



การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายสุขภาพจิต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำนาดี อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ

The Development of a Health Care Network for Psychiatric
Patient in Khamnadee Sub-District, MeuangBuengKan District,
BuengKan Province

ชลินดา จันทรงาม

นิสิตปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เทพอุทิศ กวีสิทธิ์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

กฤษฎณ์ ชุนลิก

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายสุขภาพจิตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำนาดี อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ กลุ่มเป้าหมายเป็นกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตจำนวน 56 คนประกอบด้วยผู้ใหญ่บ้านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 24 คน กระบวนการศึกษาประกอบด้วย การวิเคราะห์ปัญหา การวางแผนแก้ไข้ปัญหา การปฏิบัติการและการติดตามประเมินผล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพด้วยวิธีการตอบแบบสอบถาม การสังเกตและการสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัย กระบวนการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายสุขภาพจิตครั้งนี้ ประกอบด้วย 9 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การรวบรวม

ข้อมูล 2) การวิเคราะห์บริบทพื้นที่ 3) การวิเคราะห์ปัญหา 4) การกำหนดแนวทางการแก้ไข้ปัญหา 5) การจัดทำแผนงาน/โครงการ 6) การบริหารจัดการแผน 7) การปฏิบัติการตามแผน 8) การติดตามและประเมินผล และ 9) การสรุปผล กระบวนการดังกล่าวนำไปสู่แนวทางการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่เหมาะสมคือ การออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านโดยเครือข่ายสุขภาพจิต การสร้างพลังให้ชุมชนเข้ามารับดำเนินการในปัญหาเอง การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลและจัดระบบบริการสาธารณสุขให้ผู้ป่วยจิตเวชเข้าถึงได้สะดวก โดยปัจจัยความสำเร็จในครั้งนี้ประกอบด้วย การสร้างเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชนโดยดึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทสำคัญ โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นคู่ประสานงานและเชื่อมต่องาน ข้อเสนอแนะการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชนต้องอาศัยศักยภาพและความเข้มแข็งของชุมชนเป็นพื้นฐาน โดยมีกระบวนการจัดการเพื่อให้หน่วยงานรัฐ



สนับสนุนงบประมาณและวิชาการโดยยึดหลักการ
ทำงานร่วมกันเป็นภาคีเครือข่ายอย่างดุลยภาพ

คำสำคัญ : การพัฒนาการดูแล เครือข่าย
สุขภาพจิต ผู้ป่วยจิตเวช

Abstract

This action research aimed to find out the care model of psychiatric patients in Khamnadee Sub-District, MeuangBuengKan District, BuengKan Province. The Participants were divided into two groups as 56 community leaders, health volunteers, and caregivers and the 24 psychiatric patients. The study process was consisted with problem analysis, problem solution planning, workshop, and monitoring and evaluation. Data collection included both quantitative and qualitative. It applied methods of questionnaires and interviews. The data was analyzed by descriptive statistics; Frequency, Percentage, Average and Standards Deviation. Qualitative data was collected by the content analysis. The results of this research found that the development processes of a health care network for psychiatric patients consisted of 9 steps including: 1) gathering information, 2) context analysis, 3) analysis of the problem, 4) the guidelines formulation, 5) the preparation of plans/activities, 6) arranging plans, 7) implementation plan, 8) monitoring and evaluation and 9) conclusion. This process was leading to the community care model of

appropriate psychiatric care which included home visit activities with the community network, to empowering communities to take action themselves, capacity building the key actors in the community in personal skills and to organize health services to have convenient access for psychiatric patients to have better health care. In conclusion, the success factors included empowering the community network and the local government organization to take action and responsibility while the sub-district health promoting hospital was positioned as the coordinator. Suggestion of this study should be empowering the community network and supportive of all the key actors both public and private sector in the area to come along to work together as partners where as the main purpose is to support the local network and their partnership to involve activities with managerial effectively.

Key word : The Development of a Health Care, Network for Psychiatric Patient, Psychiatric Patients

บทนำ

โรคทางจิตเวชเป็นโรคเรื้อรังและเป็นโรคทางสมองอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยควบคุมตนเองได้ไม่ดี ต้องดูแลตัวเองอย่างต่อเนื่องและอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีอยู่ 2 ประการสำคัญ คือ 1) ต้องดูแลไม่ให้ขาดยา และ 2) ครอบครัวหรือคนรอบข้างต้องช่วยกันดูแลผู้ป่วยให้ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันได้อย่างปกติ เพราะหากเกิดสภาพแวดล้อมที่แปลกแยก กดดัน กีดกันหรือรังเกียจ อาจเพิ่มปัญหาต่อการรักษามากยิ่งขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกดดัน ปลีกตัวหรือ



