว่า การวิจัยปฏิบัติการเป็นการวิจัยเชิง พัฒนาเพื่อมุ่งแสวงหาแนวทางที่เหมาะสม ในการปรับปรุงพัฒนา และประเมินตนเอง การวิจัย ปฏิบัติการจึงจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือและยินยอมพร้อมใจของบุคคลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการ ปฏิบัติการงานนั้นเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

โดยสรุปการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นการวิจัยที่เน้นการพัฒนาหรือแก้ไขโดยอาศัยการ ทำงานร่วมกันของทีมผู้วิจัยมีวงจรพัฒนาต่อเนื่อง เพื่อให้ผลการปฏิบัติงานของตนมีประสิทธิภาพดีขึ้น หรือสามารถแก้ปัญหาได้

รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ จำแนกตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) ออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่

รูปแบบที่ 1 การวิจัยปฏิบัติการแบบเทคนิค (Technical Action Research) เป็นการ วิจัยที่มุ่งวัดผลสำเร็จของการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะผลลัพธ์ของการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ

รูปแบบที่ 2 การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมปฏิบัติ (Practical Action Research) มีจุดมุ่งหมายเพื่อเข้าใจตนเองและเปลี่ยนแปลงตนเองในฐานะผู้ปฏิบัติงาน เพื่อที่จะทำให้ผลลัพธ์ของงานเปลี่ยนแปลงไปด้วย

รูปแบบที่ 3 การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเชิงปลดปล่อยให้เป็นอิสระมี จุดมุ่งหมายเพื่อปรับปรุงผลลัพธ์ ปรับปรุงความเข้าใจของตนเองของผู้ปฏิบัติงานและช่วยให้ผู้ปฏิบัติงาน บรรลุถึงการวิพากษ์สังคม วิธีการทำงานของตน

2.7.2 กระบวนการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

กระบวนการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) ประกอบด้วยกิจกรรมการวิจัยที่สำคัญ 4 ขั้นตอนหลัก คือ 1. การวางแผนเพื่อไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (Planning) 2. ลงมือปฏิบัติการตามแผน (Action) 3) สังเกตการณ์ (Observation) และ 4. สะท้อนกลับ (Reflection)

กระบวนการและผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และปรับปรุงแผนการปฏิบัติงาน (Re - planning) โดยดำเนินการต่อไปเรื่อยๆ 1) การวางแผน เป็นแนวทางปฏิบัติซึ่งตั้งความคาดหวังไว้ เป็นการมองไปในอนาคตข้างหน้า การกำหนดแผนต้องมีความยืดหยุ่นพอสมควรเพราะเหตุการณ์ทางสังคมนั้นไม่สามารถ ทำนายหรือกำหนดล่วงหน้าได้ 2) การปฏิบัติ เป็นการดำเนินการตามแนวทางที่ได้วางแผนไว้อย่างมีเหตุผลและมีการ ควบคุมอย่างสมบูรณ์ แต่การปฏิบัติงานตามแนวทางที่วางไว้ มีโอกาสของการเสี่ยงอยู่ด้วย ดังนั้นแผน ที่ตั้งไว้สามารถแก้ไขได้ โดยกำหนดให้มีความยืดหยุ่นและพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลง 3) การสังเกต เป็นการเก็บบันทึกข้อมูลที่ได้จากการปฏิบัติงาน ผู้สังเกตจะต้องมี ความไวในการจับภาพหรือเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดว่าจะเกิดขึ้น ซึ่งนอกจากจะสังเกตข้อมูลตามที่วางแผน เอาไว้แล้ว ยังต้องมีความยืดหยุ่นที่จะเก็บข้อมูลที่ไม่ได้คาดคิดมาก่อนด้วย 4) การสะท้อนผล เป็นการสะท้อนภาพโดยมีลักษณะเป็นการประเมินอย่างหนึ่ง ซึ่งผู้วิจัยต้องตัดสินใจว่า ผลของการปฏิบัตินั้นเป็นสิ่งที่ต้องประสงค์หรือไม่และให้ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติ

กระบวนการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Stringer (1999) ได้แบ่งกระบวนการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการออกเป็น 3 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ 1) การ พินิจพิเคราะห์ (มอง) 2) การคิดวิเคราะห์ (คิด) และ 3) การปฏิบัติการ (ปฏิบัติ) กิจกรรมหลักทั้ง 3 ขั้นตอนนี้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นวัฏจักรซ้ำกันหลายรอบ (Recycling Set of Activities) การดำเนินกิจกรรมการวิจัยในขั้นตอนแรกมีจุดมุ่งหมายสำคัญเพื่อช่วยให้บุคคลทุกฝ่ายที่มีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัย ได้เข้าใจสภาพปัญหา ปัจจัยสนับสนุนและปัจจัย อุปสรรคการปรับปรุงแก้ไขปัญหาและบริบทอื่น ๆ ที่ต้องการแก้ไขอย่างถ่องแท้และชัดเจน เพื่อที่จะได้คิด หาหนทางที่จะนำไปสู่การบรรลุจุดมุ่งหมาย ดังกล่าวนี้นักวิจัยที่เป็นบุคคลภายนอกจะเป็นผู้คอยให้ความ ช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการทำการวิจัย บุคคลภายในองค์กรหรือชุมชนทำหน้าที่นิยาม ปัญหาที่เกิดขึ้น ตลอดจนพรรณนา

รายละเอียดเกี่ยวกับบริบทแวดล้อมองค์กรหรือชุมชนและสถานการณ์ เงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับปัญหานอกจากนี้ยังร่วมมือกันเก็บรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาและ บริบทแวดล้อม โดยใช้วิธีการสังเกตการณ์ สัมภาษณ์ หรือการศึกษาเอกสาร ส่วนการดำเนินกิจกรรมใน ขั้นตอนที่ 2 ได้แก่ การตีความและวิเคราะห์ข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาได้จากขั้นตอนแรก โดยมีจุดมุ่งหมาย เพื่อสร้างความชัดเจนและขยายความเข้าใจเกี่ยวกับประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขมากยิ่งขึ้น รวมทั้งการ กำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับลำดับขั้นตอนการปฏิบัติงานในขั้นตอนที่ 3 ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อลงมือ ปฏิบัติการแก้ไขปัญหามาให้สำเร็จลุล่วงไปตามที่ได้คิดวิเคราะห์ไว้โดยมีการประเมินผลการปฏิบัติงานเป็นกลยุทธ์สำคัญเพื่อการระบุความสำเร็จของการแก้ไขปัญหาว่าอยู่ในระดับใด มีประเด็นใดบ้างที่จะต้อง ทำการแก้ไขในวงจรต่อไป

กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Coghlan & Brannick (2001) ได้แบ่งกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นขั้นตอนเบื้องต้น 1 ขั้นตอน คือ การทำความเข้าใจบริบทของปัญหาที่ต้องการแก้ไขและการกำหนดจุดมุ่งหมายการปฏิบัติการ และมีขั้นตอนหลัก 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวินิจฉัย (diagnosing) 2) การวางแผนปฏิบัติการ (planning) 3) การลงมือปฏิบัติการ (taking action) 4) การประเมินผลการปฏิบัติการ (evaluation action) ซึ่งกระบวนการวิจัยเป็นไปตาม

กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก เริ่มต้นจากการ วินิจฉัยสถานการณ์ของปัญหาที่จำเป็นต้องแก้ไข รวมทั้งการระบุกรอบแนวคิดทฤษฎี และหลักการ พื้นฐานสำหรับใช้รองรับการปฏิบัติงาน จากนั้นจึงทำการวางแผนปฏิบัติการตามจุดมุ่งหมายของการแก้ไขหรือโครงการพัฒนาที่กำหนดไว้ โดยอาศัยข้อมูลจากผลการวินิจฉัยในขั้นตอนแรกและความร่วมมือร่วมใจของบุคลากรฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการประเมิน แล้วจึงลงมือปฏิบัติการตามแผนการที่ วางไว้ทีละขั้นตอน เสร็จแล้วจึงทำการประเมินผลการปฏิบัติงานทั้งที่เกิดขึ้นโดยตั้งใจและไม่ตั้งใจ เพื่อตรวจสอบดูความถูกต้องและความเหมาะสมของการวินิจฉัยและการปฏิบัติการตามแผน สารสนเทศ ที่ได้จากการประเมินผลในขั้นตอนนี้จะนำไปสู่การดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการในวงจรต่อไป

สุวิมล ว่องวาณิช (2544) ได้ทำการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยปฏิบัติการ พบว่ามีการจัดประเภทของรูปแบบการทำวิจัยปฏิบัติการไว้หลายรูปแบบ ดังนี้ 1) การวิจัยแบบเป็นทางการ (Formal Research) เป็นงานวิจัยที่มีแบบ แผนการวิจัยเคร่งครัด มีลักษณะการดำเนินงานและการนำเสนอเหมือนงานวิจัยเชิงวิชาการ (Academic Research) ของนักวิจัยมืออาชีพ นักวิชาการในมหาวิทยาลัย หรือนักศึกษาที่จะทำ วิทยานิพนธ์ มีการออกแบบการวิจัยที่รัดกุมเพื่อให้ตอบคำถามการวิจัยได้ชัดเจน และมีรูปแบบการ นำเสนอรายงานผลการวิจัยที่กำหนดชัดเจน ส่วนใหญ่แยกเนื้อหาสาระออกเป็น 5 บท 2) การวิจัยแบบไม่เป็นทางการ (Informal Research) เป็นงานวิจัยที่ไม่ยึด รูปแบบการวิจัยอย่างเคร่งครัดเหมือนการวิจัยเชิงการมุ่งเน้นคำถามวิจัยมากกว่า

ยึดรูปแบบการวิจัยแบบเป็นทางการ ข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยก็พยายามใช้ข้อมูลที่มีอยู่แล้วจากการสอนตามปกติ การนำเสนอการ วิจัยครอบคลุมเพียงประเด็นสำคัญที่ผู้วิจัยต้องการนำเสนอ งานวิจัยแบบนี้ บางครั้งพบว่ามียางานเพียง 1-2 หน้า

รูปแบบการวิจัยปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ Zuber-Skerritt รูปแบบดังนี้ วีระยุทธ์ ชาตะกาญจน์ (2558 อ้างอิงจาก Kemmis and Zuber – Skerritt, n.d.) 1) การวิจัยปฏิบัติการเชิงเทคนิค (Technical Action Research) มีเป้าหมายของการวิจัยเพื่อปรับปรุง ประสิทธิภาพของการปฏิบัติงาน โดยอาศัยบุคคลภายนอก (Outsider) มาช่วย ในการวิจัยในหน่วยงาน ผู้ปฏิบัติจะอยู่ภายใต้การควบคุมกำกับของนักวิจัยภายนอก บุคคลภายนอกเล่น บทของผู้วิจัยหลัก โดยผู้ปฏิบัติไม่ค่อยมีบทบาทในการนำเสนอความคิด วิธีการต่าง ๆ ที่ใช้ในการวิจัยมา จากความคิด ของนักวิจัยภายนอกส่วนใหญ่ ซึ่งเน้นเทคนิคการทำวิจัยที่ตอบคำถามวิจัยที่รัดกุมชัดเจน ที่ได้ อาจ ใช้ไม่ได้กับการปฏิบัติจริง 2) การวิจัยปฏิบัติการเชิงปฏิบัติจริง (Practical Action Research) เป็น การ วิจัยที่มีนักวิจัยภายนอกแสดงบทบาทของที่ปรึกษาด้านกระบวนการทำงาน (Process Consultancy) มีเป้าหมายของการวิจัยที่มากกว่าแบบแรก คือ นอกจากช่วยปรับปรุงประสิทธิภาพ การทำงานแล้ว ยังมุ่งสร้างความเข้าใจและมุ่งพัฒนาวิชาชีพให้กับผู้ปฏิบัติด้วย ในกระบวนการวิจัยจะ ส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติ สะท้อนและวิเคราะห์พัฒนาปรับปรุงการปฏิบัติงานของตนเอง ดังนั้น ผู้ปฏิบัติจึงมี โอกาสเรียนรู้ กระบวนการวิจัยและมีส่วนร่วมในการนำเสนอความคิดในประเด็นปัญหาการวิจัยที่มา จากการศึกษาปฏิบัติจริง และสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ได้ 3) การวิจัยเชิงปฏิบัติการเชิงวิพากษ์อิสระ (Critical/Emancipatory Action Research) เป็นการวิจัยที่มีการทำงานร่วมกันระหว่างนักวิจัย ภายนอกและผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน เป้าหมายของการวิจัยเพิ่มเติมจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบ ที่ 1 และแบบที่ 2 คือ นอกจากพัฒนา ประสิทธิภาพการทำงาน การส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจในการ พัฒนาปรับปรุงการทำงานแก่ผู้ปฏิบัติแล้ว ยังต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบการทำงานที่ เป็นองค์กรที่ดี ขึ้นกว่าเดิม แม้จะมีบุคคลภายนอกมาร่วมด้วย แต่ทุกคนต่างมีสิทธิมีเสียงในการแสดง ความคิดเห็นเท่าเทียมกัน จะไม่มีผู้แสดงบทบาทเป็นที่ปรึกษาการวิจัยเหมือนแบบที่ 2 การวิจัยแบบนี้ เปิดโอกาสให้เกิดการพัฒนาความสามารถ ด้านการวิจัยแก่ผู้ปฏิบัติและนักวิจัยจะเป็นอิสระจาก ความรู้ กฎเกณฑ์และพันธนาการทางความคิดเดิมจะเห็นว่าแนวทางการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ ทั้ง 3 แบบ มีการเปลี่ยนแปลง แนวคิดของการทำงานจากผู้ปฏิบัติถูกครอบความคิดโดยนักวิจัย ภายนอก (Cooption) ซึ่งเป็นแบบแรก มาเป็นแบบร่วมกันทำงาน (Cooperation) ในแบบที่สอง และรูปแบบการทำงานที่สาม ซึ่งเป็นแบบการ ทำงานแบบร่วมมือ (Collaboration) เป็นแนวทางการ วิจัยเชิงปฏิบัติการที่กำลังเป็นที่นิยมยอมรับกันว่า จะส่งผลให้เกิดการพัฒนาวิชาชีพของผู้ปฏิบัติการ มากกว่าแบบอื่น ๆ

วิรัตน์ ปานศิลา (2554) กล่าวถึง วิธีการประชุมเชิงปฏิบัติการ คือ วิธีการอันเหมาะสมที่ช่วยให้สมาชิกกลุ่มทุกคนได้ร่วมกันสรรค์สร้างเพื่อการบรรลุวัตถุประสงค์ของกระบวนการที่ชัดเจนจนกลุ่มสามารถถ่วงรอนความคิดที่มีอยู่ทั้งหมดออกมาเป็นประเด็นความเห็นพ้องร่วมกันที่นำไปปฏิบัติได้ เป็นกระบวนการที่ช่วยให้สมาชิกกลุ่มทั้งหมดได้เสนอแนะและมีส่วนร่วม ปลอดภัย ความคิดสร้างสรรค์และความกระตือรือร้นในเวลาอันสั้น กระตุ้นความคิดเชิงบูรณาการที่เป็นองค์รวมของกลุ่มสร้างความเห็นพ้องร่วมกันของกลุ่มที่นำไปปฏิบัติได้ เอื้ออำนวยในการสร้างคำตอบที่แปลกใหม่และสร้างสรรค์เพื่อการแก้ปัญหาและคลี่คลายประเด็นและสร้างจิตสำนึกที่เข้มแข็งในการเป็นหุ้นส่วนร่วมกันและความรู้สึกรับผิดชอบให้เกิดขึ้นในกลุ่มวิธีการประชุมเชิงปฏิบัติการเป็นกระบวนการที่มีอยู่ 5 ขั้นตอน เพื่อการบริหารกลุ่มในการเดินทางไปสู่การแลกเปลี่ยนและการสร้างความเข้าใจของกลุ่มที่ลึกซึ้ง จนสามารถตัดสินใจเป็นความเห็นพ้องร่วมกันสำหรับปฏิบัติการกลุ่มที่เหมาะสม ขั้นตอนแรกได้แก่ บริบท (Context) ที่กำหนดขอบเขตการถกเถียงของกลุ่ม โดยปกติจะอยู่ในรูปคำถามรวมศูนย์ (focus question) ที่ทางกลุ่มต้องการคำตอบ จากนั้นก็ตามด้วยการระดมสมอง (Brainstorm) ซึ่งเป็นการระดมข้อมูลและความคิดจาก 3 ระดับ คือ ระดับตัวบุคคล กลุ่มขนาดเล็ก และที่ประชุมเต็มคณะ เมื่อได้ความคิดจากการระดมสมองแล้วขั้นตอนต่อไปจะขอให้กลุ่มจัดหมวดหมู่ (Cluster) ความคิดเหล่านี้ เมื่อความคิดถูกจัดเป็นหมวดหมู่ตามความคล้ายคลึงกันแล้วกลุ่มก็จะตั้งชื่อ (Title) กลุ่มความคิด แต่ละหมวดหมู่ที่ตอบสนองหรือขานรับโดยตรงต่อคำถามรวมศูนย์ที่พวกเขาต้องการหาคำตอบในท้ายที่สุดแล้ว เมื่อความเห็นพ้องร่วมกันของกลุ่มได้ถูกประกาศให้ทราบ ก็จะทำการปิดการประชุมเชิงปฏิบัติการด้วยการจัดช่วงไตร่ตรอง (Reflect) ร่วมกันสั้น ๆ เพื่อทบทวนและยืนยันผลพวงที่จะตามมาของหัวข้อที่เห็นพ้องร่วมกัน

2.7.3 วิธีการวางแผนปฏิบัติ (Action Planning Method)

วิธีการวางแผนปฏิบัติการเป็นกระบวนการเจ็ดขั้นตอนที่จัดเตรียมกลุ่มให้สามารถเดินไปตามเส้นทางสู่การพัฒนาแผนที่สอดคล้องกับความเป็นจริงและทำได้แน่นอนไม่ว่าจะเป็นการทำกิจกรรมเฉพาะเรื่องในเหตุการณ์ใดก็ตาม ขั้นตอนแรกได้แก่ บริบท (Context) โดยในขั้นนี้กลุ่มจะทำการพิจารณาขอบเขตปริมาตรพื้นฐานของกิจกรรมที่กำลังวางแผนเพื่อนำไปทำ ได้แก่ อะไร? เมื่อไหร่? ที่ไหน? ทำไม? อย่างไร? และโดยใคร? จากการสร้างความเป็นเอกภาพให้เกิดขึ้นในขั้นแรกนี้เอง ที่กลุ่มเริ่มสร้างแผนปฏิบัติการขั้นตอนต่อไปในการกระบวนการได้แก่ วงกลมแห่งชัยชนะ (Victory Circle) ในขั้นนี้กลุ่มสามารถที่จะร่วมกันนิยาม “ความสำเร็จ” ว่าคืออะไรกันแน่ในความหมายของพวกเขาสำหรับกิจกรรมที่พวกเขากำลังจะวางแผนที่จะทำ ในทันทีที่ทำขั้นตอนนี้เสร็จกลุ่มก็จะก้าวต่อไปสู่การประเมินสภาพความเป็นจริงปัจจุบัน (Current Reality) ในแง่ของทั้งจุดแข็งและจุดอ่อนภายในกลุ่ม และผลประโยชน์และอันตรายภายนอก หลังจากนั้น กลุ่มก็จะก้าวต่อไปสู่การสื่อสารออกมาเป็นข้อผูกมัดหรือสัญญาใจ (Commitment) ต่อกิจกรรมที่กำลังวางแผนจะทำ เมื่อได้

ทำการสื่อสารออกมาแล้วก็ทำการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อกำหนดปฏิบัติการที่เป็นกุญแจสำคัญ (Key Actions Workshop) ในกลุ่มเพื่อที่จะกำหนดหมวดปฏิบัติการหรือการกระทำที่จำเป็นและสรรหาสมาชิกเพื่อตั้งเป็นคณะทำงานที่มีหน้าที่นำหมวดปฏิบัติการที่จำเป็นเหล่านั้นไปปฏิบัติหลังจากนี้ กลุ่มก็จะแตกตัวเป็นคณะทำงานต่าง ๆ เพื่อที่จะเขียนปฏิทินกิจกรรมและงานที่มอบหมาย (Calendar of Activities and Assignments) เมื่อถึงจุดนี้ของกระบวนการ การทำแผนปฏิบัติการก็เกือบจะเสร็จสิ้นโดยที่กิจกรรมต่าง ๆ ได้จัดทำไว้เป็นตารางกำหนดการ กลไกการประสานงานได้ถกจนเข้าใจกันดี และการจัดสรรทรัพยากรได้ร่วมกันตัดสินใจเรียบร้อยในท้ายสุด ก็ทำขั้นตอนการไตร่ตรอง (Reflect) เพื่อที่จะยืนยันความมุ่งมั่นของกลุ่มผลที่ตามมาและนำไปปฏิบัติในที่สุด

ศิริพร จิรวัฒนกุล (2552) กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ หรือเรียกว่า Action Research เป็นการวิจัยของกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน ร่วมกันที่ต้องการจะพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงานหรือการพัฒนางานที่เหมาะสมและคุณภาพให้ สอดคล้องกับความต้องการของสถานการณ์ของสังคมนั้น ๆ วิธีการวิจัยจะเป็นไปได้ก็ต่อเมื่อได้รับความร่วมมือจากกลุ่มบุคคลเหล่านี้ในการวิเคราะห์การทำงานของตนเองและกลุ่มอย่างถี่ถ้วน ด้วยวิธีการสะท้อนความคิดเห็นการแลกเปลี่ยนความเห็นต่อการทำงานของตนเองและกลุ่มผู้ร่วมการวิจัย การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้อาจใช้ในการพัฒนาหลักสูตรระดับสถานศึกษา การปรับปรุงโครงการ การปรับปรุงวิธีการเรียนการสอน การปรับปรุงนโยบายและระบบการทำงานของโรงเรียนหน่วยงาน มุ่งมั่นการปรับปรุงที่เป็นรูปธรรม เป็นต้นวิธีการแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มาจากคำว่า “การปฏิบัติ” (Action) และ “การวิจัย” (Research) ที่เกี่ยวข้องกับวิธีการทำงานร่วมกัน การตกลงใจร่วมกัน การพัฒนาปรับปรุงร่วมกันของ กลุ่มผู้ปฏิบัติงานในงานนั้น ๆ มากกว่าการอาศัยผู้เชี่ยวชาญจากภายนอก และโดยอาศัยคุณสมบัติของนักวิจัยที่แตกต่างกับการวิจัยแบบอื่นที่มีอาศัยเครื่องมือการวิจัยและความเห็นของกลุ่มตัวอย่างเป็นสำคัญ (Action Research) เน้นการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ มีใช้เพียงเก็บข้อมูลโดยการส่งแบบสอบถาม ความคิดเห็นกับกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างเดียว มีการเก็บข้อมูลหลายวิธี เช่น การสัมภาษณ์การสังเกตการ อภิปรายกลุ่ม (เล็กและใหญ่) การศึกษาค้นคว้าด้วยการวิเคราะห์เอกสารและการสนทนากลุ่ม (Focus Group) จุดสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) สรุปคือ เป็นการวิจัยแบบเข้าไปมีส่วนร่วมและร่วมมือกันในหมู่คณะ แต่ละคนจะอธิบายในสิ่งที่ตนเองสนใจสืบหาสิ่งที่ผู้อื่นคิดแสดงความคิดเห็นที่สอดคล้องหรือไม่เห็นด้วยอย่างมีเหตุผล และหาหนทางแก้ไขพัฒนาที่เป็นไปได้ สมาชิกใน กลุ่มจะทำการวางแผนร่วมกัน ลงมือปฏิบัติงานร่วมกัน เก็บข้อมูลร่วมกัน สังเกตสถานการณ์ร่วมกัน และสะท้อนผลการดำเนินงานร่วมกัน

2.7.4 วงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (The Action Research Spiral)

2.7.4.1 การวางแผน (Plan) เป็นการตั้งความคาดหวัง การมองไปในอนาคต

2.7.4.2 การปฏิบัติ (Action) เป็นการปฏิบัติตามความคาดหวังที่วางไว้ ภายใต้การทำงานที่มาจากแนวคิดที่ตกลงของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานที่ได้รับการไตร่ตรองอย่างรอบคอบ ผ่านการวิเคราะห์วิจารณ์ แล้ว และระหว่างการปฏิบัติงานจะมีการบันทึก รายงาน เพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์วิจารณ์กันอีก ในภายหลัง

2.7.4.3 การสังเกต (Observation) เป็นการบันทึกข้อมูลพื้นฐานไว้ใช้ในการสะท้อนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างการทำงาน มีการวางแผนการสังเกตอย่างรอบคอบ และผู้สังเกตจะต้องเป็นผู้ที่มีความไว ในการจับสถานการณ์ หรือเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นโดยไม่คาดฝัน

2.7.4.4 การสะท้อน (Reflection) เป็นการสะท้อนถึงการปฏิบัติงาน การกระทำตามทีบันทึกไว้ จากการสังเกต เก็บข้อมูล โดยใช้การอภิปรายกลุ่มร่วมกัน ที่ถือให้เป็นการประเมินอย่างหนึ่ง และเป็น การให้ข้อเสนอแนะในกาวางแผนปฏิบัติครั้งต่อไป

2.7.5 วิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

2.7.5.1 การสังเกตและการบันทึกภาคสนาม (ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2552) การเก็บข้อมูลด้วยการสังเกตและการบันทึกภาคสนาม (Observation and Field note) เป็นวิธีพื้นฐานที่นักวิจัยเชิงคุณภาพจะต้องฝึกทักษะนี้เป็นเบื้องต้นเนื่องจากการวิจัยเชิงคุณภาพเน้นที่การศึกษาพฤติกรรมอย่างละเอียดและระมัดระวัง การเฝ้าสังเกตจึงเป็นวิธีที่ทำให้นักวิจัยได้มองเห็นเหตุการณ์และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง โดยการสังเกตคือการเฝ้าดูสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างเอาใจใส่และละเอียดถี่ถ้วน โดยใช้ประสาทสัมผัสหลายอย่างพร้อมกัน เช่น ตา หู ฟัง เป็นต้น ถ้าสิ่งนั้นสัมผัสได้ก็ต้องสัมผัสในการวิจัยเชิงคุณภาพนั้นการสังเกตจะกระทำควบคู่กับการจดบันทึกหรือบันทึกภาคสนาม การสนทนาและการสัมภาษณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่รอบด้าน สามารถนำมาวิเคราะห์หาความหมายและอธิบายเชื่อมโยง ความสัมพันธ์กับสิ่งต่าง ๆ ในปรากฏการณ์ที่ศึกษาได้

1) ประเภทของการสังเกต

(1) การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) เป็นวิธีการสังเกตที่ผู้วิจัยได้เข้าไปใช้ชีวิตร่วมกับบุคคล ชุมชนที่ศึกษามีกิจกรรมร่วมกับผู้คนในชุมชนจนเกิดการยอมรับว่านักวิจัยเป็นสมาชิกคนหนึ่งในชุมชนนั้น ๆ นักวิจัยเฝ้าสังเกตการณ์ใช้ชีวิตประจำวันและกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชุมชนหรือสังคมนั้น ๆ โดยที่ผู้ถูกสังเกตไม่รู้สึกรู้ว่าตนเองถูกเฝ้าดู จึงมีพฤติกรรมที่เป็นธรรมชาติ การสังเกตด้วยวิธีนี้มักใช้ในงานวิจัยเชิงคุณภาพที่ศึกษาในชุมชนหรือสังคมเล็ก ๆ การเก็บข้อมูลวิธีนี้จะทำให้ได้ข้อมูลที่แท้จริงแต่นักวิจัยต้องระมัดระวังมิให้ตนเองเข้าไปมีความรู้สึกร่วมและผูกพันทางอารมณ์ (Sympathy) จนขาดความเที่ยงตรงในการบันทึกด้วยการทำความเข้าใจปรากฏการณ์นั้น ๆ โดยไม่มีอคติ

(2) การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-participant observation) หรือการสังเกตโดยตรง (Direct observation) เป็นการสังเกต บันทึกลักษณะทางกายภาพโครงสร้างและความสัมพันธ์ของสมาชิกในสังคมนั้น ๆ โดยนักวิจัยทาดัวเป็นคนนอกที่ไม่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับกิจกรรมที่สังเกต และผู้ที่อยู่ในกิจกรรมนั้น ๆ ก็ไม่รู้ว่าตนเองถูกสังเกตวิธีการนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิธีการที่มีชื่อเรียกในภาษาอังกฤษว่า unobtrusive method วิธีการสังเกตเช่นนี้มักใช้ในการเริ่มต้นเก็บข้อมูลหรือเมื่อเริ่มเข้าสนามจากนั้นจึงจะตัดสินใจว่าจะสังเกตแบบมีส่วนร่วมหรือไม่ อย่างไร ทั้งนี้การสังเกตด้วยวิธีการนี้ก็มีการบันทึกและการสนทนากับผู้คนที่ร่วมอยู่ในกิจกรรมนั้น ๆ ด้วยแต่ในฐานะคนนอกการที่นักวิจัยจะเลือกใช้วิธีการสังเกตแบบใดนั้น ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ เรื่อง และสถานที่ศึกษา

2) วิธีการสังเกตและการบันทึกภาคสนามเมื่อนักวิจัยจะสังเกตพฤติกรรมหรือกิจกรรมใด ๆ นั้นจะต้องมีจุดมุ่งหมายที่ชัดเจนและมีการบันทึกภาคสนามทุกครั้งที่สังเกตการจะทำให้ได้ข้อมูล ครอบคลุมและละเอียดที่สุดนั้นมีผู้เสนอว่าอย่างน้อยควรสังเกตดังต่อไปนี้

(1) ฉากและบุคคล (Setting) โดยที่ฉากหมายถึงสถานที่และลักษณะทางกายภาพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรม และเหตุการณ์ที่นักวิจัยกำลังสังเกต ส่วนบุคคลก็คือผู้คนที่ปรากฏอยู่ในกิจกรรมนั้น ๆ การสังเกตต้องสังเกตทั้งจำนวน ลักษณะทั่วไปและลักษณะเฉพาะตลอดจนข้อมูลทางสังคมของบุคคลเหล่านั้น ข้อมูลฉากและบุคคลคือการตอบคำถามใครและที่ไหน

(2) การกระทำ (Acts) นักวิจัยต้องสังเกตการณ์กระทำในลักษณะของพฤติกรรมสังคมที่เกิดขึ้นหรือการกระทำระหว่างกันของบุคคลขณะสังเกตข้อมูลจากการสังเกตการณ์กระทำ คือการตอบคำถาม ทำอะไร

(3) แบบแผนกิจกรรม (Pattern of Activities) เป็นการนำข้อมูลการกระทำมาร้อยเรียงให้เห็นความเกี่ยวเนื่องกันอย่างมีหลักการและเหตุผลตามข้อเท็จจริงที่ได้จากการสังเกตและการสนทนาขณะสังเกตเป็นการตอบคำถามว่าอย่างไร

(4) ความสัมพันธ์ (Relationship) เป็นส่วนที่นักวิจัยต้องสังเกตว่าการกระทำที่เฝ้าดูอยู่นั้นใครทำกับใคร ในบทบาทและสถานภาพอย่างไร ซึ่งเป็นการตอบคำถามว่าใครกับใคร

(5) การมีส่วนร่วม (Participation) เป็นการมองขยายความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งเป็นคู่การกระทำออกไปสู่ภาพรวมของปรากฏการณ์ทั้งหมด เป็นการตอบคำถามเพิ่มเติมจากใครกับใคร เป็น ใครบ้าง

(6) ความหมาย (Meaning) เป็นการรับรู้เหตุการณ์หนึ่ง ๆ ของบุคคลที่เป็นสมาชิก ในกลุ่มนั้น ๆ เป็นการตอบคำถาม อย่างไร และทำไมจึงมีพฤติกรรมหรือการกระทำนั้น ๆ เกิดขึ้นการสังเกตความหมายอาจจะไม่ครบถ้วนทันทีหลังการสังเกตและจะไม่ได้ข้อสรุปจากการสังเกตเพียงครั้งเดียว แต่จะได้จากการสังเกตหลาย ๆ ครั้งและการหาข้อมูลเพิ่มเติมจากวิธีการเก็บข้อมูลวิธีอื่นร่วมด้วย

3) จุดแข็งและจุดอ่อนของการสังเกต

การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและแบบไม่มีส่วนร่วมมีจุดแข็งจุดอ่อนต่างกันกล่าวคือ การสังเกตแบบมีส่วนร่วมทำให้นักวิจัยเห็นภาพเหตุการณ์ต่าง ๆ อย่างเป็นธรรมชาติมากที่สุดนักวิจัยสามารถใช้การเป็นคนที่เข้าถึงข้อมูลได้สะดวกกว่า และสามารถตรวจสอบข้อมูลได้ซ้ำ ๆ มากกว่า อย่างไรก็ตามการสังเกตวิธีนี้ต้องใช้เวลาดาเนินสัมพันธ์ภาพเพื่อให้เกิดการยอมรับนักวิจัยแต่หากนักวิจัยมีอารมณ์ร่วมกับบุคคลหรือสถานการณ์ที่เฝ้าสังเกตก็อาจจะทำให้เกิดความลำเอียงในการสังเกต และการบันทึกได้ การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมไม่ต้องใช้เวลารอให้เกิดการยอมรับเพราะนักวิจัยมีบทบาทเป็นคนนอกหรือคนแปลกหน้าในกิจกรรมนั้น ๆ มีโอกาสเกิดอารมณ์ร่วมน้อยมากทำได้ง่ายโดยเฉพาะในสังคมที่ซับซ้อนเหตุการณ์หรือสถานที่ที่มีผู้คนมากหน้าหลายตา หรือมีการเข้า-ออกเป็นประจำ แต่การสังเกตวิธีนี้มักไม่ได้ข้อมูลที่ลึกซึ้งสมบูรณ์เท่าประเภทการสังเกตแบบมีส่วนร่วม เนื่องจากการสนทนาที่เกิดขึ้นกับคนแปลกหน้ามักมีเนื้อหาสาระที่ผิวเผิน ในการวิจัยเชิงคุณภาพมักใช้การสังเกต ทั้ง 2 ประเภท โดยเริ่มการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมก่อนเพื่อให้ได้ข้อมูลเบื้องต้น แล้วจึงใช้วิธีการสังเกต แบบมีส่วนร่วมเพื่อให้ได้ข้อมูลที่หลากหลายและลึกซึ้งอย่างแท้จริงในภายหลัง อย่างไรก็ตาม การบันทึกภาคสนามจะเป็นหลักฐานที่สำคัญที่จะทำให้ข้อมูลจากการสังเกตใช้ประโยชน์ได้มากน้อยเพียงใดการเก็บข้อมูลด้วยการสังเกตจะมีคุณภาพสูงสุดต้องอาศัยการสังเกตที่ดีและการบันทึกภาคสนามที่มีคุณภาพด้วย

2.7.5.2 การสนทนากลุ่ม การสนทนากันเป็นกลุ่มเป็นพฤติกรรมสังคมปกติของชุมชนสังคมที่มีความสนิทสนมคุ้นเคยกันนักวิจัยเชิงคุณภาพจึงใช้กิจกรรมนี้มาเป็นวิธีการเก็บข้อมูลแต่ได้พัฒนาขึ้นมาให้เป็นรูปแบบ เฉพาะเพื่อสนองต่อการดำเนินการวิจัยได้อย่างเต็มที่

1) ความหมาย การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ในการวิจัยเชิงคุณภาพ หมายถึง วิธีการเก็บข้อมูลที่เน้นการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ของผู้ร่วมสนทนากันเอง ในประเด็นที่นักวิจัยนำเสนอเข้าในกลุ่ม การสนทนากลุ่มจึงมีลักษณะของการแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นกัน อย่างกว้างขวาง และเป็นอิสระทางความคิดเห็นของผู้ร่วมสนทนา ซึ่งถือเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักในงานวิจัย โดยมีนักวิจัยเป็นผู้ตั้งประเด็น กระตุ้นให้เกิดการแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนประสบการณ์ให้มากที่สุด นักวิจัยต้องคอยสังเกตปฏิกิริยาของคนในกลุ่มต่อประเด็นต่างๆ ที่เกิดขึ้นรับฟังและซักถามเพื่อความกระจ่าง และบันทึกการสนทนาไว้เพื่อการวิเคราะห์ต่อไป

2) สมาชิกกลุ่ม วิธีการสนทนากลุ่มเป็นการนำวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกมารวมกับวิธีการอภิปรายร่วมกันในกลุ่ม (Group discussion) โดยพยายามให้อยู่ในบรรยากาศตามธรรมชาติและเป็นกันเองให้มากที่สุด การสนทนากลุ่มใช้ได้ดีในกรณีที่นักวิจัยต้องการประเมินความเห็นประเมินความต้องการพัฒนาเครื่องมือหรือผลิตภัณฑ์บางอย่าง หรือทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้งต่อการตีความบางประการที่ได้จากผลการศึกษาวิจัยผู้เข้าร่วมกลุ่มสนทนาประกอบด้วยสมาชิก

ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลควรมี จำนวน 6-12 คน ซึ่งเป็นผู้ที่นักวิจัยคัดเลือกกว่าเป็นผู้ที่มีข้อมูล มีประสบการณ์ ในประเด็นที่กำลังศึกษาและเป็นผู้ที่ชอบหรือยินดีในการพูดคุยในกลุ่ม นักวิจัยทำหน้าที่เป็นพิธีกรหรือ ผู้ดำเนินการสนทนา (Moderator) มีผู้ช่วยนักวิจัยทำหน้าที่บันทึกกลุ่มและดูแลการบันทึกเทปการ สนทนากลุ่มตลอดจนดูแล ความเรียบร้อยขณะดำเนินการสนทนากลุ่มโดยไม่ต้องเข้าร่วมอยู่ในวง สนทนาด้วยผู้ช่วยนักวิจัยอาจมี 1-2 คน ตามความเหมาะสมกับสถานการณ์ โดยที่การสนทนากลุ่มให้ ผู้ร่วมวงสนทนาได้พูดคุยแสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่ ดังนั้นนักวิจัยต้องแน่ใจว่าผู้ร่วมวงสนทนาทุก คนไม่มีความขัดแย้งกันโดยส่วนตัวมาก่อนไม่เป็นผู้ที่มีอำนาจหรือสามารถให้ผู้อื่นให้โทษแก่ผู้ร่วม สนทนาได้นอกจากนั้นผู้ร่วม สนทนาทุกคนต้องเป็นผู้ที่อยู่ในวัฒนธรรมและภูมิหลังที่คล้ายคลึงกันเช่น อายุ เพศ สถานะทางสังคม ฐานะทางเศรษฐกิจ และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่สนทนาผู้ร่วมวง สนทนาอาจรู้จักกันมาก่อนหรือไม่ก็ได้ และการดำเนินการสนทนาต้องมีความเข้าใจเรื่องพลวัตกลุ่ม (Group dynamic) มีทักษะในการจุด ประเด็นกลุ่มจับประเด็นกระตุ้นการสนทนาซักถามและใช้ คำพูด ภาษาที่ชัดเจน สร้างความรู้สึกละเอียดได้ดีการสนทนากลุ่มโดยใช้ภาษาถิ่นของผู้ร่วมวง สนทนาจะช่วยให้สามารถดำเนินการสนทนาไปได้อย่างราบรื่นยิ่งขึ้น

3) จุดแข็งและจุดอ่อนของการสนทนากลุ่ม

จุดแข็ง ได้แก่ การพูดคุย ซักถาม ถกประเด็นในกลุ่มทำให้ได้คำตอบที่ลึกซึ้งกรอง ด้วยเหตุผลการสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเองทำให้ผู้ร่วมวงสนทนา รู้สึกผ่อนคลายกล้าแสดง ความ คิดเห็น จึงได้รับข้อมูลจำนวนมากและหลากหลาย ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มแต่ละครั้งทำให้นักวิจัย ได้ประเด็นคำถามใหม่ ๆ หรือสมมติฐานใหม่ ๆ เพื่อการศึกษาค้นคว้าต่อไปปฏิบัติการของผู้ร่วมวง สนทนาต่อกันและกัน ทำให้นักวิจัยได้ข้อมูลเกี่ยวกับอิทธิพลของวัฒนธรรมและคุณค่าต่างๆ ของสังคม ของผู้ร่วมวงสนทนาที่มาจากวัฒนธรรมเดียวกัน

จุดอ่อน ได้แก่ ผู้ดำเนินการสนทนาที่ไม่ได้รับการฝึกฝนอย่างถูกต้องจะทำให้การ ดำเนินการสนทนากลุ่มไม่ราบรื่นแนวทางการสนทนากลุ่มที่เรียบเรียงไม่ดี ไม่มีลำดับที่ดีจากไกลตัวมา ใกล้ตัว ง่ายไปยาก ตรงไปตรงมาหาซับซ้อน จะทำให้การสนทนาวกวน ในที่สุดผู้ร่วมวงสนทนาจึงคร้าน ที่จะออกความคิดเห็นถ้าผู้ร่วมวงสนทนาไม่มีลักษณะร่วมที่คล้ายกัน จากวัฒนธรรมเดียวกัน และ สามารถเข้ากันได้ การดำเนินการสนทนาจึงจะไม่ราบรื่น บรรยากาศในกลุ่มเสีย เกิดกลุ่มย่อยหรือมีคน ไม่พูดมากขึ้นข้อมูลจากการสนทนากลุ่มไม่สามารถทำให้ภาพพฤติกรรมจริงซึ่งเห็นได้ จากการสังเกต ว่าสิ่งที่คิดอาจไม่ใช่สิ่งที่ทำข้อมูลจากกลุ่มแต่ละกลุ่มไม่สามารถเป็นตัวแทนของสังคมหรือวัฒนธรรมที่ ผู้ร่วมวงสนทนาดำเนินชีวิตอยู่ได้ ใช้อธิบายได้เฉพาะกับบริบทของกลุ่มนั้นๆ เท่านั้น

โดยสรุปการสนทนากลุ่มเป็นวิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพที่ใช้อย่างแพร่หลายทั้งในการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ ทั้งในแวดวงธุรกิจ สุขภาพอนามัย และอื่น ๆ แม้ว่าการสนทนากลุ่มจะมีประโยชน์และจุดแข็งมากมายแต่ก็มีข้อจำกัดและจุดอ่อนที่นักวิจัยเชิงคุณภาพจะต้องพิจารณาเมื่อ จะนำวิธีการนี้มาใช้เก็บข้อมูล

2.7.5.3 การสัมภาษณ์ การเก็บข้อมูลในงานวิจัยเชิงคุณภาพเป็นกระบวนการที่อยู่ภายใต้บริบททางสังคมและ วัฒนธรรมของสถานที่ หรือแหล่งที่ดำเนินการศึกษา นักวิจัยจึงต้องทำให้กลมกลืนกับบริบท และมี สัมพันธภาพอันดีกับผู้คนในสถานที่ศึกษา ในกระบวนการดังกล่าวต้องมีการสนทนากันระหว่างนักวิจัย กับผู้ให้ข้อมูล ซึ่งเป็นการสัมภาษณ์ (Interview) ชนิดหนึ่ง วิธีการสัมภาษณ์นี้จึงเป็นวิธีการเก็บข้อมูลที่ ใช้อย่างกว้างขวางในงานวิจัยเชิงคุณภาพ สาระสำคัญของการสัมภาษณ์มีดังนี้

1) ชนิดของการสัมภาษณ์ โดยทั่วไปแล้วการสัมภาษณ์มักถูกแบ่งเป็น 2 ประเภทคือ การสัมภาษณ์แบบเป็นทางการหรือกึ่งทางการ (Formal or semi-formal interview) ซึ่งใช้การสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structure interview) ดำเนินการสัมภาษณ์ การสัมภาษณ์อีกประเภทหนึ่ง คือ การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ (Informal Interview) ซึ่งคล้ายกับการพูดคุยสนทนาอย่างไม่มีพิธีรีตอง เป็นไปตาม ธรรมชาติในบริบทที่ศึกษาไม่เคร่งครัดในขั้นตอนและลำดับของข้อความ การดำเนินการสัมภาษณ์มักมี เพียงแนวทางการสัมภาษณ์กว้างๆ ที่เป็นสาระสำคัญที่ต้องการ ในการวิจัยเชิงคุณภาพนั้นนิยมใช้การ สัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการมากกว่าแบบเป็นทางการ และได้แยกวิธีการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ เป็น 2 ชนิด คือ การสนทนาตามธรรมชาติและการสัมภาษณ์เชิงลึก ดังต่อไปนี้

(1) การสนทนาตามธรรมชาติ (Natural conversation) เป็นการสัมภาษณ์ในรูปแบบของการสนทนาระหว่างนักวิจัยกับผู้ให้ข้อมูล การสัมภาษณ์เช่นนี้มักเกิดขึ้นเมื่อนักวิจัยดำเนินการสังเกตและเห็นสถานที่ บุคคล หรือการกระทำต่าง ๆ แล้วนักวิจัยต้องการข้อมูลเพิ่มเติม หรือ ขอคำอธิบายเหตุผลต่าง ๆ ในเหตุการณ์ที่สังเกต การสัมภาษณ์เช่นนี้นอกจากจะได้ข้อมูลแล้วยังเป็นการพัฒนาสัมพันธภาพที่ดีสร้างความเชื่อถือไว้วางใจในตัวนักวิจัยอีกด้วย

(2) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) เป็นการสนทนาซักถามผู้ให้ข้อมูลหลักบางคนที่สนใจหรือคนที่นักวิจัยเลือกมา เนื่องจากบุคคลผู้นั้นมีคุณสมบัติพิเศษที่จะให้ข้อมูลเฉพาะเจาะจงที่นักวิจัยต้องการได้ หรือมีประสบการณ์พิเศษที่จะให้ข้อมูลเฉพาะเจาะจงที่นักวิจัย ต้องการได้ หรือมีประสบการณ์พิเศษที่แตกต่างไปจากคนอื่น ๆ

2) จุดแข็งและจุดอ่อนของการสัมภาษณ์ โดยทั่วไปแล้วการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ใช้เวลาน้อยกว่าการสังเกต แต่ใช้เวลา มากกว่าการสนทนากลุ่ม การสังเกตทำให้ผู้วิจัยเข้าใจสถานการณ์ต่าง ๆ โดยรวมได้ดีกว่าการสัมภาษณ์แต่ การสัมภาษณ์ก็ให้ความกระจ่างในข้อมูลเฉพาะ

บุคคลได้เป็นอย่างดี ในที่นี้จึงสรุปจุดแข็งและจุดอ่อนของ การสัมภาษณ์ดังนี้จุดแข็ง ทำให้ค้นพบ ความหมายและการตีความต่อปรากฏการณ์ต่างๆ ในระดับบุคคลได้ อย่างลึกซึ้ง ทำให้นักวิจัยเข้าใจ มุมมองของชีวิต และกระบวนการทางสังคมที่กล่อมเกลามาให้เกิดมุมมอง ต่าง ๆ ซึ่งไม่สามารถศึกษาได้ จากการสัมภาษณ์ได้ดีกว่า นอกจากนั้น ในบางกรณีการสัมภาษณ์ทำให้ผู้ให้ ข้อมูลได้ระบายความอัด อัด ความคับแค้นใจ และความรู้สึกส่วนลึกออกมาจะทำให้ผู้ให้ข้อมูลเองได้ ค้นพบมุมมองใหม่ชีวิต จุดอ่อน ใช้เวลาและพลังงานทั้งของนักวิจัยและผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นอย่างมากซึ่งรวมถึง งบประมาณก็ ต้องมากขึ้นด้วย นอกจากนั้น การสัมภาษณ์ที่ดีต้องใช้ทักษะพิเศษซึ่งนักวิจัยไม่สามารถฝึก ได้ง่าย ต้อง ใช้การเรียนรู้จากประสบการณ์โดยสรุปการสัมภาษณ์ในงานวิจัยเชิงคุณภาพจะเป็นประโยชน์ ถ้า นักวิจัยเตรียมตัวและมีทักษะในการใช้เทคนิคการสัมภาษณ์ที่เหมาะสมกับสถานการณ์ แม้ว่าการ สัมภาษณ์จะมีจุดอ่อนเรื่องเวลา แต่การสัมภาษณ์เป็นวิธีการเก็บข้อมูลที่ทำให้นักวิจัยและผู้ให้ข้อมูลได้ พัฒนาความเข้าใจในชีวิต ตลอดจนมุมมองต่อปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นได้เป็นอย่างดี การสัมภาษณ์ที่ใช้ มากในการวิจัยเชิงคุณภาพคือการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ ส่วนการสัมภาษณ์อย่างเป็นทางการ หรือกึ่งทางการนั้น มักจะใช้กับกลุ่มผู้ตอบที่มีจำนวนมากและใช้ใน ช่วงกลางหรือช่วงปลายของการ วิจัย การสัมภาษณ์แต่ละวิธีมีขั้นตอน เทคนิค และจุดแข็งจุดอ่อนที่ทั้งเหมือนและต่างกัน จึงต้อง เลือกใช้ให้ เหมาะสมกับบุคคล สถานการณ์ และประเด็นที่ต้องการศึกษา

2.7.5.4 การตรวจสอบข้อมูลงานวิจัยที่มีคุณภาพต้องมาจากการได้ข้อมูลที่มีคุณภาพ ดังนั้นเมื่อเลือกวิธีการเก็บ ข้อมูลที่ต้องการแล้ว นักวิจัยต้องมีการตรวจสอบเครื่องมือด้วย แต่โดยที่ใน การดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ นั้นการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลจะดำเนินไปพร้อม ๆ กัน ดังนั้นขณะที่ ดำเนินการเก็บข้อมูล สิ่งที่ต้อง กระทำควบคู่กันไปเสมอ คือ การตรวจสอบข้อมูลและตรวจสอบการ วิเคราะห์ข้อมูล เพื่อดูว่าข้อมูลที่ แท้จริงเป็นอย่างไร มีมากเพียงพอหรือไม่ และตอบปัญหาของการ วิจัยหรือยัง นักวิจัยเชิงคุณภาพมักพบ เสมอว่าข้อมูลที่ได้จากการเก็บระยะแรก ๆ จะแตกต่างกันกับ ระยะหลัง บางครั้งไม่ตรงกันเลยทั้ง ๆ ที่เป็นประเด็นเดียวกัน สถานการณ์นี้ถือว่าเป็นปกติสำหรับการ ดำเนินงานวิจัยเชิงคุณภาพเนื่องจากธรรมชาติของงานวิจัยชนิดนี้การจะได้มาซึ่งข้อมูลขึ้นอยู่กับ สัมพันธภาพ และความไว้วางใจของผู้ให้ ข้อมูล หลักที่มีต่อนักวิจัย ในช่วงแรก ๆ ที่ทั้ง 2 ฝ่ายยังไม่ คั่นเคยกันดีนักข้อมูลที่นักวิจัยได้ก็จะไม่ลึก มีลักษณะแบบหนึ่ง เมื่อเวลาผ่านไปทั้ง 2 ฝ่ายเข้าสู่ภาวะรู้ เขา รู้เรา มากขึ้น จึงมีการเปิดเผยเรื่องราว ส่วนตัว ความนึกคิดต่าง ๆ ส่วนลึกมากขึ้น นอกจากนั้น พฤติกรรมกระทำต่าง ๆ ก็เป็นธรรมชาติทำให้ ข้อมูลที่นักวิจัยได้รับเปลี่ยนแปลงไป การตรวจสอบ ข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลจึงมีความสำคัญมากที่ นักวิจัยต้องกระทำอย่างเป็นระบบตลอด ช่วงเวลาของการเก็บข้อมูล วิธีการตรวจสอบข้อมูลและการ วิเคราะห์ข้อมูลที่นิยมหากันในงานวิจัย เชิงคุณภาพคือ การตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) ดังนี้

1) ตรวจสอบข้อมูลโดยการศึกษาประเด็นเดียวกัน แต่ใช้ข้อมูลที่มาจากหลายแหล่ง เพื่อให้ได้มุมมองที่หลากหลาย แหล่งข้อมูลในที่นี้หมายถึงเวลาที่ต่างกัน สถานที่ต่างกันผู้ให้ข้อมูล และผู้รวบรวมข้อมูลที่ต่างกัน

2) เป็นการใช่วิธีการเก็บข้อมูลตั้งแต่ 2 วิธีขึ้นไปในการเก็บข้อมูลที่ศึกษาในประเด็นเดียวกัน

3) ใช้นักวิจัยและ/หรือผู้เชี่ยวชาญตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปที่มีความเชี่ยวชาญต่างสาขากัน มาพิจารณาข้อมูล ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในประเด็นเดียวกัน เพื่อให้การอธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษา กระจำง ชัดเจน ครบถ้วนทุกมิติ

สรุป โดยสรุปในการดำเนินงานวิจัยเชิงคุณภาพเรื่องหนึ่ง ๆ นั้น นักวิจัยจะเลือกใช้วิธีการเก็บ ข้อมูลหลายวิธีให้เหมาะสมกับประเด็น ลักษณะข้อมูล ผู้ให้ข้อมูล และบริบท และเนื่องจากวิธีการเก็บ ข้อมูลเชิงคุณภาพแต่ละวิธีต่างมีจุดอ่อน ดังนั้นนักวิจัยเชิงคุณภาพส่วนใหญ่จึงใช้ทุกวิธีเพื่อกำจัดจุดอ่อน และเสริมจุดแข็ง ทั้งนี้ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่หลากหลาย อุ่มตัว และที่สำคัญที่สุดคือ ตัวนักวิจัยเนื่องจากเครื่องมือเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพคือตัวนักวิจัย โดยมีบริบทและปรากฏการณ์ที่ศึกษาเป็นแหล่งข้อมูล ในการวิจัยครั้งนี้ ส่วนของการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพผู้วิจัยใช้การสังเกต และการสัมภาษณ์