อาละวาดขึ้นมาได้ ประกอบกับต้องให้ความรัก ความห่วงใย เอาใจใส่ดูแลอย่างใกล้ชิด ไม่ให้ผู้ป่วยขาดยา หากผู้ป่วยปฏิเสธการทานยาควรปรึกษาจิตแพทย์ทันที (เจษฎา โชคดำรงสุข, 2557) ขณะนี้ทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคจิตเภท 26 ล้านคน คิดเป็นอัตราป่วย 7 ต่อ 1,000 คน ในประชากรวัยผู้ใหญ่ ส่วนใหญ่จะเริ่มป่วยในช่วงปลายวัยรุ่น อายุระหว่าง 15-35 ปี (รัชตะ รัชตะนาวิน, 2557) โดยเฉลี่ยมีผู้ป่วยเพียงครึ่งหนึ่งที่เข้าถึงบริการบำบัดรักษาและในประเทศกำลังพัฒนา ผู้ป่วยร้อยละ 90 ยังเข้าไม่ถึงการรักษา การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตมีแนวโน้มสูงขึ้น และภายในปี 2563 องค์การอนามัยโลก (WHO) กล่าวว่า ภาวะการเจ็บป่วยทางจิตจะคิดเป็นร้อยละ 11 ของการเจ็บป่วยทุกโรครวมกัน (Burden of Disease) โรคที่เป็นสาเหตุของการสูญเสีย 10 อันดับแรก เป็นโรคทางจิตเวชถึง 5 โรค ได้แก่ โรคซึมเศร้า การติดเหล้า โรคจิตทางอารมณ์ โรคจิตเภท และโรคย้ำคิดย้ำทำ (รัชตะ รัชตะนาวิน, 2557) สำหรับสถานการณ์ผู้ป่วยโรคทางจิตในประเทศไทย กรมสุขภาพจิตรายงานในปี 2556 พบผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด 1,152,044 ราย (รัชตะ รัชตะนาวิน, 2557) ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท 409,003 ราย มากเป็นอันดับ 1 ของผู้ป่วยโรคทางจิตเวชทั้งหมด ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาประมาณร้อยละ 50 เนื่องจากมีโรงพยาบาลจิตเวชเพียง 17 แห่งทั่วประเทศ ในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว ในปีนี้กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาระบบบริการ 2 เรื่องหลัก ประการแรกคือการเพิ่มการเข้าถึงยาของผู้ป่วยได้กระจายยารักษาโรคจิตเภท รวมทั้งยารักษาโรคทางจิตเวชอื่นๆ เช่น ยาด้านซึมเศร้า ยาคลายเครือขีตวิกกัฏว ยากันชัก เป็นต้น รวมทั้ง 35 รายการ ซึ่งยานี้เป็นตัวเดียวกับที่ใช้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวช ให้ผู้ป่วยทุกรายเข้าถึงยาสามารถไปรับยาได้อย่างต่อเนื่องที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน 736 แห่งทั่วประเทศ ประการที่ 2 ได้ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ออกเยี่ยมบ้านที่มีผู้ป่วยจิตเวช ช่วยดูแลผู้ป่วยร่วมกับครอบครัว ให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคจิตเวช ซึ่งโรคนี้จัดเป็นโรคเรื้อรัง

รักษาควบคุมอาการได้และอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้เหมือนคนทั่วไป และจากสถิติผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคานาตีในระหว่างปี พ.ศ.2556-2558 พบว่า มีการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลเครือข่าย จำนวน 16, 20, และ 30 รายตามลำดับ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคานาตี, 2556, 2557, 2558) จากข้อมูลการเยี่ยมบ้าน เมื่อเทียบกับตัวชี้วัดงานสาธารณสุขของจังหวัดบึงกาฬเกี่ยวกับการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเรื้อรังที่จำเป็นต้องได้รับการเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยทั้งหมดในพื้นที่ แต่จากผลการดำเนินงานดังกล่าว พบว่า ยังน้อยกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้ คือ ร้อยละ 66.67

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน เช่น บุคลากรสาธารณสุข เครือข่ายสุขภาพจิต เป็นต้น เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชจะมีพฤติกรรมแตกต่างกันขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของโรค และระดับความรุนแรงของอาการ โรคจิตที่เป็นโรคเรื้อรังและมีโอกาสกลับมารักษาซ้ำสูง ทำให้เกิดการเสื่อมถอยด้านบุคลิกภาพและการทำหน้าที่ลดลง ก่อให้เกิดผลกระทบหลายด้าน ประกอบกับนโยบายการเพิ่มตารางหมื่นเตียงรับผู้ป่วยในโรงพยาบาล มีผลทำให้ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังจะได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่ออยู่ในภาวะวิกฤตเท่านั้น โดยรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชแบบใหม่นั้นเน้นการดูแลรักษาในชุมชนของผู้ป่วยด้วยเหตุผลที่ว่า การรักษามุ่งเน้นในการบรรเทาทางจิตเป็นสำคัญ เพื่อลดจำนวนวันของการอยู่ในโรงพยาบาลส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชกลับสู่ครอบครัวและชุมชนในขณะที่ยังมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ถึงแม้ว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเวชส่วนใหญ่จะมีความบกพร่องในการดูแลตนเองทำให้เกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาจนต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลซ้ำแล้วซ้ำอีก ส่งผลให้มีโอกาสเป็นผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังมากขึ้น (เมธิดา พงษ์ศักดิ์ศรี และคณะ, 2552) แต่มีผู้ป่วยจิตเภทบางส่วนที่มีความสามารถในการดูแลตนเองได้ คิดเป็นร้อยละ 73.10 (จันทรา ธีระสมบุญ, 2542) โดยสามารถปฏิบัติตัวในการดำเนินชีวิตประจำวันไม่ขัดต่อสภาพความเจ็บป่วย ปรับตัวให้อยู่กับโรคได้ สามารถอาศัยอยู่



ในชุมชนได้เป็นเวลานานโดยไม่ป่วยซ้ำ ช่วยลดปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นได้ การป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทต้องดูแลในเรื่องโปรแกรมการรักษาตามด้วยการให้ความรู้การรับประทานยาและการสนับสนุนทางสังคม การได้รับความสนับสนุนส่งผลต่อการรับรู้คุณค่า และแรงจูงใจต่อการรักษา การมีส่วนร่วมทางสังคมส่งเสริมเครือข่ายที่มีคุณภาพแก่ผู้ป่วย (ขวัญสุตา บุญทศ และคณะ, 2556) การดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาเรื้อรังในชุมชนมีอัตราการทุเลาลง

ผลจากการศึกษาของ จุฑารัตน์ กรวยทอง (2552) ในเรื่องผลการสำรวจเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ป่วย พบว่า ญาติผู้ป่วยต้องการให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยขณะที่ผู้ป่วยใช้ชีวิตอยู่ที่บ้านและอยู่ในชุมชน เพื่อส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จในการบำบัดรักษาผู้ป่วย นอกจากนี้ ญาติผู้ป่วยยังต้องการการสนับสนุนทั้งเครื่องมือที่จะช่วยในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและญาติยังมีทัศนคติค่อนข้างน้อยต่อการดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิตของ ผู้ป่วย เช่นเดียวกับการศึกษาของ ประไพร บัวคอม (2552) ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนส่วนใหญ่เป็นหน้าที่ของญาติ แต่ชุมชนยังไม่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยซึ่งถ้าชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจะส่งผลให้การบำบัดรักษาเป็นไปได้ดียิ่งขึ้น การศึกษาของ นัยนา ดวงศรี (2551) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนได้รับการดูแลดีขึ้น ครอบครัวและชุมชนให้การยอมรับและเข้าใจที่ดีขึ้นมีกิจกรรมการดูแลดีขึ้น ครอบครัวและชุมชนให้การยอมรับและเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้น และจากการศึกษาของ บัวทอง สถาน (2550) พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากการมีส่วนร่วมในชุมชนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหลังจากได้รับการดูแลจากชุมชน ผู้ป่วยจิตเวชมีอัตราการทุเลาลง

ส่งผลให้เกิดความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งจากการศึกษาดังกล่าวผู้วิจัย พบว่า การเข้ามามีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช จะส่งผลทำให้การรักษาผู้ป่วยจิตเวชดีขึ้น จากสภาพปัญหาดังกล่าวผู้ศึกษาในฐานะเป็นเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำนาดี จึงได้ศึกษาการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายสุขภาพจิตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำนาดีขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชดำรงชีวิตที่ปกติมากที่สุด เช่น การดูแลกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง การทำงานบ้าน การรับประทานยา การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม อาการไม่กำเริบที่รุนแรง ญาติดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย และภาคีเครือข่ายมีความรู้ มีทักษะ สามารถจัดการแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างเหมาะสม และมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนของตนเองและเพื่อจะได้พัฒนางานสุขภาพจิตสู่ความยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายสุขภาพจิตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำนาดี อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ
2. เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายสุขภาพจิตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำนาดี อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ
 - 2.1 บริบทและกระบวนการการดูแลผู้ป่วยจิตเวช
 - 2.2 การควบคุมโรคและการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเวช
 - 2.3 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช



ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 1 วงรอบ (Loop) เพื่อค้นหารูปแบบการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายสุขภาพจิต

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ เครือข่ายสุขภาพจิตและผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งเป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงได้กลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1

1. กลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิต ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน (8 คน) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (24 คนและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ญาติของผู้ป่วย 1 คน/ผู้ป่วย 1 คน (24 คน)

2. กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 24 คน จาก 300 คน เฉลี่ยหมู่บ้านละ 3 คน จำนวน 8 หมู่บ้าน

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย (inclusion criteria), มีดังนี้

กลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิต

- 1) เป็นผู้ใหญ่บ้านในเขตพื้นที่ที่มีผู้ป่วยจิตเวชอาศัยอยู่
- 2) เป็น อสม. ที่รับผิดชอบหลังคาเรือนที่มีผู้ป่วยอาศัยอยู่
- 3) เป็นญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ให้การดูแลผู้ป่วยมาอย่างน้อย 6 เดือน
- 4) เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะดี พูด เขียน อ่าน ภาษาไทยหรือภาษาถิ่นได้เป็นอย่างดี
- 5) ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย
- 6) ไม่มีโรคทางกายหรือโรคทางจิตเวช
- 7) อาศัยอยู่ในพื้นที่ตลอดระยะเวลาการทำการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวช เนื่องจากเป็น

ประชากรที่เปราะบาง มีข้อจำกัดในการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจึงคัดเลือกตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวชแบบเจาะจง 24 คน จาก 300 คน เฉลี่ยหมู่บ้านละ 3 คน โดยมีเกณฑ์คัดเลือก ดังนี้

- 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเวช อายุ 20-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ในพื้นที่
- 2) เป็นผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในภาวะอาการสงบ สามารถพูดคุยสื่อสารรู้เรื่อง โดยการประเมินจาก Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ประเมินโดยญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เลือกกลุ่มผู้ป่วยระดับที่ 2 เข้าร่วมวิจัย
- 3) ศักยภาพในการเข้าร่วมวิจัย เช่น แสดงความคิดเห็นและให้ข้อมูลได้
- 4) เข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้
- 5) ได้รับการยินยอมจากญาติให้เข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

กลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิต

- 1) ไม่ประสงค์จะร่วมโครงการอีกต่อไป
- 2) ผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยระหว่างการเข้าร่วมการทำกระบวนการวิจัย
- 3) ผู้ที่เสียชีวิตระหว่างการวิจัย
- 4) ผู้ที่มีฐานะหรือมีความจำเป็นต้องเดินทางออกนอกพื้นที่ระหว่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวช

- 1) ญาติไม่ประสงค์จะให้เข้าร่วมวิจัยต่อไป
- 2) อาการทางจิตกำเริบขณะสัมภาษณ์หรือมีอาการเจ็บป่วยระหว่างช่วงการวิจัย
- 3) นัดหมายแล้วติดตามเยี่ยมไม่พบผู้ป่วยหรือผู้ป่วยมีฐานะเดินทางออกนอกพื้นที่



4) ผู้ที่เสียชีวิตระหว่างการวิจัย

5) ไม่สมัครใจเข้ารับการสัมภาษณ์จนจบข้อ
คำถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเครื่องมือ
ที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่

1. ขั้นตอนของการพัฒนา ได้แก่

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่ม
ตัวอย่าง ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของเครือข่าย
สุขภาพจิต แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเวช
โดยญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

1.2 แบบทดสอบความรู้ในการดูแล
ผู้ป่วยจิตเวช

1.3 แบบสอบถามระดับการปฏิบัติใน
การดูแลผู้ป่วยจิตเวช

1.4 แบบประเมินความพึงพอใจของ
เครือข่ายสุขภาพจิตที่เข้าร่วมกระบวนการ

1.5 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม
ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบบันทึกกิจกรรม แบบ
บันทึกภาคสนาม และแบบสัมภาษณ์เจาะลึก

2. ขั้นตอนการนำสิ่งที่เราพัฒนาไปใช้ ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่ม
ตัวอย่าง ได้แก่แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของเครือข่าย
สุขภาพจิตแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเวช
โดยญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

2.2 แบบสอบถามผลการดูแลผู้ป่วย
จิตเวชโดยเครือข่ายสุขภาพจิต

2.3 แบบประเมินสมรรถภาพผู้ป่วย
จิตเวชโดยเครือข่ายสุขภาพจิต

2.4 แนวคำถามการสนทนากลุ่มปัจจัย
แห่งความสำเร็จ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.ติดต่อขอหนังสือจากคณะสาธารณสุข
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ถึงผู้ใหญ่บ้านใน
ตำบลคำนาดี องค์การบริหารส่วนตำบลคำนาดี
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำนาดี เพื่อแจ้งให้
พื้นที่ได้ทราบพร้อมขออนุญาตใช้เป็นพื้นที่วิจัยและเก็บ
รวบรวมข้อมูล