2.7.5 ประโยชน์ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิจัยปฏิบัติการ เป็นอีกทางเลือกหนึ่งของการวิจัยที่เชื่อมช่องว่างทฤษฎีการ วิจัย และการปฏิบัติในตลอดกระบวนการ ตั้งแต่การกำหนดปัญหาการวิจัย การประสานงานร่วมมือกัน พัฒนารูปแบบปฏิบัติการแทรกแซง ตลอดจนถึงการนำไปปฏิบัติในพื้นที่ การวิจัยปฏิบัติการเป็นการวิจัย ให้เข้าไปถึงพื้นที่ที่วิจัยโดยตรง ซึ่งเป็นหลักการที่สำคัญของการวิจัยปฏิบัติการ ดังนั้นความรู้ที่พัฒนาขึ้น จากการวิจัยปฏิบัติการ จึงเป็นความรู้ที่เป็นรากฐานในสถานการณ์ปฏิบัติจริง เป็นข้อค้นพบที่ได้มาจาก กระบวนการสืบค้นที่เป็นระบบและเชื่อถือได้ทำให้สามารถนำไปปรับปรุงและดัดแปลงความรู้พื้นฐานที่มี อยู่เดิมได้ และยังให้ข้อมูลที่เกี่ยวกับขอบเขตของการใช้ความรู้ในการปฏิบัติด้วย การวิจัยปฏิบัติการจึง เป็นวิธีการที่มีคุณค่าในการสร้างองค์ความรู้ใหม่ที่จะนำไปสู่การปรับปรุงวิธีการปฏิบัติอย่างแท้จริง นอกจากนี้แล้วด้วยหลักการสำคัญของการวิจัยปฏิบัติการที่เน้นการสะท้อนผลทำให้การวิจัยแบบนี้ ส่งเสริมบรรยากาศของการทำงานแบบประชาธิปไตยที่ทุกฝ่ายเกิดการเปลี่ยนแปลงประสบการณ์และ ยอมรับในข้อค้นพบร่วมกัน (สุวิมล ว่องวานิช, 2544)

ข้อจำกัดของการวิจัยปฏิบัติการ การวิจัยปฏิบัติการถึงแม้จะมีคุณประโยชน์มากมายแต่โดยธรรมชาติและหลักการของการวิจัยปฏิบัติการก็ส่งผลให้เกิดข้อจำกัดของการวิจัยแบบนี้หลายประการ ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (สุวิมล ว่องวานิช, 2544) การมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติซึ่งเป็นหลักการสำคัญของการวิจัยส่งผลกระทบต่อขอบเขตและขนาดของงานวิจัย การวิจัยแบบนี้มักจะมีขนาดเล็กซึ่งทำให้มีผล

ต่อความเป็นตัวแทนของ ข้อค้นพบ จึงก่อให้เกิดข้อจำกัดในการสรุปอ้างอิงผลการวิจัย งานวิจัยทั่วไป ไม่ยอมให้มีตัวแปรภายนอก ส่งผลรบกวน โดยมีการออกแบบการวิจัยให้สามารถควบคุมตัวแปรภายนอกได้ และก็สามารถดำเนินการจัดการกระทำได้นื่องจากงานวิจัยแบบนี้ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวัน แต่สำหรับงานวิจัยปฏิบัติการมักมีปัญหาประเด็นนี้ เนื่องจากสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นจะ ปล่อยให้เป็นไปตามธรรมชาติ ข้อค้นพบบางครั้งไม่สามารถยืนยันได้หนักแน่นว่าเนื่องมาจากปัจจัยใด แต่ตราบดีที่ปัญหาที่เกิดขึ้นหมดไป ก็ถือว่าการวิจัยนั้นประสบความสำเร็จ ธรรมชาติของงานวิจัยถูกกำหนดด้วยเงื่อนไขที่มีเรื่องของคุณธรรมเข้ามาเกี่ยวข้องในการทำงาน ทำให้การทดลองต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ในการปฏิบัติงานอาจทำได้ไม่เต็มที่เนื่องจากสิ่งที่ทดลองก็ยังไม่ได้มีการตรวจสอบยืนยันในผลที่จะเกิดขึ้นว่าจะเป็นที่ทิศทางใด มีการวิพากษ์กันมากเกี่ยวกับเจ้าของผลงานวิจัยและมีการหวั่นเกรงกันว่า จะมีการแย่งผลงานวิจัย เนื่องจากเป็นงานวิจัยที่มีกระบวนการทำงานร่วมกันระหว่างผู้ปฏิบัติและผู้วิจัยภายนอก เพื่อป้องกันปัญหาดังกล่าว ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยไม่ว่าจะเป็นครู นักวิจัย หรือนักวิชาการ ต้องทำความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของแต่ละคนและตกลงในเรื่องนี้ให้เข้าใจตรงกัน กระบวนการวิจัยปฏิบัติ ไม่ได้แยกผู้ปฏิบัติออกจากการวิจัย เนื่องจากผู้ปฏิบัติต้องเกี่ยวข้องในการทำงานของตนเองและ ผู้อื่นตลอดเวลา การวิจัยปฏิบัติการจึงเป็นการเพิ่มภาระงานของผู้ปฏิบัติมากขึ้นจากการทำงานปกติ โดยเฉพาะในช่วงแรกของการวิจัยที่ผู้ปฏิบัติเป็นผู้วิเคราะห์สภาพปัญหาและกำหนดแนวทางแก้ไข เพื่อให้การทำวิจัยไม่เป็นภาระสำหรับผู้ปฏิบัติมากเกินไปต้องมีการออกแบบการวิจัยให้เป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงานให้มากที่สุด

กล่าวโดยสรุปว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เป็นกระบวนการวิจัยที่มีเป้าหมายที่จะแก้ปัญหา มุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงโดยบุคลากรในระบบร่วมกับนักวิจัยเข้ามามีบทบาทในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบุคลากรในระบบในการพัฒนาตนเองและผู้อื่นให้เหมาะสมกับการดำเนินการ ไม่มีการแยกกลุ่มศึกษา กลุ่มทดลอง แต่เป็นการทดลองปฏิบัติในสถานการณ์ตามธรรมชาติ โดย วิเคราะห์สถานการณ์อย่างลึกซึ้งและเหมาะสม เน้นที่การสร้างการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นขั้นตอนและ บันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบ ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart

2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จิรศักดิ์ ห้วยทราย (2562) ศึกษาว่าการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภทมีความสำคัญมากในการรักษาและควบคุมอาการผู้ป่วย เพื่อประเมินความร่วมมือในการใช้ยาและปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภท โดยเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ในผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเภท ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือดีในการรักษา

ด้วยยา โดยประเมินจากแบบวัด MMAS 8-Items ร่วมกับการนับเม็ดยา และผลการวิเคราะห์ความถดถอยลอจิสติก พบว่าปัจจัยที่มีผลในการทำนายความร่วมมือในการใช้ยา มี 2 ปัจจัย คือ การหยั่งรู้ตน และทัศนคติต่อการใช้ยา

ศรินรัตน์ จันทพิมพ์ (2561) ศึกษาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนการวิจัยเชิงชาติพันธุ์ วรรณาเพื่อศึกษาการให้ความหมายของผู้ป่วยจิตเภท สถานการณ์ปัญหา และสังเคราะห์รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนในบริบทสังคมของชุมชน โดยเชื่อว่าวิธีการศึกษาจะช่วยสะท้อนคิดวิธีการทำงานของผู้เกี่ยวข้องในการพัฒนาการจัดการดูแลที่สอดคล้องความต้องการของผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษา มี 5 ประเด็นคือ 1. ความหมายของผู้ป่วยจิตเภทตามมุมมองของชุมชน หมายถึงคือ คนเครียด โรคที่เกี่ยวกับสมอง คนบ้า คนด้อยโอกาส ถูกไสยศาสตร์ และผิดหวังจากการปฏิบัติธรรม 2. วิถีชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทมี วิถีของผู้พึ่งพา วิถีผู้อยู่เพียงลำพัง วิถีผู้ขาดสิทธิและโอกาส และวิถีของคนยากจน 3. ปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยจิตเภท 4. รูปธรรมการดูแลของชุมชน สำหรับผู้ป่วยจิตเภทด้านสุขภาพและมิติทางสังคม ได้แก่ 1) การช่วยเหลือดูแล 2) การจัดบริการเพื่อให้การดูแล 3) การเสริมสร้างความรู้ 4) การพัฒนาศักยภาพ และ 5) การจัดสวัสดิการและการสนับสนุนบริการอื่นๆ และ 5. ปัจจัยเงื่อนไขในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชน ผลการวิจัยพบว่ามี การพัฒนาศักยภาพ และการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อนำสู่กระบวนการการพัฒนา ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับองค์กรชุมชนการปฏิบัติการพยาบาลที่ครอบคลุมมิติสุขภาพและมิติทางสังคม

เกตุรมาศ อยู่ถื่น (2561) ศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการไม่มาตามนัดครั้งแรก หลังการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคจิตเภท ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย $40.7 + 11.9$ ปี ส่วนใหญ่ไม่ได้เรียน/ประถมศึกษา ว่างาน ใช้สิทธิการรักษาจ่ายเงินเอง ผู้ที่พามา รักษาเป็นพ่อ/แม่ มากที่สุด ระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย $10.8 + 9.2$ ปี พบความชุกของการไม่มาตามนัดครั้งแรกร้อยละ 22.1 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่มาตามนัดหลังการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคจิตเภท คือ การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ขึ้นไป และอาการก้าวร้าว/วุ่นวาย ก่อนมาอนโรงพยาบาล และเหตุผลของการไม่มาตามนัด คือ 1) ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา 2) การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง 3) ขาดการสนับสนุนทางจากครอบครัว

เสาวนีย์ คณินันดร (2561) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นการวิจัยเชิงพรรณานาชนิดวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงทำนายกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผลการศึกษา พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีค่าเฉลี่ยภาระการดูแลโดยรวมเท่ากับ 42.98 จากการวิเคราะห์ถดถอย พบคุณแบบขั้นตอนพบว่า ทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายภาระการดูแลได้ถึงร้อยละ 63.90 บุคลากรทางด้านสุขภาพควรมุ่งเน้นการเสริมสร้าง ทัศนคติต่อการดูแลและการสนับสนุนทางสังคมเพื่อลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทลง

กมลวรรณ สีเชียงสา, จันทรทิพย์ กาญจนศิลป์ และสายทิพย์ สุทธิรักษา (2561) ศึกษาเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนร่วมกับทีมสหวิชาชีพโดยศึกษาเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ 1) การค้นหาและวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วย 2) การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนมีความร่วมมือจากการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอเพิ่มขึ้นอาการไม่พึงประสงค์ที่รบกวนชีวิตประจำวันลดลง ในระหว่างการศึกษาไม่พบผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการกำเริบจนก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรงต่อชีวิตร่างกาย หรือทรัพย์สินของตนเองหรือผู้อื่น

อติญา โพธิ์ศรี (2561) การวิจัยแบบผสมผสาน เพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม ผลการวิจัย พบว่า 1) เป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทและบุคคลในครอบครัว มีการสื่อสารกันมากขึ้น ส่งผลให้เกิด สัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เข้าใจความต้องการของกันและกันมากขึ้น ทำให้ปัญหาที่เกิดขึ้นภายในครอบครัวลดลง 2) ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท มีสัมพันธภาพที่ดีต่อบุคคลอื่นมากขึ้น สามารถที่จะเรียนรู้ในการเริ่มการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ดีขึ้น เช่น การสร้างสัมพันธภาพ กับพยาบาล เจ้าหน้าที่ เพื่อนผู้ป่วย สมาชิกในกลุ่ม และบุคคลในชุมชนที่ตนเองอาศัยอยู่ 3) ผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รู้สึกว่าตนเองเป็นคนสำคัญ สามารถที่จะแก้ไขปัญหาต่างๆ ของตนเองให้สำเร็จได้ ผลการประเมินอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท หลังใช้โปรแกรมสนับสนุนครอบครัวลดลง

ยุพาพรรณ มาหา (2561) เป็นการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม แบบประเมินอาการทางจิต แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง และแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ผลการวิจัยพบว่า 1) ระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง และคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม 2) ระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง และคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สูงกว่าระยะก่อนการทดลอง

วารารณ์ สิ้นสุโสภา (2561) ทำการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม และเพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จับคู่ให้กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะใกล้เคียงกันด้วยรายได้ของครอบครัวและภาวะสุขภาพ ใช้การสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการ สนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม แบบประเมินคุณภาพชีวิต

ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

พิชญากานต์ ยะพงศ์ (2561) ศึกษาผลของการแทรกแซงโดยเภสัชกรต่อผู้ดูแลเพื่อพัฒนาความร่วมมือในการใช้ยา (medication adherence: MA) และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยใช้กลยุทธ์สำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย การศึกษาเป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีการควบคุม ผู้ป่วยในกลุ่มศึกษาได้รับการจัดประเภทตามความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท/การใช้ยาและแรงจูงใจในการใช้ยาเพื่อให้สามารถเลือกกลยุทธ์ที่ใช้ในการแทรกแซง (การให้ความรู้หรือการเสริมสร้างแรงจูงใจ) ได้เหมาะสมกับผู้ป่วยการศึกษาพบว่า กลุ่มศึกษาร่วมมือในการใช้ยามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญมีอาการทางจิตดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับอาการเมื่อเริ่มต้นการศึกษา กลุ่มศึกษามีแรงจูงใจในการใช้ยามากกว่า คะแนนความรู้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างส่วนคุณภาพชีวิตด้านจิตสังคมและด้านอาการและอาการข้างเคียงจากการใช้ยาในกลุ่มศึกษาดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

วรารภรณ์ สีนรุโสภา (2561) ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม และเพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จับคู่ให้กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะใกล้เคียงกันด้วยรายได้ของครอบครัวและภาวะสุขภาพใช้การสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม

น้ำทิพย์ สงวนบุญญพงษ์ (2560) การศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการขาดนัดการรักษาของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดฉะเชิงเทราเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอายุตั้งแต่ 20-60 ปี ไม่มีภาวะพร่องทางด้านการสื่อสาร การรับรู้เป็นปกติ จำนวน 154 คนกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีประวัติขาดนัดการรักษา ผลการวิจัยพบว่าการขาดนัดการรักษาของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ 2555 มีการขาดนัดการรักษา 1-4 ครั้ง ส่วนใหญ่ขาดนัดการรักษา 1 ครั้ง (ร้อยละ 69.5) จากการทดสอบความสัมพันธ์พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ด้านลบกับการขาดนัดการรักษาอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 สถานภาพสมรส รายได้ที่อาศัยอยู่ด้วย ระยะเวลาที่ป่วย และเหตุผลของการขาดนัด 11 เหตุผล (จาก 14 เหตุผล) มีความสัมพันธ์ด้านบวกกับการขาดนัดการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กัญญา ศรีตะวัน และรัชณี อุปเสน (2560) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเพื่อศึกษาระดับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ในด้านอาการอ่อนล้าทางอารมณ์ ด้านการมองข้ามความเป็นบุคคลของผู้ป่วยและผู้อื่น และด้านความไม่สมหวังในผลสำเร็จของผู้ดูแล และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความเครียดภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ อาการทางลบ และอาการทางบวก กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพบว่าปัจจัยปัจจัยความเครียดส่งผลต่อความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นทีมบุคลากรทางสุขภาพจิตและจิตเวช ควรมีการจัดโปรแกรมที่เน้นการบำบัดความเครียดแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ดูแลได้ผ่อนคลายความเครียด หรือ การให้คำปรึกษาทั้งรายกลุ่มและรายบุคคลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ศุทธิณี หล้ามาชน (2560) การวิจัยปฏิบัติการเชิงเทคนิค (Technique Action Research) เพื่อศึกษากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนครั้งนี้ มี 7 ขั้นตอน คือ 1) การศึกษาบริบทพื้นที่และวิเคราะห์ปัญหา 2) การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยและแต่งตั้งคณะทำงาน 3) การเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ระดับอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภท และระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 4) การจัดประชุม ได้แก่ ประชุมวางแผนการประยุกต์ใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) และประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop Method) 5) การดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ได้แก่ การเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน การบริการคลินิกจิตเวชร่วมกับคลินิกโรคเรื้อรังที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น และการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยประยุกต์ใช้แนวคิด (DOT) 6) ติดตามระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภท และการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 7) จัดเวทีสะท้อนผลและติดตามผลการดำเนินงานของกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนซึ่งพบว่า กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวและกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนมีระดับคะแนนความรู้และระดับค่าเฉลี่ยของทัศนคติและการดูแลเพิ่มขึ้นจากก่อนดำเนินการ เกิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนรูปแบบใหม่คือ PAPA MODEL ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ มีนโยบายของรัฐบาลสนับสนุน(Policy) การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน (Participation) การประยุกต์ใช้แบบแผนการดูแลที่สอดคล้องกับโรค (Applied of Model) และออกแบบกิจกรรมที่เหมาะสม (Activities)

เอมิกา กลยนี้ และเพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ (2558) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษา ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านและเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุรายได้ ระยะเวลาการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก ภาระในการดูแลผู้ป่วยและการสนับสนุน ทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับคุณภาพชีวิตทางบวก คือ ความเข้มแข็งในการมองโลก, ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบ กับคุณภาพชีวิตได้แก่ อายุ และภาระในการดูแลผู้ป่วย ส่วนปัจจัยที่ไม่มี ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ดูแล คือ ระยะเวลาในการดูแล) ผู้ป่วยและรายได้ของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับปานกลาง

ชลินดา จันทร์งาม (2559) เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้เพื่อศึกษาการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายสุขภาพจิตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผลการวิจัย กระบวนการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายสุขภาพจิตครั้งนี้ ประกอบด้วย 9 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การรวบรวมข้อมูล 2) การวิเคราะห์บริบทพื้นที่ 3) การวิเคราะห์ปัญหา 4) การกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหา 5) การจัดทำแผนงาน/โครงการ 6) การบริหารจัดการแผน 7) การปฏิบัติการตามแผน 8) การติดตามและประเมินผล และ 9) การสรุปผล กระบวนการดังกล่าวนำไปสู่แนวทางการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่เหมาะสมคือ การออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านโดยเครือข่ายสุขภาพจิต การสร้างพลังให้ชุมชนเข้ามารับดำเนินการในปัญหาเอง การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลและจัดระบบบริการสาธารณสุขให้ผู้ป่วยจิตเวชเข้าถึงได้สะดวก โดยปัจจัยความสำเร็จในครั้งนี้ประกอบด้วย การสร้างเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชนโดยดึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทสำคัญ โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นผู้ประสานงานและเชื่อมต่องาน ข้อเสนอแนะการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชนต้องอาศัยศักยภาพและความเข้มแข็งของชุมชนเป็นพื้นฐาน โดยมีกระบวนการเพื่อให้หน่วยงานรัฐสนับสนุนงบประมาณและวิชาการโดยยึดหลักการทำงานร่วมกันเป็นภาคีเครือข่ายอย่างดุลยภาพ

กขพร รัตนสมพร (2558) ศึกษาปัจจัยทำนายอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทโดยการศึกษาเป็นการศึกษาเชิงบรรยาย ผลการศึกษาพบว่า 1) ผู้ป่วยโรคจิตเภท มีอาการทางจิตรุนแรงระดับเล็กน้อย ปัจจัยที่สามารถทำนายอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท มีจำนวน 4 ตัวแปร ได้แก่ สถานภาพสมรส พฤติกรรม การดูแลตนเอง การแสดงออกทางอารมณ์ใน ครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม สามารถ ร่วมกันทำนายอาการทางจิตได้

จักรี แก้วคำบัง (2558) ศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความสำคัญในการควบคุมอาการของโรคจิตเภทป้องกันอาการกำเริบและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การให้การบริบาลทางเภสัชกรรมเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาให้กับผู้ป่วย การศึกษาเป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมโดยกลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยนอกจิตเภทที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลเพื่อประเมินผลของการบริบาลทางเภสัชกรรมตามแนวทาง mhGAP for Schizophrenia โดยเปรียบเทียบความร่วมมือในการใช้ยา อัตราการกลับมาเป็นซ้ำ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมและกลุ่มที่ได้รับการแบบทั่วไป สรุปผลการวิจัยพบว่าการให้บริบาลทางเภสัชกรรมตามแนวทางโครงการลดช่องว่างการบริการผู้ป่วยโรคจิตเภทช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา ลดความรุนแรงของโรค และลดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา การศึกษานี้ไม่ได้ศึกษาผลของการดำเนินงาน mhGAP for Schizophrenia ทั้งหมดทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทไม่เพิ่มขึ้น

ธรรบ เทียนสันต์ (2558) เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม และเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยา ตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่เข้าร่วมโปรแกรม กับกลุ่มที่ให้การพยาบาลการดูแลตามปกติ เครื่องมือ 4 ชุด ประกอบด้วย โปรแกรมการให้บริการปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาที่ผู้วิจัย สร้างขึ้น แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว แบบวัดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยจิตเภท ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับโปรแกรม การให้บริการปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับโปรแกรม การให้บริการปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรกานต์ พิงงา (2558) เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองเพื่อเปรียบเทียบ 1) พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และ 2) พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็น ศูนย์กลางและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมารับบริการแบบผู้ป่วยนอกที่คลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการจับคู่ให้มีคุณลักษณะที่ใกล้เคียงกัน ในเรื่องคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์และอายุของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการใช้

ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนภายหลังได้รับ โปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลตามปกติ

สุนทรียกรรม ทองใส (2557) งานวิจัยผู้ป่วยจิตเวชกับการพัฒนาระบบการดูแลอย่าง เพื่อ การสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ เน้นการสร้างปฏิสัมพันธ์อย่าง สร้างสรรค์ (productive interaction) เพื่อความรู้สึกการเป็นตราบบในสังคมของผู้ป่วยและญาติ ลดช่องว่างของการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขของผู้ป่วยก็อาจเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่จะนำไปสู่ การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชอย่างยั่งยืน ทั้งนี้หากการประยุกต์ปัจจัยต่างๆให้เกิด ประสิทธิภาพสูงสุด อันได้แก่ 1) การสนับสนุนการดูแลตนเอง (self-management support) 2) การ ออกแบบระบบบริการ (delivery system design) 3) การสนับสนุนทางด้านบุคลากร (decision support) 4) การมีระบบฐานข้อมูลที่ดี (clinical information system) 5) การทำความตกลงร่วมกัน (community resource linkages) 6) โครงสร้างของระบบบริการสุขภาพ (health systems organization)

สรุปจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยพบ ปัจจัยสัมพันธ์กับอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ สถานภาพสมรส พฤติกรรม การดูแลตนเอง การแสดงออกทางอารมณ์ใน ครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยที่สัมพันธ์กับผู้ดูแล ได้แก่ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับคุณภาพชีวิตทางบวก คือ ความเข้มแข็งในการมองโลกภาวะสุขภาพ และ การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตได้แก่ อายุ และภาระในการดูแลผู้ป่วย ปัจจัยด้านการรักษาพบว่า การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วย จิตเภทมีความสำคัญมากในการรักษาและควบคุมอาการผู้ป่วย ปัจจัยที่มีผลกับการทำนายนการร่วมมือ ในการใช้ยา ได้แก่ การหยั่งรู้ตน และทัศนคติต่อการใช้ยา และการศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาใน ผู้ป่วยจิตเภทพบว่ามีความสำคัญในการควบคุมอาการของโรคจิตเภทป้องกันอาการกำเริบและการเข้า รับการรักษาในโรงพยาบาล ส่วนสาเหตุผลของการไม่มาตามนัดได้แก่ ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการ รักษา การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง และ ขาดการสนับสนุนทางจากครอบครัว

ด้านรูปแบบการศึกษาที่ใช้ในการดำเนินการพบว่า การพัฒนาศักยภาพและการเสริมสร้าง ความเข้มแข็งของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะนำไปสู่กระบวนการพัฒนาระบบการดูแล ผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับองค์กรชุมชนที่ครอบคลุมมิติสุขภาพและมิติทางสังคม และพบการศึกษาการใช้ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทและบุคคลในครอบครัว มีการสื่อสาร กันมากขึ้นช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท มีสัมพันธภาพที่ดีต่อบุคคลอื่นมากขึ้น สามารถที่จะเรียนรู้ในการเริ่ม การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ดีขึ้นผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกมีคุณค่าในตนเองนอกจากนี้ยังพบการศึกษาผล ของการแทรกแซงโดยเภสัชกรต่อผู้ดูแลเพื่อพัฒนาความร่วมมือในการใช้ยา (medication

adherence: MA) ให้บริบาลทางเภสัชกรรมตามแนวทางโครงการลดช่องว่างการบริการผู้ป่วยโรคจิตเภทช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา ลดความรุนแรงของโรค และลดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา ต่อการศึกษากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีการศึกษากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ มินิโอบายของรัฐบาลสนับสนุน (Policy) การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน (Participation) การประยุกต์ใช้แบบแผนการดูแลที่สอดคล้องกับโรค (Applied of Model) และออกแบบกิจกรรมที่เหมาะสม (Activities) และพบปัจจัยความสำเร็จคือ การสร้างเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชนโดยดึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทสำคัญ โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นผู้ประสานงานและเชื่อมต่อกัน และการศึกษาพบการประยุกต์ปัจจัยต่างๆให้เกิดประสิทธิผลสูงสุด อันได้แก่ 1) การสนับสนุนการดูแลตนเอง (self-management support) 2) การออกแบบระบบบริการ (delivery system design) 3) การสนับสนุนทางด้านบุคลากร (decision support) 4) การมีระบบฐานข้อมูลที่ดี (clinical information system) 5) การทำความตกลงร่วมกัน (community resource linkages) 6) โครงสร้างของระบบบริการสุขภาพ (health systems organization)

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งหมด พบว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์และพฤติกรรม แต่จะมีความผิดปกติของความคิดและพฤติกรรมเป็นอาการเด่น ซึ่งอาจเกิดร่วมกับอาการประสาทหลอนหรือไม่ก็ได้ โดยผู้ป่วยไม่มีอาการทางกายหรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะส่วนใดและมีระยะเวลาการป่วย 6 เดือนขึ้นไป สาเหตุของโรคจิตเภทปัจจุบันยังไม่ทราบแน่ชัดว่าสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทนั้นมาจากสาเหตุใดอาจเกิดจากความผิดปกติของสมองปัจจัยด้านครอบครัวและสังคมปัจจัยด้านจิตใจความผิดปกติจากพัฒนาการทางบุคลิกภาพของบุคคลในวัยเด็กส่งผลต่อการปรับตัวควบคุมพฤติกรรมและการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นและปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรมอาการหลักที่พบในผู้ป่วยจิตเภทแบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ๆกลุ่มอาการด้านบวกอาการด้านลบกลุ่มอาการด้านการรับรู้และการจดจำกลุ่มอาการด้านอารมณ์ การการวินิจฉัยโรค ต้องประกอบด้วยอาการทางจิต ที่มีปัญหาทางด้านสังคม การงาน สัมพันธภาพต่อเนื่องกันนาน 6 เดือนขึ้นไป และไม่เข้ากับโรคจิตอื่นๆ หรือไม่ได้เกิดจากยา สารเสพติด โดยการดำเนินของโรครมี 4 ระยะ คือ ระยะก่อนป่วย ระยะเริ่มอาการ ระยะกำเริบ ระยะหลงเหลือ การพยากรณ์ของโรคขึ้นกับปัจจัยหลายด้าน ทั้งปัจจัยที่เป็นสาเหตุ ปัจจัยที่มีผลต่อโรค ความร่วมมือในการรักษา และสิ่งแวดล้อม การรักษาจิตเภทมีดังนี้ การรักษาโรคจิตเภทโดยการใช้ยา โดยยาต้านโรคจิตกลุ่มเก่ามีอาการไม่พึงประสงค์ด้าน extrapyramidal side effects (EPS) มากกว่ายาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ ในขณะที่เดียวกันแม้ว่ายาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่จะมีการเกิด EPS ที่น้อยกว่า แต่อาการไม่พึงประสงค์ต่อระบบเมตาบอลิซึมเกิดได้มากกว่า ดังนั้นการให้ความสำคัญในด้านอาการไม่พึงประสงค์ของยาต้านโรคจิตจึงควรให้ความสนใจและติดตามในทุกๆระบบของร่างกายการรักษาด้วยไฟฟ้า Electroconvulsive therapy เป็นวิธีการที่

ทำให้เกิดการชักโดยใช้กระแสไฟฟ้ากระตุ้นผ่านสมองซึ่งจะมีผลในการรักษาโรคทางจิตเวชได้และการบำบัดรักษาทางสังคมจิตใจผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้แก่ สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) การบำบัดที่เน้น cognitive (cognitive - oriented) การบำบัดที่เน้นการฝึกแก้ปัญหา (training in problem solving intensive) การบำบัดที่เน้นการฝึกทักษะ (Skill training) เป็นต้น ซึ่งหากการรักษาไม่เป็นไปตามแนวทางจะพบการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทเป็นลักษณะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยไม่สามารถควบคุมได้หรือกล่าวได้ว่าเป็นการกลับคืนของพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์หลังจากที่หยุดไปเป็นระยะเวลาหนึ่ง สาเหตุหลักของการป่วยซ้ำคือการหยุดรับประทานยา และหากมีการป่วยซ้ำก็จะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยคือทำให้มีความเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ ผลกระทบต่อครอบครัวคือเกิดเป็นภาระด้านเศรษฐกิจและส่งผลเสียต่อสุขภาพของผู้ดูแล ผลกระทบต่อชุมชนคืออาจทำร้ายผู้อื่นเนื่องจากมีพฤติกรรมรุนแรงจากอาการหวาดระแวงหรือหลงผิด และมีผลกระทบต่อประเทศชาติคือ ทำให้รัฐบาลต้องสูญเสียงบประมาณในการรักษาเป็นจำนวนมาก

ในการทบทวนวรรณกรรมประกอบกับการดำเนินงาน ระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภทของเครือข่ายโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม ยังพบปัญหาการเข้าถึงการรับบริการ การวินิจฉัยและสั่งจ่ายยาคลาดเคลื่อนและไม่สอดคล้องกับโรคและอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น ความรู้ความเข้าใจของผู้ที่เกี่ยวข้องต่อผู้ป่วยส่งผลให้การตอบสนองในการดูแลและแก้ไขปัญหามิเหมาะสม จากการดำเนินงานของคลินิกสุขภาพจิตพบปัญหา ผู้ป่วยจิตเภทขาดนัด ส่งผลให้รับยาไม่ต่อเนื่อง และพบว่าผู้ป่วยจิตเภทเกิดการป่วยซ้ำกลับมารักษา มีอาการกำเริบและฆ่าตัวตาย ระบบการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทขาดการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ความร่วมมือในการใช้ยาที่ครอบคลุม อีกทั้งเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา ทั้งนี้ในการดำเนินงานพบปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภทรับประทานยาไม่ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ไม่อยากรับประทานยาเนื่องจากมีประสบการณ์ที่ไม่ดีเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยา และเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ในการรักษา ในด้านผู้ดูแล พบผู้ป่วยจิตเภทบางรายอาศัยอยู่กับผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลที่ไม่ได้อยู่ดูแลเป็นประจำทุกวันจึงเป็นปัญหาในการกำกับรับประทานยาในแต่ละวันและเป็นข้อจำกัดในการเดินทางไปรับยาที่โรงพยาบาล จึงส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องมีโอกาสเกิดการป่วยซ้ำและต้องกลับไปรักษาตัวที่โรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้นความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยเน้นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการขาดนัดขาดยาที่อาจส่งผลให้เกิดอาการกำเริบและส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยครอบครัว ชุมชน จะเห็นวาระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภทมีบุคคลที่มีส่วนสำคัญในกระบวนการแก้ไขปัญหานั้นได้แก่ ครอบครัว ชุมชน เครือข่ายสุขภาพและบุคลากรทางการแพทย์ และต้องอาศัยระบบการประสานงาน ความรู้สึกร่วมกันในการแก้ไขปัญหานั้น และการจัดการที่เหมาะสม ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ใช้ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เป็นกระบวนการวิจัยที่มีเป้าหมายที่จะแก้ปัญหา มุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงโดยบุคลากรในระบบร่วมกับนักวิจัยเข้ามามีบทบาทในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดย

วิเคราะห์สถานการณ์อย่างลึกซึ้งและเหมาะสม เน้นที่การสร้างความปลอดภัยอย่างเป็นขั้นตอน และ บันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบ ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ปฏิบัติ (Practical Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart โดยใช้การวางแผนที่เน้นเป้าหมายและมีทิศทางที่แน่ชัด นำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (Strategic Route Map : SRM) มาประยุกต์ใช้ในงานวิจัยนี้ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้บริหารจัดการยุทธศาสตร์ให้เกิดความสำเร็จและเป็นกรอบสำหรับการวางแผนและวัดความคืบหน้าของยุทธศาสตร์เพื่อให้เกิดเป็นระบบการจัดการ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีประสิทธิภาพพร้อมกับการใช้แนวคิดการมีส่วนร่วม โดยการเปิดโอกาสให้ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมมือกันการตัดสินใจ การดำเนินกิจกรรม การติดตามตรวจสอบ และการประเมินผลร่วมกัน เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เสมอภาค และนำผลที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขพัฒนางานเพื่อพัฒนาหรือใช้ความคิดสร้างสรรค์ และความเชี่ยวชาญของแต่ละคนในการแก้ปัญหาของชุมชน รวมไปถึงใช้แนวคิดวิธีการเชิงระบบ (Systems approach) ซึ่งวิธีการใช้ความคิดที่เป็นรูปแบบแสดงให้เห็นวิธีการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ โดยเน้นการมองปัญหาอย่างองค์รวม เป็นแนวทางในการจัดระบบการให้บริการให้มีประสิทธิภาพและครอบคลุม

การศึกษานี้ได้อาศัยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดและทฤษฎีแนวคิดของ Kemmis & McTargart (องอาจ นัยพัฒน์, 2554 อ้างอิงจาก Kemmis & McTargart, 1998) มาประยุกต์ใช้ในการสร้างกรอบแนวคิดและกำหนดขั้นตอนการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะก่อนการดำเนินการ (Phase1: Preliminary)

1. ศึกษาบริบทพื้นที่ วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา โดยการเก็บรวบรวมบริบทข้อมูล ทฤษฎี/ปัจจัยนำเข้า/บริบทชุมชน/ประชากร/สภาพปัญหาทั่วไป บริบทปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งของผู้ป่วย เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล การมารับบริการ ระดับอาการทางจิต ความร่วมมือในการใช้ยา บริบทที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแล เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ การดูแล

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ (Phase 2: Action)

1. ขั้นวางแผน (Planning)1) ประชุมคณะทำงาน ได้แก่กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทและกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนได้แก่ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และตัวแทนผู้นำชุมชน ตัวแทนองค์การบริหารส่วนตำบล กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อนำเสนอข้อมูลบริบท ในระยะที่ 1 2)ร่วมวางแผนและจัดทำแผนปฏิบัติการ กับผู้เข้าร่วมวิจัยทั้ง 3 กลุ่ม เพื่อร่วมกันวางแผนในการจัดทำแผนปฏิบัติการ โดยประยุกต์ใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (Strategic Route Map : SRM) เป็นเครื่องมือ3) จัดทำแผนปฏิบัติการร่วมกับกลุ่มประชากรผู้เข้าร่วมวิจัยทั้ง 3 กลุ่มและได้มาซึ่งแผนปฏิบัติการเป็นกิจกรรมย่อย 3 โครงการ

2. ขั้นปฏิบัติ (Action) ผู้วิจัยและคณะทำงานวิจัยปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการโดยจำแนกได้เป็น 3 โครงการ ได้แก่ 1) โครงการอบรมเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 2) โครงการอบรมให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มผู้นำชุมชน 3) โครงการจัดการระบบบริการผู้ป่วยจิตเภท เครือข่ายอำเภอทุ่งศรีอุดม

3. ขั้นสังเกต (Observation) ในขั้นนี้ผู้วิจัยทำการสังเกตและบันทึกทุกกิจกรรมก่อนดำเนินการ ระหว่างดำเนินการ และหลังดำเนินการ

4. ขั้นสะท้อนผล (Reflection) ผู้วิจัยและคณะทำงานวิจัยจัดเวทีเพื่อถอดบทเรียน ประเมินผลระดับอาการทางจิต และความต่อเนื่องในการดูแลของผู้ป่วยจิตเภท จากนั้น วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค แนวทางแก้ไข และปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงาน เพื่อเป็นข้อมูลสะท้อนในการพัฒนาในวงรอบต่อไปเมื่อดำเนินการตามขั้นตอนของกระบวนการ (Process) แล้ว จะได้มาซึ่งผลผลิต (Output) นั่นคือ เกิดเป็นระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภท เครือข่ายโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี



2.9 กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพประกอบที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมปฏิบัติ (Practical Action Research) เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภทของเครือข่ายโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี โดยทำการศึกษาในพื้นที่รับผิดชอบอำเภอทุ่งศรีอุดมจังหวัดอุบลราชธานี ในการศึกษานี้ได้ใช้ข้อมูล เชิงคุณภาพ (Qualitative Method) และเชิงปริมาณ (Quantitative Method) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุม โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัยที่กำหนดไว้ดังนี้

- 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)

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมปฏิบัติ (Practical Action Research) โดยมีการดำเนินการแบ่งเป็น 3 ระยะ โดยระยะที่ 1 ระยะก่อนการดำเนินการเป็นการเก็บข้อมูลบริบทสภาพปัญหา ระยะที่ 2 การดำเนินการตามขั้นตอนวงจร P-A-O-R Cycle ระยะที่ 3 เป็นระยะรวบรวมและการประเมินผล เพื่อค้นหาแนวทางการพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภทของเครือข่ายโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งแบ่งตามระยะการดำเนินการดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะก่อนการดำเนินการ (Phase 1: Preliminary)

จำนวนประชากรผู้ป่วยจิตเภทในเขตเครือข่ายโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 154 คน (ยกเว้นผู้ป่วยวินิจัยคลาดเคลื่อน เสียชีวิต ไม่ได้อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ)

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ (Phase 2: Action)

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาในระยะนี้ได้เลือกพื้นที่ตำบลที่มีสภาพปัญหาโดยรวมรุนแรงที่สุดคือตำบลกุดเรือ อำเภอบึงสามพัน จังหวัดอุบลราชธานี

ระยะที่ 3 ระยะการรวบรวมและประเมินผล (Phase 3: Evaluation)

ระยะที่ประเมินผลหลังการดำเนินการ โดยการสัมภาษณ์ประชากรในกลุ่มเดียวกับระยะที่ 1 (Phase 1)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งแบ่งตามระยะการดำเนินการดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะก่อนการดำเนินการ (Phase 1: Preliminary)

การคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรสูตรของเครซีและมอร์แกน สูตรของเครซีและมอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1970 อ้างใน (ธีรวุฒิ เอกะกุล, 2543) มีดังนี้

$$n = \frac{x^2 N p (1 - p)}{e^2 (N - 1) + x^2 p (1 - p)}$$

$$= \frac{(3.841)(154)(0.5)(1-0.5)}{(0.05)^2(154-1) + (3.841)(0.5)(1-0.5)} = 110.13$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

e = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้

x^2 = ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% ($x^2 = 3.841$)

p = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (ถ้าไม่ทราบให้กำหนด p = 0.5)

ผลการคำนวณได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 110.13 .คน เท่ากับ 111 คน โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster sampling) เป็นการสุ่มตัวอย่างโดยแบ่งประชากรออกเป็นแต่ละตำบลทั้งหมด 5 ตำบล คิดอัตราส่วน 1:1.5 และในกลุ่มผู้ดูแลจะอ้างอิงจำนวนตามกลุ่มผู้ป่วยโดยไม่จำเพาะเจาะจงว่าเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่คู่กันโดยได้กลุ่มตัวอย่างดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนกลุ่มตัวอย่างแยกตามตำบล

ตำบล	จำนวนผู้ป่วยจริงในพื้นที่	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	
		จำนวนผู้ป่วย	จำนวนผู้ดูแล
กุดเรือ	40	31	31
โคกชำแระ	38	26	26
นาเกษม	25	18	18
นาหอม	23	16	16
หนองอัม	28	20	20
ผลรวมทั้งหมด	154	111	111

โดยใช้การประชาสัมพันธ์และสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และมีเกณฑ์ในการคัดเลือกใช้เกณฑ์ต่อไปนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่

1. ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเภทในรายชื่อที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (F20) และรับการรักษาที่โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม พร้อมทั้งอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของอำเภอทุ่งศรีอุดมเป็นประจำติดต่อกันอย่างน้อย 1 ปี
2. ผู้ป่วยจิตเภทในรายชื่อที่มีผลการประเมินอาการทางจิต อยู่ในระดับปกติถึงปานกลาง
3. ผู้ป่วยและผู้ดูแลที่สมัครใจและสามารถเข้าร่วมการทำวิจัยครั้งนี้
4. ผู้ป่วยและผู้ดูแลที่การตอบแบบสัมภาษณ์มีทักษะอ่านออกเขียนได้สามารถโต้ตอบและสื่อความหมาย เข้าใจในแบบสัมภาษณ์

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่

1. ผู้ป่วยและผู้ดูแลที่ไม่สามารถเข้าร่วมได้ทุกกิจกรรม ตลอดการศึกษาวิจัย

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ (Phase 2: Action)

กลุ่มตัวอย่างจำแนกออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ 1 ประกอบด้วย กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลเครือข่ายของโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งมีจำนวน 10 คน

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่

1. ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเภทในรายชื่อที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (F20) และได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม พร้อมทั้งอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของตำบลกุดเรือ อำเภอทุ่งศรีอุดมเป็นประจำติดต่อกันอย่างน้อย 1 ปี
2. ผู้ป่วยจิตเภทในรายชื่อที่มีผลการประเมินอาการทางจิต อยู่ในระดับปกติถึงปานกลาง
3. ผู้ดูแลที่สนใจและสามารถเข้าร่วมการทำวิจัยครั้งนี้
4. ผู้ป่วยและผู้ดูแลที่การตอบแบบสัมภาษณ์มีทักษะอ่านออก เขียนได้ สามารถโต้ตอบและสื่อความหมาย เข้าใจในแบบสัมภาษณ์

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่

1. ผู้ป่วยและผู้ดูแลที่ไม่สามารถเข้าร่วมได้ทุกกิจกรรม ตลอดการศึกษาวิจัย
- กลุ่มที่ 2 ประกอบด้วย กลุ่มตัวแทนภาคีเครือข่ายในชุมชนที่เกี่ยวข้องด้านพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภท เครือข่ายโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี โดยการเจาะจงเลือก (Purposive Sampling) จำนวน 11 คน ประกอบด้วย ตัวแทนอสม ตัวแทนผู้นำชุมชน ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตัวแทนผู้นำชุมชน และตัวแทนองค์กรบริหารส่วนตำบล ที่สนใจและสามารถเข้าร่วมการทำวิจัยครั้งนี้
2. ผู้ที่สามารถโต้ตอบและสื่อความหมาย เข้าใจในการตอบแบบสัมภาษณ์
3. ปฏิบัติงานหรืออาศัยอยู่ในพื้นที่ ตำบลกุดเรือ อำเภอทุ่งศรีอุดมตลอดระยะเวลาทำการศึกษาวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่

1. ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมได้ทุกกิจกรรม ตลอดการศึกษาวิจัย
- กลุ่มที่ 3 กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ประกอบด้วยแพทย์ประจำโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม เกสซ์กรประจำคลินิกสุขภาพจิต พยาบาลประจำคลินิกสุขภาพจิต พยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 4 คน

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่

1. แพทย์ประจำโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม เกสซ์กรประจำคลินิกสุขภาพจิต
 โรงพยาบาลประจำคลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกเครือข่าย ที่สมัครใจ
 และสามารถเข้าร่วมการทำวิจัยครั้งนี้

2. ผู้ที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่ตลอดระยะเวลาทำการศึกษาวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่

1. ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมได้ทุกกิจกรรม ตลอดการศึกษาวิจัย

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.3.1 เครื่องมือเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

3.3.1.1 การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เครื่องมือนี้ในการประชุม
 เชิงปฏิบัติการร่วมกับกลุ่มที่ศึกษาทั้ง 3 กลุ่ม โดยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมแต่ละคนแนะนำ
 ตนเอง จากนั้นพูดคุย แลกเปลี่ยน บอกเล่าถึงประสบการณ์รวมถึงปัญหา ความต้องการการช่วยเหลือ
 และแนวทางการแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของแต่ละคน ซึ่งผู้วิจัยทำการบันทึกเสียงเพื่อนำ
 ข้อมูลที่ได้ไปทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาต่อไป

3.3.1.2 การสังเกตการณ์มีส่วนร่วม (Observation) ทำการสังเกตการณ์มีส่วนร่วมใน
 การประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับกลุ่มที่ศึกษาทั้ง 3 กลุ่ม โดยใช้แบบสังเกตการณ์มีส่วนร่วม แบ่งเป็น 4
 ด้าน ได้แก่ ด้านการค้นหาปัญหา ด้านการวางแผนการแก้ไขปัญหา ด้านการปฏิบัติ และด้านการ
 ติดตามประเมินผล

3.3.1.3 การบันทึก (Record) ผู้วิจัยทำการบันทึกการดำเนินงานทุกกิจกรรม ทุก
 ขั้นตอน ดังเช่น การจดบันทึกข้อมูลจากการสำรวจ การจดบันทึกการประชุม การจดบันทึกข้อมูลที่ได้
 จากการ สัมภาษณ์ การบันทึกภาพ ได้แก่ การบันทึกภาพการประชุม ภาพกิจกรรมโครงการอบรม
 ภาพกิจกรรม การให้บริการคลินิกสุขภาพจิต กิจกรรมการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภท ฯลฯ และในการ
 บันทึกภาพและ เสียง ผู้วิจัยทำการบันทึกในขั้นตอนของการสัมภาษณ์และในกิจกรรมการประชุม
 เชิงปฏิบัติการ

3.3.2 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ

1. แบบสัมภาษณ์ ผู้ศึกษาได้จำแนกแบบสัมภาษณ์ออกเป็น 2 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์สำหรับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์สำหรับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์สำหรับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 1 ใช้ถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมีข้อคำถามทั้งสิ้น 20 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ บุคคลที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วย ข้อมูลบริบท การมารับการรักษา ได้แก่ ระยะเวลาที่ป่วย ประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เหตุผลที่ขาดนัด ค่าใช้จ่ายในการเดินทางระยะทางในการเดินทาง ระยะเวลาในการเดินทาง การใช้จ่ายหรือสารที่เป็นอันตราย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท 8 ข้อ ฉบับพระศรีมหาโพธิ์ (Prasri Assessment Schizophrenia Scale: PASS 8) (สำนักงานบริหารระบบบริการสุขภาพจิต, 2558) โดยมีอาการที่ประเมินและระดับคะแนน ดังนี้

ตารางที่ 3 แบบประเมินอาการทางจิต

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)					

ตารางที่ 4 การแปลผลระดับอาการทางจิต

ระดับอาการทางจิต	ระดับคะแนน	หมายเหตุ
ระดับปกติ/น้อย	คะแนน 8-16 คะแนน	ข้อ 2,3,4,6 และ 8 ทุกข้อ มีค่าน้อยกว่า 4 คะแนน
ระดับปานกลาง	คะแนน 17-30 คะแนน	ข้อ 2,3,4,6 และ 8 ทุกข้อ มีค่าน้อยกว่า 4 คะแนน
ระดับรุนแรง	คะแนนรวมตั้งแต่ 31 ขึ้นไป	มีค่าคะแนนในข้อ 2,3,4,6 และ 8 ข้อใดข้อหนึ่ง มากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน

ส่วนที่ 3 ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยใช้ แบบประเมินแรงจูงใจในการรับประทานยาและพฤติกรรมกรรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (The 8-item Morisky Medication Adherence Scale: MMAS-8) แบบสอบถามความสม่ำเสมอในการกินยา ซึ่ง สร้างขึ้นโดย Morisky ชื่อ “Morisky Medication Adherence Scale” หรือ MMAS 8-item18 มีทั้งหมด 8 ข้อคำถาม

แบบสอบถามประกอบด้วยคำถาม 8 ข้อและ 7 ข้อแรกเป็นคำถามปลายปิด ให้ตอบใช่ (คะแนน= 1 หรือ ไม่ใช่ (คะแนน= 0) ส่วนข้อที่แปดเป็นคำถามปลายเปิดที่มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale 5 ระดับ) มีคะแนนอยู่ในช่วง 0-1 (ข้อย่อยข้อละ 0.2 คะแนน)

การแปลผลคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยา มีดังนี้

ตารางที่ 5 แปลผลระดับความสม่ำเสมอในการรับประทานยา

ระดับคะแนน	การแปลผล
คะแนนน้อยกว่า 6 คะแนน	ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาอยู่ในระดับต่ำ
คะแนน 6 - 7 คะแนน	ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนน 8 คะแนน	ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์สำหรับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร มีข้อคำถามทั้งสิ้น 9 ข้อ เป็นข้อคำถามลักษณะทางประชากรจำนวน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ฐานะทางการเงินของครอบครัว ความสัมพันธ์ กับผู้ป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีจำนวนทั้งสิ้น 20 ข้อ เป็นลักษณะให้เลือกตอบข้อคำถามที่คิดว่าถูกต้อง

ซึ่งการให้คะแนนคำตอบที่ตอบถูก จะได้ 1 คะแนน ตอบผิด จะได้ 0 คะแนน

คะแนนความรู้เป็นคะแนนรวมมีค่าต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนนและมีค่าสูงสุด 20 คะแนน กำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายของคะแนนเป็น 3 ระดับโดยพิจารณาใช้เกณฑ์ของ Bloom (1986)

ตารางที่ 6 การแปลผลระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

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

ส่วนที่ 3 แบบประเมินทัศนคติที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทโดยอ้างอิงจากการศึกษาของ เพ็ญประภา มะลาไวย์ (2550) มีจำนวน 10 ข้อ ประยุกต์มาตราประมาณค่า (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

การแปลผลความหมายของระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทของ กลุ่มประชากรผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการแบ่งระดับทัศนคติโดยใช้หลักการ แจกแจงแบบปกติเป็นเกณฑ์ตามแนวคิดของเบสท์ (Best, 1995: 19 อ้างถึงใน สุมัทนา กลางคาร และวราพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553)

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

จากหลักเกณฑ์ดังกล่าวผู้วิจัยนำมาแบ่งระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทเป็น 4 ระดับ

ตารางที่ 7 การแปลผลระดับทัศนคติที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท

ระดับคะแนนเฉลี่ย	การแปลผล
ค่าเฉลี่ย 3.27 – 4.00	ระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทระดับ มากที่สุด
ค่าเฉลี่ย 2.52 – 3.26	ระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทระดับ ค่อนข้างมาก
ค่าเฉลี่ย 1.76 – 2.51	ระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทระดับ ปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.75	ระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทระดับ น้อย

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

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

กำหนดการแปลผลของระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการแบ่ง 3 ระดับ การดูแลโดยใช้หลักการแจกแจงแบบปกติเป็นเกณฑ์ตามแนวคิดของเบสท์ (Best, 1995 อ้างถึงใน สุมัทนา กลางคาร และ วรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553)

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

จำนวนระดับที่แบ่งจากหลักเกณฑ์ดังกล่าวผู้วิจัยนำมาแบ่งระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็น 3 ระดับ

ตารางที่ 8 การแปลผลระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ระดับคะแนนเฉลี่ย	การแปลผล
ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.00	การดูแลผู้ป่วยจิตเภทระดับมาก
ค่าเฉลี่ย 1.67 – 2.33	การดูแลผู้ป่วยจิตเภทระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.66	การดูแลผู้ป่วยจิตเภทระดับน้อย

3. แบบประเมินการมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาระบบการจัดการของผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยพัฒนาจากการศึกษาของ วิจิตราภรณ์ โตแก้ว (2558) เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) ชนิด 5 ระดับ จำนวน 23 ข้อ เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย 4 ด้าน ด้านการค้นหาปัญหา ด้านการวางแผนการแก้ไขปัญหา ด้านการปฏิบัติ และด้านการติดตามประเมินผล

กำหนดระดับการมีส่วนร่วม ดังนี้

ระดับ 5 หมายถึง มีส่วนร่วมมากที่สุดได้แก่มีส่วนร่วมทำ ร่วมคิดและร่วมตัดสินใจ

ระดับ 4 หมายถึง มีส่วนร่วมมากได้แก่มีส่วนร่วมคิดและร่วมตัดสินใจ

ระดับ 3 หมายถึง มีส่วนร่วมปานกลาง ได้แก่การมีส่วนร่วมทำ

ระดับ 2 หมายถึง มีส่วนร่วมน้อยได้แก่มีส่วนร่วมรับรู้

ระดับ 1 หมายถึง มีส่วนร่วมน้อยที่สุดได้แก่มีส่วนร่วมน้อยที่สุด

โดยใช้เกณฑ์การแปลความหมายของเบสต์ (Best, 1986) ดังนี้

ตารางที่ 9 การแปลผลระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

ระดับคะแนนเฉลี่ย	การแปลผล
คะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00	มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอยู่ในระดับมากที่สุด
คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50	มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอยู่ในระดับมาก
คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50	มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50	มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอยู่ในระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50	มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อยู่ในระดับน้อยที่สุด

3.4 การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

3.4.1 การสร้างเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอน ดังนี้

3.4.1.1 ศึกษาเนื้อหา ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3.4.1.2 กำหนดขอบเขตและโครงสร้างของเนื้อหาของเครื่องมือที่จะใช้ในการศึกษาวิจัย เพื่อให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา

3.4.1.3 กำหนดแบบสอบถาม รวมทั้งเกณฑ์การให้คะแนน

3.4.2 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือเชิงปริมาณ

3.4.2.1 การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยจะนำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยให้ผู้มีประสบการณ์และผู้ชำนาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมและความเหมาะสมของเนื้อหา ซึ่งผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน ประกอบด้วย

1) นายแพทย์คงทัช สิงขรนนท์

ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม (หลักสูตรระยะสั้นจิตเวชชุมชน) สถานที่ทำงานโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดมอำเภอทุ่งศรีอุดมจังหวัดอุบลราชธานี

2) เกศษกรหญิงชมภูษ วีระวัชรชัย

ตำแหน่ง เกศษกรชำนาญการพิเศษหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

3) นางสาวนิตยา สุทธิสุวรรณ

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ พยาบาลประจำคลินิกจิตเวช สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลตระการพิรุณ อำเภอตระการพิรุณ จังหวัดอุบลราชธานี

โดยให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาให้คะแนนดังนี้

ให้คะแนน +1 ถ้าแน่ใจว่า ข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์

ให้คะแนน 0 ถ้าไม่แน่ใจว่า ข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์