2. ประสานงานกับผู้ประสานงานชี้แจง
วัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และขอความร่วมมือใน
การเก็บข้อมูล

3. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและ
เชิงคุณภาพ โดยใช้แบบสอบถาม แบบประเมิน
การบันทึกกิจกรรมจากกระบวนการประชุมเชิง
ปฏิบัติการในระยการวางแผน (Planning)

4. เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการบันทึก
กิจกรรม การบันทึกภาคสนามที่ได้จากการสังเกต
ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในระยการปฏิบัติการ (Action)
และระยการสังเกตการณ์ (Observation)

5. เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิง
คุณภาพ โดยใช้แบบสอบถาม แบบประเมินและแบบ
สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง และการบันทึกกิจกรรมจากการ
สนทนากลุ่มในระยสะท้อนผล (Reflection)

6. รวบรวมตรวจสอบแบบสอบถาม แบบ
ประเมินและแบบสัมภาษณ์ที่สมบูรณ์แล้วลงรหัสเพื่อ
นำไปประมวลข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาผ่านความ
เห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สาขาสารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
หมายเลขจริยธรรมเลขที่ PH 064/2559 ในการเก็บ
รวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำ
วิจัย การรวบรวมข้อมูล และระยเวลาในการรวบรวม



ข้อมูล พร้อมทั้งชี้แนะสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ให้ผู้ให้ข้อมูลทราบ ผู้ให้ข้อมูลสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ข้อมูลที่ได้จะถูกได้รับการปกปิดและจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม และนำไปใช้เพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น รวมทั้งจะทำลายข้อมูลทันทีหลังจากได้รายงานวิจัยที่แล้วเสร็จอย่างสมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูลข้อมูลส่วนบุคคล หาค่าสถิติการแจกความถี่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัยการวิจัยครั้งนี้มีการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลบริบทการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

1.1 ข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่ตำบลค่านาดี แบ่งการปกครองออกเป็น 8 หมู่บ้าน มีจำนวนหลังคาเรือน 1,205 หลัง จำนวนประชากรทั้งหมด 5,618 คน ประชากรชาย 2,846 คน (50.65%) ประชากรหญิง 2,772 คน (49.34%) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีจำนวน 92 คน กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชมีจำนวน 30 คน ผู้ป่วยจิตเวชชาย 17 คน (56.66%) ผู้ป่วยจิตเวชหญิง 13 คน (43.33%) กระจายในทุกหมู่บ้าน โดยหมู่ที่ 4 บ้านห้วยเรือใหญ่ มีจำนวนผู้ป่วยจิตเวชมากที่สุด คือ จำนวน 7 คน (23.33%) รองลงมาคือบ้านชุมภูทอง หมู่ 7 จำนวน 6 คน (20.00%) เสร็จ

1.2 ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่ตำบลค่านาดีพบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเวชก่อนการพัฒนา ผู้ที่มีบทบาทหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจะให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะ

ออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านปีละ 1 ครั้ง ผู้ป่วยจิตเวชอาการสงบให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง ถ้าผู้ป่วยจิตเวชมีอาการกำเริบซ้ำ จะส่งตัวผู้ป่วยไปรับยา

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคล

2.1 กลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิต มีประชากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (76.79%) เพศชาย (23.21%) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31 - 40 ปี (42.85%) รองลงมาคืออายุระหว่าง 41 - 50 ปี (35.71%) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (85.71%) รองลงมาคือสถานภาพหม้าย/หย่าร้าง (8.94%) การศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา (64.28%) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร (82.14%) รองลงมาคือ อาชีพรับจ้าง (10.71%) รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 15,001 - 20,000 บาท (26.78%) รองลงมาคือมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 20,001 - 25,000 บาท (23.21%) บทบาททางสังคมส่วนใหญ่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช (42.85%) รองลงมาคือผู้ใหญ่บ้าน (14.30%)

2.2 กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช คุณลักษณะประชากรผู้เข้าร่วมงานวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชมีประชากรส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (54.17%) เพศหญิง (45.83%) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 26-40 ปี (66.67%) รองลงมาคืออายุระหว่าง 15-25 ปี (25.00%) สถานภาพสมรสส่วนใหญ่สมรส (41.67%) รองลงมาคือสถานภาพ หม้าย/หย่า/แยก (45.83%) การศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา (58.33%) อาชีพส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร (41.67%) รองลงมาคือ ว่างาน (33.33%) รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่ น้อยกว่า 5,000 บาท (62.50%) รองลงมาคือมีรายได้ระหว่าง 5,000 บาทขึ้นไป (37.50%) ระยะเวลาการเจ็บป่วยส่วนใหญ่มีระยะเวลา 4 ปี (50.00%) รองลงมาคือมีระยะเวลาป่วย 2 ปี (29.17%) ด้านการวินิจฉัยโรค



โรคจิตเภท (Schizophrenia) (58.33%) รองลงมาคือ
โรคซึมเศร้า (Depression) (29.16%)

ส่วนที่ 3 กระบวนการดำเนินงานการ
พัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายสุขภาพจิต

1. ขั้นวางแผน (Planning)

กิจกรรมที่ 1 การศึกษาบริบทในการดูแล
ผู้ป่วยจิตเวช

กิจกรรมที่ 2 การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อ
ร่วมวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชโดยใช้การ
วิเคราะห์สาเหตุของปัญหาด้วยแผนภูมิแก๊งปลา
(Fishbone Diagram)

กิจกรรมที่ 3 จัดทำแผนปฏิบัติการ(Action
plan)โดยใช้กระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อ
วางแผนแบบมีส่วนร่วม A-I-C เพื่อจัดทำแผนปฏิบัติ
การ (Action Plan) โครงการที่สมาชิกผู้เข้าร่วมประชุม
ให้ความเห็นชอบดำเนินการจำนวน 10 โครงการ