ให้คะแนน -1 ถ้าแน่ใจว่า ข้อคำถามวัดได้ไม่ตรงตามวัตถุประสงค์

แล้วนำผลคะแนนที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญมาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาและวัตถุประสงค์ (Index of item – objective congruence : IOC) ตามสูตร

$$IOC = \frac{\sum R}{n}$$

เมื่อ IOC แทน ดัชนีความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์และเนื้อหา

ΣR แทน ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

n แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

ซึ่งสูตรของ Rowinelli และ Hambleton (1997 อ้างถึงใน ญรัฐฉิม ชูเชื้อ, 2559)

กำหนดให้ค่า IOC (Index of Congruence) มีค่า 0.5 ขึ้นไป จึงจะถือได้ว่าวัตถุประสงค์สอดคล้องกัน (ญรัฐฉิมชูเชื้อ, 2559 อ้างอิงจาก วรณะ ชูศรีวิชา, 2553)

ดังนั้น หากค่า IOC ที่ได้ในการศึกษาครั้งนี้ไม่น้อยกว่า 0.5 จึงถือว่าข้อความนั้นๆ มีความสอดคล้องกับเนื้อหาที่ต้องการศึกษา หรือข้อความใดที่มีค่า IOC น้อยกว่า 0.5 ผู้วิจัยจะต้องพิจารณาข้อความนั้นๆ อีกครั้ง เพื่อให้สอดคล้องกับเนื้อหาที่ต้องการศึกษา ทั้งนี้ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน เห็นตรงกัน 2 ใน 3 ถือว่าเครื่องมือมีความถูกต้องและมีความตรงตามเนื้อหา

จากผลการวิเคราะห์ความตรงตามเนื้อหาและโครงสร้างแบบสัมภาษณ์ความสอดคล้องของเนื้อหาเท่ากับ 0.67 และความสอดคล้องตามโครงสร้างเท่ากับ 0.77

3.4.2.2 ทำการทดสอบคุณภาพเครื่องมือ (Try Out) โดยนำแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการตรวจสอบปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและกลุ่มภาคีเครือข่ายกลุ่มละ 30 คน ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลน้ำซุ่น อำเภอเมือง จันทบุรี ซึ่งในพื้นที่ใกล้เคียงและมีลักษณะของชุมชนที่คล้ายคลึงกันเพื่อนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) ซึ่งผลการทดลองใช้ ความสอดคล้องตามเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์ชุดที่ 2 สำหรับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นลักษณะข้อคำถามถูกผิดซึ่งนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงด้วยวิธี Kuder-Richardson (KR-20) มีค่าเท่ากับ 0.77 ส่วนการวัดทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่เป็นข้อคำถามแบบมาตราประเมินค่า (Rating Scale) นำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงด้วยโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.80 และ 0.70 ตามลำดับ

3.4.3 การตรวจสอบข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน แยกเป็นหมวดหมู่ตามประเด็นปัญหา จากนั้นทำการตีความหมายของข้อมูล (Content Analysis) ที่ได้จากผู้ให้ข้อมูล เพื่อสรุปความเชื่อมโยงความสัมพันธ์และเหตุผลในแต่ละประเด็นปัญหา ได้จาก การบันทึกการประชุม (Record) การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) ซึ่งผู้วิจัยได้ ทำการตรวจสอบความถูกต้องโดยยึดหลักสามเส้า (Methodology Triangulation) ในด้านข้อมูล (Data Triangulation) ซึ่งแหล่งของข้อมูลที่นำมาใช้พิจารณาตรวจสอบได้แก่ แหล่งสถานที่ แหล่งเวลา และแหล่งบุคคล

3.5 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนการวิจัยแบ่งระยะการทำงานเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะก่อนการดำเนินการ (Phase1:Preliminary)

1. ศึกษาบริบทพื้นที่ วิเคราะห์สาเหตุของปัญหาโดยการเก็บรวบรวมบริบทข้อมูล ทฤษฎี/ปัจจัยนำเข้า/บริบทชุมชน/ประชากร/สภาพปัญหาทั่วไป

ข้อมูลทฤษฎีที่เกี่ยวข้องจากฐานข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล วินิจฉัยโรค การรักษา รายการยา ประวัติการขาดนัด อาการแสดง อาการข้างเคียงอื่นๆ เป็นต้น ข้อมูลนำเข้า บริบทชุมชน ปัจจัยนำเข้า สภาพปัญหาอื่น ๆ

2. บริบทปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

การสัมภาษณ์ดำเนินการในสถานที่ปิด มีเพียงทีมผู้วิจัย กับผู้ป่วยและผู้ดูแล เท่านั้น การบันทึกการสนทนากลุ่มต้องได้รับการอนุญาต จากผู้ร่วมสนทนา การบันทึกภาพจะบันทึกในแบบที่ไม่สามารถระบุตัวบุคคลได้ ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

2.1 บริบทปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย

2.1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล และ บริบทการมารับบริการ

2.1.2 ระดับอาการทางจิต โดยประเมินระดับอาการทางจิตด้วยเครื่องมือ ประเมินอาการทางจิตฉบับพระศรี-มหาโพธิ์ จำนวน 8 ข้อ (PASS 8) เปรียบเป็นระยะก่อนการดำเนินการ

2.1.3 ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา โดยความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยใช้ แบบประเมินแรงจูงใจในการรับประทานยาและพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (The 8-item Morisky Medication Adherence Scale: MMAS-8)

2.2 บริบทปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแล

2.2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

2.2.2 ความรู้เรื่องเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสัมภาษณ์โดยใช้แบบ สัมภาษณ์เพื่อประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Knowledge) ทศนคติที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท (Attitude) การดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Practical) โดยการใช้แบบสัมภาษณ์ในกลุ่มประชากรผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ (Phase 2: Action)

ดำเนินการในเขตเครือข่ายตำบลกุดเรือ

1. ขึ้นวางแผน (Planning)

1.1 คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย/คณะทำงาน ได้แก่

กลุ่มที่ 1 คือ กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทและกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

กลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนได้แก่ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และตัวแทนผู้นำชุมชนตัวแทนองค์การบริหารส่วนตำบล

กลุ่มที่ 3 กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล เกษัชกร พยาบาลประจำคลินิกสุขภาพจิต พยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จากนั้นคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยโดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างจากเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) และเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่สามารถร่วมกระบวนการวิจัยได้อย่างมีคุณภาพ

1.2 การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)

ขั้นประชุมวางแผนและจัดทำแผนปฏิบัติการผู้วิจัยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับประชากรผู้เข้าร่วมวิจัยทั้ง 3 กลุ่ม เพื่อร่วมกันวางแผนในการจัดทำแผนปฏิบัติการ โดยผู้วิจัยนำเสนอแนวทางการแก้ไขปัญหาที่ได้จากการประยุกต์ใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (Strategic Route Map : SRM) เป็นเครื่องมือ ให้ที่ประชุมรับทราบ โดยเปิดโอกาสให้ที่ประชุมแสดงความคิดเห็นในแต่ละประเด็นของการประยุกต์ใช้ตามองค์ประกอบ และนำไปสู่การจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ที่จะเป็นแนวทางการพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภทให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ

ดำเนินการจัดการสนทนาเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 2 ครั้ง แต่ละกลุ่มใช้เวลาประมาณ 45-90 นาที

กลุ่มที่ 1 : กลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแล รวม 10 คน ประกอบด้วยผู้ดูแล 5 คน ผู้ป่วย 5 คน ดำเนินการในสถานที่ปิด มีเพียงทีมผู้วิจัย กับผู้ป่วยและผู้ดูแลเท่านั้น การบันทึกการสนทนากลุ่มต้องได้รับการอนุญาต จากผู้ร่วมสนทนา การบันทึกภาพจะบันทึกในแบบที่ไม่สามารถระบุตัวบุคคลได้

กลุ่มที่ 2 : กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และภาคีเครือข่าย รวม 15 คน การสนทนากลุ่มนี้จะมีการรับข้อตกลงร่วมกันในการปกปิดการกล่าวถึงผู้ป่วย/ญาติผู้ป่วย/ผู้ดูแลผู้ป่วยแบบระบุตัวตน แต่จะกล่าวถึงในภาพรวมและกรณีศึกษาที่ไม่ระบุบุคคล

2. ขั้นการดำเนินงาน (Action)

จากการประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกันของกลุ่มประชากรที่ศึกษาทั้ง 3 กลุ่ม ทำให้ได้มาซึ่งแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ซึ่งในแผนปฏิบัติการดังกล่าวได้จำแนกกิจกรรมออกเป็น 3 โครงการได้แก่ โครงการอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโครงการอบรมให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มผู้นำชุมชน โครงการจัดการระบบบริการผู้ป่วยจิตเภท เครือข่ายอำเภอทุ่งศรีอุดม ซึ่งมีการดำเนินการ ดังนี้

2.1 โครงการอบรมเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

วัตถุประสงค์ เพื่อเพิ่มองค์ความรู้และเพิ่มทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท รวมถึงการแก้ไขปัญหาหรือการให้การช่วยเหลือเบื้องต้น

กลุ่มเป้าหมายตัวแทนกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

กิจกรรม บรรยายให้ความรู้ในหัวข้อโรคจิตเภทและทักษะในการดูแลรักษาความรู้เรื่องยาและอาการข้างเคียงของยา และการประเมินอาการและการช่วยเหลือเบื้องต้น

ระยะเวลาดำเนินการ 1 วัน

2.2 โครงการอบรมให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มผู้นำชุมชน

วัตถุประสงค์ เพื่อให้องค์ความรู้การแก้ไขปัญหาหรือการให้การช่วยเหลือเบื้องต้นแสวงหาความร่วมมือในการจัดกิจกรรมในชุมชนเพื่อสนองต่อความต้องการของชุมชนและผู้ป่วย

กลุ่มเป้าหมายตัวแทนกลุ่มผู้นำชุมชน เครือข่ายอำเภอทุ่งศรีอุดม

กิจกรรม บรรยายให้ความรู้ในหัวข้อโรคจิตเภทและทักษะในการดูแลรักษาการรักษาด้วยยา และการประเมินอาการและการช่วยเหลือที่เหมาะสม แสวงหาความร่วมมือการจัดกิจกรรมที่ส่งผลต่อจิตสังคมบำบัด

ระยะเวลาดำเนินการ 1 วัน

2.3 โครงการจัดการระบบบริการผู้ป่วยจิตเภท เครือข่ายอำเภอทุ่งศรีอุดม

วัตถุประสงค์ เพื่อออกแบบการให้บริการสอดคล้องกับความต้องการ

กลุ่มเป้าหมาย สหสาขาวิชาชีพ เครือข่ายโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม

กิจกรรม จัดบริการให้สอดคล้องและเหมาะสมกับความต้องการ ตั้งแต่การรับเข้ารักษา การให้คำปรึกษา การประเมินและแก้ไขปัญหา ตลอดจนการประสานงานกับ รพ.สต.ในพื้นที่ในการติดตามผู้ป่วย โดยใช้หลักการวิธีการเชิงระบบ (System Approach) ได้แก่ 1. ระบุปัญหาที่ต้องการแก้ไข 2. ระบุทางแก้หรือทางเลือกเพื่อแก้ไขปัญหา 3. เลือกทางแก้ไข 4. ปฏิบัติตามแนวทางที่ได้เลือกไว้ 5. ประเมินความสำเร็จของการปฏิบัติตามทางเลือกและนำไปปรับปรุง

3. ขั้นร่วมสังเกตผล (Observation)

ผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัยร่วมกันสังเกตผลในทุกกิจกรรม ทุกขั้นตอนตั้งแต่ก่อนดำเนินการ ระหว่างดำเนินการและหลังการดำเนินการ ในส่วนของผลการดำเนินการที่ต้องวัดผลก่อนและหลังการดำเนินการ ได้แก่ ผลของระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทักษะที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งแบบสัมภาษณ์สำหรับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ข้อมูลลักษณะทางประชากร ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทักษะต่อผู้ป่วยจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผู้วิจัยทำการประเมินผลก่อนการดำเนินงาน (Pre -Test) ในขั้นตอน

ของการเก็บรวบรวมข้อมูลในชั้นวางแผนและประเมินผลหลังการดำเนินงาน (Post -Test) หลังการดำเนินโครงการอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพในการจัดการผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนการประเมินความร่วมมือในรับประทานยา โดยใช้อัตราการขาดยาขาดนัดของผู้ป่วยจิตเวชเครือข่ายโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี และ การประเมินการมีส่วนร่วมของกลุ่มภาคีเครือข่าย

4. ขั้นสะท้อนกลับ (Reflection)

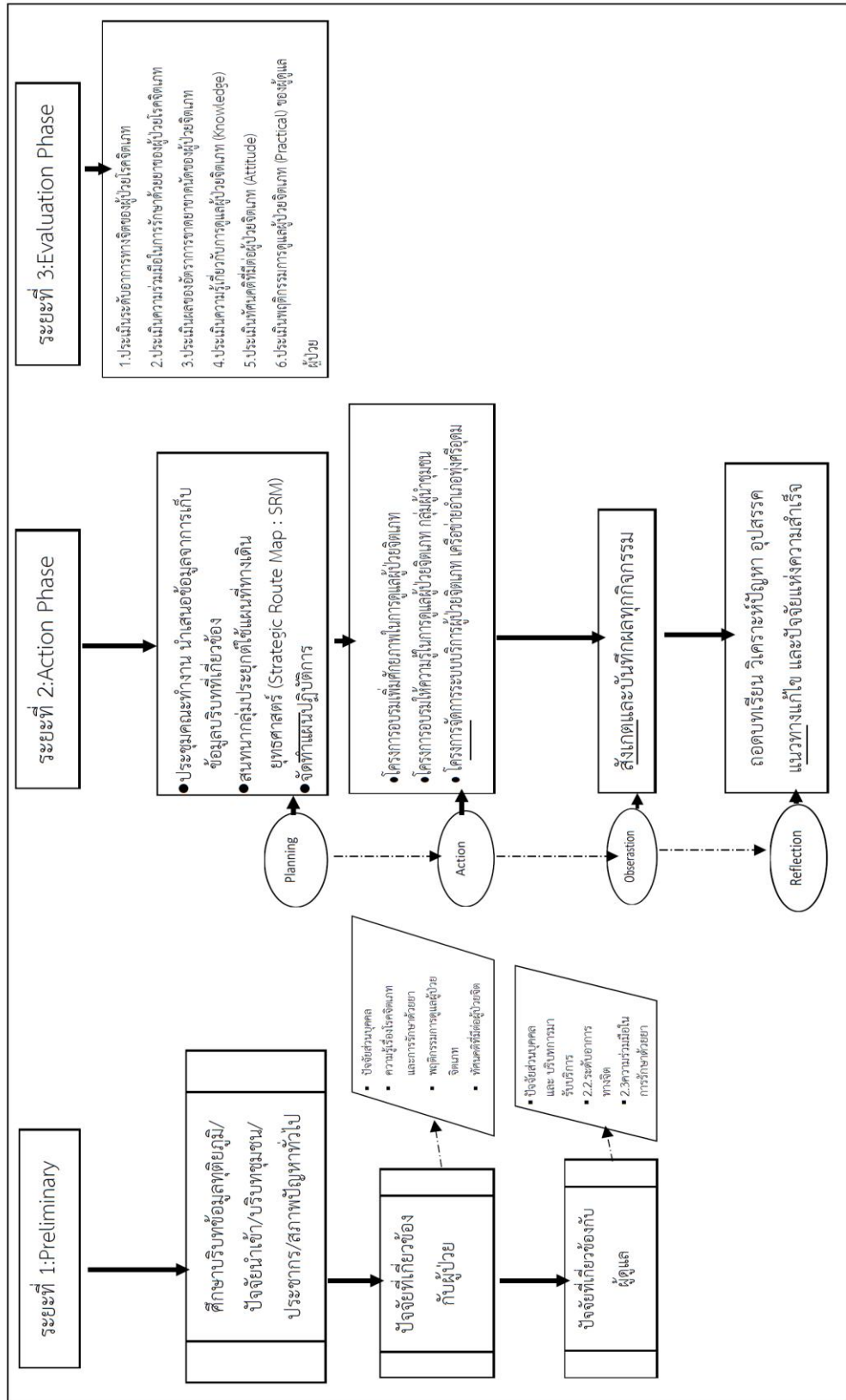
จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียน โดยผู้วิจัยจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยจัดประชุมกลุ่มในลักษณะของการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เพื่อประเมินผลระดับอาการทางจิตและความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จากนั้นถอดบทเรียน โดยประเมินผลการดำเนินงานและร่วมกันกำหนด วางแผนการดำเนินงานตามปัญหาและอุปสรรคที่พบ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

ระยะที่ 3 ระยะการรวบรวมข้อมูลและประเมินผล (Phase 3 : Evaluation)

หลังจากการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ รวมทั้งการติดตามสังเกตผลและสะท้อนกลับของข้อมูลแต่ละกิจกรรม หรือแผนปฏิบัติการ นั้น จะได้นำข้อมูลทั้งหมดมาสรุปผลการดำเนินการในภาพรวมดังนี้

1. ผลการประเมินระดับอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท
2. ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท
3. ผลของอัตราการขาดยาขาดนัดของผู้ป่วยจิตเภท
4. ผลการประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Knowledge) ทักษะคติที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท (Attitude) การดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Practical) ของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
5. ผลการประเมินการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

ขั้นตอนของการประเมินการพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัด



ภาพประกอบที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินงานการวิจัย

3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสำรวจ การสัมภาษณ์ การสังเกต ซึ่งผ่านการตรวจสอบข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปและทำการวิเคราะห์โดยแยกเป็น 2 ส่วน คือ ข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ

3.6.1 ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้ข้อมูลดังนี้

3.6.1.1 สร้างคู่มือลงรหัส (Data Coding) และป้อนข้อมูลเชิงปริมาณ

3.6.1.2 ตรวจสอบความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นได้

3.6.1.3 วิเคราะห์ข้อมูลทางคุณลักษณะของประชากร และเปรียบเทียบความแตกต่าง ก่อนและหลังการดำเนินงาน กล่าวคือ ในส่วนของระดับอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทและความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ผลด้วยการแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยจิตเภทตามระดับคะแนนและระดับความรู้ ตามลำดับ ส่วนทัศนคติที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยใช้สถิติเชิงพรรณนาเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.6.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยนำผลของ รายงานบันทึกการประชุม ผลการสนทนากลุ่มและการสังเกตแบบมีส่วนร่วม มาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน แยกเป็น หมวดหมู่ตามประเด็นปัญหา พิจารณาจัดกลุ่มข้อมูลที่เป็นคำพูดของผู้ให้ข้อมูล แล้วทำการวิเคราะห์ ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

3.7 จริยธรรมในการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะอนุกรรมการ

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่การรับรอง 035/2563 วันที่รับรอง 19 กุมภาพันธ์ 2563 และหมดอายุวันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2564 และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้บนพื้นฐานของโครงร่างงานวิจัยที่คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ได้รับและพิจารณาผู้วิจัยได้ตระหนักถึงสิทธิประโยชน์ในการให้ข้อมูลโดยผู้ให้ข้อมูลจะเป็นผู้ตัดสินใจในการเข้าร่วมการศึกษาโดยสมัครใจ ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย ขั้นตอน วิธีการ ระยะเวลาและประโยชน์ที่จะได้รับการศึกษาวิจัยครั้งนี้แก่กลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน และกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในการยินยอมให้ข้อมูล โดยไม่มีข้อบังคับใดๆ สามารถยุติการเข้าร่วมเมื่อไรก็ได้ โดยไม่ต้องบอกเหตุผลและเน้นย้ำให้กลุ่มประชากรได้ทราบว่าข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นความลับ และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมซึ่งจะเป็นประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น และในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ไม่มีประชากรที่ศึกษาขอถอนตัวในการเข้าร่วมกิจกรรมแต่อย่างใด

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปราย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมปฏิบัติ (Practical Action Research) วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภทของเครือข่ายโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานีตามกระบวนการวางแผน (Plan) การลงมือปฏิบัติ (Action) การสังเกตการณ์และประเมินกิจกรรม (Observation) และการนำข้อมูลสะท้อนกลับ (Reflection) ดำเนินงานการพัฒนาใน 1 วนรอบ กลุ่มตัวอย่างเดียวกันในการเก็บข้อมูล ในระยะก่อนการดำเนินงานและระยะการรวบรวมข้อมูลและประเมินผล โดยใช้แบบสัมภาษณ์ กลุ่มผู้ป่วย 52 คน กลุ่มผู้ดูแล 86 คน ส่วนกลุ่มตัวอย่างในระยะการดำเนินงานใช้โดยใช้การสนทนากลุ่มซึ่งกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วย กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน และกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุข จำนวนทั้งสิ้น 25 คน ซึ่งได้นำเอาแนวคิดการวิจัยปฏิบัติการมาใช้ในการดำเนินการผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

- 4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล
- 4.2 ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล
- 4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันในการแปลความหมายและการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้กำหนดความหมายของสัญลักษณ์ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ดังต่อไปนี้

n	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
Mean	แทน	ค่าเฉลี่ย
S.D.	แทน	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
Min	แทน	จำนวนที่น้อยที่สุด
Max	แทน	จำนวนที่มากที่สุด
t	แทน	สถิติทดสอบ (Paired t- test)
ρ	แทน	ค่านัยสำคัญทางสถิติ

4.2 ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้รายงานผลตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา โดยแบ่งการขั้นตอนการวิจัยแบ่งระยะการทำงานเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะก่อนการดำเนินการ (Phase1:Preliminary)

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ (Phase 2: Action)

1. ขั้นวางแผน (Planning)
2. ขั้นปฏิบัติ (Action)
3. ขั้นร่วมสังเกตผล (Observation)
4. ขั้นสะท้อนกลับ (Reflection)

ระยะที่ 3 ระยะการรวบรวมข้อมูลและประเมินผล (Phase 3 : Evaluation)

4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ระยะที่ 1 ระยะก่อนการดำเนินการ (Phase1:Preliminary)

1. **ศึกษาบริบทพื้นที่** วิเคราะห์สาเหตุของปัญหาโดยการเก็บรวบรวมบริบทข้อมูลทุติยภูมิ/ปัจจัยนำเข้า/บริบทชุมชน/ประชากร/สภาพปัญหาทั่วไป

ที่ตั้งอำเภอทุ่งศรีอุดม ตั้งอยู่ทางด้านทิศใต้ของจังหวัดอุบลราชธานี อยู่ห่างจากจังหวัดอุบลราชธานี ประมาณ 75 กิโลเมตร มีเนื้อที่ประมาณ 307 ตารางกิโลเมตร หรือ 152,500 ไร่ แบ่งพื้นที่ปกครองออกเป็น 5 ตำบล ประกอบด้วย ตำบลหนองอัม ตำบลนาเกษม ตำบลลูกเรือ ตำบลโคกขำแระ และตำบลนาหอม



ภาพประกอบที่ 3 แผนที่อำเภอทุ่งศรีอุดม

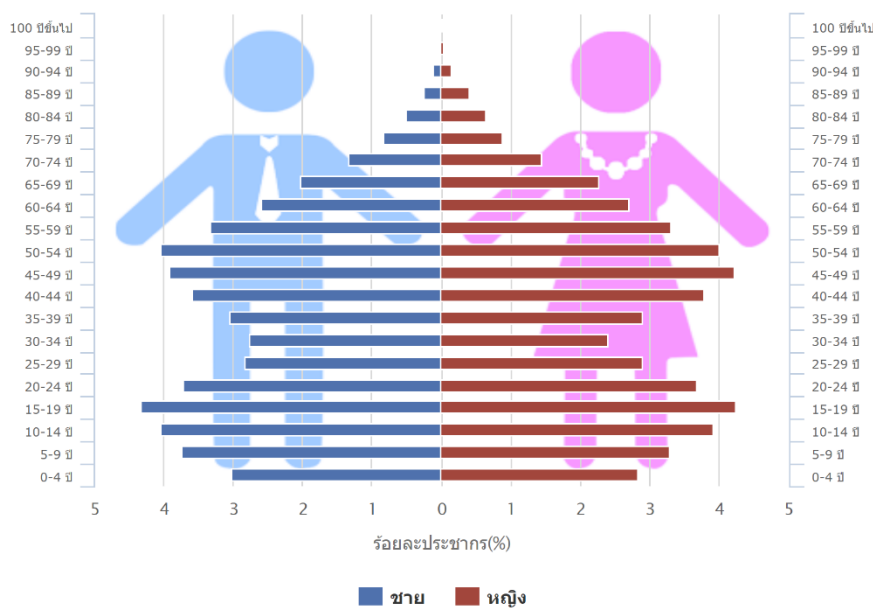
การคมนาคม

มีรถโดยสารประจำหมู่บ้านซึ่งใช้โดยสารเข้าตัวอำเภอทุ่งศรีอุดมหรืออำเภอเดชอุดม ยังมีรถโดยสารระหว่างตัวอำเภอน้ำยืน น้ำขุ่นและอำเภอกันทรลักษณ์ ซึ่งเป็นอำเภอใกล้เคียงอีกด้วย และเมื่อมีความเจริญเข้ามาทำให้ประชากรส่วนมากมีรถยนต์และรถจักรยานยนต์เป็นของตนเองใช้ในการติดต่อสื่อสารกับภายนอก หลังจากการคมนาคมขนส่งสะดวกมากขึ้น ทำให้การเดินทางมาติดต่อราชการกับตัวอำเภอใช้เวลาประมาณ ไม่เกิน 30 นาที ส่วนที่ไม่ได้ใช้บริการรถโดยสารก็ใช้บริการรถเหมาเดินทาง ซึ่งเป็นวิธีที่นิยมใช้เพื่อจะทำให้ได้รับความสะดวกสบายเนื่องจากรถเหมาจะไปรับผู้โดยสารถึงบ้านไม่ต้องออกมารอรถเหมือนรถโดยสารและสามารถขนส่งสัมภาระติดต่ไปได้ที่ละหลายๆ

ประชากร

อำเภอทุ่งศรีอุดม มีประชากรที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่จำนวน 20,780 คน แยกเป็นเพศชาย จำนวน 10,400 คน เพศหญิง จำนวน 10,380 คน ดังตารางแสดงจำนวนประชากรแยกตามกลุ่ม

ปิรามิดประชากร ปี 2563



ภาพประกอบที่ 4 แสดงปิรามิดประชากรอำเภอทุ่งศรีอุดม

จากแผนภูมิแสดงให้เห็นว่ากลุ่มประชากรที่มีมากที่สุดคือ ช่วงอายุ 15- 19 ปี รองลงมา คือ ช่วงอายุ 45 - 49 ปี และพบว่าประชากรส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วงของวัยทำงาน นอกจากนี้ยังพบว่าประชากรกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนที่สูง คิดเป็นร้อยละ 15.68 ของประชากรทั้งหมด อยู่ในระดับการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society)

เศรษฐกิจและสังคม

ประชากรในเขตอำเภอทุ่งศรีอุดม ประกอบอาชีพด้านเกษตรกรรม ผลผลิต ที่สำคัญ ได้แก่ ข้าว มันสำปะหลัง ปอ พืชสวน ซึ่งสามารถส่งออกเป็นรายได้หลักของอำเภอ โดยมีพ่อค้าคนกลางรับซื้อในหมู่บ้านและบางส่วนนำไปขายยังตลาดในอำเภอทุ่งศรีอุดม นอกจากนี้ยังมีประชากรที่ประกอบอาชีพนอกภาคเกษตรกรรม ได้แก่ รับจ้าง ค้าขาย และบริการ แรงงานรับจ้างส่วนใหญ่เป็นการรับจ้างแรงงานในกรุงเทพฯ เขตปริมณฑล และจังหวัดที่มีโรงงานอุตสาหกรรม อาทิเช่น ชลบุรี ระยอง จะทำงานด้านการก่อสร้าง/ลูกจ้าง ฯลฯ เป็นส่วนใหญ่ลักษณะครอบครัว จะมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว บิดามีอำนาจสูงสุดในครัวเรือน มีอำนาจในการตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ ทั้งการดูแลและหาทำงานเลี้ยงครอบครัว ส่วนมารดาจะเป็นผู้ทำงานบ้านและทำหน้าที่ดูแลลูก ๆ ในด้านการรักษา ทรัพย์สินที่หามาได้มารดาจะเป็นคนทำหน้าที่ดูแล และเลี้ยงลูกในครัวเรือน ไม่ค่อยได้ออกไปประกอบอาชีพนอกบ้านมากเท่าไร ความสัมพันธ์ของลูกๆกับพ่อแม่ค่อนข้างแน่นแฟ้น บางครอบครัวนิยมส่งเสริมให้ลูกได้เรียนหนังสือถึงระดับสูงโดยมีพ่อแม่ทำหน้าที่หารายได้เพื่อส่งเสียลูก หากครอบครัวไหนลูกไม่ได้เรียน เมื่อโตขึ้นจะแต่งงานเกิดเป็นครอบครัวขยาย ที่มีแบบแผนขึ้นมาใหม่แต่ก็มีจำนวนไม่มาก สมาชิกครอบครัวในครัวเรือนที่เป็นลูกชายหญิงแยกครอบครัวออกไปอยู่นอกหมู่บ้าน หรือออกไปทำงานในตัวเมืองใหญ่หรือไปเรียนหนังสือ ครอบครัวจึงเหลือเพียงพ่อแม่ และคนเฒ่าคนแก่ เมื่อมีงานเทศกาลต่าง ๆ ลูกที่ออกจากบ้านจะกลับมาเยี่ยมเยือน ระบบเครือญาติในอำเภอทุ่งศรีอุดม มักจะเกิดจากความสัมพันธ์ทางสายเลือด และมักแสดงออกให้เห็นถึงการพึ่งพาอาศัยกันในกิจกรรมทางการเกษตร การไปมาหาสู่ระหว่างกัน

ลักษณะชีวิตความเป็นอยู่และการดำเนินชีวิต

กิจกรรมทางการเกษตร โดยช่วงฤดูการทำนาชาวบ้านจะเตรียมตัวออกจากบ้านไปทำนาตั้งแต่เช้า ในช่วงเวลาฤดูการทำนา ชุมชนจะเงียบเพราะมีเพียงเด็กเล็กและคนแก่เท่านั้นที่อยู่ในชุมชน ซึ่งคนแก่จะทำหน้าที่ดูแลแทนพ่อแม่ในช่วงฤดูทำนา บางช่วงเวลาบางส่วนจะประกอบอาชีพทำไร่มันสำปะหลังไปด้วย ชาวบ้านที่ไม่มีไร่มันสำปะหลังจะผันตัวเองไปเป็นแรงงานรับจ้างชาวนาที่มีไร่มันสำปะหลัง ในช่วงที่ไม่ใช่ฤดูการผลิต ชาวนาที่มีไร่มันสำปะหลังก็จะเริ่มเก็บเกี่ยวผลผลิตและทำสวนผักไปพร้อม ๆ กัน ชาวบ้านส่วนใหญ่ที่ไม่มีไร่มันนอกจากจะผันตัวเองไปรับจ้าง บางส่วนยังอพยพเพื่อไปทำงานในตัวเมืองใหญ่ จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ได้ส่งผล

ต่อวิถีการดำเนินชีวิตของชาวบ้านทั้งในระดับการผลิตและการบริโภค ทำให้ชาวบ้านบางส่วนผันตัวเองออกไปทำงานหารายได้จากภายนอกท้องถิ่นเพิ่มมากขึ้น

สถานพยาบาลส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในตัวอำเภอในส่วนของตำบลโคกชำแระ ประชาชนเข้ามารับบริการได้สะดวกมากขึ้นกว่าเดิมและหากมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยจะเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นหลัก นอกจากนี้ภายในชุมชนยังมีความเชื่อในพิธีกรรมดั้งเดิมคือเมื่อมีอาการเจ็บป่วยบางอย่าง เช่น การถูกแมลงกัดต่อย หรือการถูกไฟไหม้ การตกต้นไม้ ก็จะมีการทำการรักษาโดยใช้วิธีการดั้งเดิมคือ พิธีการท่องคาถาสวดมนต์เพื่อปัดรังควาญ ลดความเจ็บปวดโดยผู้เฒ่าในหมู่บ้าน หรือหมอพื้นบ้าน ที่เรียนวิชาอาคมมาแต่สมัยโบราณทำหน้าที่รักษาให้ การรักษาแบบชาวบ้านยังมีอีกวิธีหนึ่งคือการใช้ยาสมุนไพรร่วมรักษามีทั้งแบบรับที่สถานพยาบาลหรือตามรถเร่เพาะปลูกได้เอง

ระบบวัฒนธรรมและความเชื่อ

มีความเป็นอยู่ที่เรียบง่าย ยามเจ็บป่วยการรักษาไม่ต้องเดินทางเข้าตัวอำเภอ เนื่องจากเชื่อว่าสิ่งที่อยู่นอกเหนือธรรมชาติจะช่วยปกป้องรักษายามเจ็บป่วย หรือแม้แต่การเดินทางไปมาจะต้องมีการบนบานบอกกล่าวเจ้าที่เจ้าทาง ภูตผี เจ้าปู่ตา

ผู้นำชุมชนจะมีเป็นบุคคลที่ทำหน้าที่คอยดูแลและปกป้องลูกหลานชาวบ้าน ซึ่งในชุมชนจะนับถือผู้เฒ่าผู้แก่ที่อยู่ในชุมชน การเลือกผู้นำสมัยก่อนจึงเลือกจากผู้ที่ชุมชนให้ความเคารพนับถือ ปัจจุบันใช้การเลือกตั้ง และมีตำแหน่งเพิ่มมา เช่น ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน และโครงสร้างของสังคมและองค์กรชุมชน อื่น ๆ คณะกรรมการหมู่บ้าน จะมีหน้าที่หลายด้าน เช่น ฝ่ายการรักษาความสงบภายในชุมชน และป้องกันภัยด้านต่าง ๆ ฝ่ายวัฒนธรรมจะดูแลเรื่องงานบุญกุศล ดูแลเกี่ยวกับวัด ศาสนสถาน ตลอดจนการรับใช้พระสงฆ์ยามมีกิจธุระ ฝ่ายการคลังจะจัดเก็บรายได้อันเกิดจากผลประโยชน์ร่วมกัน ฝ่ายผู้นำเยาวชนต่าง ๆ ไม่ว่าจะ เป็นกิจกรรมช่วยเหลือชุมชน และดูแลเยาวชนภายในชุมชน ฝ่ายการสาธารณสุขจะคอยอำนวยความสะดวกด้านการรักษาเบื้องต้น ฝ่ายสตรีและพัฒนาเด็กจะคอยส่งเสริมและให้ความร่วมมือกับชุมชน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ทำหน้าที่จัดสรรดูแลงบประมาณท้องถิ่น ตลอดจนการควบคุมงบประมาณที่กระจายสู่ท้องถิ่น อสม. จะทำหน้าที่ในการประสานงานและช่วยเหลือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการป้องกันโรคต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น หรือการรักษาพยาบาลเบื้องต้น

ทรัพยากรด้านสาธารณสุข

มีโรงพยาบาล F2 ขนาด 30 เตียง สังกัดกระทรวงสาธารณสุขห่างจากถนนเดชน้ำเย็น 500 เมตร ซึ่งเป็นถนนสายหลักที่ใช้ในการเดินทางเข้าสู่ตัวเมือง ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากรถทางถนน เพราะถนนมีขนาดเล็ก ไม่มีไหล่ทาง ไม่มีไฟทาง ทางโค้งคดเคี้ยว ไปตาม

ลักษณะการตั้งหมู่บ้าน ระยะทางการเดินทางถึงโรงพยาบาลแม่ข่าย รพท.เดชอุดม 30 กิโลเมตร รพศ.สรรพสิทธิประสงค์ 80 กิโลเมตร ให้บริการการรักษา ส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟู ระดับทุติยภูมิ

จากการทบทวนข้อมูลทางเวชระเบียน ในการเข้ารับการรักษา เครือข่ายโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม ปีงบประมาณ 62 (จาก 1 ตุลาคม 2561-30 กันยายน 2562) พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ICD-10 (F20)จำนวน 184 คน ซึ่งในจำนวนนี้ มีจำนวนเพศชาย มากกว่าหญิง (ชาย 110 คน หญิง 74 คน) มีอายุในช่วง 40-50 ปี มากที่สุด รองลงมา 39-40 ปีและ 51-60 ปี คือ 56 ,36,35 คน ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นคนในพื้นที่ อยู่พื้นที่(ต่างจังหวัด) 6 คนโรคประจำตัว เป็นจิตเภทอย่างเดียว 112 คน มีโรคเรื้อรังร่วมด้วย 18 คน(เช่นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไช้มันในเลือดสูง โรคระบบทางเดินกระเพาะปัสสาวะ)ผู้ป่วยส่วนใหญ่มารับยาด้วยตนเอง (111 คน) นอกนั้น มีญาติมารับให้ (18 คน) ส่วนน้อยมีเจ้าหน้าที่มารับให้ รายการยาส่วนใหญ่ผู้ป่วยรับโดยเฉลี่ย 3-5 รายการ และโดยครึ่งหนึ่งมียาเกินอย่างเดียวนอกนั้นใช้ยาเกินร่วมกับยาผิด และประมาณ 2% มีอาการข้างเคียงจากยา ในการมารับยา พบว่า 50% มารับยาตามนัด ขาดนัดประมาณ 21% ส่วนมากขาดยา 7-21 วัน และเกิดอาการกำเริบ เช่น หูแว่ว พูดคนเดียว ทำลายข้าวของ ประมาณ 12% ในจำนวนผู้ป่วยที่มาเข้ารับการรักษาต่อเนื่อง 129 คน พบว่ามีผู้ป่วยที่มีข้อมูลไม่เข้าเกณฑ์ 55 คน ได้แก่ วินิจฉัยคลาดเคลื่อน13 คน ส่งต่อไปรักษาที่ รพ.สรรพสิทธิประสงค์ 6 คน ส่งตัวไปรักษาที่ รพ.พระศรีมหาโพธิ์ 19 คนเสียชีวิต 4 คนขาดนัดมากกว่า 1 ปีและไม่ได้อยู่ในพื้นที่ 13 คน

ปัญหาการดำเนินงานคลินิกสุขภาพจิต

การดำเนินงานพบปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภทรับประทานยาไม่ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ไม่อยากรับประทานยาเนื่องจากมีประสบการณ์ที่ไม่ดีเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยา และเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ในการรักษา ในด้านผู้ดูแล พบผู้ป่วยจิตเภทบางรายอาศัยอยู่กับผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลที่ไม่ได้อยู่ดูแลเป็นประจำทุกวันจึงเป็นปัญหาในการกำกับการรับประทานยาในแต่ละวันและเป็นข้อจำกัดในการเดินทางไปรับยาที่โรงพยาบาล ในด้านระบบการดำเนินการบริหารจัดการในคลินิกจิตเวช พบระบบการส่งจ่ายยาที่คลาดเคลื่อน การจ่ายยาที่ยังขาดการทวนสอบความรู้ความเข้าใจ ความร่วมมือในการใช้ยาที่ครอบคลุม ระบบการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทขาดการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

2. บริบทปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 บริบทปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย

ดำเนินการในสถานที่ปิด มีเพียงทีมผู้วิจัย กับผู้ป่วยและผู้ดูแลเท่านั้น การบันทึกการสนทนากลุ่มต้องได้รับการอนุญาต จากผู้ร่วมสนทนา การบันทึกภาพจะบันทึกในแบบที่ไม่สามารถระบุตัวบุคคลได้ใช้เวลาประมาณ 10 นาที โดยจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา

2019 (COVID-19) จึงมีการปรับการเก็บข้อมูลโดยผู้ป่วยเก็บข้อมูลผู้ที่เข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาล ตามวันที่ให้บริการคลินิกสุขภาพจิต จากจำนวนประชากรทั้งหมด 154 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ 111 คน เก็บข้อมูลจริงได้ 52 คน พบว่า ผู้ป่วยมีญาติมารับแทนเนื่องจากทำงานที่ต่างจังหวัด เจ้าหน้าที่นำยาไปให้ที่บ้าน ผู้ป่วยไม่ประสงค์เปิดเผย อาการทางจิตสูงไม่สามารถตอบคำถามได้ ทำงานไม่เป็นหลักแหล่งเคลื่อนย้ายไปเรื่อย ๆ และขาดนัดไม่มารับการรักษามากกว่า 3 เดือน

2.1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

ผลการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล สรุปได้ดังนี้

เพศ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 53.8 อายุ มีอายุ 41-50 ปี และมีอายุเฉลี่ย 44.92 ปี อายุต่ำสุด 21 ปี อายุสูงสุด 69 ปี สถานภาพ มีสถานภาพโสด ร้อยละ 53.8 มีระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 71.2 ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 57.7 โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 1,000 บาท ร้อยละ 80.8 และฐานะทางการเงิน มีพอกินพอใช้ ร้อยละ 73.1 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบิดา มารดา ร้อยละ 40.4 ระยะเวลาที่ป่วย ส่วนใหญ่ 6-10 ปี ร้อยละ 26.9 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการป่วยมากที่สุดคือความเครียดในการดำเนินชีวิต ร้อยละ 53.8 ลักษณะอาการ โดยรวมส่วนใหญ่ใช้ชีวิตตามปกติ ร้อยละ 71.2

สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา คือรพ.ทุ่งศรีอุดม ร้อยละ 94.2 มาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง ร้อยละ 94.2 โดยการเดินทางมารักษาส่วนใหญ่เดินทางมารักษาโดยรถส่วนตัว จำนวน 39 คน ร้อยละ 75.0 ซึ่งส่วนใหญ่ระยะทางมาน้อยกว่า 5 กิโลเมตร และระยะเวลาที่ใช้ น้อยกว่า 10 นาที มีค่าใช้จ่าย 31-50 บาท ร้อยละ 48.1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประวัติสูบบุหรี่ ร้อยละ 69.2 และไม่มีประวัติดื่มสุรา ร้อยละ 86.5 ดังแสดงในตารางที่ 10

พญ. ปณ. ทิ. โต ชี. เว

ตารางที่ 10 ปัจจัยส่วนบุคคลผู้ป่วยจิตเภท

ลักษณะประชากร ผู้ป่วยจิตเภท	จำนวน (n=52)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	28	53.8
หญิง	24	46.2
อายุ		
21-30 ปี	9	17.3
31-40 ปี	8	15.4
41-50 ปี	17	32.7
51-60 ปี	14	26.9
61 ปีขึ้นไป	4	7.7
\bar{x} = 44.92 ปี, S.D. = 11.77ปี, Min = 21 ปี, Max = 69 ปี		
สถานภาพ		
โสด	28	53.8
สมรส	20	38.5
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	4	7.7
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	3	5.8
ประถมศึกษา	37	71.2
มัธยมศึกษาตอนต้น	3	5.8
มัธยมศึกษาตอนปลาย	9	17.3
อาชีพ		
เกษตรกรรวม	30	57.7
รับจ้างทั่วไป	4	7.7
ค้าขาย	1	1.9
อื่น	17	32.7

ตารางที่ 10 (ต่อ)

ลักษณะประชากร ผู้ป่วยจิตเภท	จำนวน (n=52)	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
น้อยกว่า 1,000 บาท	42	80.8
1,000-3,000 บาท	7	13.5
มากกว่า 3,000 บาท	3	5.8
ฐานะทางการเงิน		
เหลือเก็บ	2	3.8
มีพอกินพอใช้	38	73.1
ไม่พอใช้	7	13.5
มีหนี้สิน	5	9.6
อาศัยอยู่กับ		
บิดา มารดา	21	40.4
บุตร	2	3.8
คู่สมรส	13	25.0
พี่น้อง	8	15.4
อื่นๆ ระบุเช่น อยู่คนเดียว	8	15.4
ระยะเวลาที่ป่วย		
น้อยกว่า 5 ปี	13	25.0
5-10 ปี	14	26.9
11-15 ปี	6	11.5
16-20 ปี	6	11.5
มากกว่า 20 ปี	13	25.0

ตารางที่ 10 (ต่อ)

ลักษณะประชากร ผู้ป่วยจิตเภท	จำนวน (n=52)	ร้อยละ
ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง		
พันธุกรรม	1	1.9
ความผิดปกติของสมองตั้งแต่กำเนิด	1	1.9
ประสบอุบัติเหตุ สมองได้รับการกระทบกระเทือน	9	17.3
ความเครียดในการดำเนินชีวิต	28	53.8
สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก	2	3.8
อื่น	11	21.2
ลักษณะอาการโดยรวม		
ใช้ชีวิตตามปกติโดยไม่มีความผิดปกติ	37	71.2
มีอาการผิดปกติ บางครั้ง	14	26.9
มีอาการผิดปกติบ่อยครั้ง	1	1.9
สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา		
รพ.พระศรีมหาโพธิ์	3	5.8
รพ.ทุ่งศรีอุดม	49	94.2
ความต่อเนื่องในการรักษา		
พบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง	49	94.2
ไม่ไปตามนัดพบแพทย์ ตามนัด 1-3 ครั้งต่อปี	2	3.8
ขาดการรักษามากกว่า 1 ปี	1	1.9
การเดินทางมารักษา		
รถส่วนตัว	39	75.0
รถรับจ้าง	6	11.5
รถประจำทาง	1	1.9
อื่นๆ (เดินเท้า)	6	11.5
ระยะทางมา		
น้อยกว่า 5 กิโลเมตร	27	51.9
5-10 กิโลเมตร	17	32.7
มากกว่า 10 กิโลเมตร	8	15.4

ตารางที่ 10 (ต่อ)

ลักษณะประชากร ผู้ป่วยจิตเภท	จำนวน (n=52)	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ใช้		
น้อยกว่า 10 นาที	20	38.5
10-20 นาที	16	30.8
21-30 นาที	14	26.9
มากกว่า 30 นาที	2	3.8
ค่าใช้จ่าย		
น้อยกว่า 30 บาท	16	30.8
30-50 บาท	25	48.1
71-90 บาท	1	1.9
มากกว่า 90 บาท	10	19.2
ประวัติสูบบุหรี่		
ไม่มี	36	69.2
มี (ปัจจุบันเลิกแล้ว)	5	9.6
มี	11	21.2
ประวัติดื่มสุรา		
ไม่มี	45	86.5
มี (ปัจจุบันเลิกแล้ว)	4	7.7
มี	3	5.8

2.1.2 ระดับอาการทางจิต ระยะก่อนการดำเนินการ

ผลการศึกษากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการทางจิตอยู่ในระดับน้อย จำนวน 48 คน ร้อยละ 92.3 รองลงมาคือ อาการทางจิตอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 4 คนร้อยละ 7.7 ดังตารางที่

ตารางที่ 11 ผลการประเมินอาการทางจิต

ระดับอาการ	จำนวน(n=52)	ร้อยละ
น้อย (คะแนนรวม 8-16 คะแนน)	48	92.3
ปานกลาง (คะแนนรวม 17-30 คะแนน)	4	7.7
รุนแรง (คะแนนรวม 31 คะแนนขึ้นไป)	0	0
รวม	52	100

2.1.3 ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วย ระยะก่อนดำเนินการ

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความร่วมมือในการรับประทานยาและพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 33 คน ร้อยละ 63.5 รองลงมาคือ ระดับสูง จำนวน 11 คน ร้อยละ 21.2 และระดับต่ำ จำนวน 8 คน ร้อยละ 15.4 ดังตารางที่ 12

ตารางที่ 12 ระดับความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

ระดับความร่วมมือในการรับประทานยา	จำนวน(n=52)	ร้อยละ
ระดับต่ำ (น้อยกว่า 6 คะแนน)	8	15.4
ระดับปานกลาง (คะแนนรวม 6-7.8 คะแนน)	33	63.5
ระดับสูง (คะแนนรวม 8 คะแนนขึ้นไป)	11	21.2
รวม	52	100

2.2 บริบทปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแล

ดำเนินการในสถานที่ปิด มีเพียงทีมผู้วิจัย กับผู้ป่วยและผู้ดูแลเท่านั้น การบันทึกการสนทนากลุ่มต้องได้รับการอนุญาตจากผู้ร่วมสนทนาการบันทึกภาพจะบันทึกในแบบที่ไม่สามารถระบุตัวบุคคลได้ใช้เวลาประมาณ 10 นาที โดยจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จึงมีการปรับการเก็บข้อมูลโดยผู้ป่วยเก็บข้อมูลผู้ดูแลจาก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้เคียงบ้าน จากจำนวนประชากรทั้งหมด 154 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ 111 คนเก็บข้อมูลจริงได้ 86 คน พบว่ามีผู้ป่วยที่อาศัยอยู่คนเดียวไม่มีผู้ดูแล และญาติไม่สะดวกมาให้ข้อมูล

2.2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

กลุ่มผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.7 มีอายุ 51-60 ปี และอายุ 61-70 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.4 เท่ากัน โดยมีอายุเฉลี่ย 57.24 ปี อายุต่ำสุด 22 ปี และอายุสูงสุด 84 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพ สมรส ร้อยละ 75.6 และมีระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 74.4 ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 79.1 โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่า 1,000 บาท ร้อยละ 45.3 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีฐานะทางการเงินมีพอกินพอใช้ ร้อยละ 60.5 กลุ่มผู้ดูแลส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับ บิดามารดา ร้อยละ 50.0 ระยะเวลาดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ 6-10 ปี ร้อยละ 38.4 ดังแสดงในตารางที่ 13

ตารางที่ 13 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ลักษณะประชากร ผู้ป่วยจิตเภท	จำนวน(n=86)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	20	23.3
หญิง	66	76.7
อายุ		
ต่ำกว่า 30 ปี	2	2.3
30-40 ปี	7	8.1
41-50 ปี	14	16.3
51-60 ปี	27	31.4
61-70 ปี	27	31.4
70 ปีขึ้นไป	9	10.5
\bar{x} = 57.24 ปี, S.D. = 12.60 ปี, Min = 22 ปี, Max = 84 ปี,		
สถานภาพ		
โสด	7	8.1
สมรส	65	75.6
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	14	16.3
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	4	4.7
ประถมศึกษา	64	74.4
มัธยมศึกษาตอนต้น	13	15.1
มัธยมศึกษาตอนปลาย	3	3.5

ตารางที่ 13 (ต่อ)

ลักษณะประชากร ผู้ป่วยจิตเภท	จำนวน(n=86)	ร้อยละ
ปริญญาตรี	2	2.30
อาชีพ		
เกษตรกรกรรม	68	79.1
รับจ้างทั่วไป	8	9.3
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2	2.3
อื่น (ไม่ได้ทำงาน)	8	9.3
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
น้อยกว่า 1,000 บาท	39	45.3
1,000-3,000 บาท	28	32.6
3,001-5,000 บาท	6	7.0
5,001-7,000 บาท	3	3.5
มากกว่า 7,000 บาท	10	11.7
ฐานะทางการเงิน		
เหลือเก็บ	2	2.3
มีพอกินพอใช้	52	60.5
ไม่พอใช้	4	4.7
มีหนี้สิน	28	32.6
อาศัยอยู่กับ		
บิดา มารดา	43	50.0
บุตร	7	8.1
ญาติสนิท	5	5.8
คู่สมรส	14	16.3
พี่น้อง	14	16.3
เขย สะใภ้	3	3.5

ตารางที่ 13 (ต่อ)

ลักษณะประชากร ผู้ป่วยจิตเภท	จำนวน(n=86)	ร้อยละ
ระยะเวลาดูแลผู้ป่วย		
น้อยกว่า 5 ปี	23	26.7
5-10 ปี	33	38.4
11-15 ปี	4	4.7
16-20 ปี	17	19.8
มากกว่า 20 ปี	9	10.4

2.2.2 ประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Knowledge) ทศนคติที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท (Attitude) การดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Practical)

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับปานกลาง ร้อยละ 67.4 รองลงมาคือ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับน้อย ร้อยละ 17.4 และความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับดี ร้อยละ 15.1 ดังแสดงในตารางที่ 14

ตารางที่ 14 ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มผู้ดูแล ก่อนการพัฒนา

ระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	จำนวน (n=86)	ร้อยละ
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับดี (มากกว่าหรือเท่ากับ 16 คะแนน)	13	15.1
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับปานกลาง (12 - 15 คะแนน)	58	67.4
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับน้อย (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน)	15	17.4
รวม	86	100

ผลการศึกษาที่ศนคติต่อตัวผู้ป่วย อยู่ในระดับมากที่สุด 1 ข้อ และอยู่ในระดับปานกลาง 3 ข้อ โดยเรียงลำดับค่าเฉลี่ยมากที่สุดไปหาน้อยที่สุด ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภทเป็นกลุ่มคนที่น่าสงสาร ควรที่จะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดเท่ากับ 3.59 รองลงมาคือ ผู้ป่วยจิตเภท

มีแต่จะสร้างความเดือดร้อนให้กับผู้อื่น มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.43 ทักษะคิดต่อการรักษา อยู่ในระดับมากที่สุด 3 ข้อ และอยู่ในระดับค่อนข้างมาก 3 ข้อ โดยเรียงลำดับค่าเฉลี่ยมากที่สุดไปหาน้อยที่สุด ได้แก่ การรักษาโรคจิตเภท จะต้องปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์ และพยาบาลอย่างเคร่งครัด มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดเท่ากับ 3.78 รองลงมาคือ ผู้ดูแลมีส่วนสำคัญในการรักษาอาการของผู้ป่วยจิตเภท มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.64 ดังแสดงในตารางที่ 15

ตารางที่ 15 ระดับทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วย ก่อนการพัฒนา

ระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	จำนวน (n=86)		
	\bar{x}	S.D.	ระดับ
ทัศนคติต่อตัวผู้ป่วย			
1. ผู้ป่วยจิตเภทมีแต่จะสร้างความเดือดร้อนให้กับผู้อื่น	2.43	0.68	ปานกลาง
2. แม้ว่าผู้ป่วยไม่แสดงอาการ แต่ท่านก็ยังมีรู้สึกหวาดระแวงที่จะโดนทำร้าย	2.34	0.71	ปานกลาง
3. ผู้ป่วยจิตเภทเป็นกลุ่มคนที่น่าสงสาร ควรที่จะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง	3.59	0.62	มากที่สุด
4. ควรให้ผู้ป่วยจิตเภทอยู่เฉยๆ ไม่ควรให้ทำงานหรือประกอบอาชีพ	2.37	0.91	ปานกลาง
ทัศนคติต่อการรักษา			
5. ผู้ดูแลไม่เคยรู้สึกท้อแท้ ที่จะพาผู้ป่วยไปรับการรักษา	2.64	0.87	ค่อนข้างมาก
6. คนในชุมชนควรมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	3.12	0.96	ค่อนข้างมาก
7. ผู้ป่วยจิตเภทสามารถร่วมทำกิจกรรมในชุมชน เช่น งานบุญ งานพัฒนาในชุมชนได้	2.93	0.89	ค่อนข้างมาก
8. ผู้ดูแลมีส่วนสำคัญในการรักษาอาการของผู้ป่วยจิตเภท	3.64	0.61	มากที่สุด
9. การรักษาโรคจิตเภท จะต้องปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์ และพยาบาลอย่างเคร่งครัด	3.78	0.42	มากที่สุด
10. การดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน เป็นวิธีการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่ดีที่สุด	3.52	0.70	มากที่สุด