กิจกรรมที่ 4 เสนอโครงการเพื่อขอสนับสนุน
งบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบลค่านาดี

2. ขั้นปฏิบัติตามแผน (Action)

กิจกรรมที่ 5 ปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการจาก
การประชุมจัดทำแผนปฏิบัติการ(Action plan) โดยมี
มติและความเห็นพ้องร่วมกันของกลุ่มเพื่อจัดทำ
ดำเนินการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดย
เครือข่ายสุขภาพจิต ปี พ.ศ. 2559 คือ

1. โครงการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชและ
ครอบครัว “เยี่ยมยาม ถามข่าว”

2. โครงการส่งเสริมประชาชนให้มีสุขภาพจิตดี

3. โครงการออกกำลังกายคลายเครียด
ระยะเวลาดำเนินโครงการ ระหว่างเดือนมกราคม ถึง
เดือนพฤษภาคม พ.ศ.2559 และมีกิจกรรมของ
โครงการ ได้แก่

1) กิจกรรมออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชที่
บ้านโดยเครือข่ายสุขภาพจิต

2) สำรวจปัญหา ความต้องการการช่วยเหลือ

3) สนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์หรืออื่นๆตาม
เหมาะสม

4) กิจกรรมอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคทาง
จิตเวชแก่ประชาชนในชุมชน

5) กิจกรรมออกกำลังกายคลายเครียดเพื่อ
สุขภาพ

6) กิจกรรมปฏิบัติธรรมในวันพระ (ทุกวันขึ้น
15 ค่ำ)

7) กิจกรรมประชาคมสร้างกฎเกณฑ์เกี่ยวกับ
การควบคุมปัจจัยที่ทำให้เกิดการกำเริบของโรค คือ
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

3. ขั้นสังเกตผลการปฏิบัติงาน
(Observation)

กิจกรรมที่ 6 การสังเกตการณ์ปฏิบัติตาม
แผนการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่าย
สุขภาพจิต ตามแผนปฏิบัติการ 3 โครงการ 7 กิจกรรม
ดังนี้

1. โครงการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชและ
ครอบครัว “เยี่ยมยาม ถามข่าว” พบว่า กลุ่มเครือข่าย
สุขภาพจิตและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีกิจกรรมออก
ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวช โดยดำเนินการเยี่ยม ทุก
2 ครั้ง/สัปดาห์ รวมทั้งการสำรวจปัญหา ความต้องการ
การช่วยเหลือ เพื่อสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์หรืออื่นๆตาม
เหมาะสม มีกิจกรรมการอบรมให้ความรู้แก่
กลุ่มเป้าหมายดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
เดือนละ 1 ครั้งกิจกรรมประชาคมสร้างกฎเกณฑ์
เกี่ยวกับการควบคุมปัจจัยที่ทำให้เกิดการกำเริบของโรค
คือ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

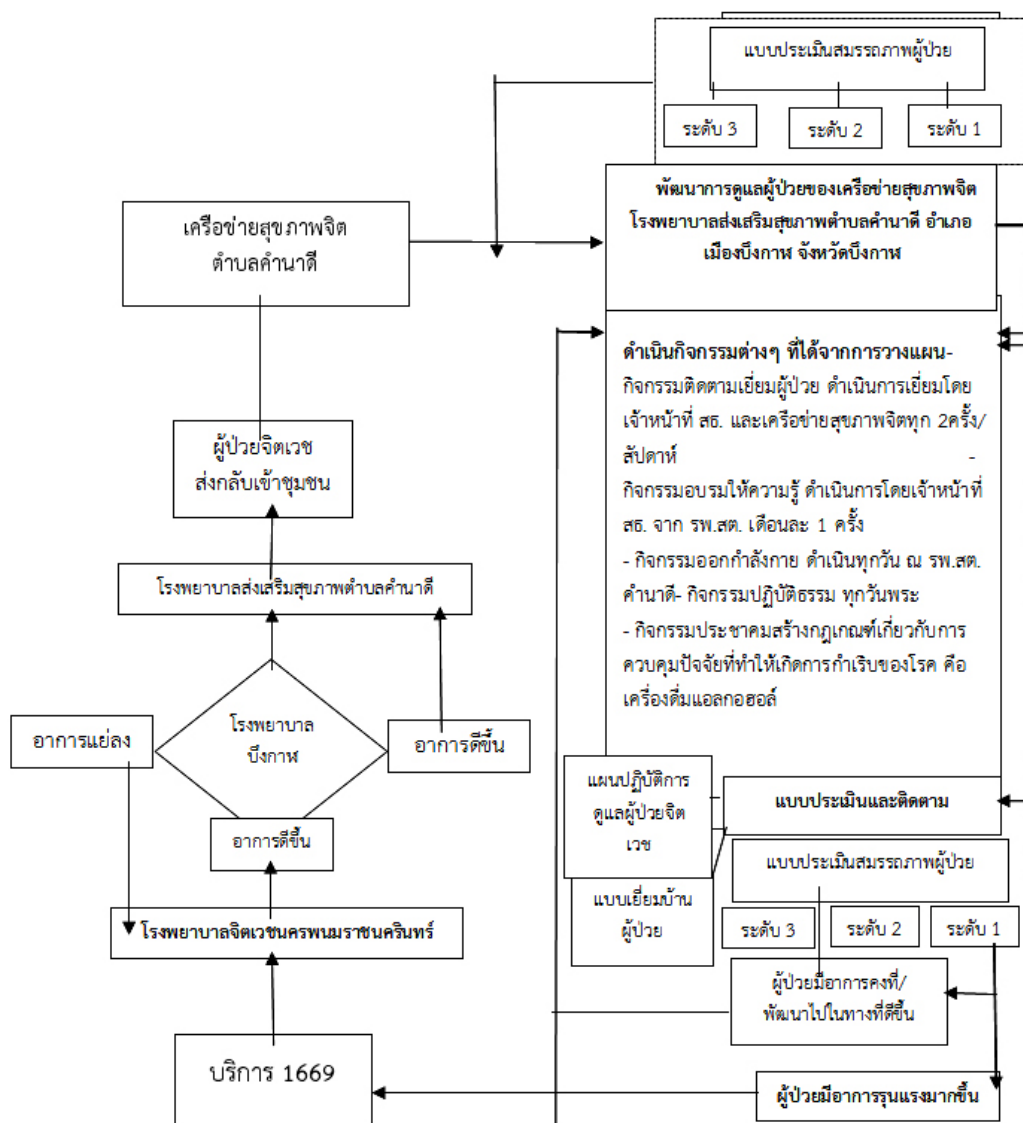
2. โครงการส่งเสริมประชาชนให้มีสุขภาพจิตดี
พบว่า เครือข่ายสุขภาพจิตมีกิจกรรมปฏิบัติธรรมในวัน
พระ (ทุกวันขึ้น 15 ค่ำ) ณ วัดศรีบุญเรือง ตำบลค่านาดี
อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ

3. โครงการออกกำลังกายคลายเครียด พบว่า กลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตมีกิจกรรมออกกำลังกาย
ดำเนินการทุกวัน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำนาดี

กิจกรรมที่ 7 การติดตามและประเมินผล

1. ประเมินผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเวช ด้วยการติดตามผลการรักษาในสมุดบันทึกประจำตัวผู้ป่วยและ
แบบประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชหลังการพัฒนา

2. ประเมินผลจากแบบสอบถามโดยเครือข่ายสุขภาพจิตหลังการพัฒนา และแบบสัมภาษณ์เจาะลึก (In –
Depth Interview)



ภาพประกอบที่ 1 กระบวนการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายสุขภาพจิตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลคำนาดี อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ



ส่วนที่ 4 ผลการดำเนินงานการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายสุขภาพจิต

1. ผลการเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายสุขภาพจิต ก่อนและหลังการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ดังแสดงตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายสุขภาพจิต ก่อนและหลังการพัฒนา ($n=56$)

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช $n=56$	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		P-Value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ระดับต่ำ (คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60)	34	60.71	1	1.79	.001*
ระดับปานกลาง (คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60-ร้อยละ 80)	16	28.58	9	16.07	.001*
ระดับสูง (คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	6	10.71	46	82.14	.001*

จากตาราง พบว่า ก่อนการพัฒนาความรู้ส่วนมากเครือข่ายสุขภาพจิต มีระดับความรู้ต่ำ จำนวน 34 คน (ร้อยละ 60.71) หลังการพัฒนาส่วนใหญ่มีความรู้เพิ่มขึ้นในระดับมากถึง จำนวน 46 คน (ร้อยละ 82.14) รองลงมา มีความรู้ในระดับปานกลาง จำนวน 9 คน (ร้อยละ 16.07)

2. ระดับการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยเครือข่ายสุขภาพจิต

จากการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายสุขภาพจิตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำนาดี หลังการพัฒนาพบว่า มีการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในทั้ง 4 ด้าน เพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนา ซึ่งจากผลเฉลี่ยคะแนนระดับการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายสุขภาพจิต ก่อนการพัฒนา อยู่ในระดับปานกลางและหลังการพัฒนา อยู่ในระดับมากซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ดังแสดงตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายสุขภาพจิต ก่อนและหลังการพัฒนา ($n=56$)

ผลการเปรียบเทียบการปฏิบัติ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช $n=56$	ผลการเปรียบเทียบ		ระดับการปฏิบัติ	P-Value
	$\bar{X}$	SD		
ก่อนการพัฒนา	2.03	0.38	ปานกลาง	.001*
หลังการพัฒนา	2.51	0.13	มาก	.001*

3. ความพึงพอใจของเครือข่ายสุขภาพในการเข้าร่วมโครงการ

การประเมินความพึงพอใจของเครือข่ายสุขภาพจิตทั้งหมด จำนวน 56 คน พบว่า เมื่อพิจารณารายชื่อเครือข่ายสุขภาพจิตที่มีความพึงพอใจในการเข้าร่วมโครงการได้แก่ ความพึงพอใจในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวมากถึง (ร้อยละ 96.42) และด้านความคิดในการดำเนินโครงการต่อเนื่อง โดยความร่วมมือของคนในชุมชนและเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลจังหวัด (ร้อยละ 94.64)



4. แบบประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช

ตารางที่ 3 จำนวนผู้ป่วยจิตเวช ที่ได้รับการคัดกรองแยกระดับอาการของผู้ป่วยก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา

ระดับอาการป่วยของผู้ป่วยจิตเวช	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		P-Value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ระดับที่ 1 ผู้ป่วยอาการรุนแรง เป็นผู้ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ควบคุมความสงบของผู้อื่นหรือเป็นผู้ที่อยู่ตามลำพังไม่ยุ่งกับใคร	2	8.33	2	8.33	.001*
ระดับที่ 2 ผู้ป่วยอาการทุเลาปานกลางเป็นผู้ที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง และอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้บ้าง แต่ยังมีอาการทางจิตเหลืออยู่	9	37.50	8	33.34	.001*
ระดับที่ 3 ผู้ป่วยอาการทุเลามาก ผู้ป่วยพึ่งตนเองได้ หรือประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ อาจช่วยเหลือผู้อื่นได้	13	54.17	14	58.33	.001*
รวม	24	100.00	24	100.00	

จากตาราง พบว่า หลังจากที่ได้ให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่เข้าร่วมกระบวนการวิจัยในครั้งนี้เป็นผู้ประเมินพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชภายหลังการพัฒนา ผู้ป่วยจิตเวชมีอาการดีขึ้น 1 ราย คือ ผู้ป่วยที่มีอาการในระดับ 2 เปลี่ยนเป็นผู้ป่วยที่มีอาการเป็นระดับที่ 3 จำนวน 1 ราย

ส่วนที่ 5 ปัจจัยความสำเร็จการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายสุขภาพจิต

กิจกรรมที่ 8 เป็นกระบวนการสะท้อนผล (Reflect) พบว่า ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานในทุกกิจกรรมดำเนินไปตามวัตถุประสงค์ เกิดผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยจิตเวชที่สำคัญคือ 1) เครือข่ายสุขภาพจิต 2) ชุมชน 3) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน และ 4) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำนาดี

การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายสุขภาพจิตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำนาดี อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ สรุปเป็น 9 ขั้นตอนดังนี้ 1) ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล 2) ขั้นตอนการวิเคราะห์บริบทในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช 3) ขั้นตอนการวิเคราะห์ปัญหา 4) ขั้นตอนการกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหากการจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action plan)

5) ขั้นตอนการจัดทำแผนงาน/โครงการ 6) ขั้นตอนการบริหารจัดการแผน 7) ขั้นตอนการปฏิบัติการตามแผน 8) ขั้นตอนการติดตามและประเมินผล และ 9) ขั้นตอนการสรุปผล

อภิปรายผล

จากการวิจัยเรื่องการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายสุขภาพจิตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำนาดี ในรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการด้วยกระบวนการของ Kemmis และ Mc Taggart ในครั้งนี้ ผู้วิจัยมีประเด็นสำคัญที่จะอภิปรายผลดังนี้

1. การวิเคราะห์บริบทการดูแลผู้ป่วยจิตเวช พบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่ตำบลคำนาดี ก่อนการพัฒนา เป็นการดำเนินงานโดยยึดนโยบายของหน่วยงานราชการเป็นหลักกำหนดแผนงาน การดำเนินงานจากระดับสูงให้ปฏิบัติตามแนวทางซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับความต้องการและปัญหาในชุมชน โดยผู้ที่มีบทบาทหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแต่ละรายในชุมชนคือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแต่การดำเนินงานโดยกระบวนการของ A-I-C หลังการพัฒนาทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้มีปฏิสัมพันธ์กัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเครือข่ายสุขภาพจิต ได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหา การ



ออกแบบกิจกรรมการดูแล เป็นการกำหนดแผนงาน/โครงการจากระดับล่างโดยชุมชนเพื่อชุมชน ซึ่งสามารถตอบสนองต่อปัญหาและสอดคล้องกับความต้องการของชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ ประไพ บัวคอม (2552) พบว่า กระบวนการที่ชุมชนมีส่วนร่วม โดยใช้เทคนิค A-I-C ซึ่งเป็นกระบวนการที่ชุมชนมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน เป็นการนำศักยภาพที่มีอยู่ในชุมชนมาเอื้อประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เน้นการบริการต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ครอบครัวและชุมชน เป็นการบริการเชิงรุก ประสานและดำเนินการตามขั้นตอน นอกจากนี้จากการศึกษาของ สุทธิศักดิ์ นรดี (2555) ได้พบว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่เน้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ การวางแผน และการหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน จะสามารถสร้างเครือข่ายและส่งผลดีต่อการดำเนินงานแก้ไขปัญหาที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

2. กระบวนการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายสุขภาพจิต พบว่า มี 9 ขั้นตอนโดยแต่ละขั้นตอนได้มีเครือข่ายสุขภาพจิตเข้ามามีบทบาทร่วมในทุกขั้นตอน เป็นกระบวนการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายสุขภาพจิต เป็นไปตามกระบวนการแก้ไขปัญหของชุมชน สอดคล้องกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน (Community Participation) เป็นแนวคิดการพัฒนาแนวใหม่ที่จะทำให้ประชาชนเกิดความศรัทธาและพึ่งพิงตนเองได้ (Self reliance) มีความเชื่อมั่นในตนเอง (Self confidence) และมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ (Sense of belonging) ในการดำเนินการพัฒนาโครงการในชุมชน ซึ่งจะนำไปสู่ความสามารถและประสิทธิภาพในการปกครองตนเองตามระบอบประชาธิปไตย รวมทั้งนำไปสู่การพัฒนาคนให้มีขีดความสามารถยืนหยัดพึ่งตนเองได้อย่างแท้จริง สอดคล้องกับความหมายของการมีส่วนร่วมของอรทัย กิกผล (2552) คือกระบวนการซึ่งประชาชนมีโอกาสได้แสดงทัศนะ แลกเปลี่ยนข้อมูลและความคิดเห็น เพื่อแสวงหาทางเลือกการตัดสินใจเกี่ยวกับโครงการที่เหมาะสมและเป็นที่ยอมรับร่วมกัน ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องจึงควรเข้าร่วมในกระบวนการนี้ตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่ง

ถึงการติดตามและประเมินผลเพื่อก่อให้เกิดความเข้าใจและการรับรู้ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อทุกฝ่าย

3. กระบวนการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายสุขภาพจิต พบว่า เครือข่ายสุขภาพจิตมีระดับความรู้มากที่สุดในด้านการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยที่มีภาวะหวาดระแวง หลักสำคัญต้องอธิบายข้อสงสัยและไม่ได้เถียง (100.00%) มีการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชทั้ง 4 ด้าน โดยรวมเพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนา ซึ่งจากผลเฉลี่ยคะแนนระดับการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายสุขภาพจิต ก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลางและหลังการพัฒนาอยู่ในระดับมาก รวมถึง ผู้ป่วยจิตเวชมีอาการดีขึ้น 1 ราย คือ ผู้ป่วยในระดับที่ 2 เปลี่ยนเป็นผู้ป่วยระดับที่ 3 จำนวน 1 ราย ซึ่งการศึกษาดังกล่าวได้สอดคล้องกับรูปแบบที่เกิดจากกระบวนการศึกษาในครั้งนี้ คือ กระบวนการหาปัญหาร่วมกัน การหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน และการดำเนินกิจกรรมที่จะแก้ปัญหาร่วมกันในชุมชน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ญัฐธารีย์ อุดชุมพิสัย (2549) และนัยนา ดวงศรี (2551) พบว่า การสร้างการมีส่วนร่วมของแกนนำในชุมชนในด้านการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมส่งผลให้การป้องกันปัญหาจิตเวชในชุมชนเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับผลการศึกษาของบัวทอง สถาน (2550) ได้ศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน กรณีศึกษา : โรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน คือ ประชุมเชิงปฏิบัติการทั้งเจ้าหน้าที่และ อสม. จากนั้นร่วมกันคัดกรองผู้ป่วยจิตเวช และจัดลำดับผู้ป่วยจิตเวชเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนและผู้ป่วยที่มีปัญหาไม่ซับซ้อน โดยผู้ป่วยระดับที่ 2 และ 3 เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาไม่มาก ได้รับการดูแลจากการมีส่วนร่วมจากชุมชน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หลังจากได้รับการดูแลแบบมีส่วนร่วมจากชุมชน ผู้ป่วยจิตเวชมีอาการทุเลาลง และผลการศึกษาของประไพ บัวคอม (2552) และกรองจิต วลัยศรี (2551) ซึ่งพบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการดูแลอย่าง