ผลการศึกษา พบว่า ทักษะคิดต่อผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อยู่ในระดับค่อนข้างมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.04 โดยเรียงลำดับค่าเฉลี่ยมากที่สุดไปหาน้อยที่สุด ได้แก่ ทักษะคิดต่อการรักษา รองลงมาคือ ทักษะคิดต่อตัวผู้ป่วย ดังแสดงในตารางที่ 16

ตารางที่ 16 ระดับทักษะคิดในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยรายด้าน ก่อนการพัฒนา

ระดับทักษะคิดต่อผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	จำนวน (n=86)		
	\bar{x}	S.D.	ระดับ
ทักษะคิดต่อตัวผู้ป่วย	2.68	0.36	ค่อนข้างมาก
ทักษะคิดต่อการรักษา	3.27	0.34	มากที่สุด
ภาพรวม	3.04	0.27	ค่อนข้างมาก

ผลการศึกษา ระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วย ก่อนการพัฒนา พบว่า

ด้านความเป็นอยู่ อยู่ในระดับน้อย 4 ข้อ อยู่ในระดับปานกลาง 1 ข้อ และอยู่ในระดับน้อย 2 ข้อ ผู้ดูแลได้มอบเงินให้ผู้ป่วยไว้ใช้จ่ายส่วนตัว มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 1.83 รองลงมาคือ ผู้ดูแลต้องทำงานเพิ่มเพื่อให้มีเงินเพียงพอสำหรับการดูแลผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.63

ด้านสังคม อยู่ในระดับปานกลาง 3 ข้อ การไปวัดทำบุญไปร่วมงานในหมู่บ้าน ไปจับจ่ายซื้อของในตัวเมือง มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 2.30 รองลงมาคือ ผู้ดูแลสนับสนุนและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พบปะพูดคุยและมีเพื่อน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.19

ด้านอารมณ์และจิตใจ อยู่ในระดับปานกลาง 3 ข้อ ผู้ดูแลชมเชยหรือให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยทำดีหรือทำถูกต้อง มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 2.29 รองลงมาคือผู้ดูแลจะช่วยเหลือให้คำปรึกษาและให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาหรือไม่สบายใจ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.26

ด้านการรักษา อยู่ในระดับมาก 4 ข้อ ผู้ดูแลกระตุ้นสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้กระทำกิจกรรมที่เคยทำเมื่อก่อนป่วย มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 2.74 รองลงมาคือ ผู้ดูแลปรึกษานุสลากรทางการแพทย์ทันที เมื่อเกิดปัญหาในการดูแลผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.52

ด้านการปรับตัวและช่วยเหลือตนเอง อยู่ในระดับมาก 4 ข้อ เมื่อผู้ป่วยมีอาการซึมพุดน้อย แยกตัวผู้ดูแลจะเข้าไปพูดคุยเพื่อประเมินอาการทางจิตและให้การช่วยเหลือในเบื้องต้น มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 2.63 รองลงมาคือผู้ดูแลจัดหางานที่เหมาะสมในบ้านให้ผู้ป่วยทำ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.52 ดังแสดงในตารางที่ 17

ตารางที่ 17 ระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วย ก่อนการพัฒนา

ระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	จำนวน (N=86)		
	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ด้านความเป็นอยู่			
1. ผู้ดูแลคอยดูแลให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันอย่างสม่ำเสมอ เช่น อาบน้ำ สระผม เปลี่ยนเสื้อผ้า ฯลฯ	1.38	0.58	น้อย
2. ผู้ดูแลจัดหาของใช้ที่จำเป็นให้แก่ผู้ป่วย เช่น เสื้อผ้า อาหาร พร้อมทั้งสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ	1.48	0.68	น้อย
3. ผู้ดูแลดูแลสุขภาพความสะดวกของใช้ส่วนตัวของผู้ป่วยจิตเภท ให้เป็นระเบียบเรียบร้อย เช่น เสื้อผ้า ที่นอน	1.47	0.65	น้อย
4. ผู้ดูแลรับผิดชอบในการจัดหาสถานที่ ที่พัก ที่เหมาะสม เมื่อผู้ป่วยเมื่อกลับมาอยู่บ้าน	1.52	0.65	น้อย
ด้านเศรษฐกิจ			
5. ผู้ดูแลมอบเงินให้ผู้ป่วยไว้ใช้จ่ายส่วนตัว	1.83	0.69	ปานกลาง
6. ผู้ดูแลต้องทำงานเพิ่มเพื่อให้มีเงินเพียงพอสำหรับการดูแลผู้ป่วย	1.63	0.60	น้อย
7. ผู้ดูแลต้องกู้ยืมเงินเพื่อมาใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย	1.37	0.57	น้อย
ด้านสังคม			
8. ผู้ดูแลพาผู้ป่วยไปร่วมทำกิจกรรมในสังคม เช่น ไปวัดทำบุญ ไปร่วมงานในหมู่บ้าน ไปจับจ่ายซื้อของในตัวเมือง	2.30	0.72	ปานกลาง
9. ผู้ดูแลสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมในสังคม เช่น การเป็นอาสาสมัคร หรือร่วมพัฒนาหมู่บ้าน	2.16	0.63	ปานกลาง
10. ผู้ดูแลสนับสนุนและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พบปะพูดคุย และมีเพื่อน	2.19	0.64	ปานกลาง
ด้านอารมณ์และจิตใจ			
11. ผู้ดูแลชมเชยหรือให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยทำดีหรือทำถูกต้อง	2.29	0.61	ปานกลาง
12. ผู้ดูแลจะช่วยเหลือให้คำปรึกษาและให้กำลังใจ เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาหรือไม่สบายใจ	2.26	0.58	ปานกลาง
13. ผู้ดูแลจะไม่ดูต่ำหรือแสดงความไม่พอใจเมื่อผู้ป่วยทำผิด	2.09	0.59	ปานกลาง

ตารางที่ 17 (ต่อ)

ระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	จำนวน (N=86)		
	\bar{x}	S.D.	ระดับ
ด้านการรักษา			
14. ผู้ดูแลพาผู้ป่วยไปรับการรักษาหรือรับบริการด้านสุขภาพที่โรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้านเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาด้านสุขภาพ	2.49	0.66	มาก
15. ผู้ดูแลดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาและพบแพทย์ตามนัด	2.43	0.71	มาก
16. ผู้ดูแลปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์ทันที เมื่อเกิดปัญหาในการดูแลผู้ป่วย	2.52	0.65	มาก
17. ผู้ดูแลกระตุ้นสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้กระทำกิจกรรมที่เคยทำเมื่อก่อนป่วย	2.74	0.60	มาก
ด้านการปรับตัวและช่วยเหลือตนเอง			
18. เมื่อผู้ป่วยมีอาการซึม พุดน้อย แยกตัว ผู้ดูแลจะเข้าไปพูดคุยเพื่อประเมินอาการทางจิตและให้การช่วยเหลือในเบื้องต้น	2.63	0.51	มาก
19. ผู้ดูแลจัดหางานที่เหมาะสมในบ้านให้ผู้ป่วยทำ เช่น ปลูกต้นไม้ เลี้ยงสัตว์ ทำอาหาร ซักเสื้อผ้า เป็นต้น	2.52	0.59	มาก
20. ผู้ดูแลมีส่วนในการจัดหาและกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีงานที่เหมาะสมเป็นรายได้ของตนเอง	2.47	0.57	มาก
21. ผู้ดูแลกระตุ้นสนับสนุนให้ผู้ป่วยช่วยเหลือผู้อื่นเท่าที่ผู้ป่วยจะทำได้	2.50	0.57	มาก

ผลการศึกษา พบว่าระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับปานกลาง พบว่า มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.11 โดยเรียงลำดับค่าเฉลี่ยมากที่สุดไปหาน้อยที่สุด ได้แก่ ด้านการรักษา มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดเท่ากับ 2.55 รองลงมาคือ ด้านการปรับตัวและช่วยเหลือตัวเอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.53 ดังแสดงในตารางที่ 18

ตารางที่ 18 ระดับดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยรายดำน ก่อนการพัฒนา

ระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	จำนวน (N=86)		
	\bar{x}	S.D.	ระดับ
ด้านความเป็นอยู่	1.46	0.44	น้อย
ด้านเศรษฐกิจ	1.61	0.44	น้อย
ด้านสังคม	2.22	0.52	ปานกลาง
ด้านอารมณ์และจิตใจ	2.21	0.42	ปานกลาง
ด้านการรักษา	2.55	0.55	มาก
ด้านการปรับตัวและช่วยเหลือตัวเอง	2.53	0.34	มาก
ภาพรวม	2.11	0.22	ปานกลาง

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ (Phase 2: Action)

1. ขั้นวางแผน (Planning)

1.1 กลุ่มคณะทำงาน ได้แก่

กลุ่มที่ 1 คือ กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทและกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

กลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน ได้แก่ ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และตัวแทนผู้นำชุมชน ตัวแทนองค์การบริหารส่วนตำบล

กลุ่มที่ 3 กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล เภสัชกร พยาบาลจัดการดูแลผู้ป่วยด้านจิตเวช พยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

1.2 การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)

ขั้นประชุมวางแผนและจัดทำแผนปฏิบัติการ ผู้วิจัยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับประชากรผู้เข้าร่วมวิจัยทั้ง 3 กลุ่ม เพื่อร่วมกันวางแผนในการจัดทำแผนปฏิบัติการ โดยผู้วิจัยนำเสนอการใช้แนวทางการแก้ไขปัญหามาโดยการประยุกต์ใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (Strategic Route Map : SRM) ให้ที่ประชุมทราบ ซึ่งแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์เป็นเครื่องมือที่ใช้บริหารจัดการยุทธศาสตร์ให้เกิดความสำเร็จ เป็นกรอบสำหรับการวางแผนและวัดความคืบหน้าของยุทธศาสตร์(กระบวนการทำงาน) โดยใช้เครื่องชี้วัด ทำการวัดปฏิบัติการของท้องถิ่น ชุมชน หรือองค์กรในแง่มุมต่างๆ มีลักษณะเป็น ภาพของทิศทาง จุดหมายปลายทางและวิธีการปฏิบัติการให้ไปถึงจุดหมายปลายทางที่ตั้งไว้สามารถช่วยในการสื่อสารให้ผู้ที่มีส่วนได้เสียและบุคลากรได้ทราบ ตลอดจนช่วยปรับการทำงานประจำวันของฝ่ายต่างๆ ให้เข้าหาและไปในทิศทางเดียวกันโดยเปิดโอกาสให้ที่ประชุมแสดงความคิดเห็นในแต่ละประเด็นของการประยุกต์ใช้ตามขั้นตอน และนำไปสู่การจัดทำแผนปฏิบัติการ

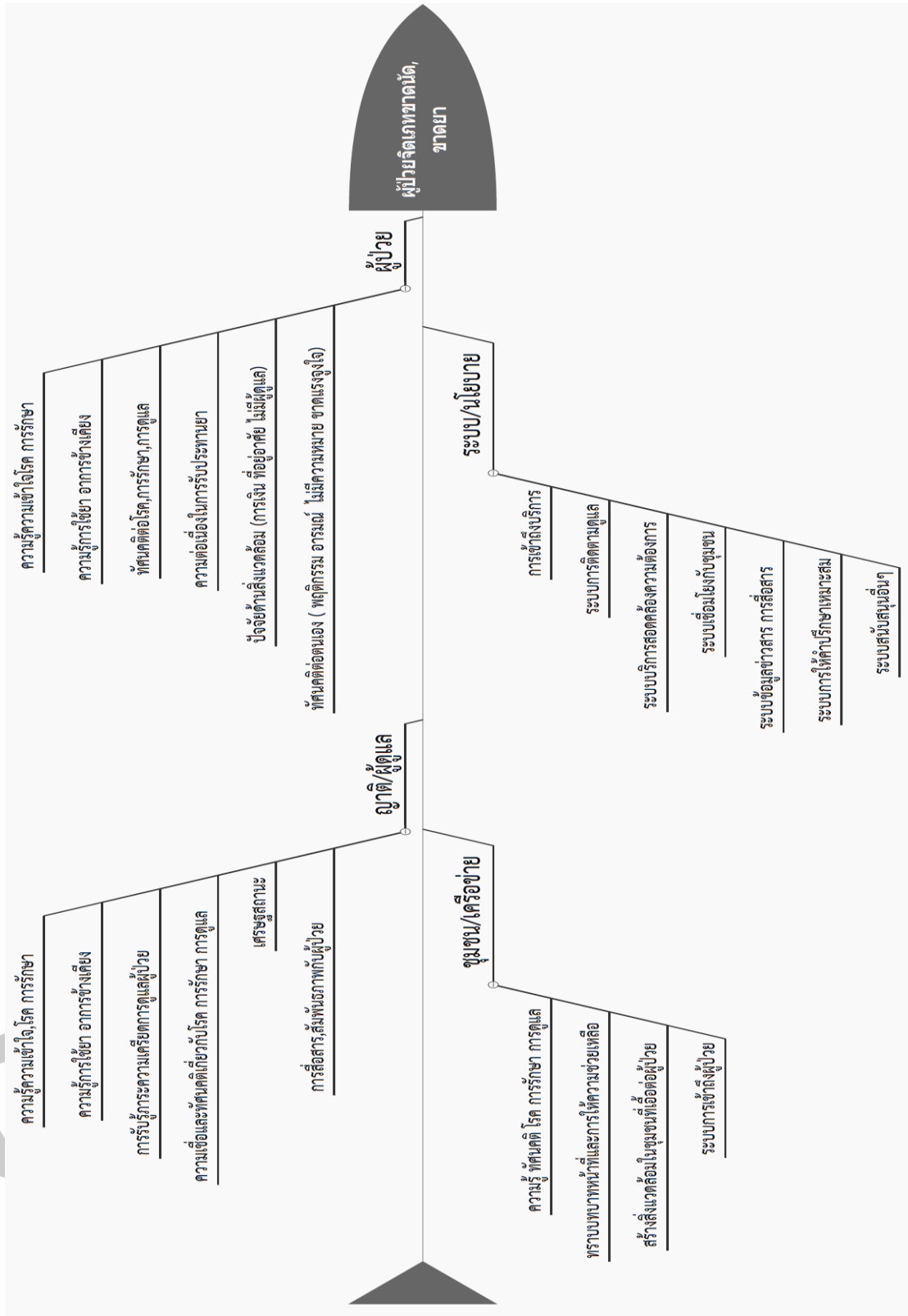
(Action Plan) ที่จะเป็นแนวทางการพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภทให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ

จากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จึงจัดให้มีการประชุมเชิงปฏิบัติการในวันที่ 20 มีนาคม 2563 โดยใช้หลักการ Social Distancing โดยกาหนดดำเนินการจัดการสนทนาใช้เวลาประมาณ 90 นาทีกลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแล รวม 10 คน ประกอบด้วยผู้ดูแล 5 คน ผู้ป่วย 5 คน ดำเนินการในสถานที่ปิดกั้นที่กั้นการสนทนากลุ่มต้องได้รับการอนุญาตจากผู้ร่วมสนทนา การบันทึกภาพจะบันทึกในแบบที่ไม่สามารถระบุตัวบุคคลได้ ให้แสดงความคิดเห็นในบัตรคำ กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และภาคีเครือข่าย รวม 15 คน การสนทนากลุ่มนี้จะมีการรับข้อตกลงร่วมกันในการปกปิดการกล่าวถึงผู้ป่วย/ญาติผู้ป่วย/ผู้ดูแลผู้ป่วยแบบระบุตัวตนแต่จะกล่าวถึงในภาพรวมและกรณีศึกษาที่ไม่ระบุบุคคล

กระบวนการและขั้นตอนการสร้างและใช้แผนที่ยุทธศาสตร์

การวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระดมความคิดเห็นร่วมกันถึงสถานการณ์และบริบทการพัฒนาของพื้นที่ ซึ่งจะนำไปสู่การกำหนดเป้าประสงค์ แนวทางการพัฒนางานในพื้นที่รับผิดชอบ หรือองค์กรร่วมกัน โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การดำเนินการ เพื่อพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภท และนำเสนอข้อมูลในขั้นเตรียมการแก่กลุ่มผู้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัย เพื่อเป็นข้อมูลประกอบในการพิจารณาและร่วมกำหนดกิจกรรมในการพัฒนางาน ทำการวิเคราะห์บริบทพื้นที่ ปัญหา อุปสรรคและแผนในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภท โดยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนแสดงความคิดเห็น รับฟังและหาข้อสรุปร่วมกัน โดยใช้การแจกกระดาษให้ทุกคนได้เขียนแสดงความคิดเห็น

โดยสรุปสาเหตุและผลของระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มเครือข่ายโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม พบว่า 1.ระดับระบบ/นโยบาย พบว่า การเข้าถึงบริการยังไม่ครอบคลุม โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแล การจัดระบบบริการที่ไม่สอดคล้องกับความต้องการ ตลอดจนการติดตามเชื่อมโยงไปสู่ชุมชน 2.ระดับชุมชนและเครือข่าย พบว่า ยังขาดความรู้ทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยบทบาทหน้าที่ในการแก้ไขปัญหาหรือการมีส่วนร่วมในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่แก้ไขปัญหาอย่างไม่ชัดเจน 3.ญาติ/ผู้ดูแล พบว่ายังมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไม่ชัดเจน ไม่สามารถแยกอาการทางลบทางบวกได้แน่ชัด การรับรู้ภาวะและความเครียดที่ยังมี รวมไปถึงเศรษฐกิจและความสัมพันธ์ต่อผู้ป่วย 4.ผู้ป่วย พบว่ายังมีความรู้ความเข้าใจและยังมีปัญหาการยอมรับตนเอง ปัญหาการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง รวมไปถึงปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ดังแสดงในแผนที่ความคิดตามภาพประกอบที่ 4



ภาพประกอบที่ 5 แผนที่ความคิดแสดงสาเหตุและผล

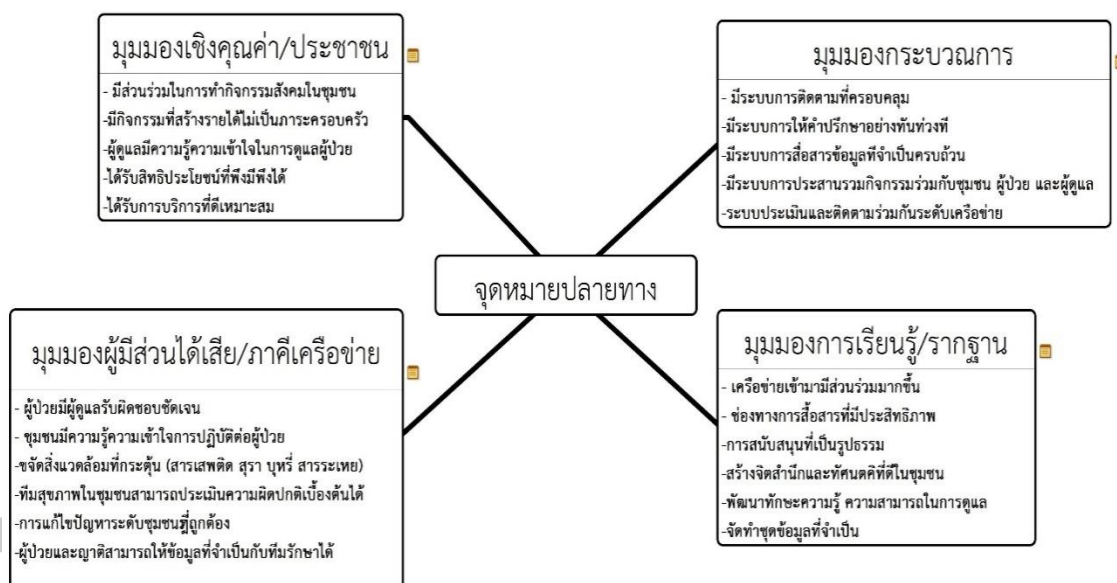
วิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ชุมชน/องค์กร ตามแนวทางประยุกต์ใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (Strategic Route Map : SRM) ในมุมมองหรือระดับต่างๆ ต้องครอบคลุมทั้ง 4 มุมมองหรือ 4 ระดับ (มุมมองเชิงคุณค่าหรือระดับประชาชน มุมมองเชิงคุณค่าหรือระดับภาคี มุมมองเชิงคุณค่าหรือระดับกระบวนการ และมุมมองเชิงคุณค่าหรือระดับรากฐาน) พร้อมทั้งระบุสิ่งที่เป็นทุกข์ (ไม่ดี) และสิ่งที่เป็นสุข (ดี) ของชุมชน ท้องถิ่น หรือองค์กร รวมถึงสิ่งที่ต้องการให้เกิดขึ้นในเวลาที่กำหนด ภายใต้ความสามารถในการจัดการของชุมชน ท้องถิ่นหรือองค์กร โดยยึดตามการมองแบบแผนที่ยุทธศาสตร์ 4 ด้าน โดยให้ผู้ร่วมวิจัยเขียนในบัตรคำและนำเสนอตามความเหมาะสม

โดยการประเมินสถานการณ์ตามมุมมองทั้ง 4 ด้าน พบว่า มุมมองระดับประชาชน ข้อดีคือผู้ป่วยยังมีอาการระดับปานกลางถึงดีเป็นส่วนมาก ไม่ค่อยมีการทำร้ายผู้อื่น มีการรักษาต่อเนื่อง ข้อด้อยคือผู้ป่วยได้รับสิทธิประโยชน์อันพึงมีพึงได้ไม่ครอบคลุม มีปัญหาในการเดินทาง และมีจำนวนหนึ่งที่ยังไม่ยอมรับตัวเองและเข้ารับการรักษา ควรปรับปรุง ความรู้ความเข้าใจ การมีส่วนร่วมในชุมชนและอยากให้ติดตามเพิ่มขึ้น มุมมองต่อมาคือมุมมองระดับภาคีเครือข่าย/ผู้มีส่วนได้เสีย พบว่า ข้อดีคือ อสม และผู้นำมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภท ข้อด้อยคือ อสม และผู้ดูแล ผู้นำ ขาดความรู้ ชุมชนไม่ได้มีส่วนร่วมในการดูแลรวมไปถึงสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นการกำเริบยังมีอยู่ อยากให้ปรับปรุงการใช้ความรุนแรงแก้ไขปัญหา การขจัดสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อผู้ป่วยจิตเภท ส่วนมุมมองการระดับกระบวนการ พบข้อเด่น บางแห่งมีการสื่อสารเข้าถึงทุกครอบครัวและมีการประสานงานกันระหว่างเครือข่ายที่ดี แต่ยังพบการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นและการติดตามช่วยเหลือยังไม่ทันท่วงที ให้ปรับโดยมีระบบการติดตาม สนับสนุนที่มีประสิทธิภาพ และระบบสื่อสารที่เหมาะสม และมุมมองระดับรากฐาน/การเรียนรู้และพัฒนา พบข้อเด่น เจ้าหน้าที่เข้าใจชุมชน อสม ทำงานตามที่ได้รับมอบหมาย ข้อมูลจำเป็นมีเพียงพอสำหรับประเมินได้บางส่วน และองค์กรมองเห็นข้อขัดข้องที่เกิดขึ้น และข้อด้อย พบทักษะการแก้ไขปัญหาเบื้องต้นของบุคลากรยังไม่เหมาะสมและไม่ครอบคลุม ข้อมูลที่จำเป็นบางอย่างผู้ป่วยเข้าไม่ถึง และองค์กรยังไม่มีแนวทางการแก้ไขปัญหาอย่างชัดเจน โดยควรปรับปรุง การให้ความรู้เบื้องต้นแก่ผู้เกี่ยวข้อง การมีข้อมูลที่จำเป็นไว้สื่อสารได้ครอบคลุมครบถ้วนทันเวลา และจัดระบบองค์กรให้เอื้อต่อการดำเนินงานดังแสดงแผนที่ความคิด ตามภาพประกอบที่ 6

พูน ปรณ ทัต ชีเว



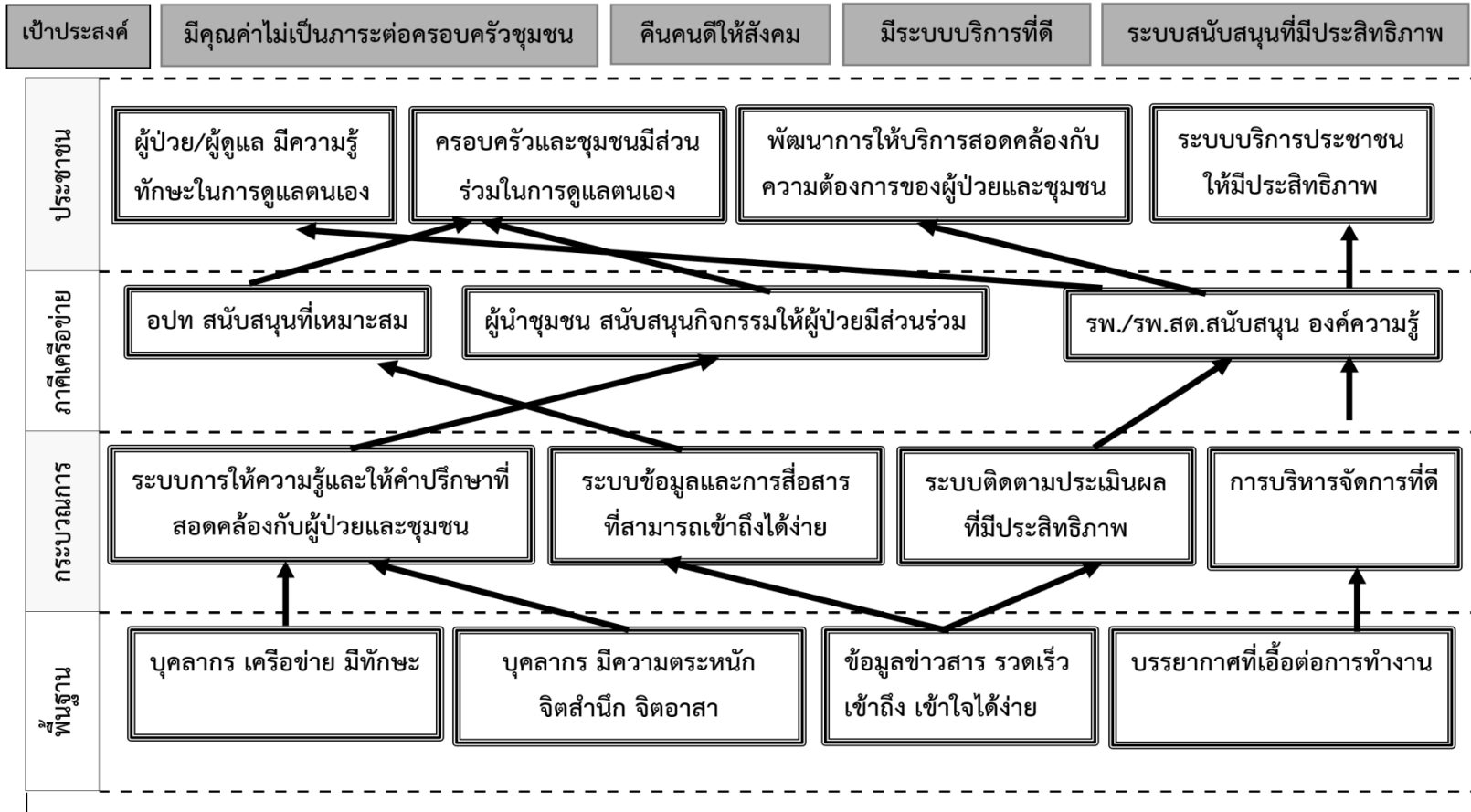
การกำหนดจุดหมายปลายทาง ดำเนินการทำโดยพิจารณาจุดหมายปลายทางได้โดยตรงจากกิ่งต่างๆของแผนที่ความคิด ที่แสดงปัญหาและความคาดหวัง โดยสร้างเป็นผังจุดหมายปลายทางที่ประกอบด้วย 4 ระดับ หรือ 4 มุมมอง คือ ระดับประชาชน (มุมมองเชิงคุณค่า) ระดับภาคี (มุมมองเชิงผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย) ระดับกระบวนการ (มุมมองเชิงการบริหารจัดการ) และระดับรากฐาน (มุมมองเชิงการเรียนรู้และพัฒนา) ในระดับหรือมุมมองทั้งสี่ แสดงความคาดหวังที่ต้องการเห็นความเปลี่ยนแปลงที่คาดว่าจะเป็นไปได้ในระยะเวลาที่กำหนดจากการแสดงความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมวิจัยพบว่า จุดหมายปลายทางจะพบ มุมมองด้านประชาชนได้รับความรู้ที่เพียงพอได้รับสิทธิประโยชน์ที่พึงมีและได้รับการบริการที่ดี มุมมองด้านภาคีเครือข่าย ต้องการให้ชุมชนมีความรู้ความเข้าใจเพียงพอ และสามารถแก้ไขปัญหาเบื้องต้นรวมถึงการประสานงาน จัดตั้งแวดล้อมที่ไม่เอื้อตลอดจนสร้างกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย มุมมองด้านกระบวนการ อยากให้เกิดระบบที่ดี กล่าวคือมีการติดตามที่ครอบคลุม การสื่อสารข้อมูลให้คำปรึกษาอย่างทันทั่วทั้งรวมถึงการประสานงานร่วมกันระดับเครือข่าย ส่วนมุมมองด้านรากฐาน/การเรียนรู้ อยากให้มีช่องทางการสื่อสารที่ดี การสนับสนุนที่เป็นรูปธรรมดังแสดงในภาพประกอบที่ 7



ภาพประกอบที่ 7 แผนที่ความคิดแสดงจุดหมายปลายทางทั้ง 4 ด้าน

จากการประเมินสถานการณ์ การกำหนดจุดหมายปลายทาง จะทำให้สามารถนำข้อมูลไปสร้างแผนที่ยุทธศาสตร์และการเชื่อมโยงแผนที่ยุทธศาสตร์เข้ากับการจัดทำแผนปฏิบัติการดังภาพประกอบที่ 8

แผนที่ยุทธศาสตร์ ระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภท เครือข่ายโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม



ภาพประกอบที่ 8 แผนที่ยุทธศาสตร์ระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภท

ตารางที่ 19 การเชื่อมโยงแผนที่ยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการ

ระดับ	มุมมอง	จุดหมายปลายทาง	เป้าประสงค์	กลยุทธ์	เป้าหมาย
ประชาชน	คุณค่า	<ul style="list-style-type: none"> - มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมสังคมในชุมชน - มีกิจกรรมที่สร้างรายได้ไม่เป็นภาระครอบครัว - ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย - ได้รับสิทธิประโยชน์ที่พึงมีพึงได้ - ได้รับการบริการที่ดีเหมาะสม 	<p>ได้รับบริการที่ดี</p> <p>มีกิจกรรมที่เหมาะสม</p> <p>ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจ</p>	<p>จัดบริการให้เหมาะสม</p> <p>ส่งเสริมความรู้ทัศนคติเกี่ยวกับกิจกรรมที่ไม่เป็นภาระต่อครอบครัว</p> <p>ร่วมกับทีมสุขภาพในชุมชนให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเฉพาะราย</p>	<p>ผู้ป่วยได้รับบริการที่เหมาะสมสอดคล้องกับภาวะ/ความจำเป็นของผู้ป่วย</p> <p>ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาต่อเนื่อง</p>
ภาคี	ผู้มีส่วนได้เสีย	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยมีผู้ดูแลรับผิดชอบชัดเจน - ชุมชนมีความรู้ความเข้าใจการปฏิบัติต่อผู้ป่วย - จัดสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้น(สารเสพติด สุรา บุหรี่) - ทีมสุขภาพในชุมชนสามารถประเมินความผิดปกติเบื้องต้นและการแก้ไขปัญหาในระดับชุมชนที่ถูกต้อง - ผู้ป่วยและญาติสามารถให้ข้อมูลที่เป็นกับทีมรักษาได้ 	<p>ทีมสุขภาพชุมชน</p> <p>ประสานงานต่อเนื่อง</p> <p>ชุมชนมีความรู้เข้าใจที่เหมาะสม</p> <p>ชุมชนมีทัศนคติที่ดี</p>	<p>ประสานงานกับทีมเครือข่ายในการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมกระตุ้นให้เกิดโรค</p> <p>ให้ความรู้การประเมินผู้ป่วยอย่างถูกต้อง</p> <p>ส่งเสริมให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อโรคและผู้ป่วย</p>	<p>สิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นได้รับการแก้ไข</p> <p>ทีมสุขภาพในชุมชนมีการประเมินผู้ป่วยถูกต้อง</p> <p>ชุมชนปฏิบัติต่อผู้ป่วยเหมาะสม</p>

ตารางที่ 19 (ต่อ)

ระดับ	มุมมอง	จุดหมายปลายทาง	เป้าประสงค์	กลยุทธ์	เป้าหมาย
กระบวนการ	บริหาร จัดการ สำคัญ	<ul style="list-style-type: none"> - มีระบบการติดตามที่ครอบคลุม - มีระบบการให้คำปรึกษาอย่างทันท่วงที - มีระบบการสื่อสารข้อมูลที่จำเป็นครบถ้วน - มีระบบการประสานรวมกิจกรรมร่วมกับชุมชน ผู้ป่วย และผู้ดูแล - ระบบประเมินและติดตามร่วมกันระดับเครือข่าย 	<ul style="list-style-type: none"> ระบบการให้ความรู้ครบถ้วน ระบบการสื่อสารที่ดี ระบบการประเมินติดตามที่ทันท่วงที 	<ul style="list-style-type: none"> จัดระบบติดตามที่มีประสิทธิภาพ จัดระบบการให้คำปรึกษาในแต่ละระยะที่เหมาะสม จัดช่องทางการสื่อสารประสานงานที่เหมาะสม 	<ul style="list-style-type: none"> ผู้ป่วยได้รับรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง มีระบบให้คำปรึกษาที่ดี มีแนวทางเข้าถึงการติดต่อประสานงาน
พื้นฐาน	เรียนรู้และ พัฒนา	<ul style="list-style-type: none"> - เครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น - ช่องทางการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ - การสนับสนุนที่เป็นรูปธรรม - สร้างจิตสำนึกและทัศนคติที่ดีในชุมชน - พัฒนทักษาะความรู้ ความสามารถในการดูแล - จัดทำชุดข้อมูลที่จำเป็น 	<ul style="list-style-type: none"> ชุมชนมีความรู้เข้าใจที่เหมาะสม การสนับสนุนอย่างเป็นรูปธรรม กิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วย 	<ul style="list-style-type: none"> จัดระบบทีมสุขภาพลงเยี่ยมทำความเข้าใจกับชุมชน ร่วมกับชุมชนจัดกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ดูแลสิทธิประโยชน์ที่ควรได้รับ 	<ul style="list-style-type: none"> ผู้ป่วยมีกิจกรรมที่เหมาะสม ผู้ป่วยได้รับสิทธิประโยชน์ที่พึงได้

1.3 ชั้นประชุมวางแผนและจัดทำแผนปฏิบัติการ

1.3.1 ผู้วิจัยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อวางแผนการจัดการผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้วิจัยได้นำประเด็นปัญหาและแนวทางการแก้ไขที่ได้จากการสัมภาษณ์ในกลุ่มประชากรผู้ร่วมวิจัยมานำเสนอในที่ประชุม เพื่อให้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผน ออกแบบแนวทางการพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภท

1.3.2 ผู้วิจัยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับประชากรผู้เข้าร่วมวิจัยทั้ง 3 กลุ่ม โดยผู้วิจัยนำเสนอแนวทางการแก้ไขปัญหา ให้ที่ประชุมรับทราบ โดยเปิดโอกาสให้ที่ประชุมแสดงความคิดเห็นในแต่ละประเด็นของการประยุกต์ใช้ตามองค์ประกอบ และนำไปสู่การจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ที่จะเป็นแนวทางการพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภทให้มีประสิทธิภาพ

จากนั้น ผู้วิจัยนำข้อสรุปจากที่ประชุมที่มีการแลกเปลี่ยน และแสดงความคิดเห็น ในแต่ละประเด็นของการเชื่อมโยงการประยุกต์ใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (Strategic Route Map : SRM) ในมุมมองหรือระดับต่างๆ นำมาซึ่งแผนปฏิบัติการ (Action Plan) การพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภทเครือข่ายของโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

ตัวอย่างการพูดคุยในการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ในการพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภท

ประเด็นความรู้และทัศนคติต่อผู้ป่วย

“อยากให้ในชุมชนคุยกับผู้ป่วยดี ๆ บางทีก็มาว่าลูกชายว่าเป็นผีบ้า” ผู้ดูแลคนที่ 1

“ผู้ป่วยบางคน ไม่อยากเปิดเผยตัวเพราะชุมชนไม่เข้าใจ” อสม.คนที่ 1

“จากการเก็บข้อมูลไม่ขอให้ไปทำงานเพราะกลัวไปทำความเดือดร้อนให้คนอื่น”
พยาบาลคนที่ 1

“บางคนมีอาการไม่กินยา ไม่ทำตามหมอสั่ง แต่คนในชุมชนก็คอยเตือนสติเขา เขาก็ฟังบ้าง ไม่ฟังบ้าง อยากให้คุณหมอคอยดู” อสม.คนที่ 2

“คนไข้ติดเหล้าติดยา เป็นระบบที่แก้ไขยาก สถานการณ์ยังเยอะ อยากให้มีการตี
เครื่องตีมน้อยลง” อสม.คนที่ 3

“ที่ผ่านมามีชุมชนไม่ยอมคบค้าสมาคมกับผู้ป่วย ชุมชนไม่ยอมให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกับชุมชน”
ผู้นำชุมชนคนที่ 1

“ห้ามใช้ความรุนแรง ในการแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวช ทำให้ผู้ป่วยจิตเวช เริ่มต้นจากความไม่เข้าใจ ไม่เห็นอกเห็นใจ ใช้ความรุนแรงกับผู้ป่วย” ผู้นำชุมชนคนที่ 1

“ยกตัวอย่าง ผู้ป่วยบางคนสืหาแต่ผู้สาว กะเป็นปัญหากับสังคมไปเฝ้าอยู่หน้าบ้าน จอบข้าง หน้าต่าง ไปส่องตามห้องน้ำ อยากให้ อพปรมาช่วยดู” อสม.คนที่ 2

ประเด็นการมีส่วนร่วมในชุมชน

“ผู้นำหรือ อสม ควรให้การช่วยเหลือและให้คำแนะนำดูแล และอยากให้การอบรมผู้มีความเสี่ยง” ผู้นำชุมชนคนที่ 2

“อยากให้ผู้ดูแลมาช่วยหมอบและอสม มาประสานงานเพราะหมอบก็อาจมีหน้าที่หลายอย่าง” พยาบาลคนที่ 2

“ชุมชนควรให้โอกาสผู้ป่วยในการมีส่วนร่วมในชุมชน ทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยไม่คิดว่าถูกทอดทิ้ง” ผู้นำชุมชนคนที่ 2

“ให้ดูแลผู้ป่วยในชุมชนให้ดีขึ้น เช่นผู้ป่วยบางคนไม่มีญาติดูแลก็มี ก็ทำให้ผู้ป่วยขาดยา อยากให้ อสม มาดูแลในหมู่บ้าน” ผู้ดูแลคนที่ 3

“อยากให้ อสม. ไปอบรมแต่ละคุ้มที่มีคนไข้ให้เขาเข้าใจโรคให้รู้ตัวว่าเป็นโรคจิต” ผู้นำชุมชนคนที่ 1

“อยากให้พาผู้ป่วยเข้ากับชุมชน ทำงานในชุมชน พัฒนาทุกวันสำคัญชุมชน” อสม.คนที่ 3

“ถ้าเป็นไปได้อยากให้ชุมชน จริงจังเรื่องภัยยาเสพติด สารกระตุ้นสมอง สุรา ยาเสพติด” อสม.คนที่ 1

“มีความคิดเห็นว่า ให้โอกาสทำงานบ้าง จะได้คิดว่าตัวเองปกติ จะได้ไม่เหงา ได้ช่วยแบ่งเบาภาระ” ผู้ป่วยคนที่ 1

“แนวทางแก้ไขจะต้องเริ่มต้นที่ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วย โดยการบูรณาการกับผู้นำชุมชน อสม และครอบครัว จะต้องเอาใจใส่ดูแลรักษา” ผู้นำชุมชนคนที่ 2

“อยากให้คุณหมอบให้คำแนะนำผู้ดูแลให้ความร่วมมือ เอาใจใส่ผู้ป่วย หาอาชีพให้เขา ตามใจเขาอาจจะให้ทำงานอยู่บ้าน” อสม.คนที่ 3

ประเด็นด้านระบบการให้บริการ

“การให้คำปรึกษาแรกรับจะมีประโยชน์มากจากการเก็บข้อมูลพบว่าหากผู้ป่วยได้รับการได้รับคำปรึกษาจาก รพ.พระศรีมหาโพธิ์” พยาบาลคนที่ 1

“ย้ายไปโรงพยาบาลพระศรี เขาสอนหมดทุกอย่าง ยายเข้าใจดี” ผู้ดูแลคนที่ 2

“อยากให้คุณหมอบไปแนะนำถึงบ้านผู้ป่วย” อสม.คนที่ 2

“ทาง รพ.ควรคัดกรองผู้ที่เสี่ยงจะเป็นโรค” ผู้นำชุมชนคนที่ 3

“เจ้าหน้าที่ควรให้ออกพบปะตรวจเยี่ยมเพื่อให้กำลังใจผู้ป่วย” ผู้นำชุมชนคนที่ 1

“อยากให้คุณหมอลงพื้นที่ให้มาก” ผู้ดูแลคนที่ 3

“อยากให้มึระบบติดตามคนไข้ ให้ความรู้ความเข้าใจในผู้ป่วยกับชุมชน” ผู้นำชุมชนคนที่ 1

“อยากให้คุณหมอช่วยคนที่กินยาจิตเวชได้รับเงินทุกคนเพราะว่าต้องเสียค่ารถไปหาหมอ ค่าใช้จ่ายเยอะมากคุณหมอ” ผู้ป่วยคนที่ 2

“ขอความร่วมมือคุณหมอในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ไม่ยอมรับตัวเองว่าป่วย ช่วยหาสาเหตุที่ทำให้ป่วย” ผู้นำชุมชนคนที่ 1

“การให้บริการยังล่าช้า ทำให้เคนไข้หงุดหงิด” ผู้ดูแลคนที่ 1

“สูบบุหรี่หนัก หากไม่สูบจะพูดจารู้เรื่อง อยากให้เข้ารับการเลิกบุหรี่” ผู้ดูแลคนที่ 4

“แนวทางที่จะเสริมคือนอกจากการให้ยามาทานที่บ้าน แล้วต้องเพิ่มในส่วนการให้ความรู้ การปฏิบัติตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยด้วย” ผู้นำชุมชนคนที่ 2



ตารางที่ 20 แผนปฏิบัติการพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภทของเครือข่ายโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม

วัตถุประสงค์/กลุ่มเป้าหมาย	วิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	วิธีการ
<p><u>ขั้นปฏิบัติการ(Action)</u> กิจกรรมที่ 1 ประชุมให้ความรู้ พัฒนาศักยภาพการจัดการผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุข เครือข่าย รพ.ทุ่งศรีอุดม วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาความรู้ความเข้าใจ โรค การรักษา การดูแล ผู้ป่วยจิตเภท</p> <p><u>เป้าหมาย</u> ตัวแทนอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท</p>	- ประสานงานกับตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำแต่ละหมู่บ้าน - เตรียมวัสดุอุปกรณ์ สถานที่ในการจัดประชุม	ระยะเวลา เมษายน 63 สถานที่ - ศาลาประชาคมหมู่บ้านแต่ละหมู่บ้าน	- ผู้ดูแล อสม มีความรู้ความตระหนักในการดำเนินการ	- แบบบันทึกการสังเกต - ภาพกิจกรรม - การซักถาม
<p>กิจกรรมที่ 2 ประชุมให้ความรู้ พัฒนาศักยภาพการจัดการผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มผู้นำชุมชน เครือข่าย อำเภอทุ่งศรีอุดม วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาความรู้ความเข้าใจ โรค การรักษา การดูแล ผู้ป่วยจิตเภท แสวงหาความร่วมมือในการจัดกิจกรรมที่เป็นประโยชน์กับผู้ป่วย</p> <p><u>เป้าหมาย</u> ตัวแทนผู้นำชุมชน เครือข่ายอำเภอทุ่งศรีอุดม</p>	- ประสานงานกับตัวแทนผู้นำชุมชนเครือข่าย อำเภอทุ่งศรีอุดม - เตรียมวัสดุอุปกรณ์ สถานที่ในการจัดประชุม	ระยะเวลา มีนาคม 63 สถานที่ - ที่ประชุมประจำเดือน ผู้นำชุมชนประจำเดือน มี.ค. 63	- ผู้นำชุมชน มีความรู้ความตระหนักในการดำเนินการ - ตัวอย่างกิจกรรม	- แบบบันทึกการสังเกต - ภาพกิจกรรม - การซักถาม
<p>กิจกรรมที่ 3 ประชุมแนวทางการดำเนินงาน ระบบการบริการผู้ป่วยจิตเภท เครือข่าย รพ.ทุ่งศรีอุดม วัตถุประสงค์หาแนวทางการดำเนินการที่เป็นแบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเครือข่ายอำเภอทุ่งศรีอุดม</p> <p><u>เป้าหมาย</u> ทีม สหสาขาวิชาชีพ เครือข่ายอำเภอทุ่งศรีอุดม</p>	- ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ - เตรียมวัสดุอุปกรณ์ สถานที่ในการจัดประชุม	ระยะเวลา เมษายน 63 สถานที่ - ศาลาประชาคมหมู่บ้านแต่ละหมู่บ้าน	- แนวทางการให้บริการ ที่ชัดเจน	- แบบบันทึกการสังเกต - ภาพกิจกรรม - การซักถาม

2. ชั้นปฏิบัติ (Action)

จากการประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกันของกลุ่มประชากรที่ศึกษาทั้ง 3 กลุ่ม ทำให้ได้มาซึ่งแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ซึ่งในแผนปฏิบัติการดังกล่าวได้จำแนกกิจกรรมออกเป็นโครงการจากแผนการดำเนินงานที่ได้มาสู่ขั้นตอนการดำเนินการ

1. โครงการอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

วัตถุประสงค์ เพื่อเพิ่มองค์ความรู้และเพิ่มทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทรวมถึงการแก้ไขปัญหาหรือการให้การช่วยเหลือเบื้องต้น

กลุ่มเป้าหมาย กลุ่มเป้าหมายตัวแทนกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทแต่ละตำบล

กิจกรรม บรรยายให้ความรู้ ในหัวข้อโรคจิตเภทและทักษะในการดูแลรักษา

ความรู้เรื่องยาและการข้างเคียงของยา และการประเมินอาการและการช่วยเหลือเบื้องต้นให้ความรู้ผ่านการให้ความรู้รายบุคคล(Personal Education)โดยจากสถานการณ์การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เข้ามาทำให้การร่วมกลุ่มจะอาจมีความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อ จึงมีการปรับการออกไปให้ความรู้แต่ละกลุ่ม ตามโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยเน้นในหัวข้อที่ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน ตลอดจนรับฟังความคิดเห็นจาก อสม . ประจำเขตรับผิดชอบนั้น โดยจะเป็น อสม ผู้ที่ดูแลผู้ป่วยในเขตนั้น ๆ โดยความรู้ที่ให้แต่ละโรงพยาบาลสุขภาพตำบล ช่วงเวลา 13.00-16.00น. ในเดือน เมษายน 2563

ผลผลิตและผลลัพธ์ โครงการนี้ดำเนินการระหว่างเดือน เมษายน 2563 ซึ่งจากผลการดำเนินโครงการ พบว่า กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท มีทักษะในการดูแลการช่วยเหลือ มีการเสริมความรู้ในประเด็นที่มีความเข้าใจคลาดเคลื่อนหรือไม่ชัดเจน เช่นกรณีอาการกำเริบ ได้ทราบถึงข้อสังเกต อาการเบื้องต้น การแยกอาการทางลบ ทางบวกได้ชัดเจน แนวทางในการรับประทานยา การสังเกตอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากยา ความรู้ในการตอบสนองผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมีสภาวะเปลี่ยนแปลง ความรู้ความเข้าใจในการหากิจกรรมที่เหมาะสมหรือที่ผู้ป่วยสนใจให้ผู้ป่วยทำการจัดการเบื้องต้น และอาการที่ควรส่งต่อ โดยเน้นการให้ความรู้เน้นประเด็นที่คลาดเคลื่อน ซึ่งกลุ่มผู้เข้าร่วมอบรมทั้งกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ให้ความสนใจและตั้งใจฟังเป็นอย่างดีรวมทั้งเกิดความเข้าใจ เห็นใจในตัวผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้น กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีระดับความรู้ทัศนคติและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทระดับดี มากกว่าร้อยละ 78.0 และมีระดับค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทัศนคติและการดูแลเพิ่มขึ้น

2. โครงการอบรมให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มผู้นำชุมชน

วัตถุประสงค์ เพื่อเพิ่มองค์ความรู้ การแก้ไขปัญหาหรือการให้การช่วยเหลือเบื้องต้นแสวงหาความร่วมมือในการจัดกิจกรรมในชุมชนเพื่อสนองต่อความต้องการของชุมชนและผู้ป่วย

กลุ่มเป้าหมายตัวแทนกลุ่มกลุ่มผู้นำชุมชน เครือข่ายอำเภอทุ่งศรีอุดม

กิจกรรม บรรยายให้ความรู้ในหัวข้อโรคจิตเภทและทักษะในการดูแลรักษา การ รักษาด้วยยา การประเมินอาการที่มีความเสี่ยงและการช่วยเหลือที่เหมาะสม แสวงหาความร่วมมือ การจัดกิจกรรมจิตสังคมบำบัด รวมไปถึงมาตรการการกำจัดสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อผู้ป่วย เช่น แหล่งมั่ว สุม ปัญหายาเสพติด การประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การดำเนินงานทำในที่ประชุมของการ ประชุมประจำเดือนผู้นำชุมชน ตำบลโคกขำแระ ตำบลกุดเรือ ทำในวันที่ 3 เมษายน 2563

ผลผลิตและผลลัพธ์ โครงการนี้ดำเนินการ อยู่ช่วงการระบอบของโรคติดเชื้อไวรัส โควิด 2019 ดังนั้นจึงมีเพียงตัวแทนผู้นำชุมชน เข้ามาประชุม ประมาณ 100 คน โดยการให้ความรู้ ตอบข้อซักถามและรับฟังความคิดเห็นของกลุ่มผู้นำระดับตำบล พบว่าผู้นำมีความกังวลในผู้ป่วยที่ ญาติพี่น้องเสียชีวิตไปหมดแล้ว ไม่มีผู้ดูแล การตอบสนองต่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ การมีทัศนคติที่ไม่ ถูกต้องต่อผู้ป่วย รวมไปถึงการมีสภาวะแวดล้อมในบางชุมชนส่วนใหญ่ที่ไม่เอื้อต่อผู้ป่วย เสนอให้ทาง หน่วยงานทางสาธารณสุขตรวจสอบกรณีผู้ป่วยที่ไม่ยอมรับตนเองและไม่ยอมเข้ารับการรักษา ซึ่งกลุ่ม ผู้นำให้ความร่วมมือและซักถามความรู้ความเข้าใจ เป็นอย่างดี นอกจากนี้ต่อการแสดงความคิดเห็น เกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยโดยใช้จิตสังคมบำบัด กลุ่มผู้นำแสดงความสนใจในเรื่องนี้ ภายหลัง จากการประชุม พบ 2 ชุมชนที่หากิจกรรมให้ผู้ป่วย เช่น ให้มีบำเพ็ญประโยชน์โดยการกวาดลานวัด ให้ทำความสะอาดบริเวณอื่น ๆ ของชุมชนที่เหมาะสมโดยมีผลตอบแทนเล็กน้อย เป็นต้น

3. โครงการจัดการระบบบริการผู้ป่วยจิตเภท เครือข่ายอำเภอทุ่งศรีอุดม

วัตถุประสงค์ เพื่อออกแบบระบบการให้บริการสอดคล้องกับความต้องการ

กลุ่มเป้าหมาย สหสาขาวิชาชีพ เครือข่ายโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม

กิจกรรม จัดการประชุมปรึกษาหาแนวทางจัดบริการให้สอดคล้องและเหมาะสม กับความต้องการ ตั้งแต่การรับเข้ารักษา การให้คำปรึกษา การประเมินและแก้ไขปัญหา ตลอดจนการ ประสานงานกับ รพ.สต.ในพื้นที่ในการติดตามผู้ป่วย โดยวิธีการเชิงระบบ (System Approach) อัน ได้แก่ 1. ระบุปัญหาที่ต้องการแก้ไข 2. ระบุทางแก้หรือทางเลือกเพื่อแก้ไขปัญหา 3. เลือกทางแก้ไข 4. ปฏิบัติตามแนวทางที่ได้เลือกไว้ 5. ประเมินความสำเร็จของการปฏิบัติตามทางเลือกและนำไป ปรับปรุง

3.1 การระบุปัญหาที่ต้องการแก้ไข

3.1.1 ปัญหาที่พบในการจัดระบบการบริการคลินิกสุขภาพจิตในผู้ป่วยจิตเภท

3.1.2 ไม่มีระบบการให้คำปรึกษาที่เหมาะสม เช่น ไม่มีการให้คำปรึกษาแรก

รับ การเข้าถึงการให้คำปรึกษาที่ทันท่วงที การให้คำปรึกษาที่ด้านยา

3.1.3 การคัดกรอง ซักประวัติไม่ครอบคลุม

3.1.4 การวินิจฉัยที่คลาดเคลื่อน

- 3.1.5 แนวทางการรักษา การเข้ารับบริการไม่ชัดเจน
- 3.1.6 ระบบการติดตามผู้ป่วยไม่สม่ำเสมอเช่นผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อไปรักษาที่สถานพยาบาลอื่น
- 3.1.7 การเชื่อมโยงประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและชุมชนยังไม่มีประสิทธิภาพ
- 3.2 ระบุวิธีแก้หรือทางเลือกในการแก้ไขปัญหา
- 3.2.1 การจัดระบบการให้บริการคลินิกสุขภาพจิต ให้สอดคล้องกับความจำเป็นทางคลินิกและความต้องการของชุมชน
- 1) การจัดระบบให้คำปรึกษาแรกเริ่ม (Pre -Admission counselling) โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น พยาบาลประจำคลินิก เภสัชกรประจำคลินิก
 - 2) ระบบการเข้าถึงการให้คำปรึกษา เครือข่าย ที่สอดคล้องกับปัญหาในพื้นที่
 - 3) ระบบการติดตามการเข้ารับการรักษาให้ครอบคลุมและต่อเนื่องเช่นการส่งตัวไปติดตามผลการรักษาที่ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
- 3.2.2 การจัดระบบบริการให้สอดคล้องกับความต้องการรายกลุ่ม
- 1) ระบบการให้คำปรึกษาการ อดบุหรี่ เลิกเหล้า ยาเสพติด
 - 2) การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่ชุมชนในกรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับตนคดีกับผู้ป่วย
- 3.2.3 การจัดระบบสนับสนุนด้านอื่น ๆ
- 1) การช่วยเหลือด้านสิทธิประโยชน์ที่ควรได้รับ เช่น บัตรผู้พิการ
 - 2) ประสานงานกับ อปท ในการสนับสนุนอำนวยความสะดวกกับการมา
 - 3) ประสานงานกับ อปท ในกรณีที่มีสิ่งแวดล้อมที่ เกิดการกระตุ้นการเกิดโรค เช่น ยาเสพติด เช่นการส่งเจ้าหน้าที่สอดส่องดูแล เป็นต้น
- 3.2.4 กิจกรรมที่ส่งเสริมคุณค่าของผู้ป่วย
- 1) กิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงคุณค่าของตนเอง เช่น การช่วยเหลือสังคม การช่วยเหลือชุมชนต่าง ๆ
 - 2) กิจกรรมส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในชุมชน
- 3.3 เลือกทางแก้ไขปัญหา
1. การจัดระบบการให้บริการคลินิกสุขภาพจิต ให้สอดคล้องกับความจำเป็นทางคลินิกและความต้องการของชุมชน
 2. การจัดระบบบริการให้สอดคล้องกับความต้องการรายกลุ่ม
 3. การจัดระบบสนับสนุนด้านอื่น ๆ

4. กิจกรรมที่ส่งเสริมคุณค่าของผู้ป่วย

3.4 ปฏิบัติตามแนวทางที่เลือกไว้

3.5 ประเมินความสำเร็จของการปฏิบัติตามแนวทางเลือกและนำมาปรับปรุง

ผลผลิตและผลลัพธ์ โครงการนี้ดำเนินการ ในวันที่ 10 เมษายน 2563 ที่ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุ่งศรีอุดม โดยมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม เป็นประธาน มีสาธารณสุขอำเภอ ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ พยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ พยาบาลประจำคลินิกสุขภาพจิตโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม เกสซ์กร ประจำคลินิกสุขภาพจิตโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม โดยทางทีมได้นำเสนอข้อมูลนำเข้าและแนวทางแก้ไขที่ถูกนำเสนอไว้ มีการพิจารณา หาแนวทางการดำเนินงาน ผู้ประสานงานระหว่างหน่วยงานและผู้รับผิดชอบ เนื่องจากไม่มีการจัดแนวทางและผู้รับผิดชอบงานที่ชัดเจนไว้มาก่อน เป็นต้น ในส่วนการช่วยเหลือมีการปรับระบบการบริการด้านสิทธิประโยชน์ให้ครอบคลุมมากขึ้น รวมไปถึงการประเมินและติดตามผลที่ใกล้ชิดและแก้ปัญหาได้ ทำให้อัตราการขาดนัดขาดยาลดลง ผู้ป่วยกำเริบมีอาการไม่รุนแรง การติดตามการขาดนัดขาดยาในกรณีส่งต่อไป โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ครอบคลุม

3. ขั้นร่วมสังเกตผล (Observation)

ผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัยร่วมกันสังเกตผลในทุกกิจกรรม ทุกขั้นตอนตั้งแต่ก่อนดำเนินการระหว่างดำเนินการและหลังการดำเนินการ ในส่วนของผลการดำเนินการที่ต้องวัดผลก่อนและหลังการดำเนินการ ได้แก่ ผลของระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทศนคติที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งแบบสัมภาษณ์สำหรับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ข้อมูลลักษณะทางประชากร ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผู้วิจัยทำการประเมินผลก่อนการดำเนินงาน (Pre -Test) ในขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูลในขั้นวางแผนและประเมินผลหลังการดำเนินงาน (Post -Test) หลังการดำเนินโครงการอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพในการจัดการผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนการประเมินความร่วมมือในรับประทานยา โดยใช้อัตราการขาดนัดขาดยาของผู้ป่วยจิตเวชเครือข่ายโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี และการประเมินการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งขั้นสังเกต (Observation) เป็นขั้นตอนของการบันทึกผลการทำกิจกรรมตั้งแต่ก่อนดำเนินการ ระหว่างดำเนินการ และหลังดำเนินการ โดยผู้วิจัยจำแนกได้ดังนี้

1. กระบวนการของการปฏิบัติการ (The Action of Process) ข้อสรุปจากการสังเกตตลอดกระบวนการของการปฏิบัติการมีรายละเอียด ดังนี้

1) การวิเคราะห์ปัญหา กระบวนการวิเคราะห์ปัญหาประยุกต์ใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (Strategic Route Map : SRM) เป็นเครื่องมือในการช่วยให้เข้าใจสภาพปัญหาให้รอบด้าน ครบทุกมิติมุมมองมากขึ้น โดยการจากทำ Group Discussion จากฐานข้อมูลการให้บริการของ

โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม โดยผู้วิจัยได้เปิดประเด็นสาเหตุและผลให้เกิดการขาดนัดขาดยาในผู้ป่วยจิตเภทในเขตอำเภอทุ่งศรีอุดม และผลกระทบของเหตุการณ์ดังกล่าวที่กระทบต่อผู้ป่วย ต่อครอบครัว หรือในชุมชน ผู้เข้าร่วมแต่ละท่านได้แสดงความคิดเห็นตามประสบการณ์ของตนเอง โดยกล่าวทั้งข้อเด่น ข้อด้อยและการปรับปรุงแก้ไข อย่างไรก็ตาม จากที่ประชุมได้ข้อสรุปคือ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เป็นประเด็นปัญหาที่ทุกคนจะต้องมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน ทั้งด้านระบบการรักษา ซึ่งหมายถึง ระบบการตรวจรักษารวมไปถึงระบบการติดตามดูแล และที่สำคัญคือผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชนที่จำเป็นจะต้องมีองค์ความรู้และทักษะในการดูแลและการให้การช่วยเหลือ อีกทั้งหน่วยงานภาครัฐที่มีส่วนเกี่ยวข้องจะต้องมีการสนับสนุนด้านสวัสดิการตามความจำเป็นและท้ายที่สุดคือ ชุมชน จะเป็นส่วนที่สำคัญที่สุดคือผู้ป่วยจิตเภท สามารถใช้ชีวิตได้มีสุขภาพทางจิตที่ดีด้วย

2) การวางแผนแก้ไขปัญหา ในการประชุมในรูปแบบของการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop Method) กลุ่มผู้ร่วมวิจัยได้ใช้ระดมความคิด โดยนำข้อมูลจากการ ประเมินสถานการณ์ จุดมุ่งหมายที่ต้องการ มาทำแผนที่ยุทธศาสตร์ และทำตารางแผนที่การเชื่อมโยงเชิงกลยุทธ์ ให้สอดคล้องทุกด้านทั้ง 4 ด้าน โดยเน้นให้เห็นเป้าหมายและภาพกว้างที่ต้องการให้เกิดขึ้นร่วมกัน รวมไปถึงการสร้างสรรคกิจกรรม และความต้องการแนวทางที่เป็นไปในแนวทางที่ตรงประเด็นมากขึ้น ดังนั้น พบว่าการวางแผนแก้ไขปัญหา ผู้ร่วมวิจัย มีแนวทางการแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับความต้องการของชุมชนและปัญหาที่พบ รวมไปถึงการหาแนวทางให้ครอบคลุมกับเป้าหมายที่ต้องการได้ จากนั้นมีการนำประเด็นที่เห็นควรต้องการดำเนินการ มารวบรวมและลำดับความสำคัญร่วมกัน โดยกลุ่มผู้ร่วมวิจัยมีส่วนร่วมในการวางแผน แต่งตั้งคณะทำงาน มอบหมายหน้าที่รับผิดชอบที่ชัดเจน

3) การดำเนินการตามแผน ผู้ร่วมวิจัยและทีมได้ดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนดขึ้นในชั้นวางแผน โดยพยาบาลประจำคลินิกสุขภาพจิตประจำโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดมและผู้วิจัยได้ร่วมกันทำหน้าที่ประสานงานการให้ความรู้แก่ กลุ่มเป้าหมาย ทั้งกลุ่มผู้ดูแล อสม และกลุ่มผู้นำชุมชน แต่เนื่องจากสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จึงต้องมีการปรับเปลี่ยน วิธีการดำเนินกิจกรรมโดยใช้หลักการ Social Distancing และแนวทาง PPE ที่เหมาะสมในการดำเนินงาน เพื่อให้เหมาะสมและเกิดประโยชน์มากที่สุดกับกลุ่มเป้าหมาย โดยการให้ความรู้ของกลุ่มผู้ดูแลใช้การไปให้ความรู้ ผู้ดูแล อสม ในแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เพื่อลดจำนวนการรวมตัวกันและอสม ผู้รับผิดชอบผู้ป่วย ในส่วนการให้ความรู้กับผู้นำชุมชน ใช้การประสานงานในการประชุมประจำเดือน และการติดตามผลการดำเนินงานเป็นรายตำบล อีกทั้งกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นแกนนำหลักสำคัญในการประชาสัมพันธ์ประสานงานเตรียมความพร้อมด้านสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวกในการดำเนินกิจกรรมแต่ละโครงการ

4) การติดตามผลการดำเนินงาน มีการกำหนดให้คณะทำงานดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประชุม พบปะ เพื่อติดตามความก้าวหน้า แก้ไขปัญหาและอุปสรรค ตลอดจนวางแผนวางแผนการดำเนินงานต่อเนื่องทุก 1 เดือน เดือนละ 1 ครั้ง โดยมีการประเมินเป็นรายกลุ่ม ที่มีประเด็นปัญหาที่ เฉพาะเจาะจง นอกจากนี้ ในการจัดกิจกรรมแต่ละครั้ง ภายหลังจากเสร็จสิ้นการดำเนินงาน มีการ ประชุมสรุปบทเรียน เพื่อร่วมกันสะท้อนปัจจัยแห่งความสำเร็จ หรือจุดอ่อน ข้อบกพร่อง เพื่อวางแผนการแก้ไขปัญหา ก่อนที่จะมีการดำเนินการในรอบต่อไป ทั้งนี้ได้มีการมอบหมายคณะทำงานรับ ฟังเสียงสะท้อนของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้นำ ทีมดูแลผู้ป่วยระดับเครือข่าย ที่เข้าร่วมกิจกรรม

5) ผลของการปฏิบัติการ (The Effect of Action) จากการดำเนินงาน ภายใต้อ แผนปฏิบัติการที่ผู้ร่วมวิจัยได้วิเคราะห์ ระดมสมองในการวางแผน ทั้งสิ้น 3 โครงการ นั้น คณะทำงาน ได้มีการนำข้อมูลมาประเมินผลจากการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกัน เปรียบเทียบเป้าหมายและผลที่ คาดว่าจะได้รับหลังดำเนินการ ซึ่งมีรายละเอียด



ตารางที่ 21 ผลการปฏิบัติงานตามแผนปฏิบัติการ

ชื่อโครงการ	เป้าหมาย	ผลลัพธ์
โครงการอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	ตัวแทนกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและ อสม แต่ละตำบล	1. กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวในชุมชนมีระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับดีมากกว่าร้อยละ 78 2. กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวมีระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทค่อนข้างมากและต่อการรักษาในระดับมากที่สุด 3. กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวมีระดับการดูแลด้านความเป็นอยู่ระดับน้อย ด้านเศรษฐกิจระดับมาก ด้านสังคมระดับมาก ด้านอารมณ์ระดับมากและจิตใจ ด้านการรักษาระดับมาก และด้านการปรับตัวและช่วยเหลือตนเองในระดับปานกลาง
โครงการอบรมให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มผู้นำชุมชน	กลุ่มเป้าหมายตัวแทนกลุ่มกลุ่มผู้นำชุมชน เครือข่ายอำเภอทุ่งศรีอุดม	ผู้นำให้ความสนใจและร่วมหาแนวทางแก้ไข เสนอกิจกรรมในชุมชนที่สามารถให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมได้
โครงการจัดการระบบบริการผู้ป่วยจิตเภทเครือข่ายอำเภอทุ่งศรีอุดม	สหสาขาวิชาชีพ เครือข่ายโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม	มีแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจนและครอบคลุมมากขึ้น

4. ขั้นสะท้อนกลับ (Reflection)

จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียน โดยผู้วิจัยจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยจัดประชุมกลุ่มในลักษณะของการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เพื่อประเมินผลระดับอาการทางจิตและความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จากนั้นถอดบทเรียน โดยประเมินผลการดำเนินงานและร่วมกันกำหนด วางแผนการดำเนินงานตามปัญหาและอุปสรรคที่พบ และนำแผนที่ปรับปรุงไปสู่การปฏิบัติอีกครั้งผู้วิจัยได้จัดเวทีประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทบทวนปัญหาและอุปสรรค และถอดบทเรียนการพัฒนาคุณภาพระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภท เครือข่าย

โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม วันที่ 27 พฤษภาคม 2563 ณ ห้องประชุม สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุ่งศรีอุดม สรุปประเด็นที่ใช้ประกอบในการพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภทดังนี้ 1. ระดับประชาชน (มุมมองเชิงคุณค่า) ในส่วนผู้ดูแลมีกำลังใจที่มีภาคีเครือข่ายให้ความสนใจเข้าใจในปัญหา และหาแนวทางช่วยเหลือ ถึงแม้ปัญหาบางอย่างจะแก้ไขได้ยากแต่จะทำตามคำแนะนำทางการรักษาต่อไป ถ้าหากมีปัญหาจะปรึกษา อสม ได้มากขึ้น กรณีบัตรผู้พิการที่ยังได้ไม่ถึงครึ่งเพราะมีข้อติดขัดตามเกณฑ์ผู้ป่วยเข้าใจ ผู้ป่วยได้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนมากขึ้นเพราะเริ่มมีบางชุมชนเข้าใจ ทางโรงพยาบาลมีการติดตามเอาใจใส่แก้ไขผู้ป่วยไม่สามารถไปรับยาได้ เห็นควรให้เพิ่ม ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการมาก กลุ่มที่ไม่ยอมรับตัวเองไม่ยอมเข้ารับการรักษา 2.กระบวนการ (มุมมองเชิงการบริหารจัดการ) การไปให้ความรู้ของทีมนักวิชาการเพราะสามารถอธิบาย ข้อสงสัยได้ตรงตามความต้องการ และเป็นการให้กำลังใจ การออกแบบระบบบริการให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการและเพิ่มเติมในส่วนที่บริการที่จำเป็น การให้คำปรึกษาที่เหมาะสมต่อสถานการณ์ ระบบการติดตาม จะไม่ครอบคลุมในกรณีไปโรงพยาบาลอื่น เนื่องจากใช้เวลาในการติดตามผลจากโรงพยาบาลอื่น การให้คำปรึกษา Admission Counselling ทำให้ไม่เต็มที่หากไม่มีญาติมาด้วย ส่วนปัญหาเกี่ยวกับสารเสพติดยังไม่ได้รับความร่วมมือเท่าที่ควร เห็นควรให้มีการให้คำปรึกษาที่เหมาะสมโดยทีมนักวิชาการ 3. ภาคี (มุมมองเชิงผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย)ทางผู้นำ อสม ให้ความสนใจการให้ความรู้เนื่องจากปัญหาในชุมชนมีความซับซ้อน และการรักษาทางจิตสังคมเป็นส่วนที่ทางภาคีเครือข่ายยังไม่ค่อยได้ดำเนินการเนื่องจากเข้าใจว่าผู้ป่วยไม่ควรทำงาน จึงมีบางชุมชนที่ทำกิจกรรมบางชุมชนยังไม่คิดดำเนินการ แต่ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่ถูกต้องไม่ทำให้เกิดปัญหากับชุมชนรู้สึกพอใจ และผู้ดูแลมีความรู้เอาใจใส่เพิ่มมากขึ้น 4.รากฐาน (มุมมองเชิงการเรียนรู้และพัฒนา)บุคลากรมีจิตสำนึกเข้าใจในเป้าหมายในการพัฒนางาน และอาจต้องมีส่วนในการเสริมสร้างทักษะการให้คำปรึกษาที่เหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วยและผู้ดูแล และทักษะที่จำเป็นการแก้ไขปัญหาคือซับซ้อนมากขึ้น

หลังการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ดึงข้อมูลที่ได้จากการสะท้อน 4 ประเด็น คือ

1) ประเด็นมุมมองด้านประชาชน

“คุณหมอดูแลเอาใจใส่ดี อะไรที่รู้อีกสอนให้ อสม ติดตามตีมากขึ้น” ผู้ดูแล

คนที่ 1

“อยากได้บัตรผู้พิการ คุณหมอทำให้เพราะตอนที่ทำมีกฎ ไม่เหมือนตอนนี้ขอบคุณคุณหมอ จะได้ไปบอกคนอื่นมาทำ” ผู้ป่วยคนที่ 1

“ได้ช่วยเหลืองานกับชุมชน เวลางานบุญ รู้สึกไม่เป็นภาระต่อครอบครัว” ผู้ป่วยคนที่ 2

“ทางโรงพยาบาลได้มาช่วยเหลือในการรับยากับคนไข้ที่ไม่มีรถไปรับยา” ผู้ดูแลคนที่ 1

ซึ่งพบว่าผู้ป่วยรับรู้ถึงคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น เข้าใจระบบการดูแลสิทธิที่ควรพึงมีพึงได้ และหากต้องการความช่วยเหลือสามารถติดต่อประสานงานอย่างไร

2) ประเด็นมุมมองภาคีเครือข่าย

“ทางโรงพยาบาลมีนโยบายที่ชัดเจนมากขึ้น พยาบาลก็เข้ามาสอน ทำให้รู้ว่าต้องทำอะไร” อสม.คนที่ 1

“ทาง รพ.สต.รู้ว่าต้องติดตามผู้ป่วยคนไหน เพราะมีรายชื่อมาจากทางโรงพยาบาลให้ติดตามและประสานงานได้ดีขึ้น” พยาบาลคนที่ 2

“บางชุมชนยังไม่เข้าใจ กิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมกับชุมชน ชาวบ้านบางคนก็ยังไม่ชอบผู้ป่วย” ผู้นำชุมชนคนที่ 1

ซึ่งพบว่า ภาควิชาเครือข่ายทราบบทบาทหน้าที่ของตนเองมากขึ้น และมองเห็นช่องทางการช่วยเหลือและประสานงานได้อย่างไร

3) ประเด็นมุมมองด้านกระบวนการ

“ระบบการติดตามดีขึ้น ทำให้เรารู้ว่าผู้ป่วยหายไปตอนไหน จะติดตามได้แบบไหนอย่างไร หากดำเนินการต่อไปน่าจะลดการกำเริบมาของผู้ป่วยได้” บุคลากรทางการแพทย์คนที่ 1

“การจัดกำลังคน และทักษะการให้คำปรึกษาเป็นส่วนสำคัญในการช่วยเหลือผู้ดูแล แต่ถ้าปัญหาซับซ้อนมากขึ้นขอความร่วมมือกับทางชุมชน” พยาบาลคนที่ 1

“เวลาติดตามผู้ป่วยประสานงานไปที่ รพ.พระศรีมหาโพธิ์ ใช้เวลานาน อาจต้องมีการพัฒนาวิธีการประสานงาน” พยาบาลวิชาชีพคนที่ 1

“กรณี คลินิก อุดบุรี เลิกสุรา ไม่ได้ได้รับความสนใจเท่าไร ส่วนมากจะเป็นการบังคับให้เข้ารับการรักษา” พยาบาลวิชาชีพคนที่ 1

“การให้ความรู้แก่รับ ด้านยา หากญาติผู้ดูแลโดยตรงเข้ารับฟังด้วยจะดีมาก เนื่องจากมีบทบาทสำคัญในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วย ซึ่งถ้าได้เข้ารับการให้ความรู้ที่ครบถ้วนและมีประสิทธิภาพก็เป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยให้การรักษาด้วยยาดีขึ้น” บุคลากรทางการแพทย์คนที่ 2

ซึ่งพบว่าระบบยังมีโอกาสพัฒนาในส่วนใด การจัดการบริการเพิ่มเติมให้สอดคล้องกับความต้องการได้ตรงจุดมากขึ้น และมองหาแนวทางการพัฒนาใหม่ ๆ จากการทำงานประสานงานกับภาคีเครือข่ายได้มากขึ้น

4) ประเด็นมุมมองด้านการเรียนรู้

“การพัฒนางานเชิงระบบ เราก็ต้องเริ่มจากการพัฒนา คน ที่เป็นตัวเชื่อม ตัวขับเคลื่อนให้เกิดผลสำเร็จของระบบงาน กรณีที่พยาบาลต้องการไปอบรมเพิ่มเติมตรงนั้นเห็นควรว่าต้องไป” บุคลากรทางการแพทย์คนที่ 2

“ควรมีระบบการสื่อสารที่ชัดเจนและทันท่วงที” พยาบาลคนที่ 2

จากมุมมองด้านนี้ทำให้ผู้บริหาร เห็นชอบและผลักดันการพัฒนาได้ตรงจุด

ระยะที่ 3 ระยะการรวบรวมข้อมูลและประเมินผล (Phase 3 : Evaluation)

ระดับอาการทางจิต ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการทางจิตดีขึ้นโดยหลังการดำเนินการอยู่ในระดับน้อย จำนวน 51 คน ร้อยละ 98.1 รองลงมาคือ อาการทางจิตอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 1 คน ร้อยละ 1.9 ดังตารางที่ 22

ตารางที่ 22 เปรียบเทียบระดับอาการทางจิตผู้ป่วย ก่อนและหลังการดำเนินการ

ระดับอาการทางจิต	ก่อน		หลัง	
	จำนวน (n=52)	ร้อยละ	จำนวน (n=52)	ร้อยละ
น้อย (คะแนนรวม 8-16 คะแนน)	48	92.3	51	98.1
ปานกลาง (คะแนนรวม 17-30 คะแนน)	4	7.7	1	1.9
รุนแรง (คะแนนรวม 31 คะแนนขึ้นไป)	0	0	0	0
รวม	52	100	52	100

ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความร่วมมือในการรับประทานยาและพฤติกรรมกรรับประทานยาอย่างต่อเนื่องอยู่ในระดับสูง เพิ่มมากขึ้น จากร้อยละ 21.1 เป็นร้อยละ 75 ดังตารางที่ 23

ตารางที่ 23 เปรียบเทียบระดับความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ก่อนและหลังดำเนินการ

ระดับความร่วมมือในการรับประทานยา	ก่อน		หลัง	
	จำนวน (n=52)	ร้อยละ	จำนวน (n=52)	ร้อยละ
ระดับต่ำ (น้อยกว่า 6 คะแนน)	8	15.4	5	9.6
ระดับปานกลาง (คะแนนรวม 6-7.8 คะแนน)	33	63.5	8	15.4
ระดับสูง (คะแนนรวม 8 คะแนนขึ้นไป)	11	21.2	39	75.0
รวม	52	100	52	100

ผลการติดตามอัตราการขาดยาขาดนัดของผู้ป่วยจิตเภทพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการขาดนัดขาดยาอาการกำเริบลดลง จำนวน 9 คน 10 คน และ 15 คน คิดเป็นร้อยละ 5.69 6.32 และ 9.49 ตามลำดับ ดังตารางที่ 24

ตารางที่ 24 เปรียบเทียบผลการขาดยาขาดนัด ก่อนและหลังการดำเนินการ

รายการ	ก่อน		หลัง	
	จำนวน (n=154)	ร้อยละ	จำนวน (n=154)	ร้อยละ
ผู้ป่วยขาดนัด	39	24.68	9	5.69
ผู้ป่วยขาดยา	19	12.02	10	6.32
ผู้ป่วยอาการกำเริบ	22	13.92	15	9.49

ผลการศึกษาระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล พบว่า หลังการดำเนินการ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับดี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15.1 เป็นร้อยละ 90.7 ดังตารางที่ 25

ตารางที่ 25 เปรียบเทียบระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มผู้ดูแล ก่อนและหลังการดำเนินการ

ระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	ก่อน		หลัง	
	จำนวน (n=86)	ร้อยละ	จำนวน (n=86)	ร้อยละ
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับดี (มากกว่าหรือเท่ากับ 16 คะแนน)	13	15.1	78	90.7
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับปานกลาง (12 – 15 คะแนน)	58	67.4	8	9.3
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับน้อย (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน)	15	17.4	0	0.0
รวม	86	100	86	100

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มผู้ดูแล ก่อนดำเนินการมีคะแนนเฉลี่ย 13.3256 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.90629 หลังดำเนินการมีคะแนนเฉลี่ย 17.3372 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.56889 เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยทั้งสองพบว่า

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 นั่นคือเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มผู้ดูแล ก่อนและหลังดำเนินการพบว่า ผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 26

ตารางที่ 26 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มผู้ดูแล ก่อนและหลังดำเนินการ

ความรู้	n	Mean	SD	Mean Difference	SD(both)	95% Mean Difference	t	df	p-value
หลังการดำเนินการ	86	17.33	1.57						
ก่อนการดำเนินการ	86	13.33	1.91	4.01	1.77	3.63-4.39	20.99	85	<0.001

ผลการศึกษาทัศนคติของผู้ดูแลต่อตัวผู้ป่วย พบว่าข้อที่มีระดับเพิ่มขึ้นได้แก่ ข้อคำถามผู้ป่วยจิตเภทมีแต่จะสร้างความเดือดร้อนให้กับผู้อื่นจากระดับปานกลางเป็นค่อนข้างมาก คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 2.43 เป็น 2.66 ข้อคำถามผู้ป่วยจิตเภทมีแต่จะสร้างความเดือดร้อนให้กับผู้อื่น มีระดับเพิ่มขึ้นจากปานกลางเป็นค่อนข้างมาก มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 2.43 เป็น 2.66 ข้อคำถามผู้ป่วยจิตเภทเป็นกลุ่มคนที่น่าสงสาร ควรที่จะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง จากระดับค่อนข้างมาก เป็นมากที่สุด มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น จาก 2.59 เป็น 3.59 และข้อคำถาม ควรให้ผู้ป่วยจิตเภทอยู่เฉยๆ ไม่ควรให้ทำงานหรือประกอบอาชีพ จากระดับปานกลางเป็นมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยจาก 2.37 เป็น 3.59

ผลการศึกษาทัศนคติต่อการรักษา ส่วนมากมีระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยไม่เปลี่ยนแปลง พบ 2 ข้อที่มีระดับเปลี่ยนแปลง ได้แก่ ข้อคำถามคนในชุมชนควรมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และข้อคำถามผู้ป่วยจิตเภทสามารถร่วมทำกิจกรรมในชุมชน เช่นงานบุญ งานพัฒนาในชุมชนได้ จากระดับค่อนข้างมากเป็นมากที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ย จาก 3.12 เป็น 3.38 และจาก 2.93 เป็น 3.59 ตามลำดับ ดังตารางที่ 27

ตารางที่ 27 เปรียบเทียบระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยของกลุ่มผู้ดูแล ก่อนและหลังการดำเนินการ

ระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภท ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	ก่อน จำนวน (n=86)			หลัง จำนวน (n=86)		
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ทัศนคติต่อตัวผู้ป่วย						
1. ผู้ป่วยจิตเภทมีแต่จะสร้าง ความเดือดร้อนให้กับผู้อื่น	2.43	0.68	ปานกลาง	2.66	0.70	ค่อนข้างมาก
2. แม้ว่าผู้ป่วยไม่แสดงอาการ แต่ท่านก็รู้สึกหวาดระแวงที่จะ โดนทำร้าย	2.34	0.71	ปานกลาง	2.43	0.74	ปานกลาง
3. ผู้ป่วยจิตเภทเป็นกลุ่มคนที่น่า สงสาร ควรที่จะได้รับการดูแล อย่างต่อเนื่อง	2.59	0.62	ค่อนข้างมาก	3.59	0.94	มากที่สุด
4. ควรให้ผู้ป่วยจิตเภทอยู่เฉยๆ ไม่ควรให้ทำงานหรือประกอบ อาชีพ	2.37	0.91	ปานกลาง	3.59	0.62	มากที่สุด
ทัศนคติต่อการรักษา						
5. ผู้ดูแลไม่เคยรู้สึกท้อแท้ ที่จะ พาผู้ป่วยไปรับการรักษา	2.64	0.87	ค่อนข้างมาก	2.93	0.85	ค่อนข้างมาก
6. คนในชุมชนควรมีส่วนร่วมใน การดูแลผู้ป่วยจิตเภท	3.12	0.96	ค่อนข้างมาก	3.38	0.87	มากที่สุด
7. ผู้ป่วยจิตเภทสามารถร่วมทำ กิจกรรมในชุมชน เช่นงานบุญ งานพัฒนาในชุมชนได้	2.93	0.89	ค่อนข้างมาก	3.59	0.34	มากที่สุด
8. ผู้ดูแลมีส่วนสำคัญในการ รักษาอาการของผู้ป่วยจิตเภท	3.64	0.61	มากที่สุด	3.86	0.34	มากที่สุด
9. การรักษาโรคจิตเภท จะต้อง ปฏิบัติตัวตามคำสั่งของแพทย์ และพยาบาลอย่างเคร่งครัด	3.78	0.42	มากที่สุด	3.93	0.25	มากที่สุด
10. การดูแลอย่างต่อเนื่อง เป็น วิธีการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ดีที่สุด	3.52	0.70	มากที่สุด	3.94	0.23	มากที่สุด

ทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรายด้านพบว่าในภาพรวมมีระดับเพิ่มมากขึ้นจากค่อนข้างมาก เป็นมากที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 3.09 เป็น 3.29 ดังตารางที่ 28

ตารางที่ 28 เปรียบเทียบระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยของกลุ่มผู้ดูแล รายด้าน ก่อนและหลังดำเนินการ

ระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยจิต เภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิต เภท	ก่อน จำนวน (n=86)			หลัง จำนวน (n=86)		
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ทัศนคติต่อตัวผู้ป่วย	2.68	0.36	ค่อนข้างมาก	2.82	0.38	ค่อนข้างมาก
ทัศนคติต่อการรักษา	3.27	0.34	มากที่สุด	3.61	0.30	มากที่สุด
ภาพรวม	3.04	0.27	ค่อนข้างมาก	3.29	0.26	มากที่สุด

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มผู้ดูแล ก่อนดำเนินการมีคะแนนเฉลี่ย 30.3625 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.65646 หลังดำเนินการมีคะแนนเฉลี่ย 32.9186 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.57232 เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยทั้งสองพบว่าแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 นั่นคือเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มผู้ดูแล ก่อนและหลังดำเนินการพบว่า ผู้ดูแลมีทัศนคติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 29

ตารางที่ 29 การเปรียบเทียบคะแนนทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มผู้ดูแล ก่อนและหลังดำเนินการ

ทัศนคติ	n	Mean	SD	Mean Difference	SD(both)	95% Mean Difference	t	df	ρ - value
หลังการ ดำเนินการ	86	32.92	2.57	2.56	1.63	2.21-2.91	14.51	85	<0.001
ก่อนการ ดำเนินการ	86	30.36	2.66						

ผลการศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ด้านความเป็นอยู่ มีระดับไม่เปลี่ยนแปลง คืออยู่ในระดับน้อย 4 ข้อ ด้านเศรษฐกิจ มีระดับไม่เปลี่ยนแปลง ระดับปานกลาง 1 ข้อ และอยู่ในระดับน้อย 2 ข้อ ด้านสังคม มีการเปลี่ยนแปลงระดับจากปานกลาง เป็น ระดับมากที่สุด 3 ข้อ ด้านอารมณ์และจิตใจ การเปลี่ยนแปลงระดับจากปานกลาง เป็น ระดับมากที่สุด 3 ข้อ ด้านการรักษา มีระดับไม่เปลี่ยนแปลง คืออยู่ในระดับมากที่สุด 4 ข้อ ด้านการปรับตัวและช่วยเหลือตนเองระดับไม่เปลี่ยนแปลง คืออยู่ในระดับมากที่สุด 4 ข้อ

ตารางที่ 30 เปรียบเทียบระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วย ก่อนและหลังดำเนินการ

ระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	ก่อน จำนวน (N=86)			หลัง จำนวน (N=86)		
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ด้านความเป็นอยู่						
1. ผู้ดูแลคอยดูแลให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันอย่างสม่ำเสมอ	1.38	0.58	น้อย	1.06	0.28	น้อย
2. ผู้ดูแลจัดหาของใช้ที่จำเป็นให้แก่ผู้ป่วย	1.48	0.68	น้อย	1.33	0.66	น้อย
3. ผู้ดูแลดูแลรักษาความสะอาดของใช้ส่วนตัวของผู้ป่วยจิตเภทให้เป็นระเบียบเรียบร้อย เช่น เสื้อผ้า ที่นอน	1.47	0.65	น้อย	1.30	0.63	น้อย
4. ผู้ดูแลรับผิดชอบในการจัดหาสถานที่ ที่พัก ที่เหมาะสมเมื่อผู้ป่วยเมื่อกลับมาอยู่บ้าน	1.52	0.65	น้อย	1.37	0.67	น้อย
ด้านเศรษฐกิจ						
5. ผู้ดูแลมอบเงินให้ผู้ป่วยไว้ใช้จ่ายส่วนตัว	1.83	0.69	ปานกลาง	1.72	0.76	ปานกลาง
6. ผู้ดูแลต้องทำงานเพิ่มเพื่อให้มีเงินเพียงพอสำหรับการดูแลผู้ป่วย	1.63	0.60	น้อย	1.45	0.63	น้อย
7. ผู้ดูแลต้องกู้ยืมเงินเพื่อมาใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย	1.37	0.57	น้อย	1.20	0.50	น้อย

ตารางที่ 30 (ต่อ)

ระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	ก่อน จำนวน (N=86)			หลัง จำนวน (N=86)		
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ด้านสังคม						
8. ผู้ดูแลพาผู้ป่วยไปร่วมทำกิจกรรมในสังคม เช่น ไปวัดทำบุญไปร่วมงานในหมู่บ้าน ไปจับจ่ายในตัวเมือง	2.30	0.72	ปานกลาง	2.36	0.78	มาก
9. ผู้ดูแลสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมในสังคม เช่น การเป็นอาสาสมัคร หรือร่วมพัฒนา	2.16	0.63	ปานกลาง	2.47	0.75	มาก
10. ผู้ดูแลสนับสนุนและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พบปะพูดคุยและมีเพื่อน	2.19	0.64	ปานกลาง	2.60	0.71	มาก
ด้านอารมณ์และจิตใจ						
11. ผู้ดูแลชมเชยหรือให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยทำดีหรือทำถูกต้อง	2.29	0.61	ปานกลาง	2.76	0.55	มาก
12. ผู้ดูแลจะช่วยเหลือให้คำปรึกษาและให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาหรือไม่สบายใจ	2.26	0.58	ปานกลาง	2.62	0.62	มาก
13. ผู้ดูแลจะไม่ดุด่าหรือแสดงความไม่พอใจเมื่อผู้ป่วยทำผิด	2.09	0.59	ปานกลาง	2.36	0.70	มาก
ด้านการรักษา						
14. ผู้ดูแลพาผู้ป่วยไปรับการรักษาหรือรับบริการด้านสุขภาพที่สถานพยาบาลใกล้บ้านเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาด้านสุขภาพ	2.49	0.66	มาก	2.73	0.62	มาก
15. ผู้ดูแลดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาและพบแพทย์ตามนัด	2.43	0.71	มาก	2.64	0.70	มาก
16. ผู้ดูแลปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์ทันที เมื่อเกิดปัญหาในการดูแลผู้ป่วย	2.52	0.65	มาก	2.73	0.60	มาก

ตารางที่ 30 (ต่อ)

ระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	ก่อน จำนวน (N=86)			หลัง จำนวน (N=86)		
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
17. ผู้ดูแลกระตุ้นสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ กระทำกิจกรรมที่เคยทำเมื่อก่อนป่วย	2.74	0.60	มาก	2.74	0.59	มาก
ด้านการปรับตัวและช่วยเหลือตนเอง						
18. เมื่อผู้ป่วยมีอาการซึม พุดน้อย แยกตัว ผู้ดูแลจะเข้าไปพูดคุยเพื่อ ประเมินอาการทางจิตและให้การ ช่วยเหลือในเบื้องต้น	2.63	0.51	มาก	2.79	0.44	มาก
19. ผู้ดูแลจัดทำงานที่เหมาะสมในบ้าน ให้ผู้ป่วยทำ เช่น ปลุกต้นไม้ เลี้ยงสัตว์ ทำอาหาร ซักเสื้อผ้า	2.52	0.59	มาก	2.74	0.54	มาก
20. ผู้ดูแลมีส่วนในการจัดหาและ กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีงานที่เหมาะสมเป็น รายได้ของตนเอง	2.47	0.57	มาก	2.73	0.51	มาก
21. ผู้ดูแลกระตุ้นสนับสนุนให้ผู้ป่วย ช่วยเหลือผู้อื่นเท่าที่ผู้ป่วยจะทำได้	2.50	0.57	มาก	2.80	0.48	มาก

ผลการเปรียบเทียบทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยรวมก่อนและ
หลังดำเนินการอยู่ในระดับปานกลาง ไม่เปลี่ยนแปลง พบด้านที่เปลี่ยนแปลงคือ ด้านสังคม มีค่าเฉลี่ย
จาก 2.22 เป็น 2.48 และด้านอารมณ์และจิตใจ มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 2.21 เป็น 2.58
ดังตารางที่ 31

พหุบัณฑิต ชีวะ

ตารางที่ 31 เปรียบเทียบระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มผู้ดูแลรายด้านก่อนและหลังดำเนินการ

ระดับระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	ก่อน จำนวน (N=86)			หลัง จำนวน (N=86)		
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ด้านความเป็นอยู่	1.46	0.44	น้อย	1.26	0.49	น้อย
ด้านเศรษฐกิจ	1.61	0.44	น้อย	1.46	0.50	น้อย
ด้านสังคม	2.22	0.52	ปานกลาง	2.48	0.69	มาก
ด้านอารมณ์และจิตใจ	2.21	0.42	ปานกลาง	2.58	0.51	มาก
ด้านการรักษา	2.55	0.55	มาก	2.71	0.59	มาก
ด้านการปรับตัวและช่วยเหลือตัวเอง	2.53	0.34	มาก	2.77	0.39	มาก
ภาพรวม	2.11	0.22	ปานกลาง	2.21	0.25	ปานกลาง

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มผู้ดูแล ก่อนดำเนินการมีคะแนนเฉลี่ย 44.2674 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.54630 หลังดำเนินการมีคะแนนเฉลี่ย 46.5116 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.23505 เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยทั้งสองพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 นั่นคือเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มผู้ดูแล ก่อนและหลังดำเนินการพบว่า ผู้ดูแลมีพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 32

ตารางที่ 32 การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มผู้ดูแล ก่อนและหลังดำเนินการ

การดูแล	n	Mean	SD	Mean Difference	SD(both)	95% Mean Difference	t	df	p-value
หลังการดำเนินการ	86	46.51	5.24	2.24	2.16	1.78-2.71	9.62	85	<0.001
ก่อนการดำเนินการ	86	44.27	4.55						

ผลการประเมินการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยใช้แบบประเมินระดับการมีส่วนร่วม จากตารางผลระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย พบว่าการมีส่วนร่วมในการให้ความร่วมมือในการพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภท ในระดับมาก ซึ่งคะแนนเฉลี่ย ที่มากที่สุดได้แก่ การมีส่วนร่วมในการพิจารณาให้ความเห็นชอบแผนการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมในการกำหนดวิธีการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายและเป็นรูปธรรม การมีส่วนร่วมในการสำรวจข้อมูลสภาพปัญหาความต้องการร่วมกัน ตามลำดับ ส่วนระดับคะแนนเฉลี่ยที่น้อยที่สุด ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรต่าง ๆ ในการจัดกิจกรรม/โครงการ การมีส่วนร่วมในการจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินงานจัดการ ตามลำดับดังตารางที่ 33

ตารางที่ 33 ผลการประเมินการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

ข้อ	การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	\bar{x}	SD	แปลผล
ด้านการค้นหาปัญหา									
1	การมีส่วนร่วมในการสำรวจข้อมูลสภาพปัญหาความต้องการร่วมกัน	12 (48.0)	10 (40.0)	3 (12.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.36	0.70	มาก
2	การมีส่วนร่วมในการคิดวิเคราะห์ปัญหาความต้องการร่วมกัน	8 (32.0)	13 (52.0)	4 (16.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.16	0.69	มาก
ด้านการวางแผนการแก้ไข้ปัญหา									
3	การมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและภาพความสำเร็จ	8 (32.0)	13 (52.0)	4 (16.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.16	0.69	มาก
4	การมีส่วนร่วมในการกำหนดวิธีการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายและเป็นรูปธรรม	13 (52.0)	10 (40.0)	2 (8.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.44	0.65	มาก
5	การมีส่วนร่วมในการมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้เกี่ยวข้อง	7 (28.0)	13 (52.0)	5 (20.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.08	0.70	มาก
6	การมีส่วนร่วมในการจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินงานจัดการ	7 (28.0)	9 (36.0)	9 (36.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3.92	0.81	มาก

ตารางที่ 33 (ต่อ)

ข้อ	การมีส่วนร่วมของภาคี เครือข่าย	มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด	\bar{x}	SD	แปล ผล
7	การมีส่วนร่วมในการพิจารณา ให้ความเห็นชอบแผนการ ดำเนินงาน	12 (48.0)	12 (48.0)	1 (4.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.44	0.58	มาก
8	การมีส่วนร่วมในการรับทราบ แผนปฏิบัติการ	11 (44.0)	9 (36.0)	5 (20.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.24	0.78	มาก
ด้านการปฏิบัติ									
9	การมีส่วนร่วมในการ ประชาสัมพันธ์การจัดกิจกรรม/ โครงการ	9 (36.0)	11 (44.0)	5 (20.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.16	0.75	มาก
10	การมีส่วนร่วมในการ ประสานงานการจัดกิจกรรม/ โครงการ	7 (28.0)	11 (44.0)	7 (28.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.00	0.76	มาก
11	การมีส่วนร่วมในการสนับสนุน งบประมาณและทรัพยากรต่างๆ ในการจัดกิจกรรม/โครงการ	7 (28.0)	10 (40.0)	8 (32.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3.96	0.79	มาก
12	การมีส่วนร่วมในการบริหาร บุคลากรให้มีความรู้ ความสามารถในการจัด กิจกรรม/โครงการ	10 (40.0)	12 (48.0)	3 (12.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.28	0.68	มาก
13	การมีส่วนร่วมในการรับรู้ ข่าวสารข้อมูลการจัดกิจกรรม/ โครงการ	8 (32.0)	9 (30.0)	8 (32.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.00	0.82	มาก
14	การมีส่วนร่วมในการจัด กิจกรรม/โครงการ	10 (10.0)	13 (52.0)	2 (8.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.32	0.63	มาก
15	การมีส่วนร่วมช่วยเหลือ ประสานงานระหว่างกลุ่มผู้ป่วย หน่วยงานกับภาคีเครือข่าย	7 (28.0)	13 (52.0)	5 (20.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.08	0.70	มาก
18	การมีส่วนร่วมให้คำแนะนำที่ เป็นประโยชน์ในกิจกรรม	6 (24.0)	14 (56.0)	5 (20.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.04	0.68	มาก

ตารางที่ 33 (ต่อ)

ข้อ	การมีส่วนร่วมของภาคี เครือข่าย	มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด	\bar{x}	SD	แปล ผล
19	การมีส่วนร่วมสอดส่องการ ปฏิบัติงาน	8 (32.0)	14 (56.0)	3 (12.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.20	0.65	มาก
20	การมีส่วนร่วมสนับสนุน กิจกรรมเพื่อสร้างความร่วมมือ ระหว่างเจ้าหน้าที่ชุมชนพื้นที่	8 (32.0)	9 (36.0)	8 (32.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.00	0.82	มาก
การติดตามและประเมินผล									
21	การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ ประเมินผลการดำเนินงานตาม แผนงาน	11 (44.0)	11 (44.0)	3 (12.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.32	0.69	มาก
22	การมีส่วนร่วมการจัดทำการ ประเมินผลการดำเนินงานตาม แผนงานโครงการ	8 (32.0)	15 (60.0)	2 (8.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.24	0.60	มาก
23	การมีส่วนร่วมในการนำ ประเมินผลการดำเนินงานตาม แผนงานโครงการกิจกรรมไปใช้ ในบริหาร	7 (28.0)	15 (60.0)	3 (12.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.16	0.62	มาก

จากการดำเนินงานตามกระบวนการ ผู้วิจัยสรุปขั้นตอนของกระบวนการพัฒนาระบบ
การจัดการผู้ป่วยจิตเภท เครือข่ายโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

ระยะที่ 1 ระยะก่อนการดำเนินการ (Phase1:Preliminary)

- 1.เก็บรวบรวมบริบทข้อมูลทุติยภูมิ/ปัจจัยนำเข้า/บริบทชุมชน/ประชากร/สภาพปัญหาทั่วไป
- 2.บริบทปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย
 - 2.1.ปัจจัยส่วนบุคคลและ บริบทการมารับบริการ
 - 2.2.ระดับอาการทางจิต
 - 2.3.ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
- 3.บริบทปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแล
 - 3.1.ปัจจัยส่วนบุคคล
 - 3.2.ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการรักษาด้วยยา
 - 3.3.พฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
 - 3.4.ทัศนคติที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ (Phase 2: Action)

4.ขั้นการวางแผน

- 4.1.ประชุมคณะทำงาน นำเสนอข้อมูลจากการเก็บข้อมูลบริบทที่เกี่ยวข้อง
- 4.2. ประชุมสนทนากลุ่มประยุกต์ใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (Strategic Route Map : SRM) ในการจัดทำแผนการปฏิบัติการ
- 4.3 .จัดทำแผนปฏิบัติการ

5.ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ(Action)

- 5.1.โครงการอบรมเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- 5.2. โครงการอบรมให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มผู้นำชุมชน
- 5.3.โครงการจัดการระบบบริการผู้ป่วยจิตเภท เครือข่ายอำเภอทุ่งศรีอุดม

6. สังเกตและบันทึกผลทุกกิจกรรม

7.ถอดบทเรียน วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค แนวทางแก้ไข และปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงาน

ระยะที่ 3 ระยะการรวบรวมข้อมูลและประเมินผล (Phase 3 : Evaluation)

1. ประเมินระดับอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท
2. ประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท
3. ประเมินผลของอัตราการขาดยาขาดนัดของผู้ป่วยจิตเภท
4. ประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Knowledge) ทักษะปฏิบัติที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท (Attitude) การดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Practical)ของผู้ดูแลผู้ป่วย
5. ประเมินผลการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

ภาพประกอบที่ 9 ขั้นตอนของกระบวนการพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภทของเครือข่าย
โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี





ภาพประกอบที่ 10 ระบบเฉพาะในการพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภทเครือข่ายโรงพยาบาล
ทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

จากแผนภาพแนวคิดระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภท เครือข่ายโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อธิบายได้ว่าระบบเฉพาะในการจัดการผู้ป่วยจิตเภท ที่ได้จากผลของการศึกษากระบวนการพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภทของเครือข่ายโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ที่เกิดขึ้นจากการที่ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดการพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (Strategic Route Map : SRM) ในการวางแผนปฏิบัติการ แนวคิดการมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรม แนวคิดการคิดเชิงระบบในการจัดบริการ มาเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้เกิดระบบการจัดการที่มีประสิทธิภาพร่วมกับคณะทำงานที่ร่วมศึกษาทั้ง 3 กลุ่มที่มีความครอบคลุมในทุกด้านของการพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภทได้แก่ กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มภาคีเครือข่าย และกลุ่มบุคลากรทาง

การแพทย์และสาธารณสุข โดยทีมเครือข่ายมีความเข้าใจสถานการณ์ อาทิเช่น กลุ่มผู้นำชุมชน กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน องค์กรและหน่วยงานภาครัฐที่อยู่ในชุมชนที่มีความพร้อมและให้ความร่วมมือในการดำเนินงานอย่างเข้มแข็งจึงนำไปสู่กระบวนการดำเนินงาน ได้แก่ การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา การกำหนดเป้าหมายปลายทางร่วมกัน การวางแผนการแก้ไขปัญหา การร่วมมือในกิจกรรมการแก้ไขปัญหา และการติดตามประเมินผล นำไปสู่การแก้ไขปัญหที่ตรงจุด ดังนั้นจึงเกิดเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภทTSEECC Care ที่ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ดังนี้

1. ทำงานเป็นทีม (Team) การทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ทีมดูแลในชุมชน ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำงานเชื่อมโยงในการแก้ไขปัญหและหาทางออกร่วมกัน
2. ระบบบริการที่สอดคล้องกับความต้องการ (Service) ระบบการสนับสนุนและส่งเสริมให้เกิดการดูแลรักษาที่เป็นไปตามแนวทางการรักษาและทำให้ผู้ป่วยมีสภาวะทางจิตที่มีดีขึ้น
3. ความสามารถในการเข้าใจความรู้สึกและความลำบากของคนอื่น (Empathy) การดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำเป็นต้องเข้าใจและตระหนักถึงสภาวะการทำงานของโรคและจิตใจไปพร้อมกันเพื่อประเมินผลการอาการที่เกิดขึ้นและทำให้ผู้คนที่เกี่ยวข้องสามารถใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วยได้
4. สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการรักษา (Environment) เป็นการจัดสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการรักษา เช่นการจัดตั้งสิ่งกระตุ้นอาการของโรค การสร้างกิจกรรมส่งเสริมการมีคุณค่าให้กับผู้ป่วย การมีทัศนคติที่ดีของชุมชนต่อผู้ป่วย เป็นต้น
5. เครือข่ายชุมชนเข้มแข็ง (Community) เป็นการใช้กลไกการอยู่ร่วมกันของชุมชนในการที่จะส่งผลให้เกิดการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข ชุมชนต้องร่วมมือร่วมใจกันแก้ไขปัญห
6. ความต่อเนื่อง (Continuity) ความต่อเนื่องและยั่งยืนในการดำเนินการ เป็นส่วนสำคัญให้การรักษาผู้ป่วยจิตเภทให้หายและสามารถกลับมาใช้ชีวิตอย่างปกติได้

ระบบเฉพาะของกระบวนการพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภทของเครือข่ายโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี จากการถอดบทเรียนของกระบวนการพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภท เครือข่ายโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามวงจร P-A-O-R ผู้วิจัยจัดประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับคณะทำงานพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภทหรือกลุ่มประชากรที่ศึกษาทั้ง 3 กลุ่ม เพื่อประเมินผลการดำเนินงาน วิเคราะห์ ปัญหาและอุปสรรครวมถึงปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงาน โดยผู้วิจัยจัดการประชุมในลักษณะของการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และในการประชุมครั้งนี้มีประเด็นที่ต้องติดตามประเมินผล นั่นคือ ระบบการติดตามการรักษาจากหน่วยงานอื่น เช่น โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โรงพยาบาลเดชอุดม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เป็นต้น เนื่องจากระบบข้อมูลและการประสานงานของ

แต่ละโรงพยาบาลและผู้ประสานงานไม่ชัดเจน และข้อมูลไม่ครบถ้วน รวมไปถึงการแสวงหาความร่วมมือกับผู้นำชุมชนที่ให้ความสนใจในการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการมีคุณค่าของผู้ป่วย และจากการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) พบว่า กลุ่มผู้เข้าร่วมประชุมวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน โดยพบปัญหาและอุปสรรค แนวทางการแก้ไขปัญหา และปัจจัยแห่งความสำเร็จ มีดังนี้

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน ได้แก่ การติดตามการรักษาผู้ป่วย ไปยังโรงพยาบาลระดับที่สูงกว่าใช้เวลาในการประสานงานนานการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาทางกายขาดความสอดคล้องต่อเนื่องในการรักษาทางจิตเภททำให้ผู้ป่วยขาดยาและมีอาการกำเริบ การติดตามการรักษาในผู้ป่วยที่ขาดนัด พบว่าปัญหาด้านอาการไม่พึงประสงค์จากยาไม่ยากินยาต่อเนื่อง และผู้ป่วยทำงานต่างจังหวัด ติดตามระดับอาการทางจิตไม่ได้รับการแสวงหาความร่วมมือกับผู้นำท้องถิ่นและชุมชนในการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมคุณค่าของผู้ป่วย และการกลวิธีในการปรับทัศนคติและความเข้าใจที่ดีของชุมชนต่อผู้ป่วย

แนวทางการแก้ไขปัญหา คือจัดระบบติดตามให้ใกล้ชิดและทันท่วงที่ร่วมไปถึงการจัดการปัญหาให้สอดคล้องกับปัญหาที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยโดยใช้ความเข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในชุมชนอันที่จะนำไปสู่ความร่วมมือและพัฒนาด้านสาธารณสุขต่อไป

4.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

4.4.1 ความรู้ความเข้าใจด้านโรค การปฏิบัติตัวต่อผู้ป่วย ของผู้ดูแลและชุมชนให้สามารถประเมินปัญหาและแก้ไขปัญหabeื้องต้นได้ ผู้ป่วยมีความตระหนักถึงคุณค่าในตัวเองของผู้ป่วยผ่านกิจกรรมที่ครอบครัวและชุมชนจัดให้ รวมไปถึงการจัด สิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นการเกิดอาการของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการรักษา

4.4.2 ระบบการดูแลรักษาที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็น สภาวะทางคลินิกหรือความรู้ความเข้าใจ อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น การติดตามการเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และเข้าถึงการให้คำปรึกษาที่ทันท่วงที่

4.4.3 ภาครัฐเครือข่าย มีความรู้ ตระหนักและเข้าใจสภาพปัญหาและมีส่วนร่วมในการแก้ไข
ปัญหา

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนากระบวนการจัดการผู้ป่วยจิตเภทของเครือข่ายโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมปฏิบัติ (Practical Action Research) โดยมีการดำเนินการแบ่งเป็น 3 ระยะ โดยระยะที่ 1 ระยะก่อนการดำเนินการ เป็นการเก็บข้อมูลบริบทสภาพปัญหา ระยะที่ 2 การดำเนินการตามขั้นตอนวงจร P-A-O-R Cycle ระยะที่ 3 เป็นระยะรวบรวมและการประเมินผล เพื่อค้นหาแนวทางการพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภทของเครือข่ายโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานีผู้วิจัยนำเสนอตามลำดับขั้นตอน ดังนี้

- 5.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย
- 5.2 สรุปผล
- 5.3 อภิปรายผล
- 5.4 ข้อเสนอแนะ

5.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

5.1.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภท เครือข่าย โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

5.1.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อศึกษา

5.1.2.1 บริบท และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ระบบการจัดการของผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของเครือข่ายโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

5.1.2.2 กระบวนการพัฒนาระบบการจัดการของผู้ป่วยจิตเภทของเครือข่ายโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

5.1.2.3 ผลการประเมินการพัฒนากระบวนการจัดการผู้ป่วยจิตเภทของเครือข่ายโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

5.2 สรุปผล

5.2.1 บริบท และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ระบบการจัดการ การบริหารเภสัชกรรมของผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเครือข่าย โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

อำเภอทุ่งศรีอุดม ตั้งอยู่ทางด้านทิศใต้ของจังหวัดอุบลราชธานี อยู่ห่างจากจังหวัดอุบลราชธานี ประมาณ 75 กิโลเมตร มีอาณาเขตติดต่อกับอำเภอข้างเคียง ติดต่อกับอำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี อำเภอกันทรลักษ์และอำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษแบ่งพื้นที่ปกครองออกเป็น 5 ตำบล ได้แก่ ตำบลหนองอ้อม ตำบลนาเกษม ตำบลกุดเรือ ตำบลโคกชำแระ และตำบลนาหอม ลักษณะภูมิประเทศของอำเภอทุ่งศรีอุดม สภาพโดยทั่วไปเป็นพื้นที่ราบลุ่มที่เนินไม่มีภูเขา พื้นที่ส่วนใหญ่ใช้ในการทำไร่ ทำนา ปลูกพืชเศรษฐกิจ และเป็นแหล่งเลี้ยงสัตว์ ในฤดูร้อนน้ำลำห้วยแห้งขอดแต่ในฤดูฝนจะมีน้ำมากและในบางปีก็จะมีบางพื้นที่เกิดอุทกภัย ลักษณะของดินเป็นดินร่วนปนทรายไม่มีลำน้ำใหญ่ไหลผ่านต้องอาศัยน้ำฝนตามธรรมชาติ และน้ำบาดาลมาบริโภค และอาศัยน้ำฝนในการทำนาทำไร่ มีทรัพยากรธรรมชาติคือป่าไม้เบญจพรรณ การคมนาคมซึ่งตัวอำเภออยู่ห่างจากถนนหมายเลข 24 (โขงชัย-เดชอุดม)ประมาณ 16 กิโลเมตรจะมีรถโดยสารประจำหมู่บ้านซึ่งใช้โดยสารเข้าตัวอำเภอทุ่งศรีอุดมหรืออำเภอเดชอุดม ยังมีรถโดยสารระหว่างตัวอำเภอน้ำขุ่น น้ำขุ่นและอำเภอกันทรลักษ์ ซึ่งเป็นอำเภอใกล้เคียงอีกด้วย ประชากรส่วนมากมีรถยนต์และรถจักรยานยนต์เป็นของตนเอง การเดินทางมาติดต่อราชการกับตัวอำเภอใช้เวลาประมาณ ไม่เกิน 30 นาที ส่วนที่ไม่ได้ใช้บริการรถโดยสารก็ใช้บริการรถเหมาเดินทางประชากรในเขตอำเภอทุ่งศรีอุดม ประกอบอาชีพด้านเกษตรกรรม ผลผลิต ที่สำคัญ ได้แก่ ข้าว มันสำปะหลัง ปอ พืชสวน นอกจากนั้นยังมีประชากรที่ประกอบอาชีพนอกภาคเกษตรกรรม ได้แก่ รับจ้าง ค้าขาย และบริการ แรงงานรับจ้างส่วนใหญ่เป็นการรับจ้างแรงงานในกรุงเทพฯ เขตปริมณฑล และจังหวัดที่มีโรงงานอุตสาหกรรม สมัยก่อนผู้นำชุมชนจะมีเป็นบุคคลที่ทำหน้าที่คอยดูแลและปกป้องลูกหลานชาวบ้าน ซึ่งในชุมชนจะนับถือผู้เฒ่าผู้แก่ที่อยู่ในชุมชน การเลือกผู้นำสมัยก่อนจึงเลือกจากผู้ที่ชุมชนให้ความเคารพนับถือ ปัจจุบันใช้การเลือกตั้ง

สถานพยาบาลโรงพยาบาลส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในตัวอำเภอในส่วนของตำบลโคกชำแระ ประชาชนเข้ามาใช้บริการได้สะดวก มากขึ้นกว่าเดิมและหากมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยจะเข้ารับบริการที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นหลัก นอกจากนี้ภายในชุมชนยังมีความเชื่อในพิธีกรรมดั้งเดิม คือเมื่อมีอาการเจ็บป่วยบางอย่าง เช่น การถูกแมลงกัดต่อย หรือการถูกไฟไหม้ การตกต้นไม้ ก็จะมีการทำการรักษาโดยใช้วิธีการดั้งเดิมคือ พิธีการท่องคาถาสวดมนต์เพื่อปัดรังควาญ ลดความเจ็บปวด โดยผู้เฒ่าในหมู่บ้าน หรือหมอพื้นบ้าน ที่เรียนวิชาอาคมมาแต่สมัยโบราณทำหน้าที่

รักษาให้ การรักษาแบบชาวบ้านยังมีอีกวิธีหนึ่งคือการใช้ยาสมุนไพรร่วมรักษา มีทั้งแบบรับที่สถานพยาบาลหรือตามรถเร่ เพาะปลูกได้เอง

จากฐานข้อมูลการให้บริการโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดมมีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ICD-10 (F20) จำนวน 184 คน ซึ่งในจำนวนนี้มีจำนวนเพศชาย มากกว่าหญิง (ชาย 110 คน หญิง 74 คน) มีอายุในช่วง 40-50 ปีมากที่สุด ส่วนใหญ่เป็นคนในพื้นที่ อยู่พื้นที่ (ต่างจังหวัด) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มารับยาด้วย รายการยาส่วนใหญ่ผู้ป่วยรับโดยเฉลี่ย 3-5 รายการ มีอาการข้างเคียงจากยา ในการมารับยา พบว่า 50% มารับยาตามนัด ขาดนัดประมาณ 21% ส่วนมากขาดยา 7-21 วัน และเกิดอาการกำเริบ ในจำนวนผู้ป่วยที่มาตามนัดต่อเนื่อง 129 คน การดำเนินงานพบ ผู้ป่วยจิตเภทรับประทานยาไม่ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ไม่อยากรับประทานยาเนื่องจากมีประสบการณ์ที่ไม่ดีเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยา และเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ในการรักษา ในด้านผู้ดูแล พบผู้ป่วยจิตเภทบางรายอาศัยอยู่กับผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลที่ไม่ได้อยู่ดูแลเป็นประจำทุกวันจึงเป็นปัญหาในการกำกับรับประทานยาในแต่ละวันและเป็นข้อจำกัดในการเดินทางไปรับยาที่โรงพยาบาล ในด้านระบบการดำเนินการบริหารจัดการในคลินิกจิตเวช พบระบบการส่งจ่ายยาที่คลาดเคลื่อน การจ่ายยาที่ยังขาดการทวนสอบความรู้ความเข้าใจ ความร่วมมือในการใช้ยาที่ครอบคลุม ระบบการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทขาดการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

บริบทปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้เพศ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 53.8 อายุ มีอายุ 41-50 ปี และมีอายุเฉลี่ย 44.92 ปี อายุต่ำสุด 21 ปี อายุสูงสุด 69 ปี สถานภาพ มีสถานภาพโสด ร้อยละ 53.8 มีระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 71.2 ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 57.7 โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 1,000 บาท ร้อยละ 80.8 และฐานะทางการเงิน มีพอกินพอใช้ ร้อยละ 73.1 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบิดา มารดา ร้อยละ 40.4 ระยะเวลาที่ป่วย ส่วนใหญ่ 6-10 ปี ร้อยละ 26.9 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการป่วยมากที่สุดคือ ความเครียดในการดำเนินชีวิต ร้อยละ 53.8 ลักษณะอาการโดยรวมส่วนใหญ่ใช้ชีวิตตามปกติ ร้อยละ 71.2 สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา คือรพ.ทุ่งศรีอุดม ร้อยละ 94.2 มาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง ร้อยละ 94.2 โดยการเดินทางมารักษาส่วนใหญ่เดินทางมารักษาโดยรถส่วนตัว จำนวน 39 คน ร้อยละ 75.0 ซึ่งส่วนใหญ่ระยะทางน้อยกว่า 5 กิโลเมตร และระยะเวลาที่ใช้ น้อยกว่า 10 นาที มีค่าใช้จ่าย 31-50 บาท ร้อยละ 48.1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประวัติสูบบุหรี่ ร้อยละ 69.2 และไม่มีประวัติดื่มสุรา ร้อยละ 86.5 ระดับอาการทางจิตพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการทางจิตอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 92.3 รองลงมาคือ อาการทางจิตอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละความร่วมมือในการรักษาด้วยยาผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความร่วมมือในการรับประทานยาและพฤติกรรมมารับประทานยาอย่างต่อเนื่องอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 33 คน

คิดเป็นร้อยละ 63.5 รองลงมาคือ ระดับสูง จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 21.2 และระดับต่ำ จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 15.4

บริบทปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแล ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.7 มีอายุ 51-60 ปี และอายุ 61-70 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.4 เท่ากัน โดยมีอายุเฉลี่ย 57.24 ปี อายุต่ำสุด 22 ปี และอายุสูงสุด 84 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพ สมรส ร้อยละ 75.6 และมีระดับ การศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 74.4 ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 79.1 โดยมีรายได้เฉลี่ย ต่อเดือน น้อยกว่า 1,000 บาท ร้อยละ 45.3 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีฐานะทางการเงินมีพอกิน พอใช้ ร้อยละ 60.5 กลุ่มผู้ดูแลส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับ บิดา มารดา ร้อยละ 50.0 ระยะเวลาดูแลผู้ป่วย ส่วนใหญ่ 6-10 ปี ร้อยละ 38.4

ระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการ ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับปานกลาง จำนวน 58 คน ร้อยละ 67.4 รองลงมาคือ ความรู้เกี่ยวกับการ ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับน้อย จำนวน 15 คน ร้อยละ 17.4

ระดับทัศนคติของผู้ดูแล ทัศนคติต่อตัวผู้ป่วย อยู่ในระดับมากที่สุด 1 ข้อ และอยู่ใน ระดับปานกลาง 3 ข้อ ทัศนคติต่อการรักษา อยู่ในระดับมากที่สุด 3 ข้อ และอยู่ในระดับค่อนข้างมาก 3 ข้อ ทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรายด้าน อยู่ในระดับค่อนข้างมาก มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.04 โดยเรียงลำดับค่าเฉลี่ยมากที่สุดไปหาน้อยที่สุด ได้แก่ ทัศนคติต่อการรักษา มีค่าเฉลี่ยสูง ที่สุดเท่ากับ 3.27 รองลงมาคือ ทัศนคติต่อตัวผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.68 ตามลำดับ

ระดับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ด้านความเป็นอยู่ พบว่า อยู่ในระดับ น้อย 4 ข้อ ด้านเศรษฐกิจ อยู่ในระดับปานกลาง 1 ข้อ และอยู่ในระดับน้อย 2 ข้อ ด้านสังคม อยู่ใน ระดับปานกลาง 3 ข้อ ด้านอารมณ์และจิตใจ อยู่ในระดับปานกลาง 3 ข้อ ด้านการรักษา อยู่ในระดับ มาก 4 ข้อ ด้านการปรับตัวและช่วยเหลือตนเอง อยู่ในระดับมาก 4 ข้อ ระดับพฤติกรรมการดูแล ผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.11 โดย เรียงลำดับค่าเฉลี่ยมากที่สุดไปหาน้อยที่สุด ได้แก่ ด้านการรักษา มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดเท่ากับ 2.55 รองลงมาคือ ด้านการปรับตัวและช่วยเหลือตัวเอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.53 ด้านสังคม มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.22 ด้านอารมณ์และจิตใจ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.21 ด้านเศรษฐกิจ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.61 และ ด้านความเป็นอยู่ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.46 ตามลำดับ

5.2.2 กระบวนการพัฒนาระบบการจัดการของผู้ป่วยจิตเภทเครือข่าย โรงพยาบาล พุ่งศรีอุดม อำเภอพุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี การดำเนินการเป็นส่วนการนำผลจากการศึกษามา ดำเนินการ

5.2.2.1 ชั้นวางแผน (Planning)

1) ประชุมคณะทำงานเพื่อนำเสนอข้อมูลบริบทที่เกี่ยวข้อง ได้แก่กลุ่มที่ 1 คือ กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทและกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนได้แก่ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และตัวแทนผู้นำชุมชน ตัวแทนองค์การบริหารส่วนตำบล กลุ่มที่ 3 กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล เกสัชกร พยาบาล จัดการดูแลผู้ป่วยด้านจิตเวช พยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2) การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)วางแผนและจัดทำแผนปฏิบัติการ โดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับประชากรผู้เข้าร่วมวิจัยทั้ง 3 กลุ่ม เพื่อร่วมกันวางแผนในการจัดทำแผนปฏิบัติการโดยการประยุกต์ใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (Strategic Route Map : SRM) จากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จึงจัดให้มีการประชุมเชิงปฏิบัติการโดยใช้หลักการ Social Distancing โดยการดำเนินการจัดการสนทนาใช้เวลาประมาณ 90 นาทีที่กลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแล รวม 10 คน ประกอบด้วยผู้ดูแล 5 คน ผู้ป่วย 5 คน ดำเนินการในสถานที่ปิดการบันทึกการสนทนากลุ่มต้องได้รับการอนุญาต จากผู้ร่วมสนทนา การบันทึกภาพจะบันทึกในรูปแบบที่ไม่สามารถระบุตัวบุคคลได้ ให้แสดงความคิดเห็นในบัตรคำ กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และภาคีเครือข่าย รวม 15 คน การสนทนากลุ่มนี้จะมีการรับข้อตกลงร่วมกันในการปิดกั้นการกล่าวถึงผู้ป่วย/ญาติผู้ป่วย/ผู้ดูแลผู้ป่วยแบบระบุตัวตน แต่จะกล่าวถึงในภาพรวมและกรณีศึกษาที่ไม่ระบุบุคคล

การวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ระดมความคิดเห็นร่วมกันถึงสถานการณ์และบริบทการพัฒนาของพื้นที่ โดยสรุปสาเหตุและผลของระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มเครือข่าย โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม พบว่า 1.ระดับระบบ/นโยบาย พบว่า การเข้าถึงบริการยังไม่ครอบคลุมโดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแล การจัดระบบบริการที่ไม่สอดคล้องกับความต้องการ ตลอดจนการติดตามเชื่อมโยงไปสู่ชุมชน 2.ระดับชุมชนและเครือข่าย พบว่า ยังขาดความรู้ทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย บทบาทหน้าที่ในการแก้ไขปัญหาหรือการมีส่วนร่วมในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่แก้ไขปัญหายังไม่ชัดเจน 3.ญาติ/ผู้ดูแล พบว่ายังมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไม่ชัดเจน ไม่สามารถแยกอาการทางลบทางบวกได้แน่ชัด การรับรู้ภาวะและความเครียดที่ยังมี รวมถึงไปถึงเศรษฐกิจและความสัมพันธ์ต่อผู้ป่วย 4.ผู้ป่วย พบว่ายังมีความรู้ความเข้าใจและยังมีปัญหาการยอมรับตนเอง ปัญหาการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง รวมไปถึงปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ

วิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ชุมชน/องค์กร ในมุมมองหรือระดับต่างๆ ต้องครอบคลุมทั้ง 4 มุมมองหรือ 4 ระดับ โดยให้ผู้ร่วมวิจัยเขียนในบัตรคำและนำเสนอตามความเหมาะสม โดยการประเมินสถานการณ์ตามมุมมองทั้ง 4 ด้าน พบว่า มุมมองระดับประชาชน ข้อดีคือผู้ป่วยยังมีอาการระดับปานกลางถึงดีเป็นส่วนมาก ไม่ค่อยมีการทำร้ายผู้อื่น มีการรักษาต่อเนื่อง ข้อ

ด้วยคือผู้ป่วยได้รับสิทธิประโยชน์อันพึงมีพึงได้ไม่ครอบคลุม มีปัญหาในการเดินทางและมีจำนวนหนึ่งที่ยังไม่ยอมรับตัวเองและเข้ารับการรักษา ควรปรับปรุง ความรู้ความเข้าใจ การมีส่วนร่วมในชุมชน และอยากให้ติดตามเพิ่มขึ้น มุมมองต่อมาก็คือมุมมองระดับภาคีเครือข่าย/ผู้มีส่วนได้เสีย พบว่า ข้อดีคือ อสม และผู้นำมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภท ข้อด้อยคือ อสม และผู้ดูแล ผู้นำ ขาดความรู้ ชุมชนไม่ได้มีส่วนร่วมในการดูแลรวมไปถึงสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นการกำเริบยังมีอยู่ อยากให้ปรับปรุงการใช้ความรุนแรงแก้ไขปัญหา การขจัดสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อผู้ป่วยจิตเภท ส่วนมุมมองการระดับกระบวนการพบข้อเด่น บางแห่งมีการสื่อสารเข้าถึงทุกครอบครัวและมีการประสานงานกันระหว่างเครือข่ายที่ดี แต่ยังพบการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นและการติดตามช่วยเหลือยังไม่ทันท่วงที ให้ปรับโดยมีระบบการติดตาม สนับสนุนที่มีประสิทธิภาพ และระบบสื่อสารที่เหมาะสม และมุมมองระดับรากฐาน/การเรียนรู้และพัฒนา พบข้อเด่น เจ้าหน้าที่เข้าใจชุมชน อสม ทำงานตามที่ได้รับมอบหมาย ข้อมูลจำเป็นมีเพียงพอสำหรับประเมินได้บางส่วน และองค์การมองเห็นข้อขัดข้องที่เกิดขึ้น และข้อด้อย พบทักษะการแก้ไขปัญหาเบื้องต้นของบุคลากรยังไม่เหมาะสมและไม่ครอบคลุม ข้อมูลที่จำเป็นบางอย่างผู้ป่วยเข้าไม่ถึง และองค์การยังไม่มีแนวทางการแก้ไขปัญหาอย่างชัดเจน โดยควรปรับปรุง การให้ความรู้เบื้องต้นแก่ผู้เกี่ยวข้อง การมีข้อมูลที่จำเป็นไว้สื่อสารได้ครอบคลุมครบถ้วน ทันท่วงที และจัดระบบองค์การให้เอื้อต่อการดำเนินงาน

การกำหนดจุดหมายปลายทาง พบว่าจุดหมายปลายทางจะพบ มุมมองด้านประชาชนได้รับความรู้ที่เพียงพอได้รับสิทธิประโยชน์ที่พึงมีและได้รับการบริการที่ดี มุมมองด้านภาคีเครือข่าย ต้องการให้ชุมชนมีความรู้ความเข้าใจเพียงพอและสามารถแก้ไขปัญหาเบื้องต้นรวมถึงการประสานงาน ขจัดสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้อตลอดจนสร้างกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย มุมมองด้านกระบวนการ อยากให้เกิดระบบที่ดี กล่าวคือมีการติดตามที่ครอบคลุม การสื่อสารข้อมูลให้คำปรึกษาอย่างทันท่วงทีรวมถึงการประสานงานร่วมกันระดับเครือข่าย ส่วนมุมมองด้านรากฐาน/การเรียนรู้ อยากให้มีช่องทางการสื่อสารที่ดี การสนับสนุนที่เป็นรูปธรรม

จากนั้น ผู้วิจัยนำข้อสรุปจากที่ประชุมที่มีการแลกเปลี่ยน และแสดงความคิดเห็น ในแต่ละประเด็นในมุมมองหรือระดับต่างๆ นำมาซึ่งแผนปฏิบัติการ (Action Plan) การพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภทเครือข่ายของโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งในแผนปฏิบัติการดังกล่าวได้จำแนกกิจกรรมออกเป็นโครงการ จากแผนการดำเนินงานที่ได้มาสู่ขั้นตอนการดำเนินการ

5.2.2.2 ชั้นปฏิบัติ (Action)

1. โครงการอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นการบรรยายให้ความรู้ ในหัวข้อโรคจิตเภทและทักษะในการดูแลรักษา ความรู้เรื่องยาและอาการข้างเคียงของยา และการประเมินอาการและการช่วยเหลือเบื้องต้นให้ความรู้ผ่านการ Personal Education โดย

จากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เข้ามาทำให้การร่วมกลุ่มจะส่งผลการแพร่กระจายเชื้อ จึงมีการปรับการให้ความรู้แต่ละกลุ่ม ตามโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยเน้นในหัวข้อที่ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน ตลอดจนรับฟังความคิดเห็นจาก อสม.ประจำเขตรับผิดชอบนั้น พบว่า กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท มีทักษะในการดูแลการช่วยเหลือ มีการเสริมความรู้ในประเด็นที่มีความเข้าใจคลาดเคลื่อนหรือไม่ชัดเจน เช่นกรณีอาการกำเริบ ได้เรียนรู้ถึงข้อสังเกต อาการเบื้องต้น การแยกอาการทางลบ ทางบวกได้ชัดเจน แนวทางในการรับประทานยา การสังเกตอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากยา ความรู้ในการตอบสนองผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ความเข้าใจการหากิจกรรมที่เหมาะสมให้ผู้ป่วยทำการจัดการเบื้องต้น และอาการที่ควรส่งต่อ โดยเน้นการให้ความรู้เน้นประเด็นที่คลาดเคลื่อน ซึ่งกลุ่มผู้เข้าร่วมอบรมทั้งกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ให้ความสนใจและตั้งใจฟังเป็นอย่างดี รวมทั้งเกิดความเข้าใจ เห็นใจในตัวผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้น กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีระดับความรู้ทัศนคติและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทระดับดี มากกว่าร้อยละ 78.0 และมีระดับค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทัศนคติและการดูแลเพิ่มขึ้น

2. โครงการอบรมให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มผู้นำชุมชน เป็นการบรรยายให้ความรู้ในหัวข้อโรคจิตเภทและทักษะในการดูแลรักษา การรักษาด้วยยา การประเมินอาการที่มีความเสี่ยงและการช่วยเหลือที่เหมาะสม แสวงหาความร่วมมือการจัดกิจกรรมจิตสังคมบำบัด รวมไปถึงมาตรการการขจัดสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อผู้ป่วย เช่น แหล่งมั่วสุม ปัญหายาเสพติด การประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การดำเนินงานทำในที่ประชุมของการประชุมประจำเดือน ผู้นำชุมชน โดยการให้ความรู้ ตอบข้อซักถามและรับฟังความคิดเห็นของกลุ่มผู้นำระดับตำบล พบว่า ผู้นำมีความกังวลในผู้ป่วยที่ญาติพี่น้องเสียชีวิตไปหมดแล้ว ไม่มีผู้ดูแล การตอบสนองต่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ การมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้องต่อผู้ป่วย รวมไปถึงการมีสถานะแวดล้อมในบางชุมชนส่วนใหญ่ที่ไม่เอื้อต่อผู้ป่วย เสนอให้ทางหน่วยงานทางสาธารณสุขตรวจสอบกรณีผู้ป่วยที่ไม่ยอมรับตนเองและไม่ยอมเข้ารับการรักษา ซึ่งกลุ่มผู้นำให้ความร่วมมือและซักถามความรู้ความเข้าใจ เป็นอย่างดี นอกจากนี้ต่อการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยโดยใช้จิตสังคมบำบัด กลุ่มผู้นำแสดงความคิดเห็นในการเรื่องนี้ ภายหลังจากการประชุม พบ 2 ชุมชนที่หากิจกรรมให้ผู้ป่วย เช่น ให้มีบำเพ็ญประโยชน์โดยการกวาดลานวัด ให้ทำความสะอาดบริเวณอื่นๆของชุมชนที่เหมาะสมโดยมีผลตอบแทนเล็กน้อย เป็นต้น

3. โครงการจัดการระบบบริการผู้ป่วยจิตเภท เครือข่ายอำเภอทุ่งศรีอุดม เป็นจัดการประชุมปรึกษาหาแนวทางจัดบริการให้สอดคล้องและเหมาะสมกับความต้องการ ตั้งแต่การรับเข้ารักษา การให้คำปรึกษา การประเมินและแก้ไขปัญหา ตลอดจนการประสานงานกับ รพ.สต.ในพื้นที่ในการติดตามผู้ป่วย โดยจัดตามระดับดังนี้ การจัดระบบการให้บริการคลินิกสุขภาพจิต ให้สอดคล้องกับ

ความจำเป็นทางคลินิกและความต้องการของชุมชน ได้แก่ การจัดระบบให้คำปรึกษาแรกรับ (Pre-admission counselling) โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น พยาบาลประจำคลินิก เกษีษกรประจำคลินิก ระบบการเข้าถึงการให้คำปรึกษา เครือข่าย ที่สอดคล้องกับปัญหาในพื้นที่ ระบบการติดตามการเข้ารับการรักษาให้ครอบคลุมและต่อเนื่องเช่นการ ส่งตัวไปติดตามผลการรักษาที่โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ การจัดระบบบริการให้สอดคล้องกับความต้องการรายกลุ่ม ได้แก่ ระบบการให้คำปรึกษาการ อดบุหรี่ เลิกเหล้า ยาเสพติด การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่ชุมชนในกรณีที่มีปัญหากับทัศนคติกับผู้ป่วย เป็นต้น การจัดระบบสนับสนุนด้านอื่นๆ ได้แก่ การช่วยเหลือด้านสิทธิประโยชน์ที่ควรได้รับ เช่น บัตรผู้พิการ ประสานงานกับ อปท. ในการสนับสนุนอำนวยความสะดวกกับการมารักษา ประสานงานกับ อปท. ในกรณีที่มีสิ่งแวดล้อมที่ เกิดการกระตุ้นการเกิดโรค เช่น ยาเสพติด เช่นการส่งเจ้าหน้าที่สอดส่องดูแล เป็นต้น กิจกรรมที่ส่งเสริมคุณค่าของผู้ป่วย ได้แก่ กิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงคุณค่าของตนเอง เช่น การช่วยเหลือสังคม การช่วยเหลือชุมชนต่างๆ กิจกรรมส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในชุมชนโดยทางทีมได้นำเสนอข้อมูลนำเข้าและแนวทางแก้ไขที่ถูกนำเสนอไว้ มีการพิจารณา หาแนวทางการดำเนินงาน ผู้ประสานงานระหว่างหน่วยงานและผู้รับผิดชอบ เนื่องจากไม่มีการจัดแนวทางและผู้รับผิดชอบงานที่ชัดเจนไว้มาก่อน เป็นต้น ในส่วนการช่วยเหลือมีการปรับระบบการบริการด้านสิทธิประโยชน์ให้ครอบคลุมมากขึ้น รวมไปถึงการประเมินและติดตามผลที่ใกล้ชิดและแก้ปัญหาได้ ทำให้อัตราการขาดนัดขาดยาลดลง ผู้ป่วยกำเริบมีอาการไม่รุนแรง การติดตามการขาดนัดขาดยาในกรณีส่งต่อไป โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ครอบคลุม

5.2.2.3 ชั้นร่วมสังเกตผล (Observation)

การวิเคราะห์ปัญหา กระบวนการวิเคราะห์ปัญหา ประยุกต์ใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (Strategic Route Map : SRM) เป็นเครื่องมือในการช่วยให้เข้าใจสภาพปัญหาให้รอบด้าน ครบทุกมิติมุมมองมากขึ้น โดยการจากทำสนทนากลุ่ม(Focus Group Discussion) จากฐานข้อมูลการให้บริการของโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม ประเด็นสาเหตุและผลให้เกิดการขาดนัดขาดยาในผู้ป่วยจิตเภทในเขตอำเภอทุ่งศรีอุดม และผลกระทบของเหตุการณ์ดังกล่าวที่กระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว หรือในชุมชน ผู้เข้าร่วมแต่ละท่านได้แสดงความคิดเห็นตามประสบการณ์ของตนเอง โดยกล่าวทั้งข้อเด่น ข้อด้อยและการปรับปรุงแก้ไข อย่างไรก็ตาม จากที่ประชุมได้ข้อสรุปคือ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เป็นประเด็นปัญหาที่ทุกคนจะต้องมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน ทั้งด้านระบบการรักษา ซึ่งหมายถึง ระบบการตรวจรักษารวมไปถึงระบบการติดตามดูแล และที่สำคัญคือผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชนที่จำเป็นจะต้องมีองค์ความรู้และทักษะในการดูแลและการให้การช่วยเหลือ อีกทั้งหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องจะต้องมีการสนับสนุนด้านสวัสดิการตามความจำเป็นและท้ายที่สุดคือ ผู้ดูแลและชุมชน จะเป็นส่วนที่สำคัญที่สุดคือผู้ป่วยจิตเภท สามารถใช้ชีวิตได้มีสุขภาวะทางจิตที่ดีด้วย

การวางแผนแก้ไขปัญหาในการประชุมในรูปแบบของการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) กลุ่มผู้ร่วมวิจัยได้ใช้ระดมความคิด โดยนำข้อมูลจากการ ประเมินสถานการณ์ จุดมุ่งหมายที่ต้องการ มาทำแผนที่ยุทธศาสตร์ และทำตารางแผนที่การเชื่อมโยงเชิงกลยุทธ์ ให้สอดคล้องทุกด้านทั้ง 4 ด้าน โดยเน้นให้เห็นเป้าหมายและภาพกว้างที่ต้องการให้เกิดขึ้นร่วมกัน รวมไปถึงการสร้างสรรค์กิจกรรม และความต้องการแนวทางที่เป็นไปในแนวทางที่ตรงประเด็นมากขึ้น ดังนั้น พบว่าการวางแผนแก้ไขปัญหา ผู้ร่วมวิจัย มีแนวทางการแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับความต้องการของชุมชนและปัญหาที่พบ รวมไปถึงการหาแนวทางให้ครอบคลุมกับเป้าหมายที่ต้องการได้ จากนั้นมีการนำประเด็นที่เห็นควรต้องการดำเนินการ มารวบรวมและลำดับความสำคัญร่วมกัน โดยกลุ่มผู้ร่วมวิจัยมีส่วนร่วมในการวางแผน แต่งตั้งคณะทำงาน มอบหมายหน้าที่รับผิดชอบที่ชัดเจน

การดำเนินการตามแผน ผู้ร่วมวิจัยและทีมได้ดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ที่ได้กำหนดขึ้นในชั้นวางแผน โดยพยาบาลประจำคลินิกสุขภาพจิตประจำโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดมและผู้วิจัยได้ร่วมกันทำหน้าที่ประสานงานการให้ความรู้แก่ กลุ่มเป้าหมาย ทั้งกลุ่มผู้ดูแล อสม และกลุ่มผู้นำชุมชน แต่เนื่องจากสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จึงต้องมีการปรับเปลี่ยน วิธีการดำเนินกิจกรรมโดยใช้หลักการ Social Distancing และแนวทาง Personal Protective Equipment (PPE) ที่เหมาะสมในการดำเนินงาน เพื่อให้เหมาะสมและเกิดประโยชน์มากที่สุดกับกลุ่มเป้าหมาย โดยการให้ความรู้ของกลุ่มผู้ดูแลใช้การไปให้ความรู้ผู้ดูแลในแต่ละโรงพยาบาล ส่งส่งเสริมสุขภาพ เพื่อลดจำนวนการรวมตัวกันแ ในส่วนการให้ความรู้กับผู้นำชุมชน ใช้การประสานงานในการประชุมประจำเดือน และการติดตามผลการดำเนินงานเป็นรายตำบล อีกทั้งกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นแกนนำหลักสำคัญในการประชาสัมพันธ์ประสานงานเตรียมความพร้อมด้านสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวกในการดำเนินกิจกรรมแต่ละโครงการ

การติดตามผลการดำเนินงาน มีการกำหนดให้คณะทำงานดูแลผู้ป่วยจิตเภทประชุมพบปะ เพื่อติดตามความก้าวหน้า แก้ไขปัญหาและอุปสรรค ตลอดจนวางแผนวางแผนการดำเนินงาน ต่อเนื่องทุก 1 เดือน เดือนละ 1 ครั้ง โดยมีการประเมินเป็นรายกลุ่ม ที่มีประเด็นปัญหาที่เฉพาะเจาะจง นอกจากนี้ ในการจัดกิจกรรมแต่ละครั้ง ภายหลังจากเสร็จสิ้นการดำเนินงาน มีการประชุมสรุปบทเรียน เพื่อร่วมกันสะท้อนปัจจัยแห่งความสำเร็จ หรือจุดอ่อน ข้อบกพร่อง เพื่อวางแผนการแก้ไขปัญหา ก่อนที่จะมีการดำเนินการในรอบต่อไป ทั้งนี้ได้มีการมอบหมายคณะทำงานรับฟังเสียงสะท้อนของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้นำ ทีมดูแลผู้ป่วยระดับเครือข่าย ที่เข้าร่วมกิจกรรม

ผลของการปฏิบัติการ (The Effect of Action) จากการดำเนินงาน ภายได้แผนปฏิบัติการที่ผู้ร่วมวิจัยได้วิเคราะห์ ระดมสมองในการวางแผน ทั้งสิ้น 3 โครงการ นั้น คณะทำงานได้มีการนำข้อมูลมาประเมินผลจากการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน เปรียบเทียบเป้าหมายและผลที่คาดว่าจะได้รับหลังดำเนินการ

5.2.2.4 ชั้นสะท้อนกลับ (Reflection)

จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียน โดยผู้วิจัยจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยจัดประชุมกลุ่มในลักษณะของการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เพื่อประเมินผลระดับอาการทางจิตและอัตราการขาดนัดขาดยา จากนั้นถอดบทเรียน โดยประเมินผลการดำเนินงานและร่วมกันกำหนด วางแผนการดำเนินงานตามปัญหาและอุปสรรคที่พบ และนำแผนที่ปรับปรุงไปสู่การปฏิบัติอีกครั้งสรุปประเด็นที่ใช้ประกอบในการพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้ 1) ระดับประชาชน (มุมมองเชิงคุณค่า) ในส่วนผู้ดูแลมีกำลังใจที่มีภาคีเครือข่ายให้ความสนใจเข้าใจในปัญหา และหาแนวทางช่วยเหลือ ถึงแม้ปัญหาบางอย่างจะแก้ไขได้ยากแต่จะทำตามคำแนะนำทางการรักษาต่อไป ถ้าหากมีปัญหาจะปรึกษา อสม. ได้มากขึ้น กรณีบัตรผู้พิการที่ยังได้ไม่ทั่วถึงเพราะมีข้อติดขัดตามเกณฑ์ผู้ป่วยเข้าใจ ผู้ป่วยได้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนมากขึ้นเพราะเริ่มมีบางชุมชนเข้าใจ ทางโรงพยาบาลมีการติดตามเอาใจใส่แก้ไขผู้ป่วยไม่สามารถไปรับยาได้ เห็นควรให้เพิ่ม ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการมาก กลุ่มที่ไม่ยอมรับตัวเองไม่ยอมเข้ารับการรักษา 2) กระบวนการ (มุมมองเชิงการบริหารจัดการ) การไปให้ความรู้ของทีมนักวิชาการเพราะสามารถอธิบาย ข้อสงสัยได้ตรงตามความต้องการ และเป็นการให้กำลังใจ การออกแบบระบบการบริการให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการและเพิ่มเติมในส่วนที่บริการที่จำเป็น การให้คำปรึกษาที่เหมาะสมต่อสถานการณ์ ระบบการติดตาม จะไม่ครอบคลุมในกรณีไปโรงพยาบาลอื่น เนื่องจากใช้เวลาในการติดตามผลจากโรงพยาบาลอื่น การให้คำปรึกษา Pre-Admission Counselling ทำให้ไม่เต็มที่หากไม่มีญาติมาด้วย ส่วนปัญหาเกี่ยวกับสารเสพติดยังไม่ได้รับความร่วมมือเท่าที่ควร เห็นควรให้มีการให้คำปรึกษาที่เหมาะสมโดยทีมมากขึ้น 3) ภาคี (มุมมองเชิงผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย) ทางผู้นำ อสม. ให้ความสนใจการให้ความรู้เนื่องจากปัญหาในชุมชนมีความซับซ้อน และการรักษาทางจิตสังคมเป็นส่วนที่ทางภาคีเครือข่ายยังไม่ค่อยได้ดำเนินการเนื่องจากเข้าใจว่าผู้ป่วยไม่ควรทำงาน จึงมีบางชุมชนที่ทำกิจกรรมบางชุมชนยังไม่คิดดำเนินการ แต่ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่ถูกต้องไม่ทำให้เกิดปัญหากับชุมชนรู้สึกพอใจ และผู้ดูแลมีความรู้เอาใจใส่เพิ่มมากขึ้น 4) รากฐาน (มุมมองเชิงการเรียนรู้และพัฒนา) บุคลากรมีจิตสำนึกเข้าใจในเป้าหมายในการพัฒนางานและอาจต้องมีส่วนในการเสริมสร้างทักษะการให้คำปรึกษาที่เหมาะสมกับสถานะของผู้ป่วยและผู้ดูแล และทักษะที่จำเป็นการแก้ไขปัญหาที่ซับซ้อนมากขึ้น

5.2.3 ผลการประเมินการพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภทของเครือข่ายโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มผู้ป่วย มีระดับอาการทางจิตดีขึ้นโดยหลังการดำเนินการอยู่ในระดับน้อย จำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 98.1 รองลงมาคือ อาการทางจิตอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 1.9 ระดับความร่วมมือในการรับประทานยาและพฤติกรรมมารับประทานยาอย่างต่อเนื่องอยู่ในระดับสูง จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 75.0 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 15.4 และระดับต่ำ จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 9.6 ผลของอัตราการขาดยา

ขาดนัดของผู้ป่วยจิตเภทพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการขาดนัดขาดยาอาการกำเริบลดลง จำนวน 9 คน 10 คน และ 15 คน คิดเป็นร้อยละ 5.69 6.32 และ 9.49 ตามลำดับ

กลุ่มผู้ดูแลผลการศึกษาระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล พบว่า หลังการดำเนินการกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับดี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15.1 เป็นร้อยละ 90.7 และผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษาทัศนคติของผู้ดูแล ทัศนคติต่อตัวผู้ป่วย พบว่าข้อที่มีระดับเพิ่มขึ้นได้แก่ ข้อคำถามผู้ป่วยจิตเภทมีแต่จะสร้างความเดือดร้อนให้กับผู้อื่นจากระดับปานกลางเป็นค่อนข้างมาก คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 2.43 เป็น 2.66 ข้อคำถามผู้ป่วยจิตเภทมีแต่จะสร้างความเดือดร้อนให้กับผู้อื่น มีระดับเพิ่มขึ้นจากปานกลางเป็นค่อนข้างมาก มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 2.43 เป็น 2.66 ข้อคำถามผู้ป่วยจิตเภทเป็นกลุ่มคนที่น่าสงสาร ควรที่จะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง จากระดับค่อนข้างมากเป็นมากที่สุด มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น จาก 2.59 เป็น 3.59 และข้อคำถาม ควรให้ผู้ป่วยจิตเภทอยู่เฉยๆ ไม่ควรให้ทำงานหรือประกอบอาชีพ จากระดับปานกลางเป็นมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยจาก 2.37 เป็น 3.59 ผลการศึกษาทัศนคติต่อการรักษา ส่วนมากมีระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยไม่เปลี่ยนแปลง พบ 2 ข้อที่มีระดับเปลี่ยนแปลง ได้แก่ ข้อคำถามคนในชุมชนควรมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และข้อคำถามผู้ป่วยจิตเภทสามารถร่วมทำกิจกรรมในชุมชน เช่นงานบุญ งานพัฒนาในชุมชนได้ จากระดับค่อนข้างมากเป็นมากที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ย จาก 3.12 เป็น 3.38 และจาก 2.93 เป็น 3.59 ตามลำดับ ทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรายด้านพบว่าในภาพรวมมีระดับเพิ่มขึ้นจากค่อนข้างมาก เป็นมากที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 3.09 เป็น 3.29 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลมีคะแนนทัศนคติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า

ด้านความเป็นอยู่ มีระดับไม่เปลี่ยนแปลง คืออยู่ในระดับน้อย 4 ข้อ ด้านเศรษฐกิจ มีระดับไม่เปลี่ยนแปลง ระดับปานกลาง 1 ข้อ และอยู่ในระดับน้อย 2 ข้อ ด้านสังคม มีการเปลี่ยนแปลงระดับจากปานกลาง เป็น ระดับมากทั้ง 3 ข้อ ด้านอารมณ์และจิตใจ การเปลี่ยนแปลงระดับจากปานกลาง เป็น ระดับมากทั้ง 3 ข้อ ด้านการรักษา มีระดับไม่เปลี่ยนแปลง คืออยู่ในระดับมากทั้ง 4 ข้อ

ด้านการปรับตัวและช่วยเหลือตนเองระดับไม่เปลี่ยนแปลง คืออยู่ในระดับมากทั้ง 4 ข้อ ผลการเปรียบเทียบทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยรวมก่อนและหลังดำเนินการอยู่ในระดับปานกลาง ไม่เปลี่ยนแปลง พบด้านที่เปลี่ยนแปลงคือ ด้านสังคม มีค่าเฉลี่ยจาก 2.22 เป็น 2.48 และด้านอารมณ์และจิตใจ มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 2.21 เป็น 2.58 ผลการเปรียบเทียบ

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการประเมินการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยใช้แบบประเมินระดับการมีส่วนร่วมจากตารางผลระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย พบว่าการมีส่วนร่วมในการให้ความร่วมมือในการพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภท ในระดับมาก ซึ่งคะแนนเฉลี่ย ที่มากที่สุดได้แก่ การมีส่วนร่วมในการพิจารณาให้ความเห็นชอบแผนการดำเนินงานการมีส่วนร่วมในการกำหนดวิธีการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายและเป็นรูปธรรมการมีส่วนร่วมในการสำรวจข้อมูลสภาพปัญหาความต้องการร่วมกัน ตามลำดับ ส่วนระดับคะแนนเฉลี่ยที่น้อยที่สุด ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรต่างๆในการจัดกิจกรรม/โครงการการมีส่วนร่วมในการจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินงานจัดการ ตามลำดับ

5.3 อภิปรายผล

5.3.1 บริบท และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ระบบการจัดการ การบริหารเภสัชกรรมของผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเครือข่าย โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

บริบทระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภท พบว่า จากการดำเนินงานในปีที่ผ่านมาพบผู้ป่วยจิตเภทมีการขาดนัดขาดยา ไม่มารับการรักษาต่อเนื่อง จำนวน 39 ราย และมีอาการกำเริบ 22 ราย คิดเป็นอัตราร้อยละ 25 และ 14 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดตามลำดับ ซึ่งจากการเก็บข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 1.ระดับระบบ/นโยบาย พบว่า การเข้าถึงบริการยังไม่ครอบคลุมโดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแล การจัดระบบบริการที่ไม่สอดคล้องกับความต้องการ ตลอดจนการติดตามเชื่อมโยงไปสู่ชุมชน 2.ระดับชุมชนและเครือข่าย พบว่า ยังขาดความรู้ทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย บทบาทหน้าที่ในการแก้ไขปัญหาหรือการมีส่วนร่วมในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่แก้ไขปัญหาอย่างไม่ชัดเจน 3.ญาติ/ผู้ดูแล พบว่ายังมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไม่ชัดเจน ไม่สามารถแยกอาการทางลบทางบวกได้แน่ชัด การรับรู้ภาระและความเครียดที่ยังมี รวมไปถึงเศรษฐกิจและความสัมพันธ์ต่อผู้ป่วย 4.ผู้ป่วย พบว่ายังมีความรู้ความเข้าใจและยังมีปัญหาการยอมรับตนเอง ปัญหาการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง รวมไปถึงปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ จึงส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีโอกาสเกิดการกำเริบที่จะต้องกลับไปรักษาตัวที่โรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากทฤษฎีเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยจิตเภทของ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2555) กล่าวว่า การรักษาด้วยยาถือเป็นหัวใจของการรักษาผู้ป่วยจิตเภทนอกจากจะควบคุมอาการด้านบวกแล้ว ยังสามารถลดการกำเริบหรือป่วยซ้ำของโรคได้ กล่าวคือ ผู้ป่วยที่กลับมากำเริบหรือป่วยซ้ำอยู่บ่อย ๆ นั้น ส่วนใหญ่

เนื่องจากปัญหาการขาดยา และจากแนวคิดทฤษฎีในเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น น้ำทิพย์ สงวนบุญญพงษ์ (2560) พบว่าปัจจัยสัมพันธ์กับการขาดนัดการรักษาของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้แก่อายุมีความสัมพันธ์ด้านลบกับการขาดนัดการรักษาสถานภาพสมรส รายได้ บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย ระยะเวลาที่ป่วย และเหตุผลของการขาดนัด มีความสัมพันธ์ด้านบวกกับการขาดนัดการรักษาและกัญญา ศรีตะวัน (2560) พบว่าปัจจัยปัจจัยความเครียดส่งผลต่อความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นทีมบุคลากรทางสุขภาพจิตและจิตเวช ควรมีการจัดโปรแกรมที่เน้นการบำบัดความเครียดแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ดูแลได้ผ่อนคลายความเครียดหรือ การให้คำปรึกษาทั้งรายกลุ่มและรายบุคคลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากกว่านั้น เสาวนีย์ คงนิรันดร (2561) เสนอแนะว่าอิทธิพลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทคือบุคลากรทางด้านสุขภาพควรมุ่งเน้นการเสริมสร้างทัศนคติต่อการดูแลและการสนับสนุนทางสังคมเพื่อลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทลง และงานของ กชพร รัตนสมพร (2558) พบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท มีจำนวน 4 ตัวแปร ได้แก่ สถานภาพสมรส พฤติกรรมการดูแลตนเอง การแสดงออกทางอารมณ์ใน ครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม สามารถ ร่วมกันทำนายอาการทางจิตได้ และงานวิจัยของ จีรศักดิ์ ห้วยทราย (2562) พบว่าการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภทมีความสำคัญมากในการรักษาและควบคุมอาการผู้ป่วยและปัจจัยที่มีผลในการทำนายความร่วมมือในการใช้ยา คือ การหยั่งรู้ตน และทัศนคติต่อการใช้ยา และ (สุนทรภรณ์ ทองไสย (2557) เสนอว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในบริบทสังคมไทยอย่างยั่งยืน เนื่องจากปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเมื่อกลับสู่ชุมชนยังคงมีข้อจำกัดสำหรับบุคลากรทางสุขภาพจิตและครอบครัวอยู่หลายด้าน จำเป็นที่จะต้องมีการดูแลผู้ป่วยในบริบทของครอบครัวที่มีประสิทธิภาพและต่อเนื่องภายใต้การวางแผนการดำเนินงานโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยกลับจากโรงพยาบาลมาสู่สังคมเดิมของผู้ป่วย โดยที่ผู้ให้การดูแลจะต้องได้รับการเตรียมความพร้อมอย่างเป็นระบบ เพื่อเป็นการลดปัญหาต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นหลังจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มดังกล่าว ดังนั้น เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทภายใต้บริบทของสังคมไทยเกิดประสิทธิภาพสูงสุดและยั่งยืนทั้งต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและผู้ให้การดูแล นั่นคือ การส่งเสริมให้ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ความเข้าใจและทัศนคติที่ดีในการให้การดูแลผู้ป่วย เกิดเป็นพฤติกรรมกลุ่ม เครือข่ายของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่ไม่รู้สึกรถึงการเป็นภาระในการดูแล แต่กลับรู้สึกถึงความมั่นคงและปลอดภัย ญาติได้รับคำปรึกษาและคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยหลังจากการรับผู้ป่วยกลับมารักษาที่บ้าน ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามศักยภาพไม่รู้สึกรังเกียจของครอบครัว ซึ่งเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถกลับคืนสู่ครอบครัวชุมชน และสังคมของตนได้อย่างมีความสุขยิ่งขึ้น ภายใต้บริบทการดูแลของสังคมไทย

5.3.2 กระบวนการพัฒนาระบบการจัดการของผู้ป่วยจิตเภทเครือข่าย โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี การดำเนินการเป็นส่วนการนำผลจากการศึกษามาดำเนินการ

ขั้นวางแผน (Planning)

1. ประชุมคณะทำงานเพื่อนำเสนอข้อมูลบริบทที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กลุ่มที่ 1 คือ กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทและกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนได้แก่ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และตัวแทนผู้นำชุมชน ตัวแทนองค์การบริหารส่วนตำบล กลุ่มที่ 3 กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล เกษัชกร พยาบาลจัดการดูแลผู้ป่วยด้านจิตเวช พยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2. ประชุมวางแผนและจัดทำแผนปฏิบัติการทำการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ร่วมกับประชากรผู้เข้าร่วมวิจัยทั้ง 3 กลุ่ม เพื่อร่วมกันวางแผนในการจัดทำแผนปฏิบัติการ โดยการประยุกต์ใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (Strategic Route Map : SRM) เป็นเครื่องมือโดย ทั้งนี้เนื่องจาก แนวคิด ทฤษฎีของ วิรุณ ศิริอารยวงศ์ และอดิศร วงศ์คงเดช (2533) กล่าวว่าแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์เป็นเครื่องมือที่ใช้เป็นกรอบสำหรับการวางแผนและวัดความคืบหน้าของยุทธศาสตร์ (กระบวนการวิธีการทำงาน) โดยใช้เครื่องชี้วัด ทำการวัดปฏิบัติการของท้องถิ่น ชุมชน หรือองค์กรในแง่มุมต่างๆ มีลักษณะเป็นภาพของทิศทางจุดหมายปลายทางและวิธีการปฏิบัติการให้ไปถึงจุดหมายปลายทางที่ตั้งไว้สามารถช่วยในการสื่อสารให้ผู้ที่มีส่วนได้เสียและบุคลากรได้ทราบตลอดจนช่วยปรับการทำงานประจำวันของฝ่ายต่างๆ ให้เข้าหาและไปในทิศทางเดียวกันโดยเปิดโอกาสให้ที่ประชุมแสดงความคิดเห็นในแต่ละประเด็น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ เปรมฤดี คำรักษ์ และคณะ (2557) พบว่าวงจรการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน สรุปได้เป็น 3 วงจร คือ 1) เชื่อมโยงสายใยเป็นการถ่ายทอดตามเจตคติ ความรู้สึก ความคิดต่อผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน 2) ร้อยใจร่วมกันเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถ่ายทอดประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อนในชุมชน และ 3) ผูกพันต้องใจ เป็นการค้นหาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อนในการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมวางแผน และร่วมเป็นเจ้าของ โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบหนึ่งที่เกิดขึ้นเพื่อให้เกิดพฤติกรรมกลุ่มในการดูแลรักษาและฟื้นฟูให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถช่วยเหลือตนเองตามศักยภาพ ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ระยะที่ 2 ขั้นปฏิบัติ (Action) เป็นขั้นตอนการนำแผนไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งจากแผนปฏิบัติการที่ได้จากขั้นวางแผนสามารถจำแนกได้เป็น 3 โครงการ ได้แก่

1) โครงการอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เนื่องจากก่อนการพัฒนา พบว่า ผลการประเมินระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทักษะที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท และการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยรวมอยู่ในระดับที่น้อยถึงปานกลาง จากการประชุมกลุ่มเห็นควรให้ มี