ต่อเนื่อง และมีอาการทุเลาลงได้ นอกจากนี้ผลการศึกษาของประไพร บัวคอม (2552) การประเมินความพึงพอใจของแกนนำต่อการเข้าร่วมโครงการฯ พบว่าแกนนำมีความพึงพอใจมากที่สุดในผลงานที่ผ่านมาจากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัว (96.92%) และความพึงพอใจต่อการดำเนินงานต่อเนื่องโดยความร่วมมือของคนในชุมชน (96.38%) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายสุขภาพจิตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลค่านาดีในครั้งนี้ การประเมินความพึงพอใจของเครือข่ายสุขภาพจิตต่อการเข้าร่วมโครงการฯ พบว่า เครือข่ายสุขภาพจิตมีความพึงพอใจมากที่สุดในผลงานที่ผ่านมาจากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัว (96.42%) และความพึงพอใจต่อการดำเนินงานต่อเนื่องโดยความร่วมมือของคนในชุมชน (94.64%)

4. ปัจจัยความสำเร็จต่อกระบวนการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายสุขภาพจิต ได้แก่ 1) เครือข่ายสุขภาพจิต 2) ชุมชน 3) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตำบลค่านาดี ปัจจัยทั้ง 3 อย่างมีผลต่อความสำเร็จต่อกระบวนการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายสุขภาพจิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญศรี เปลี่ยนขำ (2542) ได้อธิบายปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในงานสาธารณสุขได้แก่

1) ความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่ของรัฐกับประชาชน และการประสานงานที่ดีต่อกัน 2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารในระบบราชการ การดำเนินงานของหน่วยงานและ 3) ปัจจัยทางด้านชุมชน การจัดระเบียบสังคมและวัฒนธรรมของชุมชนในแต่ละชุมชนเป็นปัจจัยที่เอื้ออำนวยแตกต่างกันออกไปของชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาและช่วยเหลืออย่างสูงยิ่งจาก ผศ.นพ.เทพฤติศ ก้าวสิทธิ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และดร.เกษณ ขุนลิ้ม เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม รวมทั้งผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย ขอขอบพระคุณ พญ.ปริเปรม ศรีหล่มศักดิ์ หัวหน้ากลุ่มงานออโรโธปิดิกส์ โรงพยาบาลบึงกาฬ นางเบญจพรรณ สมภักดี สาธารณสุขอำเภอเมืองบึงกาฬ นายพงษ์รัตน์ ไกรพรหม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ นายกานต์ ปรีบูรณ์ เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน นายวิระศักดิ์ ศรีเหล่าเจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน และผู้นำชุมชนที่ให้การสนับสนุนการวิจัย ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ รพ.สต.ค่านาดี และ อสม.ทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี



เอกสารอ้างอิง

- กรองจิต วลัยศรี.(2551). รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่มีปัญหาซับซ้อนที่บ้านโดยชุมชนมีส่วนร่วม:กรณีโรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ขวัญสุดา บุญทศ สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล และ อมรรัตน์ ศรีคำสุขไซโตะ.(2556).การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภท.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.58(1); 89-100.
- จันทร์หา ธีระสมบูรณ์.(2542).การประเมินผลโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี.วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย.8(1); ตุลาคม 2542-มกราคม 2543.49-58.
- จุฑารัตน์ กรวยทอง.(2552).พฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ป่วยในเขตตำบลภู อำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- เจษฎา โชคดำรงสุข.(2557).กรมสุขภาพจิตเร่งเยียวยา ครอบครัวผู้เสียชีวิต ส่งทีม MCATT ดูแลจิตใจ.Retrieved December 10, 2015, from <http://www.thaipr.net/health/642583>.
- ณัฐธารีย์ อุดมพิสัย.(2549). การมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชน ในด้านการจัดการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต จังหวัดนครพนม. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิตมหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- นัยนา ดวงศรี.(2551).การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังในชุมชน:กรณีศึกษา เทศบาลตำบลคำเขื่อนแก้ว อำเภอกำแพงแสน จังหวัดยโสธร . วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- บัวทอง สถาน.(2550). รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์จังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ประไพ บัวคอม.(2552). กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช: กรณีศึกษาโรงพยาบาลสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เมธิดา พงษ์ศักดิ์ศรี ขวัญทัย ธนารักษ์ อังคณา สามัตถิยะ และอรอุมา ภูโสภาก.(2552). การสำรวจความต้องการของชุมชนในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชตามแนวทางกิจกรรมบำบัด/อาชีวบำบัด. วารสารเทคนิคการแพทย์เชียงใหม่.42(1).71-81.
- รัชตะ รัชตะนาวิน.(2557). ผู้ป่วยจิตเวชไทยพุ่งทะลุล้าน โรคจิตเภทสูงที่สุดกว่า 4 แสนราย. Retrieved December 10, 2015,from <http://www.manager.co.th/Home/ViewNews.aspx?NewsID=9570000117185>.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำนาดี.(2556). รายงานผู้ป่วยจิตเวชในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำนาดี ประจำปี 2556. บึงกาฬ: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำนาดี.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำนาดี.(2557). รายงานผู้ป่วยจิตเวชในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำนาดี ประจำปี 2557. บึงกาฬ: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำนาดี.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำนาดี.(2558). รายงานผู้ป่วยจิตเวชในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำนาดี ประจำปี 2558. บึงกาฬ: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำนาดี.
- สุทธิศักดิ์ นรดี.(2555). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลโพนสา อำเภอกำแพงแสน จังหวัดหนองคาย. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- อรทัย กักผล.(2552). การมีส่วนร่วมของประชาชน. ในสำนักนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. กรุงเทพฯ. ประชุมช่างจำกัด.