การจัดอบรมเพื่อให้เพิ่มศักยภาพให้กับบุคลากร ผู้ดูแล รวมถึงภาคีเครือข่ายในชุมชน ในการดูแล ประเมินอาการรวมทั้งเพิ่มทักษะการช่วยเหลือเบื้องต้น ซึ่งหลังการอบรม พบว่า กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิต เภท มีคะแนนของระดับความรู้ ทักษะ การดูแล ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้น เนื่องจากกลุ่ม ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนมีความเข้าใจถึงบทบาทหน้าที่ในการส่งเสริมดูแล ผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจาก แนวคิด ทฤษฎีเรื่องผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท ทั้งนี้ เนื่องจาก แนวคิด ทฤษฎีเรื่องผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท รัตนา พันจยู, 2555 อ้างอิงจาก Horowitz & Reinhard, 1995 กล่าวว่า ผู้ดูแลในครอบครัวหรือผู้ดูแลที่บ้าน คือ สมาชิกในครอบครัว มีความสำคัญอย่างมากในการช่วยเหลือผู้ป่วย แบ่งเป็น ผู้ดูแลหลัก (Primary Caregiver) หมายถึงผู้ที่ ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง มุ่งเน้นการกระทำเพื่อ ตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การช่วยเหลือผู้ป่วยในกิจวัตรประจำวัน การจัดเตรียมให้ ผู้ป่วยรับประทานยา เป็นต้น โดยใช้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่นๆ และ ผู้ดูแลรอง (Secondary Caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นๆที่อยู่ในเครือข่ายการดูแล มีหน้าที่จัดการ ด้านอื่นๆ ซึ่งไม่ได้กระทำการดูแลต่อผู้ป่วยโดยตรง ดูแลเป็นครั้งคราวเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถปฏิบัติ หน้าที่ได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยแต่ให้เวลาในการดูแลน้อยกว่า ซึ่งสอดคล้อง กับงานวิจัยของ เพ็ญประภา มะลาไวย์ (2550) พบว่า ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้เรื่อง โรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีเจตคติต่อผู้ป่วยเพิ่มขึ้น และมีระดับสมรรถภาพเพิ่มขึ้นจาก ก่อนการได้รับโครงการ และแกนนำชุมชนสามารถติดตามอาการของผู้ป่วยและส่งต่อผู้ป่วยมารับการ รักษาที่สถานบริการ งานวิจัยของ เกษรมาศ อยู่ถื่น (2561) พบว่าเหตุผลของการไม่มาตามนัด คือ 1) ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา 2) การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง 3) ขาดการสนับสนุนทาง จากครอบครัว และงานวิจัยของ อติญา โพธิ์ศรี (2561) กล่าวถึงเป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภท และบุคคลในครอบครัว มีการสื่อสารกันมากขึ้น ส่งผลให้เกิด สัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เข้าใจความ ต้องการของกันละกันมากขึ้น ทำให้ปัญหาที่เกิดขึ้นภายในครอบครัวลดลง 2) ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท มี สัมพันธภาพที่ดีต่อบุคคลอื่นมากขึ้น สามารถที่จะเรียนรู้ในการเริ่มการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ดี ขึ้น เช่น การสร้างสัมพันธภาพ กับพยาบาล เจ้าหน้าที่ เพื่อนผู้ป่วย สมาชิกในกลุ่ม และบุคคลใน ชุมชนที่ตนเองอาศัยอยู่ 3) ผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รู้สึกว่าตนเองเป็นคนสำคัญ สามารถที่ จะแก้ไขปัญหาต่างๆ ของตนเองให้สำเร็จได้ ผลการประเมินอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท หลังใช้ โปรแกรมสนับสนุนครอบครัวลดลง

2) โครงการอบรมให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มผู้นำชุมชน เนื่องจากในที ประชุมสนทนากลุ่มพบว่ากลุ่มผู้นำชุมชนต้องการเพิ่มพูนองค์ความรู้และการจัดการที่ถูกต้อง ดังนั้น เพื่อเพิ่มองค์ความรู้ การแก้ไขปัญหาหรือการให้การช่วยเหลือเบื้องต้น และแสวงหาความร่วมมือใน การจัดกิจกรรมในชุมชนเพื่อสนองต่อความต้องการของชุมชนและผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายตัวแทนกลุ่ม

กลุ่มผู้นำชุมชน เครือข่ายอำเภอทุ่งศรีอุดม จัดกิจกรรม บรรยายให้ความรู้ในหัวข้อโรคจิตเภทและทักษะในการดูแลรักษา การรักษาด้วยยา การประเมินอาการที่มีความเสี่ยงและการช่วยเหลือที่เหมาะสม แสวงหาความร่วมมือการจัดกิจกรรมจิตสังคมบำบัด รวมไปถึงมาตรการการจัดสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อผู้ป่วย เช่น แหล่งมั่วสุ่ม ปัญหายาเสพติด การประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การดำเนินงานทำในที่ประชุมของการประชุมประจำเดือนผู้นำชุมชน โดยการให้ความรู้ตอบข้อซักถามและรับฟังความคิดเห็นของกลุ่มผู้นำระดับตำบล พบว่าผู้นำมีความกังวลในผู้ป่วยที่ญาติพี่น้องเสียชีวิตไปหมดแล้ว ไม่มีผู้ดูแล การตอบสนองต่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ การมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้องต่อผู้ป่วย รวมไปถึงการมีสภาวะแวดล้อมในบางชุมชนส่วนใหญ่ที่ไม่เอื้อต่อผู้ป่วย เสนอให้ทางหน่วยงานทางสาธารณสุขตรวจสอบกรณีผู้ป่วยที่ไม่ยอมรับตนเองและไม่ยอมเข้ารับการรักษา ซึ่งกลุ่มผู้นำให้ความร่วมมือและซักถามความรู้ความเข้าใจ เป็นอย่างดี นอกจากนี้ต่อการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยโดยใช้จิตสังคมบำบัด กลุ่มผู้นำแสดงความสนใจในเรื่องนี้ ภายหลังจากการประชุม พบ 2 ชุมชนที่หากิจกรรมให้ผู้ป่วย เช่น ให้มีบำเพ็ญประโยชน์โดยการกวาดลานวัด ให้ทำความสะอาดบริเวณอื่นๆของชุมชนที่เหมาะสมโดยมีผลตอบแทนเล็กน้อย เป็นต้น ซึ่งแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการดูแลโดยเครือข่ายในชุมชน งานวิจัยของ ศรีนรัตน์ จันทพิมพ์ (2561) ค้นพบ 5 ประเด็นคือ 1) ความหมายของผู้ป่วยจิตเภทตามมุมมองของชุมชนหมายถึงคือ คนเครียดโรคที่เกี่ยวกับสมอง คนบ้า คนด้อยโอกาส ถูกไสยศาสตร์ และผิดหวังจากการปฏิบัติธรรม 2) วิถีชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทมี วิถีของผู้พึ่งพา วิถีผู้อยู่เพียงลำพัง วิถีผู้ขาดสิทธิและโอกาส และวิถีของคนยากจน 3) ปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยจิตเภท 4) รูปธรรมการดูแลของชุมชน สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ครอบคลุมมิติด้านสุขภาพและมิติทางสังคม ได้แก่ การช่วยเหลือดูแลการจัดบริการเพื่อให้การดูแลการเสริมสร้างความรู้การพัฒนาศักยภาพ และการจัดสวัสดิการและการสนับสนุนบริการอื่นๆ และ 5) ปัจจัยเงื่อนไขในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชน งานวิจัยของเอมิกา กลยณี และเพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ (2558) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับคุณภาพชีวิตทางบวก คือ ความเข้มแข็งในการมองโลก, ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบ กับคุณภาพชีวิตได้แก่ อายุ และภาระในการดูแลผู้ป่วย และเสนอแนะว่าควรมีการจัดกิจกรรมเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และทีมสุขภาพ สนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารและแหล่งประโยชน์ในชุมชน ชลิตดา จันทรงาม (2559) ศึกษากระบวนการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายสุขภาพจิต ประกอบด้วย 9 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การรวบรวมข้อมูล 2) การวิเคราะห์บริบทพื้นที่ 3) การวิเคราะห์ปัญหา 4) การกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหา 5) การจัดทำแผนงาน/โครงการ 6) การบริหารจัดการแผน 7) การปฏิบัติตามแผน 8) การติดตามและประเมินผล และ 9) การสรุปผล กระบวนการดังกล่าวนำไปสู่แนวทางการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่เหมาะสมคือ การออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านโดยเครือข่ายสุขภาพจิต การสร้างพลังให้ชุมชนเข้ามารับ

ดำเนินการในปัญหาเอง การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลและจัดระบบบริการสาธารณสุขให้ผู้ป่วยจิตเวช เข้าถึงได้สะดวก โดยปัจจัยความสำเร็จในครั้งนี้ประกอบด้วย การสร้างเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชน โดยตั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทสำคัญ โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็น ผู้ประสานงานและเชื่อมต่อกัน ข้อเสนอแนะการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายสุขภาพจิต ในชุมชนต้องอาศัยศักยภาพและความเข้มแข็งของชุมชนเป็นพื้นฐาน โดยมีกระบวนการเพื่อให้ หน่วยงานรัฐสนับสนุนงบประมาณและวิชาการโดยยึดหลักการการทำงานร่วมกันเป็นภาคีเครือข่ายอย่าง ดุลยภาพ

3) โครงการจัดการระบบบริการผู้ป่วยจิตเภท เครือข่ายอำเภอทุ่งศรีอุดม เพื่อ ออกแบบการให้บริการสอดคล้องกับความต้องการผู้ป่วย ผู้ดูแล และชุมชน ตั้งแต่การรับเข้ารักษา การให้คำปรึกษา การประเมินและแก้ไขปัญหา ตลอดจนการประสานงานกับ รพ.สต.ในพื้นที่ในการ ติดตามผู้ป่วย โดยจัดตามระดับดังนี้ การจัดระบบการให้บริการคลินิกสุขภาพจิต ให้สอดคล้องกับ ความจำเป็นทางคลินิกและความต้องการของชุมชน ได้แก่ การจัดระบบให้คำปรึกษาแรกรับ (Pre-admission counselling) โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น พยาบาลประจำคลินิก เภสัชกรประจำคลินิก ระบบการเข้าถึงการให้คำปรึกษา เครือข่าย ที่สอดคล้องกับปัญหาในพื้นที่ ระบบการติดตามการเข้า รับการรักษาให้ครอบคลุมและต่อเนื่องเช่นการ ส่งตัวไปติดตามผลการรักษาที่ โรงพยาบาลพระศรี มหาวโรห์ การจัดระบบบริการให้สอดคล้องกับความต้องการรายกลุ่ม ได้แก่ ระบบการให้คำปรึกษา การ อดบุหรี่ เลิกเหล้า ยาเสพติด การประชาคมให้ความรู้แก่ชุมชนในกรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับทัศนคติกับ ผู้ป่วย เป็นต้น การจัดระบบสนับสนุนด้านอื่นๆ ได้แก่ การช่วยเหลือด้านสิทธิประโยชน์ที่ควรได้รับ เช่น บัตรผู้พิการ ประสานงานกับ อปท. ในการสนับสนุนอำนวยความสะดวกกับการมารักษา ประสานงานกับ อปท. ในกรณีที่มีสิ่งแวดล้อมที่ เกิดการกระตุ้นการเกิดโรค เช่น ยาเสพติด เช่นการส่ง เจ้าหน้าที่สอดส่องดูแล เป็นต้น กิจกรรมที่ส่งเสริมคุณค่าของผู้ป่วย ได้แก่ กิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วย ตระหนักถึงคุณค่าของตนเอง เช่น การช่วยเหลือสังคม การช่วยเหลือชุมชนต่างๆ กิจกรรมส่งเสริม ความรู้ความเข้าใจในชุมชนทางสาธารณสุขได้สอดคล้องกับงานวิจัยของ ไพบุลย์ วัฒนศิริธรรม และ พรณทิพย์ เพชรมาก (2551) พบว่า รูปแบบที่ทำการศึกษาศึกษาสามารถพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลและ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้สามารถสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย การออกแบบ ระบบการรับยาที่เอื้อให้ชุมชนเข้าถึงง่ายและชุมชนร่วมกำกับการใช้ยาของผู้ป่วย พัฒนาระบบ สารสนเทศทางคลินิกเชื่อมโยงจากตติยภูมิถึงชุมชน เอื้อให้เกิดการตัดสินใจร่วมระหว่างชุมชนและ บุคลากรสาธารณสุขอย่างทันที่ งานวิจัยด้านการให้คำปรึกษาด้านยาโดย พิชญากานต์ ยะพงศ์ (2561) พบว่าผลของการแทรกแซงโดยเภสัชกรต่อผู้ดูแลเพื่อพัฒนาความร่วมมือในการใช้ยา (medication adherence: MA) และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยใช้กลยุทธ์สำหรับ ผู้ป่วยเฉพาะราย การศึกษาเป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีการควบคุม ผู้ป่วยในกลุ่มศึกษาได้รับ

การจัดประเภทตามความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท/การใช้ยาและแรงจูงใจในการใช้ยาเพื่อให้สามารถเลือกกลยุทธ์ที่ใช้ในการแทรกแซง (การให้ความรู้หรือการเสริมสร้างแรงจูงใจ) ได้เหมาะสมกับผู้ป่วยการ และระบุว่า การแทรกแซงโดยเภสัชกรผ่านผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยใช้กลยุทธ์สำหรับผู้ดูแลเฉพาะ ราย ทำให้ผู้ป่วยมี ความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น มีแนวโน้มอาการทางคลินิกที่ดีขึ้น มีแรงจูงใจในการใช้ยาและความรู้มากขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยทีมสหวิชาชีพของ กมลวรรณ สีเชียงสา และจันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์ (2561) ระบุว่าการทำงาน เป็นทีมสหวิชาชีพ สามารถแก้ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาและความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ไม่มีอาการกำเริบ และอยู่ร่วมกับชุมชนได้

ระยะที่ 3 ขั้นสังเกต (Observation) ผู้วิจัยสังเกตทุกกิจกรรมก่อนดำเนินการ ระหว่าง ดำเนินการ หลังดำเนินการ และบันทึกผลทุกขั้นตอน¹) กระบวนการของการปฏิบัติการ (The Action of Process) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1. กระบวนการของการปฏิบัติการ (The Action of Process) ที่ประชุมได้ข้อสรุปคือ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เป็นประเด็น ปัญหาที่ทุกคนจะต้องมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน ทั้งด้านระบบการรักษา ซึ่งหมายถึง ระบบ การตรวจรักษารวมไปถึงระบบการติดตามดูแล และที่สำคัญคือผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชนที่ จำเป็นจะต้องมีองค์ความรู้และทักษะในการดูแลและการให้การช่วยเหลือ อีกทั้งหน่วยงานภาครัฐที่มี ส่วนเกี่ยวข้องจะต้องมีการสนับสนุนด้านสวัสดิการตามความจำเป็นและท้ายที่สุดคือ ชุมชน จะเป็น ส่วนที่สำคัญที่สุดคือผู้ป่วยจิตเภท สามารถใช้ชีวิตได้มีสุขภาวะทางจิตที่ดีด้วย 2) การวางแผนแก้ไข ปัญหา ในการประชุมในรูปแบบของการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop Method) กลุ่มผู้ร่วมวิจัย ได้ใช้ระดมความคิด มาทำแผนที่ยุทธศาสตร์ และทำตารางแผนที่การเชื่อมโยงเชิงกลยุทธ์ ให้ สอดคล้องทุกด้านทั้ง 4 ด้าน โดยเน้นให้เห็นเป้าหมายและภาพกว้างที่ต้องการให้เกิดขึ้นร่วมกัน พบว่า การวางแผนแก้ไขปัญหา ผู้ร่วมวิจัย มีแนวทางการแก้ไขปัญหที่สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน และปัญหาที่พบ รวมไปถึงการหาแนวทางให้ครอบคลุมกับเป้าหมายที่ต้องการได้ จากนั้นมีการนำ ประเด็นที่เห็นควรต้องการดำเนินการ มารวบรวมและลำดับความสำคัญร่วมกัน มีการแสดงความคิดเห็นกันอย่างหลากหลาย ทำให้ได้โครงการที่ผ่านมติของที่ประชุมอย่างแท้จริง ซึ่งมีการอภิปรายกัน อย่างกว้างขวาง ก่อนที่จะมีมติเลือกโครงการเพื่อดำเนินการภายใต้เงื่อนไขในการคัดเลือกจัดลำดับที่ เป็นข้อเสนอจากที่ประชุมและนำไปสู่การแต่งตั้งคณะทำงานดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งมีการ มอบหมายบทบาทหน้าที่รับผิดชอบอย่างชัดเจน 3) การดำเนินการตามแผน ผู้ร่วมวิจัยและทีมได้ ดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ที่ได้กำหนดขึ้นในขั้นวางแผน แต่เนื่องจากสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จึงต้องมีการปรับเปลี่ยน วิธีการดำเนินกิจกรรมโดยใช้หลักการ Social Distancing และแนวทาง Personal Protective Equipment (PPE) ที่เหมาะสมในการ ดำเนินงาน เพื่อให้เหมาะสมและเกิดประโยชน์มากที่สุดกับกลุ่มเป้าหมาย โดยการให้ความรู้ของกลุ่ม

ผู้ดูแลใช้การไปให้ความรู้ ผู้ดูแล ในแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เพื่อลดจำนวนการรวมตัวกัน และ อสม. ผู้รับผิดชอบผู้ป่วย ในส่วนการให้ความรู้กับผู้นำชุมชน ใช้การประสานงานในการประชุม ประจำเดือน และการติดตามผลการดำเนินงานเป็นรายตำบล อีกทั้งกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นแกนนำหลักสำคัญในการประชาสัมพันธ์ประสานงาน เตรียมความพร้อมด้านสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวกในการดำเนินกิจกรรมแต่ละโครงการ 4) การติดตามผลการดำเนินงาน มีการกำหนดให้คณะทำงานดูแลผู้ป่วยจิตเภทประชุม พบปะ เพื่อติดตามความก้าวหน้า แก้ไขปัญหาและอุปสรรค ตลอดจนวางแผนวางแผนการดำเนินงานต่อเนื่องทุก 1 เดือน เดือนละ 1 ครั้ง โดยมีการประเมินเป็นรายกลุ่ม ที่มีประเด็นปัญหาที่เฉพาะเจาะจง นอกจากนี้ ในการจัดกิจกรรมแต่ละครั้ง ภายหลังจากเสร็จสิ้นการดำเนินงาน มีการประชุมสรุปบทเรียน เพื่อร่วมกันสะท้อนปัจจัยแห่งความสำเร็จ หรือจุดอ่อน ข้อบกพร่อง เพื่อวางแผนการแก้ไข ปัญหา ก่อนที่จะมีการดำเนินการในรอบต่อไป ทั้งนี้ได้มีการมอบหมายคณะทำงานรับฟังเสียงสะท้อนของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้นำทีมดูแลผู้ป่วยระดับเครือข่าย ที่เข้าร่วมกิจกรรมซึ่งจากการสังเกตในการประชุมเชิงปฏิบัติการพบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมแต่ละคนมีความแตกต่างกันมากหรือน้อยนั้นขึ้นอยู่กับประสบการณ์และบทบาทหน้าที่ทางสังคม กล่าวคือ ผู้ที่มีบทบาททางสังคม เช่น สมาชิกเทศบาล กำนัน ผู้ใหญ่บ้านหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนใหญ่จะมีความกล้าแสดงออก แสดงความคิดเห็น สนใจที่จะแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับเรื่องต่างๆ หรือแม้แต่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น มีข้อเสนอแนะในทุกประเด็น แต่จากการสังเกตพบว่า มีกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทบางรายที่ยังมีความวิตกกังวล ไม่กล้าที่จะแสดงความคิดเห็น ซึ่งทำให้ผู้วิจัยตั้งข้อสังเกตได้ว่าหากผู้ร่วมประชุมไม่ได้มีการแสดงความคิดเห็นหรือนำประสบการณ์ที่ตนเองมีมาแลกเปลี่ยนในที่ประชุมครบทุกคน อาจทำให้ที่ประชุมได้บทสรุปที่มีเนื้อหาสาระที่ไม่ครบถ้วนซึ่งผู้อำนวยการอำนวยความสะดวก (Facilitator) ก็จำเป็นที่จะต้องใช้ไหวพริบ ปฏิภาณในการแก้ไขสถานการณ์เพื่อขับเคลื่อนให้การประชุมหรือแม้แต่กิจกรรมต่าง ๆ ดำเนินต่อไป ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการจะไม่สามารถคาดหวังหรือคาดเดาสิ่งที่จะเกิดขึ้นหรือผลลัพธ์ของกระบวนการได้ ทั้งนี้เนื่องจากแนวคิด ทฤษฎีข้อจำกัดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ชยุต ชำนาญเชาว์, 2555 อ้างอิงจากชาญชัย ชัยสว่าง, 2552) ระบุว่า แม้การวิจัยเชิงปฏิบัติการจะมีคุณประโยชน์มากมาย แต่โดยธรรมชาติและหลักการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการก็ส่งผลให้เกิดข้อจำกัดของการวิจัยแบบนี้หลายประการ เนื่องจากสภาพเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นจะปล่อยให้ไปตามธรรมชาติ ข้อค้นพบที่ได้รับในบางครั้งไม่สามารถยืนยันได้ได้หนักแน่นว่าเนื่องมาจากปัจจัยใด แต่ทราบได้ที่ปัญหาเกิดขึ้นนั้นหมดไปก็ถือว่าการศึกษาครั้งนั้นประสบความสำเร็จ

2) ผลของการปฏิบัติการ (The Effect of Action) จากการดำเนินงานตามบทบาท คณะทำงานดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ภายใต้อาณัติปฏิบัติการที่ผู้ร่วมวิจัยได้วิเคราะห์ ระดมสมองใน

การวางแผน ทั้งสิ้น 3 โครงการ นั้น คณะทำงานได้สรุปผลการปฏิบัติงาน พบว่า 1) โครงการอบรม เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและภาคีเครือข่ายในชุมชนมีความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังการอบรมมากกว่า ร้อยละ 80 2) โครงการอบรมให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มผู้นำชุมชน เกิดกิจกรรมที่มุ่งเน้นการสร้างคุณค่าในตัวเองของชุมชนร่วมกับผู้ป่วย 2 กิจกรรมใน 2 ชุมชน

3) โครงการจัดการระบบบริการผู้ป่วยจิตเภท เครือข่ายอำเภอทุ่งศรีอุดม พบว่าผู้ป่วยขาดนัดขาดยา ลดลง และอาการกำเริบน้อยลง

4. ขั้นสะท้อนผล (Reflection) ผู้วิจัยจัดเวทีสะท้อนผล ติดตามผลการดำเนินงานจากการจัดเวทีสะท้อนผล พบว่า มีประเด็นที่ต้องติดตามประเมินผล นั่นคือ ผลของระดับอาการทางจิตและความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งจากการประเมินผลการดำเนินการ พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการคลินิกสุขภาพจิตที่โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดมไม่ตรงตามนัด 9 ราย และยังไม่สามารถติดตามครบตามกำหนดเวลาที่ต้องประเมินอาการทางจิต ผู้วิจัยจึงยังไม่สามารถประเมินผลระดับอาการทางจิตและความต่อเนื่องในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทได้และจากการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) พบว่า กลุ่มผู้เข้าร่วมประชุมวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน โดยพบปัญหาและอุปสรรค คือการติดตามผู้ป่วยนอกเขตพื้นที่ และถูกส่งตัวออกไป และจากที่เวทีสะท้อนผลได้เสนอแนวทางการแก้ไขปัญหา ซึ่งมองเป็นโอกาสในการพัฒนาที่จะช่วยเปิดโอกาสหรือให้โอกาสให้กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทได้รับการยอมรับจากชุมชน จากขั้นตอนการสะท้อนผลนี้สอดคล้องกับแนวคิด ทฤษฎีกระบวนการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ขั้นตอนการสะท้อนผล (ชยุต ชำนาญเชาว์, 2557 อ้างอิงจาก ประวดี เอรารธรรม, 2545) กล่าวว่า การสะท้อนเป็นลักษณะของความเป็นไปได้ของสถานการณ์ทางสังคมต่างๆ ที่เกี่ยวกับการกระทำที่ปฏิบัติลงไป การสะท้อนจะพิจารณาโดยใช้การอภิปรายร่วมกันระหว่างผู้ร่วมงาน โดยวิธีนี้จะช่วยให้ได้ภาพสะท้อนของกลุ่มที่จะนำไปสู่การปรับสถานการณ์ทางสังคมการปรับปรุงโครงการ การสะท้อนภาพจะมีลักษณะเป็นการประเมินอย่างหนึ่ง (หรือผลที่เกิดขึ้น) นั้นเป็นสิ่งที่ประสงค์หรือไม่ และให้ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติต่อไป นอกจากนั้นการสะท้อนภาพยังหมายถึง การสะท้อนข้อมูลซึ่งจะช่วยให้การวางแผนการดำเนินงานในขั้นต่อไปสำหรับกลุ่มและแต่ละบุคคลในโครงการในการที่จะยอมรับจุดมุ่งหมายของการดำเนินการของกลุ่ม

5.2.3 ผลการประเมินการพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภท เครือข่าย โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

ผลการประเมินการพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภท เครือข่ายโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม แบ่งการประเมินตามผลลัพธ์ ดังนี้ 1 .การประเมินระดับอาการทางจิต เปรียบเป็นระยะก่อนการดำเนินการพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการทางจิตดีขึ้นโดยหลังการดำเนินการ 2.ผลการประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Knowledge) ทักษะที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท (Attitude)

การดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Practical) โดยการใช้แบบสัมภาษณ์ในกลุ่มประชากรผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทพบว่า หลังการดำเนินการกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับดีเพิ่มขึ้น และทัศนคติต่อตัวผู้ป่วย อยู่ในระดับมากที่สุดทัศนคติต่อการรักษา อยู่ในระดับมากที่สุด ผลการศึกษาพบว่า ทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.29 ค่าเฉลี่ยมากที่สุด ทัศนคติต่อการรักษา ด้านการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลด้านความเป็นอยู่ ผลการศึกษาพบว่าระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.21 โดยเรียงลำดับค่าเฉลี่ยมากที่สุดไปหาน้อยที่สุด ได้แก่ ด้านการปรับตัวและช่วยเหลือตัวเอง รองลงมาคือ ด้านการรักษา ด้านอารมณ์และจิตใจ ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ และด้านความเป็นอยู่ ด้านความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความร่วมมือในการรับประทานยาและพฤติกรรมรับประทานยาอย่างต่อเนื่องอยู่ในระดับสูงมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ผลของอัตราการขาดยาขาดนัดของผู้ป่วยจิตเภทมีการขาดนัดขาดยาและอาการกำเริบลดลง ผลการประเมินการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยใช้แบบประเมินระดับการมีส่วนร่วมผลระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย พบว่าการมีส่วนร่วมในการให้ความร่วมมือในการพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภท ในระดับมากทั้งนี้จากการดำเนินงานการให้ความรู้รายบุคคลในสิ่งที่มีความรู้ความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน และการมีคณะทำงานดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีกลุ่มภาคีเครือข่ายและกลุ่มบุคคลากรทางการแพทย์ที่คอยให้ความช่วยเหลือและร่วมให้การดูแลทำให้ผู้ดูแลเกิดมีกำลังใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป และผลต่อกลุ่มภาคีเครือข่ายพบว่า กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนมีความรู้ทักษะในการดูแลและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในเบื้องต้นได้ มีส่วนร่วมในการดูแล ทั้งการติดตามเยี่ยมบ้าน รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยจิตเภทมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข อีกทั้งส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีกำลังใจที่จะรับการรักษาต่อไป จากผลของกระบวนการที่ได้ผลลัพธ์เช่นนี้ ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาบริบทโดยใช้เทคนิคมุมมองรอบด้านให้ครอบคลุม และเก็บรวบรวมข้อมูลที่สำคัญและเกี่ยวข้องต่าง ๆ นำมาวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา ทำให้ได้ทราบปัญหาที่แท้จริง นำไปสู่การวางแผนแก้ไขที่ตรงจุด โดยเชิญผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องที่มีศักยภาพในชุมชนเข้าร่วมกระบวนการ เพื่อวางแผนออกแบบกิจกรรมที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ดังเช่น มีการประชุมวางแผนการดูแลร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในการจัดให้ระบบการให้บริการคลินิกสุขภาพจิตที่สอดคล้องกับความต้องการ การมีระบบบันทึกติดตามการรักษาของผู้ป่วย การอบรมให้ความรู้ เพิ่มทักษะในการดูแลผู้ป่วย และเปิดโอกาสให้กลุ่มภาคีเครือข่ายได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งส่งผลให้เกิดพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภทที่มีประสิทธิภาพ ดังผลลัพธ์ข้างต้น

5.3.4 ระบบเฉพาะของการพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภท

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า มีจุดแข็งที่นำกระบวนการพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภทไปสู่ความสำเร็จ นั่นคือผู้เข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ต่างมีบทบาทหน้าที่ที่ครอบคลุมในทุกด้านของระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งความร่วมมือของทุกภาคส่วนที่เข้มแข็ง ทั้งในด้านการให้ข้อมูล ความร่วมมือในกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการ ตลอดจนความร่วมมือในการดำเนินงานในทุกกิจกรรม ความรู้ความเข้าใจด้านโรค การปฏิบัติตัวต่อผู้ป่วย ของผู้ดูแลและชุมชนให้สามารถประเมินปัญหาและแก้ไขปัญหาเบื้องต้นได้ ผู้ป่วยมีความตระหนักถึงคุณค่าในตัวเองของผู้ป่วยผ่านกิจกรรมที่ครอบครัวและชุมชนจัดให้ รวมไปถึงการจัด สิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นการเกิดอาการของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการรักษาระบบการดูแลรักษาที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็น สภาวะทางคลินิก หรือความรู้ความเข้าใจ อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น การติดตามการเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และเข้าถึงการให้คำปรึกษาที่ทันท่วงที ภาควิชาเครือข่าย มีความรู้ตระหนักและเข้าใจสภาพปัญหาและมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภท ระบบเฉพาะของการพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภท ได้ดังนี้

1. ทำงานเป็นทีม (Team) การทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ทีมดูแลในชุมชน ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำงานเชื่อมโยงในการแก้ไขปัญหาและหาทางออกร่วมกัน
2. ระบบบริการที่สอดคล้องกับความต้องการ (Service) ระบบการสนับสนุนและส่งเสริมให้เกิดการดูแลรักษาที่เป็นไปตามแนวทางการรักษาและทำให้ผู้ป่วยมีสภาวะทางจิตที่มีดีขึ้น
3. ความสามารถในการเข้าใจความรู้สึกและความลำบากของคนอื่น (Empathy) การดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำเป็นต้องเข้าใจและตระหนักถึงสภาวะการทำงานของโรคและจิตใจไปพร้อมกัน เพื่อประเมินผลการอาการที่เกิดขึ้นและทำให้ผู้คนที่เกี่ยวข้องสามารถใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วยได้
4. สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการรักษา (Environment) เป็นการจัดสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการรักษา เช่นการจัดสิ่งกระตุ้นอาการของโรค การสร้างกิจกรรมส่งเสริมการมีคุณค่าให้กับผู้ป่วย การมีทัศนคติที่ดีของชุมชนต่อผู้ป่วย เป็นต้น
5. เครือข่ายชุมชนเข้มแข็ง (Community) เป็นการใช้กลไกการอยู่ร่วมกันของชุมชนในการที่จะส่งผลให้เกิดการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข ชุมชนต้องร่วมมือร่วมใจกันแก้ไขปัญหา
6. ความต่อเนื่อง (Continuity) ความต่อเนื่องและยั่งยืนในการดำเนินการ เป็นส่วนสำคัญให้การรักษาผู้ป่วยจิตเภทให้หายและสามารถกลับมาใช้ชีวิตอย่างปกติได้

5.4 ข้อเสนอแนะ

5.4.1 ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัยครั้งนี้

5.4.1.1 โรงพยาบาลชุมชนควรมีระบบการจัดการผู้ป่วย ที่ไม่ได้อยู่ประจำในพื้นที่ หรือทำงานไม่เป็นหลักแหล่งเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้มากยิ่งขึ้น

5.4.1.2 ในขั้นตอนการประเมินและตรวจสอบอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ควรใช้เวลาในการประเมินอย่างน้อย 30 นาทีขึ้นไปรวมทั้งต้องอาศัยข้อมูลจากผู้ดูแลเพื่อประกอบการประเมิน

5.4.1.3 การแก้ไขปัญหาค่าไม่มาตามนัดหรือขาดยาของผู้ป่วยควรคำนึงการเข้าถึงการมารับบริการเพื่อรับยาและการประเมินอาการข้างเคียงจากยา รวมถึงการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นให้สอดคล้องกับการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย

5.4.1.4 การประเมินความรู้ ทักษะคดีผู้ดูแล พฤติกรรมการดูแลของกลุ่มผู้ดูแลควรประเมินและสรุปปัญหาเพื่อแก้ไขในภาพรวมของผู้ป่วยหรือกลุ่มผู้ดูแลนั้น ๆ จะทำให้การแก้ไขมีประสิทธิภาพมากขึ้น

5.4.1.5 การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายนั้น การส่งเสริมเพื่อให้ภาคีเครือข่ายมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและการแก้ไขปัญหที่เหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยร่วมกันจะนำมาซึ่งความยั่งยืนและต่อเนื่อง

5.4.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

5.4.2.1 ควรมีการศึกษาการประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้องโดยตรง

5.4.2.2 ควรมีการศึกษาระบบการสนับสนุนสำหรับผู้ดูแลที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยเฉพาะราย

5.4.2.3 ควรมีการศึกษามีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

5.4.2.4 ควรมีการศึกษาระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนให้ครบทั้ง 3 ด้านได้แก่ 1) พัฒนาระบบเฝ้าระวังและคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตและโรคที่สำคัญทางจิตเวชที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพโดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีญาติดูแล 2) พัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชทั้งด้านบุคลากร สถานที่การบำบัดรักษา และยาจิตเวชที่สำคัญและจำเป็นในสถานบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ และได้รับการประกันคุณภาพ 3) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนโดยเปิดโอกาสให้กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เป็นการสร้างความคุ้นเคยก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี ส่งผลให้ลดปัญหาในการให้บริการ

บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

- กขพร รัตนสมพร. (2558). *ปัจจัยทำนายอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท*. ปรินญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กนกวรรณ ลีศรีเจริญ. (2558). *โรคจิตเวชและโรคจิตชนิดอื่น*. ใน นันทวัช สิริธีรักษ์ และคณะ (บรรณาธิการ). *จิตเวช ศิริราช DSM-5*. กรุงเทพฯ: ประยูรสาส์นไทยการพิมพ์.
- กมลวรรณ สีเขียงสา และจันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์. (2561). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยทีมสหวิชาชีพของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารเภสัชกรรมไทย*, 11(2), 457-67.
- กรกานต์ พึ่งนา. (2558). *ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. ปรินญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กรมสุขภาพจิต. (2559). *รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2559*. Retrieved from http://www.dmh.go.th/ebook/files/รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต_ปี2559.pdf.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2551). *พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2556*. กรุงเทพฯ: หจก.บางกอกบลิ๊อค.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *ข้อมูลจากคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (HDC)*. กรุงเทพฯ: หจก.บางกอกบลิ๊อค.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *ระบบระบบศูนย์กลางการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชของประเทศไทย กรมสุขภาพจิต*. กรุงเทพฯ: หจก.บางกอกบลิ๊อค.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2559*. กรุงเทพฯ: หจก.บางกอกบลิ๊อค.
- กัญญา ศรีตะวัน และรัชนิ อุปเสน. (2560). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลในชุมชน (ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์). *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18, 308-314.
- เกตุรมาศ อยู่ถิน. (2561). ความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา*, 7(2).
- ขวัญสุดา บุญทศ, อมรรัตน์ ศรีคำสุข ไชโตะ และ สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. (2556). การสนับสนุนทางสังคมต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 58(1), 89-100.
- ข้อมูลจากคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (HDC). (2561). *ระบบระบบศูนย์กลางการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชของประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข. <https://www.dmh.go.th/report/datacenter/hdc/> (accessed 6.13.20).

- จักรี แก้วคำบัง. (2558). การศึกษาด้านความรู้ พฤติกรรม และทัศนคติของนักเรียน ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตจังหวัดนครราชสีมาและผลของแผนจัดการเรียนรู้ อย.น้อย. นครราชสีมา: กลุ่มคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา.
- จินตนา สุขจรรย์. (2549). การศึกษาและการพัฒนาชุมชน. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จิราภรณ์ ศรีคำ. (2547). การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการพัฒนาการจัดการศึกษาของโรงเรียนวชิรวิทย์ ระดับประถมศึกษา จังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จิรศักดิ์ ห้วยทราย. (2562). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลดงหลวง. มุกดาหาร: ฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร.
- เฉลียว บุรีภักดีและคณะ. (2545). ชุดการเรียนรู้ด้วยตนเอง. กรุงเทพฯ: ทบวงมหาวิทยาลัย. .
- ชลินดา จันทร์งาม. (2559). การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายสุขภาพจิตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำนาดี อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ชาญชัย ชัยสว่าง. (2552). การพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น อำเภอเฝ้าไร่จังหวัดหนองคาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ชุตินา ทองอยู่. (2557). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ถวิลวดี บุรีกุล. (2543). แนวคิดของการมีส่วนร่วมในระบอบประชาธิปไตย. จดหมายข่าว สถาบันพระปกเกล้า, 2(8), 4-6.
- ทรงวุฒิ เรืองวาทศิลป์. (2550). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการศึกษาในพื้นที่บริการของโรงเรียนล้อมแรดวิทยา อำเภอเถิน จังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์การบริหารการศึกษา มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธงรบ เทียนสันต์. (2558). ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธีรวุฒิ เอกะกุล. (2543). ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. อุบลราชธานี: สถาบันราชภัฏอุบลราชธานี.
- นรินทร์ชัย พัฒนพงศา. (2546). การมีส่วนร่วมหลักการพื้นฐาน เทคนิคและกรณี ตัวอย่าง. กรุงเทพฯ: 598 Print.
- น้ำทิพย์ สงวนบุญญพงษ์. (2560). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการขาดนัดการรักษาของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารพยาบาลทหารบก, 18(1), 229-236.

- นิคม ผัดแสน. (2540). *การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการโรงเรียนประถมศึกษาต่อการพัฒนา การศึกษาของกลุ่มโรงเรียนอุดร ศึกษา สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาอำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่*. กรุงเทพมหานคร : ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ไทย.
- ประพันธ์ สร้อยเพชร. (2547). *การมีส่วนร่วมในการจัดการศึกษาของคณะกรรมการสถานศึกษาขั้น พื้นฐาน ศูนย์โรงเรียนตำบลแช่ช้าง อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ปริญญา การศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและสถิติทางการศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประวดี เอรารวรรณ. (2545). *การวิจัยในชั้นเรียน*. กรุงเทพฯ: ดอกหญ้าวิชาการ.
- ปัญญา ทองทัฬ และ กฤตยา แสงเจริญ. (2556). พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทและการจัดการ พฤติกรรมรุนแรงของครอบครัว. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 31(4),121-127.
- เปรมฤดี คำรักษ์ และคณะ. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาบุคลากรและ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา. *วารสารการพยาบาลศึกษา*.
- ผ่องศรี ดวงแก้ว. (2553). *การวิเคราะห์สถานการณ์การเกิดตราบาปของผู้ป่วยโรคจิตเภทใน โรงพยาบาล สวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561-2580). (2561). *กองยุทธศาสตร์ และแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- พิชญากานต์ ยะพงศ์. (2561). *ผลของการแทรกแซงโดยเภสัชกรต่อผู้ดูแลเพื่อพัฒนาความร่วมมือใน การใช้ยาและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยใช้กลยุทธ์สำหรับผู้ดูแลเฉพาะราย. กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช. รายงานการวิจัย. นครศรีธรรมราช: โรงพยาบาลเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช.*
- พีระ พรนวม. (2544). *ศรัทธาต่อหลักการมีส่วนร่วมในการจัดการศึกษาของผู้บริหารโรงเรียนสังกัด สำนักงานการประถมศึกษาอำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน. การค้นคว้าแบบอิสระศึกษา ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*.
- เพ็ญประภา มะลาไวย์. (2550). *การพัฒนาโครงการกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*.
- ไพบูลย์ วัฒนศิริธรรม และพรรณทิพย์ เพชรมาก. (2551). *การบริหารสังคม ศาสตร์แห่งศตวรรษเพื่อ สังคมไทยและสังคมโลก*. กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน.
- ภัทรภรณ์ หุ่นปันคำ. (2560). *การพยาบาลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท*. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2558). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2555). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ปียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์พิมพ์.

- เมตต์ เมตต์การุณจิต. (2553). *การบริหารจัดการศึกษาแบบมีส่วนร่วม: ประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และราชการ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บุปผายาท.
- ยุพาพรรณ มาหา. (2561). *ผลของโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง และความรู้สึกรู้คุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- รัชตะ รัชตะนาวิณ. (2557). *โครงการแบ่งปันความสุขผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกจำกัดพฤติกรรมสู่ชีวิตใหม่ในชุมชน*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- รัตนา พันจุก. (2555). *ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วรรณศิลป์ พีรพันธุ์. (2553). *กฎบัตรและมาตรฐานระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการอนุรักษ์เมือง*. JARS, 7(1), 1-10.
- วรรณะ ชูศรีขาว. (2553). *ผลการประยุกต์ใช้โปรแกรมแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับกระบวนการสร้างพลังของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่มีต่อการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ตับลเพี้ยราม อ่างเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- วารภรณ์ สิ้นธุโสภา. (2561). *ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิจิตรภรณ์ โตแก้ว. (2558). *การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการบริหารการศึกษานอก ระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยอำเภอท่าม่วง จังหวัดกาญจนบุรี*. กาญจนบุรี. มหาวิทยาลัยราชภัฏกาญจนบุรี.
- วิรัตน์ ปานศิลา. (2554). *เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม*. มหาสารคาม: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- วิริยัญญ์ ไชยจันทร์. (2552). *ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อทัศนคติต่อยาและความร่วมมือในการมาตรวจตามนัดครั้งแรกหลังจำหน่ายของผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วีระยุทธ์ ชาตะกาญจน์. (2558). *การวิจัยเชิงปฏิบัติการ Action Research*. วารสารราชภัฏสุราษฎร์ธานี, 2(1), 29-49.
- ศรินรัตน์ จันทร์พิมพ์. (2561). *ปัจจัยทำนายความคิดอัตโนมัติทางลบในเด็กวัยรุ่นตอนปลาย*. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศุทธิณี หล้ามาชน. (2560). *กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

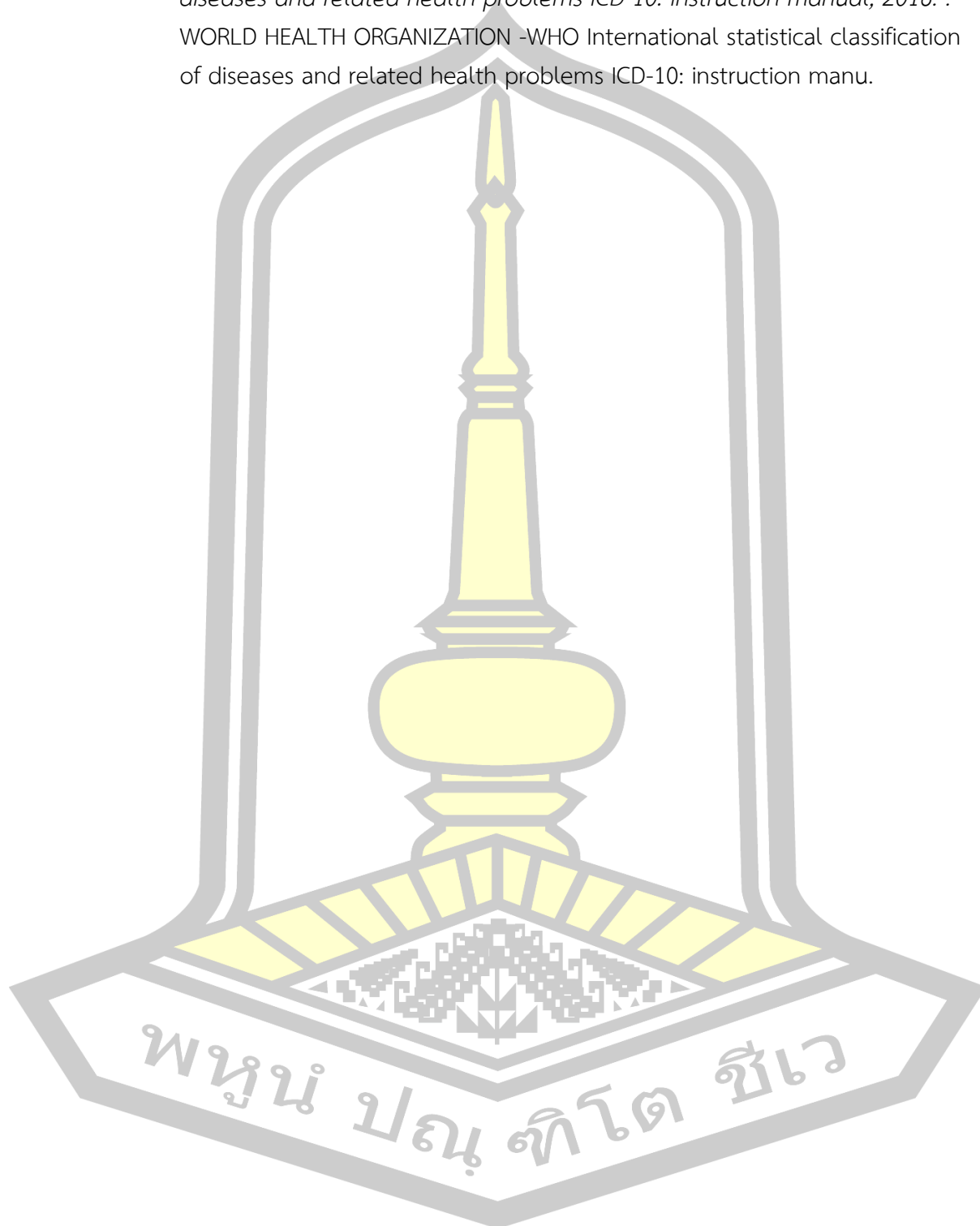
- ส.วาสนา ประवालพฤกษ์. (2544). *หลักการและเทคนิคการประเมินผลการศึกษา*. กรุงเทพฯ: เดอะ มาสเตอร์กรุ๊ป.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2557). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมยศ นาวิการ. (2545). *การบริหาร*. กรุงเทพฯ: ประชาอุทิศการพิมพ์จำกัด.
- สัญญา เคนาภูมิ. (2551). *ความสำเร็จของวิสาหกิจชุมชนใน 4 จังหวัดชายแดนลุ่มน้ำโขง*. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สันชัย วสุนธรา. (2547). *จิตเภท*. กรุงเทพฯ: สามัญนิติบุคคล.
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, ส. (2560). *รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2557. แผนงานการพัฒนาดัชนีภาระทางสุขภาพเพื่อการพัฒนา* นโยบาย, นนทบุรี. <http://bodthai.net/download/รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2557>.
- สินเงิน สุขสมปอง. (2559). *การสำรวจระดับจิตเวชของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556: ความชุกของโรคจิตเวชของ คนในเมืองใหญ่, กรุงเทพมหานคร. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 61, 75-88.*
- สิริพัฒน์ ลากจิตร. (2550). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจมีส่วนร่วมของประชาชนในการ สนับสนุน การบริหารงานขององค์การบริหารส่วนตำบล อำเภอวารินชำราบ จังหวัด อุบลราชธานี*. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนทรภรณ์ ทองไสย. (2557). *การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังอย่างยั่งยืน. วารสารกอง การพยาบาล, 41(3) 100-106.*
- สุ่มัทนา กลางคาร และวราพจน์ พรหมสัตยพรต. (2553). *หลักการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 3. มหาสารคาม: สารคามการพิมพ์.
- สุรพันธ์ ยันต์ทอง. (2533). *การบริหารโรงเรียน นวัตกรรม: เทคนิค: ประสบการณ์*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์กรมการศาสนา.
- สุวิมล ว่องวานิช. (2544). *การวิจัยปฏิบัติการในชั้นเรียน*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาวิจัยการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เสาวนีย์ คงนิรันดร. (2561). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- โสธยา ศุภโรจน์. (2554). *ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อคิน รพีพัฒน์. (2547). *การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาชุมชนในสภาพสังคมและวัฒนธรรม ไทย*. กรุงเทพฯ: ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- องอาจ นัยพัฒน์. (2554). *การออกแบบการวิจัย : วิธีการเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพและผสมผสานวิธี การ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

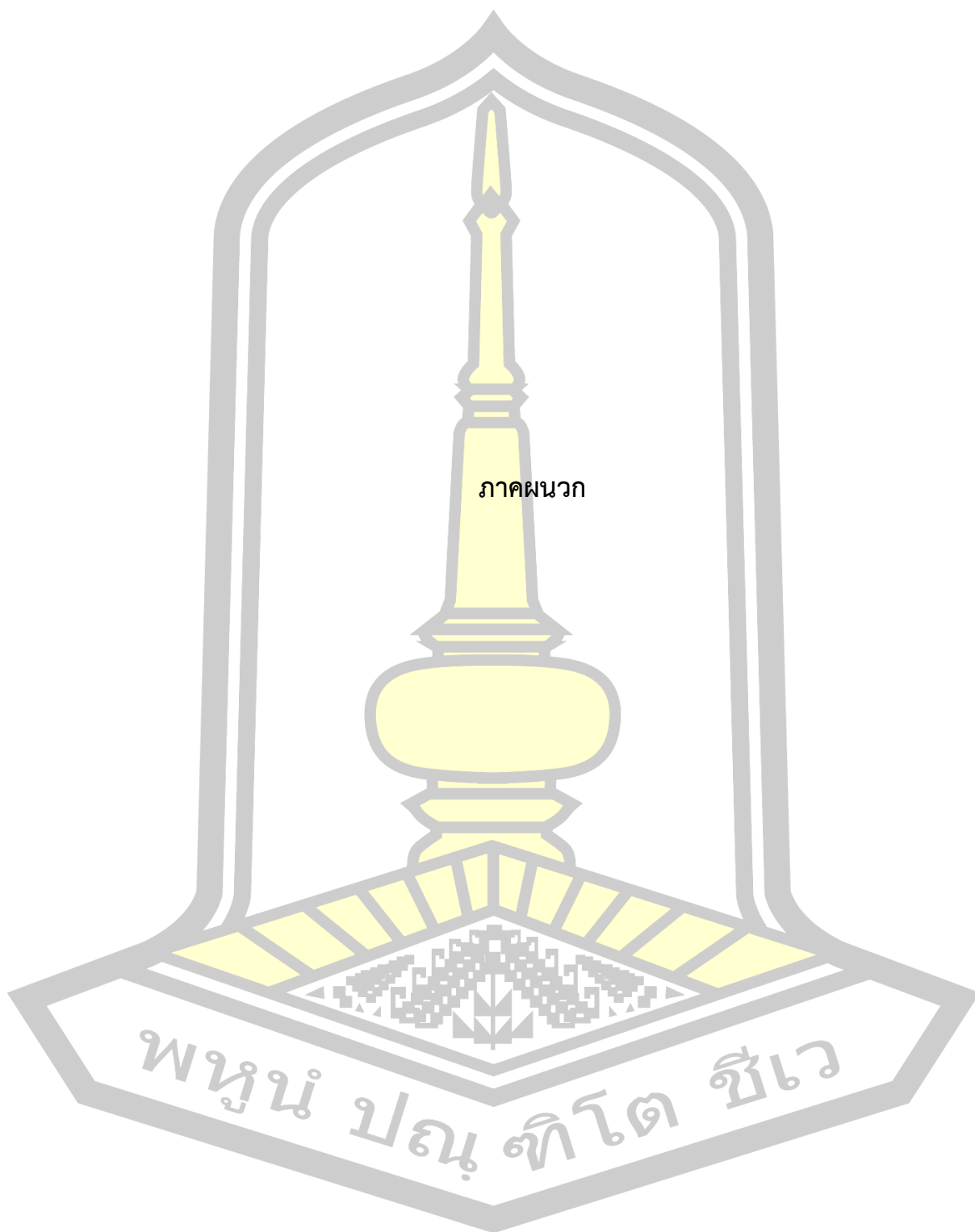
- อดิญา โพธิ์ศรี. (2561). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทชุมชน. *วารสารพยาบาลสภาการชาติไทย*, 1, 8-85.
- อภิญา กังสนารักษ์. (2544). รูปแบบการบริหารแบบมีส่วนร่วมในองค์กรที่มีประสิทธิผลระดับคณะของสถาบันอุดมศึกษา. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุทัย บุญประเสริฐ. (2542). *หลักสูตรและการบริหารงานวิชาการของโรงเรียน*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.
- อุทัย บุญประเสริฐ. (2529). *การติดต่อสื่อสารในองค์กรและการบริหาร*. กรุงเทพฯ : ศรีมงคลการพิมพ์.
- เอมิกา กลยณี, เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ และอารีย์วรรณ อ่อมตानी. (2558). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 7(1), 128- 140.
- Able, T., & Nickl-Jockschat, T. (2016). *The Neurobiology of Schizophrenia*. London, England: Academic Press.
- American Psychiatric Association. (2015). *PRACTICE GUIDELINE FOR: The Treatment of Patients with Schizophrenia Second Edition*. Retrieved from https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/.
- Arnstein, S. R. (1969). A Ladder of Citizen Participation. *Journal of the American Planning Association*, 35, 216-224.
- Baldwin, M. . (2016). *Beyond Schizophrenia: Living and Working with a Serious Mental Illness*. London, England: Rowman & Littlefield.
- Berkley. (1975). *The Craft of Public Administration*. Boston : Allyn and Bacon.
- Bowditch, J. L. (1973). *Behavior in Organization : A systems approach to managing* . 2nd ed. Addison - Wesley publishing company.
- Buck, C. J. (2016). *Standard Edition*. St. Louis, Missouri: ELSEVIER.
- Castle, D., & Buckley, P. (2015). *Schizophrenia*. 2nd ed. Oxford, England: Oxford University Press.
- Chein, W. T., Leung, S. F., Frederick, K. K. Y., & Wong, W. K. (2013). Current approaches to treatments for schizophrenia spectrum disorders, part II: psychosocial intervention and patient-focused perspectives in psychiatric care. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9, 463-481. 86.
- Coghlan, D. & Brannick, T. (2001). *Doing Action Research in Your Own Organization*. London : Sage.
- Cohen, J.M., & Uphoff, N. T. (1980). *Participations place in rural development: Seeking clarity through specificity*. New York: World Developments.

- Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. (1981). *Rural Development Participation : Concept and Measures for Project Design Implementation and Evaluation*. Ithaca, NY: Rural Development Committee Center for International Studies, Cornell University.
- Corey, S. M. (1953). *Action Research and Improved School Practices*. New York : Columbia Teachers Collage.
- Erwin, W. (1976). *Participation Management: Concept Theory and Implementation*. Atlanta: Georgia State University.
- Falloon, I.R., Held, T., Roncome, R. et al. (1998). Optimal treatment strategies to ensure recovery from schizophrenia. *Australia Newzeland Journal Medication*, 32, 43-49.
- Gray, P.O. & Bjorklund, D. F. (2014). *Psychology*. 7th ed. Duffield, England: Worth Publishing Ltd.
- Hou, S., Ke, C., Su, Y., Lung, F., & Huang, C. (2008). Exploring the burden of the primary family caregivers of schizophrenia patients in Taiwan. *Psychiatry Clin Neurosci*, 62(5), 508-514.
- Huntington, S. P., & Nelson, M. (1975). *No Easy Choice: Political Participation in Developing Countries*. Cambridge: Harvard University Press.
- Kast, F. E., & Rosenzweig, J. E. (1985). *Organization and management*. 4th ed. New York: McGraw-Hill.
- Kemmis, S & McTaggart, R. (1988). *The Action Research Planer*. 3rd ed. Victoria : Deakin University.
- Knapp, M., Mangalore, R., Simon, J. (2004). The global costs of schizophrenia. *Schizophr Bull*, 30(2), 279-293.
- Knapp, M. (1997). Costs of schizophrenia. *BMJ Psychiatry*, 171(6), 509-518.
- Knapp, M. (2000). Schizophrenia costs and treatment cost-effectiveness. *Acta Psychiatr Scand*, 102(407), 8-15.
- Lieberman, J.A., Stroup, T.S., & Perkins, D. O. (2011). *Essentials of Schizophrenia*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Morrison, J. (2014). *DSM-5® Made Easy: The Clinician's Guide to Diagnosis*. New York, NY: The Guilford Press.
- Murray, C. J., Vos, T., Lozano, R., Naghavi, M., Flaxman, A. D., Michaud, C., ... Memish, Z. A. (2012). Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 380 (9859), p2197-2223.

- Neuroscience Research Australia. (2016). *Schizophrenia; Impact on families*. Retrieved from <https://library.neura.edu.au/browse-library/insights-for-families/impact-on-family/>.
- Putti, J. M. (1987). *Management: A Functional Approach*. Singapore: McGraw-Hill.
- Rado, J., & Janicak, P. G. (2016). *Living with Schizophrenia: A Family Guide to Making a Difference*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Reddy, R.D. & Keshavan, M. S. (2015). *Understanding Schizophrenia: A Practical Guide for Patients, Families, and Health Care Professionals*. Santa Barbara, CA: PRAEGER.
- Ritchie Hannah Roser Max. (2018). *Our World in Data*. Retrieved from <https://ourworldindata.org/mental-health>.
- Sadock, B.A., Sadock, V.A., & Ruiz, P. (2015). *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. 11th ed. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.
- Salize, H. J, McCabe, R., & Bullenkamp, J. (2009). Cost of treatment of schizophrenia in six European countries. *Schizophr Res*, 111(1-3), 70-77. 90.
- Schoderbek, P. and Others. (1990). *Management System: Conceptual Consideration*. 4th ed. Richard D. Irwin, Inc.,.
- Schulz, S. Charles, Green, Michael F. & Nelson, K. J. (2016). *Schizophrenia and psychotic spectrum disorders*. New York, NY, US: Oxford University Press, xii.
- Schulz, S.C., Green, M.F., & Nelson, K. J. (2016). *Schizophrenia and Psychotic Spectrum Disorders*. Oxford, England: Oxford University Press.
- Stringer, E. T. (1999). *Action Research*. 2th ed California : SAGE.
- Thoburn, J.W., & Sexton, T. L. (2016). *Family Psychology: Theory, Research, and Practice*. Santa Barbara, CA: PRAEGER.
- United Nations. (1981). *Popular participation as a strategy for promoting community-level action and national development*. New York: United Nations.
- Weinberger, D.R., & Harrison, P. (2011). *Schizophrenia*. 3rd ed. West Sussex, England: Wiley- Blackwell.
- WHO and UNICEF. (1978) *Report of the International Conference on Primary Health Care*. New York : N.P. Press.
- World Health Organization. (2008). *Mental Health: Schizophrenia*. Retrieved from http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/.
- World Health Organization. (2016a). *Mental Health: Schizophrenia [WWW Document]*. URL http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/.

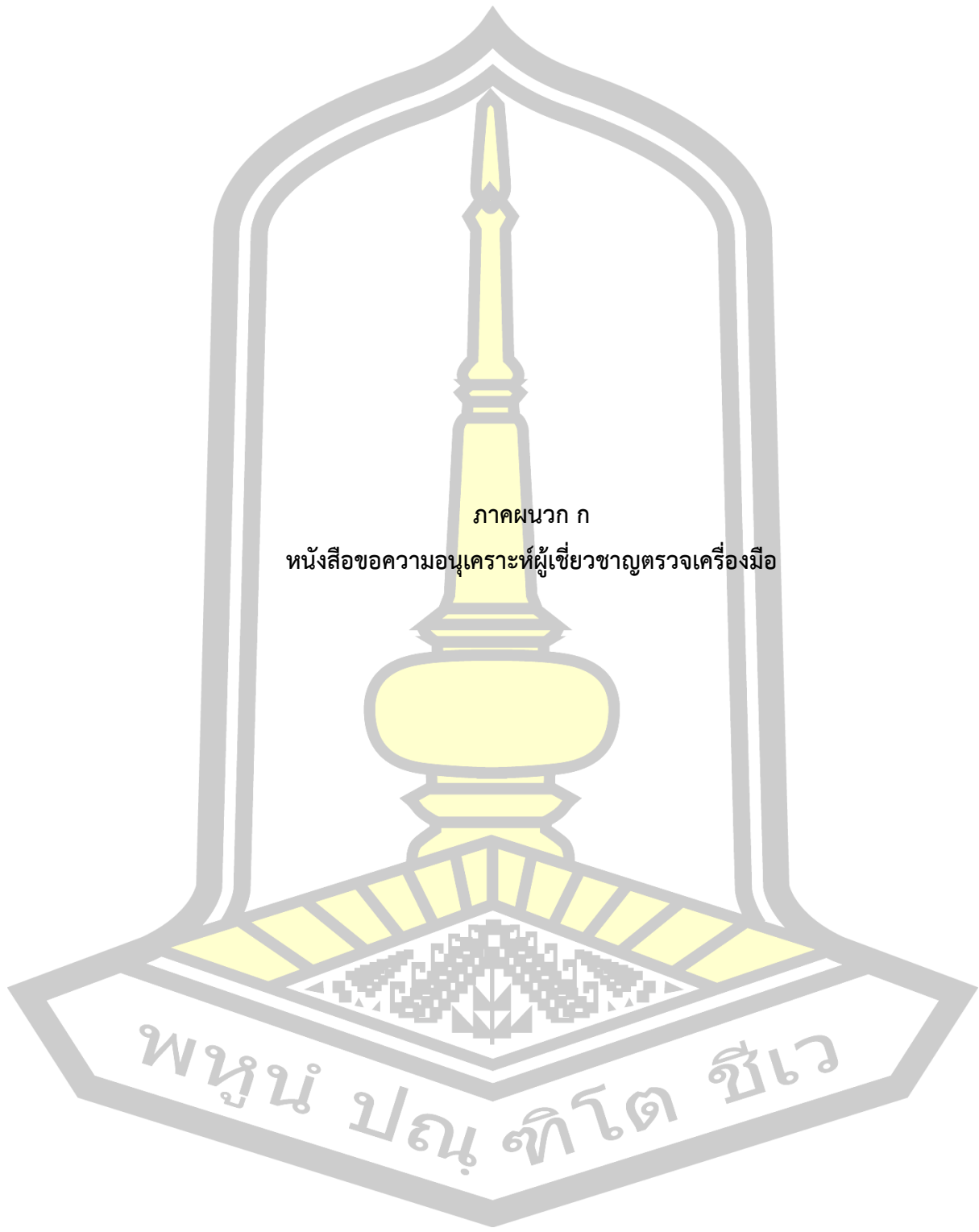
World Health Organization. (2016b). *WHO International statistical classification of diseases and related health problems ICD-10: instruction manual, 2016*. .
WORLD HEALTH ORGANIZATION -WHO International statistical classification of diseases and related health problems ICD-10: instruction manu.





ภาคผนวก

พหุบัณฑิตยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

หนังสือขอความอนุเคราะห์ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

พหุบัน ปณฺ ทิโต ชีเว

ที่ ขว ๐๖๐๕๑๘(๑.๔.๓)/๑๓๖๒



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ต.ขามเรียง อ.กันทรวิชัย
จ.มหาสารคาม ๔๔๑๕๐

พศจิกายน ๒๕๖๒

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์บุคคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างงานวิจัย	จำนวน ๑ ฉบับ
๒. แบบสัมภาษณ์การศึกษาวิจัย ชุดที่ ๑ และ ๒	จำนวน ๒ ฉบับ
๓. แบบตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือตามการให้คะแนน	จำนวน ๒ ฉบับ
๔. แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการเก็บข้อมูล	จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย นางน้ำผึ้ง โนนรัตน์ นิสิตปริญญาโท สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “การพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภท เครือข่ายโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาดำเนินการตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต(ส.ม.) โดยมี ผศ.ดร.นิรุวรรณ เทิร์นโบลต์ และ อ.ดร.อดิสร วงศ์คงเดช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่า นายคงทัช สิงขรานันต์ นายแพทย์ชำนาญการ เป็นผู้มีความรู้ ความสามารถและมีประสบการณ์ในเรื่องนี้เป็นอย่างดี จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในการรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิรุวรรณ เทิร์นโบลต์)

รองคณบดีฝ่ายบริหารการศึกษา ปฏิบัติราชการแทน

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

โทร. ๐ ๔๓๗๕ ๔๓๕๓ ต่อ ๔๕๐๐ โทรสาร ๐ ๔๓๗๕ ๔๐๔๓

ที่ มธ ว ๑๕.๑๘(๑.๔.๓)/ ๑๓๐๖



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ต.ขามเรียง อ.กันทรวิชัย
จ.มหาสารคาม ๔๔๑๕๐

พศจิกายน ๒๕๖๒

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์บุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างงานวิจัย	จำนวน ๑ ฉบับ
๒. แบบสัมภาษณ์การศึกษาวิจัย ชุดที่ ๑ และ ๒	จำนวน ๒ ฉบับ
๓. แบบตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือตามการให้คะแนน	จำนวน ๒ ฉบับ
๔. แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการเก็บข้อมูล	จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย นางน้ำผึ้ง โนนรัตน์ นิสิตปริญญาโท สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “การพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภท เครือข่ายโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต(ส.ม.) โดยมี ผศ.ดร.นิรุวรรณ เทรินโบล และ อ.ดร.อดิสร วงศ์คงเดช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่า นางชมกัญช วิระวิธชัย เกษิขกรชำนาญการพิเศษ เป็นผู้มีความรอบรู้ ความสามารถและมีประสบการณ์ในเรื่องนี้เป็นอย่างดี จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในการรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิรุวรรณ เทรินโบล)
รองคณบดีฝ่ายบริหารการศึกษา ปฏิบัติราชการแทน
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

โทร. ๐ ๔๓๗๕ ๔๓๕๓ ต่อ ๔๕๐๐ โทรสาร ๐ ๔๓๗๕ ๔๐๔๓

ที่ ๒๖ ๐๖๕.๑๘(๑.๔.๓)/ ๑๓๖๒



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ต.ขามเรียง อ.กันทรวิชัย
จ.มหาสารคาม ๔๔๑๕๐

พฤษภาคม ๒๕๖๒

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์บุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตระการพิรุณ


สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างงานวิจัย	จำนวน ๑ ฉบับ
๒. แบบสัมภาษณ์การศึกษาวิจัย ชุดที่ ๑ และ ๒	จำนวน ๒ ฉบับ
๓. แบบตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือตามการให้คะแนน	จำนวน ๒ ฉบับ
๔. แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการเก็บข้อมูล	จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย นางน้ำผึ้ง โนนรัตน์ นิสิตปริญญาโท สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “การพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภท เครือข่ายโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต(ส.ม.) โดยมี ผศ.ดร.นิรุธรรม เทรินโบล์ และ อ.ดร.อดิศร วงศ์คงเดช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่า นางสาวนิตยา สุทธิสุวรรณ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เป็นผู้มีความรอบรู้ ความสามารถและมีประสบการณ์ในเรื่องนี้เป็นอย่างดี จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในการรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิตจะได้นำผลการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ


(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิรุธรรม เทรินโบล์)
รองคณบดีฝ่ายบริหารการศึกษา ปฏิบัติราชการแทน
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

โทร. ๐ ๔๓๗๕ ๔๓๕๓ ต่อ ๔๕๐๐ โทรสาร ๐ ๔๓๗๕ ๔๐๔๓



ภาคผนวก ข

หนังสือขอความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือ

พหุ ประจักษ์ ชัยเว

ที่ ๒๖๖๕.๑๘(๑.๔.๓)/ ๑๗๐๖



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ต.ขามเรียง อ.กันทรวิชัย
จ.มหาสารคาม ๔๔๑๕๐

พฤษภาคม ๒๕๖๒

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือในการทำวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลน้ำขุ่น

ด้วย นางน้ำผึ้ง โนรีรัตน์ นิสิตปริญญาโท สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “การพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภท เครือข่ายโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต(ส.ม.)โดยมี ผศ.ดร.นิรุวรรณ เทรินโบล และ อ.ดร.อดิศร วงศ์คงเคช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่า กลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแลในพื้นที่รับผิดชอบเครือข่ายโรงพยาบาลน้ำขุ่น อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน ๖๐ คน ที่อยู่ในความรับผิดชอบ/ดูแล/ควบคุม/กำกับของท่านมีความเหมาะสมในการทดลองใช้เครื่องมือในการทำวิจัยครั้งนี้ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดอนุญาตให้ นางน้ำผึ้ง โนรีรัตน์ ทดลองใช้เครื่องมือในการทำวิจัย เพื่อที่นิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

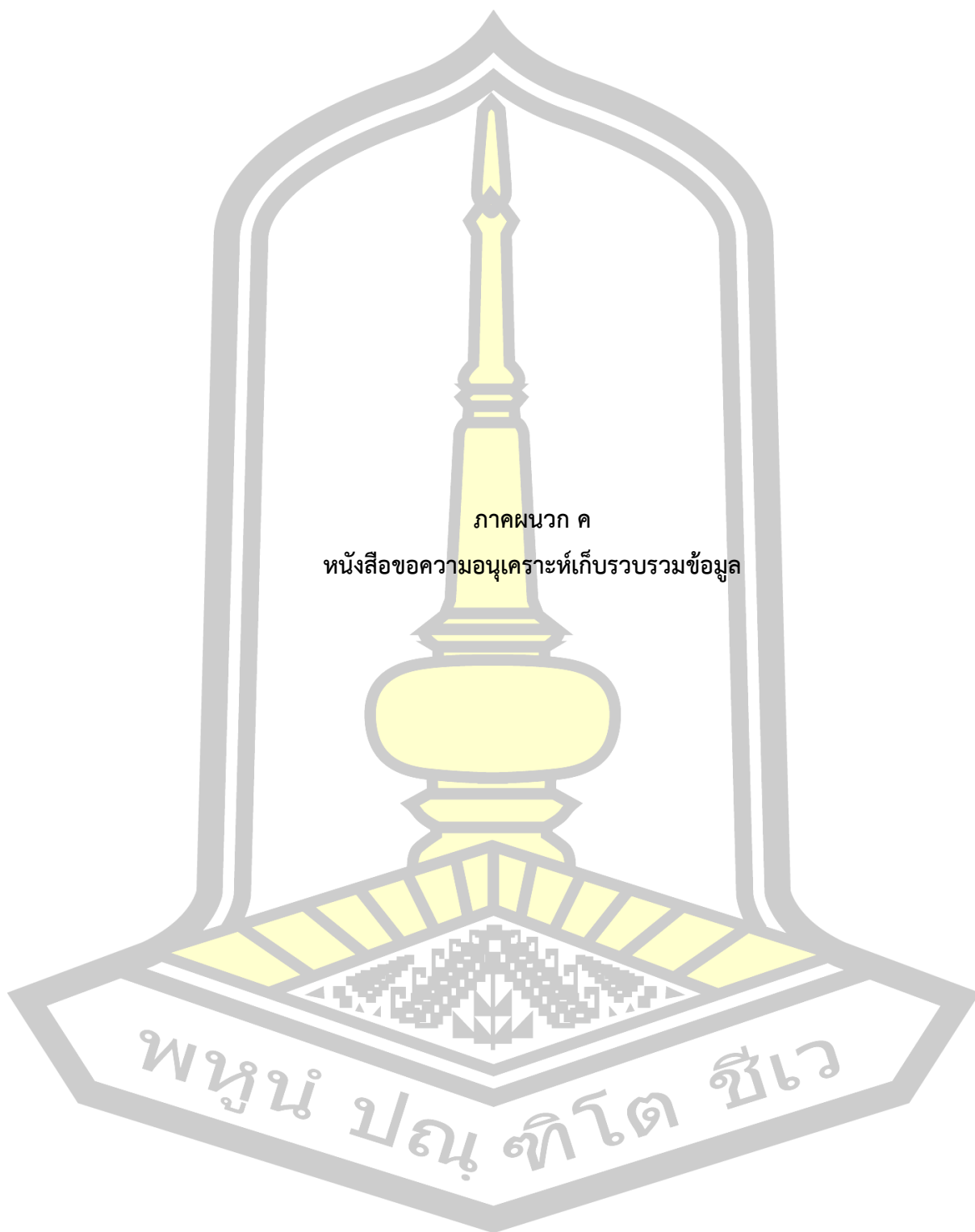
จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิรุวรรณ เทรินโบล)
รองคณบดีฝ่ายบริหารการศึกษา ปฏิบัติราชการแทน
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

โทร. ๐ ๔๓๗๕ ๔๓๕๓ ต่อ ๔๕๐๐ โทรสาร ๐ ๔๓๗๕ ๔๐๔๓



ภาคผนวก ค

หนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูล

พหุบัน ปณฺ ทิโต ชีเว

ที่ ๘๖๖.๕๕.๑๘(๑.๔.๓)/ ๑๓๐๓



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ต.ขามเรียง อ.กันทรวิชัย
จ.มหาสารคาม ๔๔๑๕๐

พศจิกายน ๒๕๖๒

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการจัดทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม

ด้วย นางน้ำผึ้ง โนรีรัตน์ นิสิตปริญญาโท สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “การพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภท เครือข่ายโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต(ส.ม.) โดยมี ผศ.ดร.นิรุวรรณ เทิร์นโบล์ และ อ.ดร.อดิสร วงศ์คงเคช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านให้ นางน้ำผึ้ง โนรีรัตน์ เก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทและกลุ่มผู้ดูแลจิตเภทและกลุ่มภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน ๑๕๐ คน ในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ เพื่อที่นิสิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

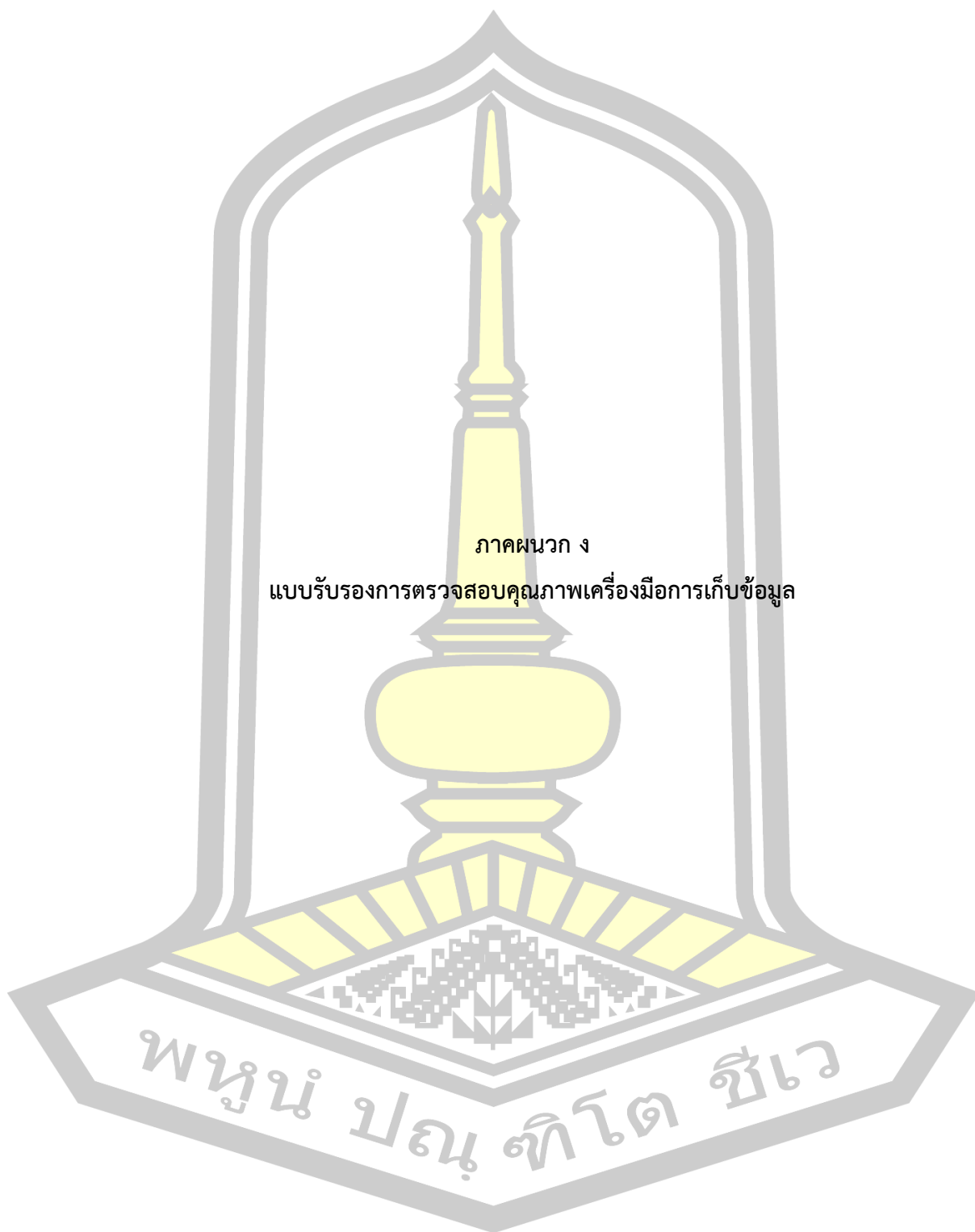
จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิรุวรรณ เทิร์นโบล์)
รองคณบดีฝ่ายบริหารการศึกษานโยบายบริหารการแทน
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

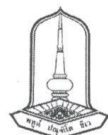
โทร. ๐ ๔๓๗๕ ๔๓๕๓ ต่อ ๔๕๐๐ โทรสาร ๐ ๔๓๗๕ ๔๐๔๓



ภาคผนวก ง

แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการเก็บข้อมูล

พหุบัณฑิตยาลัย



คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการเก็บข้อมูล

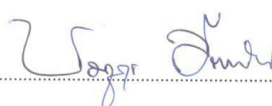
1. ชื่อ-สกุล นิตินิต นางน้ำผึ้ง โนนรัตน์ รหัสนิตินิต 61051480002
2. หลักสูตร สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต กลุ่มวิชาหลัก สาธารณสุขศาสตร์
3. ชื่อเรื่อง การพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภท เครือข่าย โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

Development of a network schizophrenia patient management system at Thung Si Udom Hospital Thung Si Udom District Ubon Ratchathani Province.

4. ผู้เชี่ยวชาญ นางชมภูษ วีระวันชัย
วุฒิการศึกษาสูงสุด เกษัตริศาสตร์มหาบัณฑิต
ตำแหน่ง เกษัตริการชำนาญการพิเศษ
สถานที่ทำงาน กลุ่มงานเกษัตริกรรม โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
5. ปัญหาที่พบ
 - 1) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท สำหรับผู้ดูแล และผู้ป่วยจิตเภท บางข้อคำถาม ยังไม่ชัดเจน และอาจทำให้เกิด Stigma รวมทั้งควรแยกคำถาม ระหว่างผู้ดูแล และผู้ป่วยจิตเภท เพราะในมุมมองของผู้ดูแล ควรเป็นประเด็นคำถามถึงความเข้าใจถึงตัวผู้ป่วย และอาการของผู้ป่วยเพื่อจะได้เข้าใจ และสามารถสังเกต รวมทั้งให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม สำหรับแบบสอบถามสำหรับตัวผู้ป่วยจิตเภท ควรเป็นประเด็นที่ให้ผู้ป่วยเข้าใจโรคของตนเอง และการสังเกตอาการเตือนว่าอาจจะกลับเป็นซ้ำ (แต่หลาย ๆ หัวข้อของคำถาม สามารถใช้ได้ทั้งสองกลุ่ม เพียงแต่ปรับเพิ่ม หรือเปลี่ยนบางข้อ)
 - 2) การประเมินอาการผู้ป่วย ที่มีแผนจะใช้ PANSS อาจจะไม่เหมาะสมในบริบทของการทำงานจริง เนื่องจาก การใช้แบบประเมิน PANSS นั้น มีการใช้เฉพาะการวิจัยทางคลินิกที่จะดูประสิทธิภาพของยาเปรียบเทียบกับ ซึ่งมีการละเอียด และใช้เวลาพอสมควรในแต่ละเคส รวมทั้งกรณีที่จะใช้แบบประเมินดังกล่าว ผู้ที่จะประเมิน จะต้องได้รับการ Inter-rater กับจิตแพทย์ ที่มีความเชี่ยวชาญในการใช้เครื่องมือดังกล่าว
6. ข้อเสนอแนะ
 - 1) ควรแยกแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ของผู้ดูแล และผู้ป่วย โดยอาจจะมียางประเด็นที่เป็นคำถามเดียวกันได้ แต่อาจเพิ่มบางประเด็น เพื่อให้การสอบถามเป็นไปตามวัตถุประสงค์ และไม่

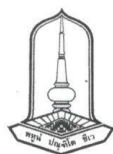
เกิด Stigma กับผู้ป่วย และส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจอันดี แก่ผู้ดูแล และผู้ป่วย ต่อไป (รายละเอียด
ได้เสนอแนะในแบบประเมินแล้ว)

- 2) เสนอให้ใช้แบบประเมินที่ผู้ประเมินมีประสบการณ์ และมีการดำเนินงานตามบริบทของการทำงาน
ซึ่งในเครือข่ายจิตเวชชุมชน มีการแนะนำให้ใช้ PASS 8 ซึ่งจะสามารถติดตามอาการของผู้ป่วยได้
- 3) หัวข้อในแบบประเมิน อื่น ๆ เสนอให้มีการปรับข้อความ และหมวดหมู่ ได้เสนอในรายละเอียดแต่ละ
แบบประเมินแล้ว

ลงชื่อ..... ผู้เชี่ยวชาญ

(นางชมกฤษ วีระวันชัย)

วันที่... ๑๑ / ๗๗ / ๖๑



คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการเก็บข้อมูล

1. ชื่อ-สกุลนิสิต นางน้ำผึ้ง โนนรัตน์ รหัสนิสิต 61051480002
2. หลักสูตร สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต กลุ่มวิชาหลัก สาธารณสุขศาสตร์
3. ชื่อเรื่อง การพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภท เครือข่าย โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

Development of a network schizophrenia patient management system at Thung Si Udom Hospital Thung Si Udom District Ubon Ratchathani Province.

4. ผู้เชี่ยวชาญ นายแพทย์คงทัช สิงขรนนต์
วุฒิการศึกษาสูงสุด แพทย์ศาสตร์บัณฑิต
ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม
สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม

5. ปัญหาที่พบ

- ความยากในการตามเก็บข้อมูล เก็บไม่ครบถ้วน
การประเมินผล เก็บไม่ได้

6. ข้อเสนอแนะ

- ปรับเกณฑ์ เก็บข้อมูล ให้ตรงกับ วัตถุประสงค์

ลงชื่อ..... *อน* ผู้เชี่ยวชาญ

(นายแพทย์คงทัช สิงขรนนต์)

วันที่ 13 / 11 / 62



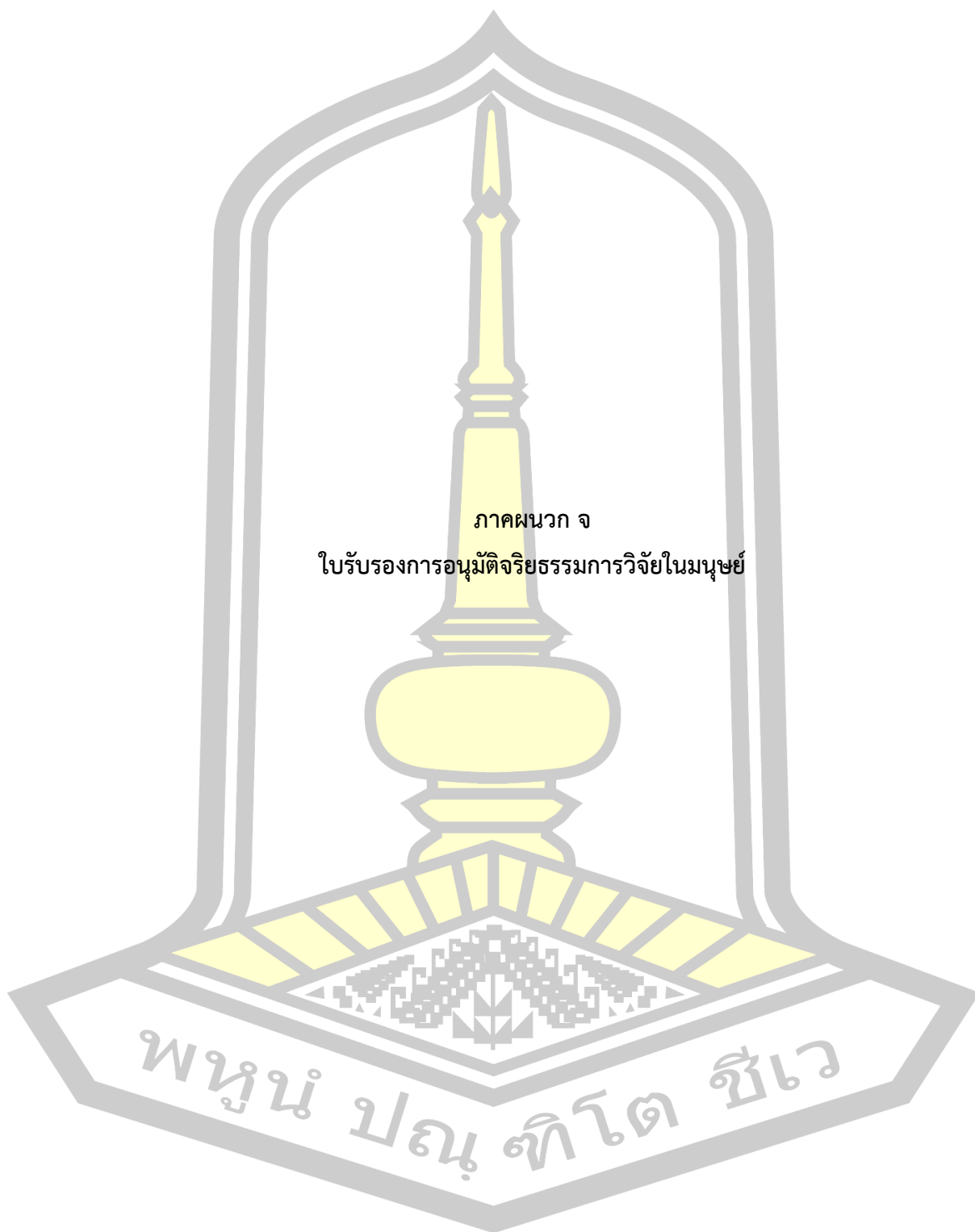
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการเก็บข้อมูล

1. ชื่อ-สกุลนิสิต นางน้ำผึ้ง โนนรัตน์ รหัสนิสิต 61051480002
2. หลักสูตร สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต กลุ่มวิชาหลัก สาธารณสุขศาสตร์
3. ชื่อเรื่อง การพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภท เครือข่าย โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

Development of a network schizophrenia patient management system at Thung Si Udom Hospital Thung Si Udom District Ubon Ratchathani Province.

4. ผู้เชี่ยวชาญ นางสาวนิตยา สุทธิสุวรรณ
วุฒิการศึกษาสูงสุด พยาบาลศาสตรบัณฑิต
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ทำงาน พยาบาลประจำคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลตระการพิรุณ
5. ปัญหาที่พบ
 - บทสัมภาษณ์ค่อนข้างยาว
 - เครื่องมือ ควรปรับแก้กับทฤษฎีและผู้ป่วยจิตเภท บางข้อ อ่านแล้วเข้าใจยาก
 - ส่วน ข้อ 1
 - ความยุ่งยากในกรณีศึกษา บางข้อ ไม่กระชับ อ่านแล้วไม่เข้าใจ
6. ข้อเสนอแนะ
 - บทสัมภาษณ์ ปรับแก้ กระชับ 3-5 หน้า
 - ข้อเสนอแนะ ควรปรับแก้ แต่ละข้อ ไว้ในส่วนท้ายข้อ/เสนอแนะแล้ว

ลงชื่อ นิตยา สุทธิสุวรรณ ผู้เชี่ยวชาญ
(นางสาวนิตยา สุทธิสุวรรณ)
วันที่ 21 / พ.ย. / 2562



ภาคผนวก จ

ใบรับรองการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

พหุบัน ปณ ทีโต ชีเว



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เลขที่การรับรอง : 035/2563

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) การพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภท เครือข่ายโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) Development of a Network Schizophrenia Patient Management System at Thung Sri Udom Hospital Thung Sri Udom District Ubonratchani Province.

ผู้วิจัย : นางน้ำผึ้ง โนรีรัตน์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะสาธารณสุขศาสตร์

สถานที่ทำการวิจัย : จังหวัดอุบลราชธานี

ประเภทการพิจารณาแบบ : แบบเร่งรัด

วันที่รับรอง : 19 กุมภาพันธ์ 2563

วันหมดอายุ : 18 กุมภาพันธ์ 2564

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงการงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วให้ผู้วิจัยส่งแบบฟอร์มการปิดโครงการและรายงานผลการดำเนินงานมายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หรือหากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจักต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

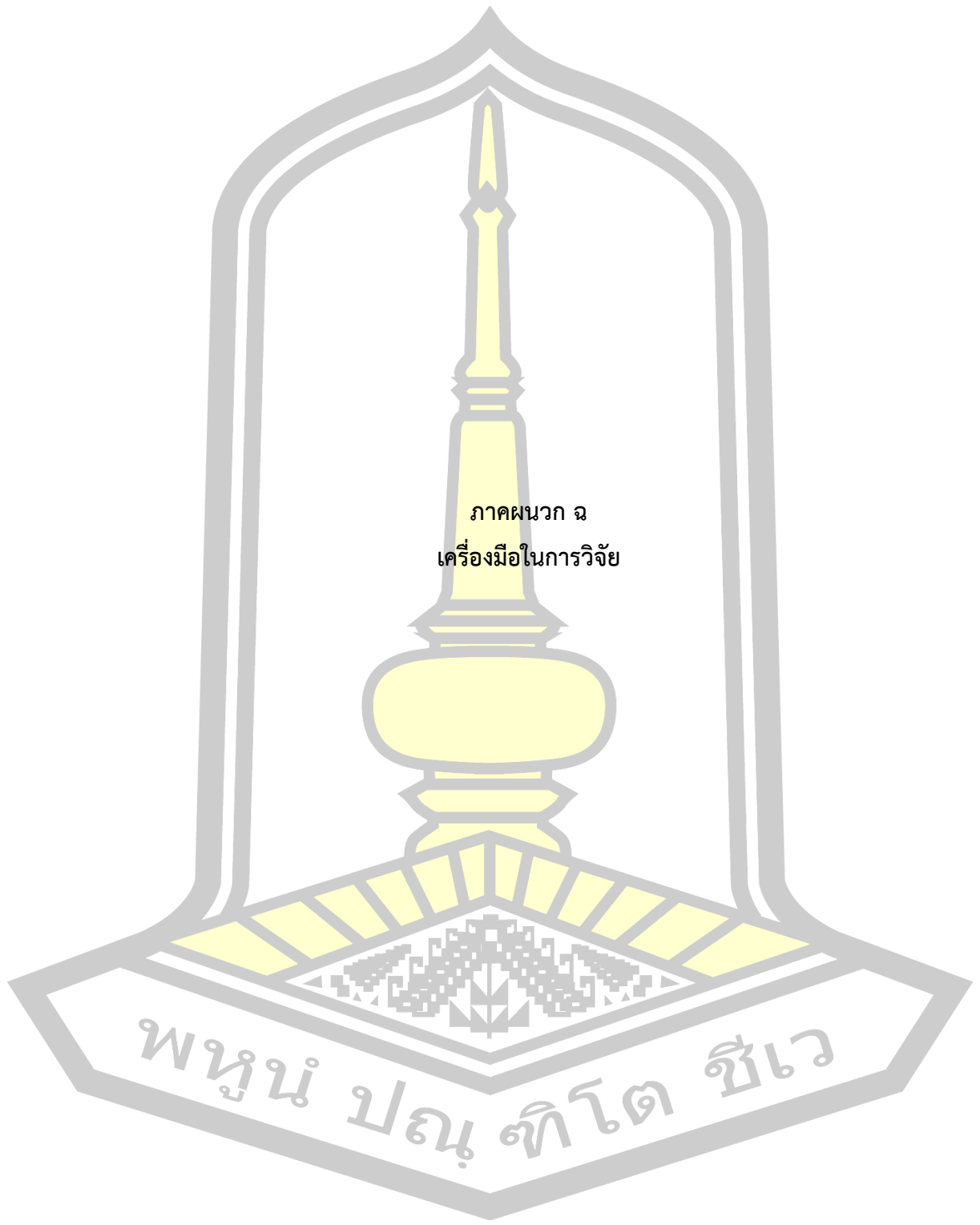
.....ภรณ์.....สงัด.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เกษียรหญิงราตรี สว่างจิตร์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



ภาคผนวก จ
เครื่องมือในการวิจัย

พหุบัน ปณุ ทิโต ชีเว

แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยเลขที่ ID



แบบสัมภาษณ์การศึกษาวิจัย

เรื่อง การพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภท เครือข่าย โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม

อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

คำชี้แจง

การศึกษาครั้งนี้ จะนำไปสู่การพัฒนาระบบการจัดการจัดการผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งท่านเป็นบุคคลสำคัญที่จะมีส่วนร่วมกระบวนการจัดการผู้ป่วยจิตเภท โดยท่านสามารถให้ข้อมูลในแบบสัมภาษณ์ทั้ง 3 ส่วนนี้ตามความเป็นจริง ซึ่งข้อมูลที่ท่านตอบจะนำไปวิเคราะห์ในภาพรวมเท่านั้นและจะเก็บไว้เป็นความลับการให้ข้อมูลในครั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจของท่าน หากท่านยินดีเข้าร่วมกระบวนการจัดการผู้ป่วยจิตเภทได้โปรดตอบแบบสัมภาษณ์ฉบับนี้ ให้ครบทุกข้อและตรงความเป็นจริงหรือตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

คำแนะนำ

แบบสัมภาษณ์สำหรับผู้ป่วยจิตเภท ที่ใช้ในงานวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากรส่วนของผู้ป่วย และบริบทการรักษา	จำนวน	20	ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบประเมินระดับอาการทางจิต	จำนวน	8	ข้อ
ส่วนที่ 3 ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา	จำนวน	8	ข้อ

นางน้ำผึ้ง โนรีรัตน์

นิสิตปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

คณะสาธาณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร

คำชี้แจง ให้ท่านทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง หรือเติมข้อความที่ท่านพิจารณาเห็นว่า ตรงกับความ
เป็นอยู่ของท่านและผู้ป่วยจิตเภท

ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท

1. เพศ
 1. ชาย 2. หญิง
2. อายุของผู้ป่วยจิตเภท.....ปีบริบูรณ์
3. สถานภาพ
 1. โสด 2. สมรส 3. หม้าย/อย่าร้าง/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. ลูกจ้างเอกชน
 3. ค้าขาย 6. อื่น ๆ ระบุ.....
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท
7. สถานะทางการเงินของครอบครัว
 1. เหลือเก็บ 3. ไม่พอใช้
 2. มีพอกินพอใช้ 4. มีหนี้สิน
8. ท่านอาศัยอยู่กับผู้ใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 1. บิดา มารดา 5. คู่สมรส
 2. บุตร 6. พี่น้อง
 3.ญาติสนิท 7. เขย,สะใภ้
 4.ผู้อาศัย 8. อื่น ๆ ระบุ.....
9. ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท.....ปี.....เดือน
10. โรคหรือสิ่งอื่นที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ป่วยมานาน.....ปี
11. มีปัจจัยในข้อใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยรายนี้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 1. พันธุกรรม
 2. ความผิดปกติของสมองตั้งแต่แรกเกิด
 3. ประสบอุบัติเหตุ สมองได้รับการกระทบกระเทือน

ส่วนที่ 2 ระดับอาการทางจิต

แบบประเมินอาการผู้ป่วยจิตเภท 8 ข้อ ฉบับพระศรีมหาโพธิ์
(Prasri Assessment Schizophrenia Scale (PASS8))

ข้อ	อาการที่ประเมิน	คะแนนที่ประเมิน				
		1	2	3	4	5
1	อาการแยกตัวจากสังคม (passive/apathetic social)					
2	อาการหลงผิด (delusion)					
3	เนื้อหาความผิดปกติ (unusual thought content)					
4	อาการประสาทหลอน (hallucinatory behavior)					
5	การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (blunted affect)					
6	ความคิดสับสน (conceptual disorganization)					
7	การสนทนาขาดความต่อเนื่อง ไม่ราบรื่น (lack of spontaneity and flow conversation)					
8	ท่าทางและการเคลื่อนไหวผิดปกติ (mannerism and posturing)					
รวมคะแนน						

การแปลผล

รวมคะแนน 8-16 = ระดับปกติ/น้อย (คะแนนในข้อ 2, ข้อ 3, ข้อ 4, ข้อ 6, ข้อ 8 ต้องน้อยกว่า 4 คะแนน)
รวมคะแนน 17-30 = ระดับปานกลาง (คะแนนในข้อ 2, ข้อ 3, ข้อ 4, ข้อ 6, ข้อ 8 ต้องน้อยกว่า 4 คะแนน)
รวมคะแนน 31 ขึ้นไป = ระดับรุนแรง (คะแนนในข้อ 2, ข้อ 3, ข้อ 4, ข้อ 6, ข้อ 8 ข้อใดข้อหนึ่ง ต้องมากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน)

ส่วนที่ 3 ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

แบบสอบถามความสม่ำเสมอในการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (MMAS 8 - Item)

คำชี้แจง ให้ท่านทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับช่องที่ท่านคิดว่าถูกต้องที่สุด โดยมีเกณฑ์ดังนี้

ใช่ หมายถึง คำถามที่ถามนั้นถูกต้อง

ไม่ใช่ หมายถึง คำถามที่ถามนั้นไม่ถูก หรือ ผิด

ลำดับ	ข้อความถาม	ใช่	ไม่ใช่
1.	มีบางเวลาที่คุณลืมรับประทานยา ใช่หรือไม่		
2.	บางคนไม่ได้รับประทานยาในบางเวลา โดยมีเหตุผลอื่นนอกจากลืม คุณลองคิดทบทวนว่าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีบางวันที่ท่านไม่ได้รับประทานยา ใช่หรือไม่		
3.	คุณเคยลดขนาดยาหรือหยุดรับประทานยา โดยไม่ได้บอกแพทย์ เพราะรู้สึกแยะเวลาที่ท่านรับประทานยาใช่หรือไม่		
4.	เมื่อคุณออกนอกบ้าน เคยลืมนำยาไปด้วยหรือไม่		
5.	เมื่อวานรับประทานยาทุกตัวใช่หรือไม่		
6.	เมื่อคุณรู้สึกว่าอากาศดีขึ้น คุณเคยหยุดรับประทานยา ใช่หรือไม่		
7.	การรับประทานยาทุกวันเป็นเรื่องยุ่งยากสำหรับบางคน คุณรู้สึกว่าเป็นเรื่องยุ่งยากหรือไม่ที่ต้องปฏิบัติตามแผนการรักษา		
8.	คุณรู้สึกยุ่งยากใจในการที่จะต้องจดจำวิธีรับประทานยาทั้งหมด บ่อยครั้งแค่ไหน () ไม่เคยรู้สึก / รู้สึกน้อยครั้ง (1 ครั้งต่อสัปดาห์ ที่จำไม่ได้ว่ายาตัวไหนรับประทานอย่างไร () รู้สึกนาน ๆ ครั้ง (2 ถึง 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ที่จำไม่ได้ว่ายาตัวไหนรับประทานอย่างไร () รู้สึกบางครั้ง (4 ถึง 5 ครั้งต่อสัปดาห์ ที่จำไม่ได้ว่ายาตัวไหนรับประทานอย่างไร () รู้สึกบ่อยครั้ง (6 ครั้งต่อสัปดาห์ที่จำไม่ได้ว่ายาตัวไหนรับประทานอย่างไร () รู้สึกเป็นประจำ (7 ครั้งต่อสัปดาห์ที่จำไม่ได้ว่ายาตัวไหนรับประทานอย่างไร)		

ปิ่นทอง ผึ้งดอกไม้, วิชชดา เจริญกิจการ, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, ศรีรัตน ศรีประสงค์, ฉัตรกนก ทุมวิภาต. (2559).ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏวราชนครินทร์, 8(1), 19.

แบบสัมภาษณ์สำหรับผู้ดูแลเลขที่ ID



แบบสัมภาษณ์การศึกษาวิจัย

เรื่อง การพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภท เครือข่าย โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม

อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

คำชี้แจง

การศึกษาครั้งนี้ จะนำไปสู่การพัฒนาระบบการจัดการจัดการผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งท่านเป็นบุคคลสำคัญที่จะมีส่วนร่วมกระบวนการจัดการผู้ป่วยจิตเภท โดยท่านสามารถให้ข้อมูลในแบบสัมภาษณ์ทั้ง 4 ส่วนนี้ตามความเป็นจริง ซึ่งข้อมูลที่ท่านตอบจะนำไปวิเคราะห์ที่ภาพรวมเท่านั้นและจะเก็บไว้เป็นความลับการให้ข้อมูลในครั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจของท่าน หากท่านยินดีเข้าร่วมกระบวนการจัดการผู้ป่วยจิตเภทได้โปรดตอบแบบสัมภาษณ์ฉบับนี้ ให้ครบทุกข้อและตรงความเป็นจริงหรือตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

คำแนะนำ

แบบสัมภาษณ์สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ที่ใช้ในงานวิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากรส่วนของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช	จำนวน	9	ข้อ
ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษาด้วยยา	จำนวน	20	ข้อ
ส่วนที่ 3 ทักษะที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท	จำนวน	10	ข้อ
ส่วนที่ 4 การดูแลผู้ป่วยจิตเภท	จำนวน	21	ข้อ

นางน้ำผึ้ง โนรีรัตน์

นิสิตปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร

คำชี้แจง ให้ท่านทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง หรือเติมข้อความที่ท่านพิจารณาเห็นว่าตรงกับความเป็นอยู่ของท่านและผู้ป่วย ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1. เพศ
 - 1. ชาย 2. หญิง
2. อายุของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....ปีบริบูรณ์
3. สถานภาพ
 - 1. โสด 2. สมรส 3. หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษา
 - 1. ไม่ได้เรียน 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย 7. อื่น ๆ ระบุ.....
 - 2. ประถมศึกษา 5. อนุปริญญา
 - 3. มัธยมศึกษาตอนต้น 6. บริญญาตรี
5. อาชีพ
 - 1. เกษตรกรรม 4. ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ
 - 2. รับจ้างทั่วไป 5. ลูกจ้างเอกชน
 - 3. ค้าขาย 6. อื่น ๆ ระบุ.....
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน..... บาท
7. ฐานะทางการเงินของครอบครัว
 - 1. เหลือเก็บ 3. ไม่พอใช้
 - 2. มีพอกินพอใช้ 4. มีหนี้สิน
8. ท่านมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) (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



ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

คำชี้แจง ให้ท่านทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับช่องที่ท่านคิดว่าถูกต้องที่สุด โดยมีเกณฑ์ดังนี้

ใช่ หมายถึง คำถามที่ถามนั้นถูกต้อง

ไม่ใช่ หมายถึง คำถามที่ถามนั้นไม่ถูก หรือ ผิด

ลำดับ	ประเด็นความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	ตัวเลือก	
		ใช่	ไม่ใช่
1.	โรคจิตเภทหมายถึงโรคที่มีผลทำให้ผู้ป่วยแสดงออกทางความคิดอารมณ์และการกระทำที่ผิดปกติไปจากคนทั่วไป		
2.	โรคจิตเภท ถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มโรคเรื้อรัง		
3.	การใช้สารเสพติดต่าง ๆ เช่น สุรา ยาบ้า สารระเหย มีผลทำให้เกิดโรคจิตเภท		
4.	ผู้ที่มีญาติพี่น้องป่วยทางจิต จะมีโอกาสป่วยทางจิตมากกว่าผู้อื่น		
5.	ความสัมพันธ์และสภาวะแวดล้อมในครอบครัวมีส่วนทำให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท		
6.	ผู้ป่วยจิตเภทจะแสดงอาการเฉพาะในวันพระเท่านั้น		
7.	อาการพูดคนเดียวไปเรื่อย ๆ เป็นอาการแสดงของผู้ป่วยจิตเภท		
8.	การเดินแก้ม้าตามที่สาธารณะ เป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งของผู้ป่วยจิตเภท		
9.	การอยู่นิ่งๆ เฉยเมย แยกตัวเอง เป็นอาการเตือนอาการกำเริบหรือป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท		
10.	ความผิดปกติที่แสดงอาการด้านบวกของผู้ป่วยจิตเภท เช่น อาการหลงผิดว่า ตนเองถูกปองร้ายหรือถูกกลั่นแกล้ง		
11.	ความผิดปกติที่แสดงอาการด้านลบของผู้ป่วยจิตเภทเช่น พูดน้อย เฉื่อยชา แยกตัว		
12.	ควรหลีกเลี่ยงที่จะคบหาหรือพูดจากับผู้ป่วยจิตเภททุกคนเพราะผู้ป่วยอาจทำร้ายเราได้ทุกเมื่อ		
13.	การรักษาผู้ป่วยจิตเภทมีวิธีเดียวเท่านั้น คือการให้ยา		
14.	ผู้ป่วยจิตเภทสามารถปรับลดขนาดยาลงได้เมื่อไม่แสดงอาการผิดปกติ		
15.	คนอื่นไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการดีขึ้นได้ นอกจากแพทย์ที่รักษา		
16.	การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเข้าร่วมทำกิจกรรมในสังคม ถือเป็นความช่วยเหลือบำบัดรักษาอาการวิธีหนึ่ง		
17.	การที่ผู้ป่วยจิตเภทกินยารักษาอาการทางจิตติดต่อกันเป็นเวลานาน ๆ จะทำให้เกิดการติดยาได้		
18.	การเอาใจใส่ดูแลช่วยเหลือจากผู้ดูแลและคนในชุมชนจะช่วยให้อาการของผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้น		
19.	แม้ว่าผู้ป่วยจะไม่แสดงอาการผิดปกติ แต่ก็ต้องกินยาอย่างต่อเนื่องตามแพทย์สั่ง		
20.	การสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์/คาเฟอีน หรือสูบบุหรี่จะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบหรือป่วยซ้ำได้		

ส่วนที่ 3 ทศนคติที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง ให้ท่านทำเครื่องหมาย/ลงในช่องที่ตรงกับความคิดของท่านมากที่สุด ซึ่งแบบสัมภาษณ์ ต้องการประเมินทัศนคติของท่านต่อผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้สัมภาษณ์จะสัมภาษณ์ประเด็นต่าง ๆ ในรายการข้างล่างนี้และมีเกณฑ์พิจารณาให้ค่าความหมายดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก

เห็นด้วย หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด

ประเด็นข้อคิดเห็นที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. ผู้ป่วยจิตเภทมีแต่จะสร้างความเดือดร้อนให้กับผู้อื่น				
2. แม้ว่าผู้ป่วยไม่แสดงอาการ แต่ท่านก็รู้สึกหวาดระแวง ที่จะโดนทำร้าย				
3. ผู้ป่วยจิตเภทเป็นกลุ่มคนที่น่าเห็นใจควรที่จะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง				
4. ควรให้ผู้ป่วยจิตเภทอยู่เฉยๆ ไม่ควรให้ทำงานหรือประกอบอาชีพ				
5. ท่านไม่เคยรู้สึกท้อแท้ ที่จะพาผู้ป่วยมารับการรักษา				
6. คนในชุมชนควรมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท				
7. ผู้ป่วยจิตเภทสามารถร่วมทำกิจกรรมในชุมชน เช่น งานบุญ งานพัฒนาในชุมชนได้ เป็นต้น				
8. ผู้ดูแลมีส่วนสำคัญในการรักษาอาการของผู้ป่วยจิตเภท				
9. การรักษาโรคจิตเภท จะต้องปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์และพยาบาลอย่างเคร่งครัด				
10. การให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นวิธีการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่ดีที่สุด				

(พัฒนาจาก เพ็ญประภา มะลาไวย์, 2550)

สำหรับกลุ่มผู้ภาคีเครือข่าย

แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม

1. ปัญหาระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภทในเครือข่ายโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. ความต้องการการช่วยเหลือ



.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. แนวทางการแก้ไขปัญหา

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



สำหรับกลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแล

แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม

1. ปัญหาระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภทในเครือข่ายโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. ความต้องการการช่วยเหลือ



.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. แนวทางในการแก้ไขปัญหา

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



ประวัติผู้เขียน

ชื่อ นางน้ำผึ้ง โนรีรัตน์
วันเกิด วันที่ 20 สิงหาคม พ.ศ. 2522
สถานที่เกิด จังหวัดอุบลราชธานี
สถานที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ 102 หมู่ 1 ตำบลคำเจริญ อำเภอตระการพืชผล
จังหวัดอุบลราชธานี รหัสไปรษณีย์ 34130
ตำแหน่งหน้าที่การงาน เกษัตริกร
สถานที่ทำงานปัจจุบัน โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี
รหัสไปรษณีย์ 34160
ประวัติการศึกษา พ.ศ. 2538 มัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนนาเรีนกุล จังหวัดอุบลราชธานี
พ.ศ. 2541 มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนเบ็ญจะมะมหาราช
จังหวัดอุบลราชธานี
พ.ศ. 2546 ปริญญาเกษตรศาสตรบัณฑิต (ก.บ.) มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
พ.ศ. 2563 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) มหาวิทยาลัย
มหาสารคาม

พูน ปณ ทิโต ชีเว