



รายงานการวิจัย  
เรื่อง

การพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาและเครือข่ายผู้ดูแลในชุมชนโรงพยาบาล  
ส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงกะทิง อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์

The Development of Process of Continuity Care in Schizophrenic Patient by  
Interdisciplinary Team and Caregiver Network in Community of Bandongkating Health  
Promoting Hospital, Ban Dan District, Buriram Province

รณชิต สมรรถนะกุล  
วัชรภรณ์ บำรุงธรรม  
กนิษฐา จอดนอก  
ทองมาก ไชยสำโรง  
กฤษฎาพร แคนดา  
เอกชัย แถมจะโปะ

มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์

พ.ศ. 2564

## บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์ของกระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยทีมสหสาขาและเครือข่ายผู้ดูแล ในชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงกะทิง อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์ ประชากรในการศึกษาวิจัย คือ ผู้ป่วยจิตเภท อายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไปที่ได้รับการขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลบ้านด่าน โรงพยาบาลบุรีรัมย์ และอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงกะทิง จำนวน 25 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีแบบเจาะจง (Purposive sampling) ทำการศึกษาระหว่างเดือน ตุลาคม 2562 ถึง กันยายน 2563 รูปแบบของการศึกษาวิจัย เป็นการวิจัยผสมผสาน (Mixed method research) ระหว่างวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) และวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวช ของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงกะทิง แบบประเมินความสามารถโดยรวม (GAF scale) ของกรมสุขภาพจิต (2557) แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ของ สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ (2557) และแบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน 10 ด้านของ ชิตชนก โอภาสวัฒนา (2563) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามทั้ง 4 ชุด ร่วมกับการสนทนากลุ่ม (Focus group) และ การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ในกลุ่มบุคคลสำคัญ ได้แก่ ผู้ป่วย ครอบครัว แกนนำชุมชน องค์กรส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทีมสหสาขา เครือข่ายผู้ดูแลในชุมชน และผู้นำส่วนท้องถิ่น ใช้ระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้นรวม 3 เดือน ตั้งแต่เดือน มิถุนายน ถึง สิงหาคม 2563 วิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงปริมาณโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศชายจำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 80 อายุ 30-45 ปี จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 52 เป็นโสด จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 64 เจ็บป่วยมากกว่า 2 ปี จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 88 อยู่ในชุมชน มากกว่า 5 ปี จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 96.0 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 76.0 เป็นผู้ที่สูบบุหรี่ จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 56.0 มีอาการปกติเหมือนคนทั่วไป จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 92.0

ทำกิจวัตรประจำวันได้ จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 88.0 ช่วยเหลืองานบ้านได้ จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 64.0 ประกอบอาชีพได้ จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 60.0 มีปัญหาอุปสรรคในการดูแล จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 72.0 เช่น ขาดผู้ดูแล การใช้สารเสพติด ความเชื่อที่ไม่เหมาะสมต่อการบำบัดรักษาผู้ป่วย มีความสามารถโดยรวมระดับสูงสุดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 48.0 มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 72.0 จากการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทภายหลังสิ้นสุดกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย 1 เดือน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพได้ ( $\bar{x} = 1.08$ ,  $SD = 0.28$ ) ส่วนสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 2.16$ ,  $SD = 0.75$ ) ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าพึงพอใจกิจกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทครั้งนี้ เนื่องจากมีคุณค่าและมีประโยชน์ การวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ควรมีการเชื่อมโยงระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างเครือข่ายผู้ดูแล ผู้ดูแลหลัก และชุมชน พัฒนาระบบ บัณฑิตสหสาขา และศึกษาในระดับอำเภอต่อไป

**คำสำคัญ :** ผู้ป่วยจิตเภท, การดูแลในชุมชน, ทีมสหสาขา, เครือข่ายผู้ดูแลผู้ป่วย

## ABSTRACT

The study objectives aimed to explore the development and effectiveness of process of continuity care in schizophrenic patient by interdisciplinary team and caregiver network in community of Bandongkating Health Promoting Hospital, Ban Dan District, Buriram Province. Population who participated in this research were schizophrenic patients at 15 years old or above who were registered for treatment at Ban Dan Hospital and Buriram Hospital including living in responsibility area of Bandongkating Health Promoting Hospital for 25 persons, recruited by purposive sampling. Duration period study from October 2019 until September 2020. Mixed method research methodology was taken by Quantitative and Qualitative research integration. Instruments was 4 questionnaires; Bandongkating Health Promoting Hospital Home Visit Record, GAF scale of Department of Mental Health (2014), WHOQOL-BREF-THAI of Suwat Mahatnirankul et al. (2014) and Chronic Schizophrenic Patient in Community Follow Up: 10 Dimensions Form of Chitchanok Opartwattana (2020). Collecting data by 4 questionnaires together with focus group and in-depth interview among key persons; patient, their family, community leader, local organization officer, village health volunteer, interdisciplinary team and caregiver network in community and local leader. Length of collecting data last 3 months from June to August of 2020. Analyzing quantitative data by frequency, percentage, mean and standard deviation for qualitative data was analyzed by content analysis.

Results found that schizophrenic patients were male 20 persons (80.0%), 30-45 years old 13 persons (52.0%), single 16 persons (64.0%), duration of illness more than 2 years 22 persons (88.0%), living in community more than 5 years 24 persons (96.0%), not drinker 19 persons (76.0%), cigarette use 14 persons (56.0%), normal condition 23 persons (92.0%), daily routine efficacy 22 persons (88.0%), Housework efficacy 16 persons (64.0%), earn living 15 persons (60.0%), having care obstacle 18 persons (72.0%) such as lack of caregiver, drug abuse, inappropriate health belief of cure, GAF Scale at maximum 12 persons (48.0%), moderate quality of life 18 persons (72.0%). After the development of process of continuity care in schizophrenic patient 1 month later, follow up the participants was proceed and found that they earn living ( $\bar{x} = 1.08$ ,  $SD = 0.28$ ), moderate environment ( $\bar{x} = 2.16$ ,  $SD = 0.75$ ). Some participant reported satisfied to this study caused it's valuable and benefit. Recommendation were combination care system with network, caregiver and community, information technology development and further study in field of district region.

**Keywords :** schizophrenia, community care, interdisciplinary team, caregiver network

## บทที่ 1

### บทนำ

#### 1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นปัญหาสำคัญประการหนึ่งในทางจิตเวชและทางสาธารณสุขเนื่องจากโรคนี้พบได้บ่อย มีความชุกชั่วชีวิต (lifetime prevalence) ประมาณร้อยละ 0.5-1.0 ของประชากรทั่วไป และในผู้ป่วยโรคจิตทั้งหมดมีผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภทมาก ร้อยละ 40 ถึง ร้อยละ 50 ในประเทศไทยจากผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี 2552 พบสถิติ ผู้ป่วยทางจิตที่ได้รับการดูแลรักษาในปี 2551 ทั่วประเทศ 1,668,014 ราย เป็นโรคจิตเภทมากที่สุด 445,840 ราย โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ และพฤติกรรมกราดำเนินของโรคมึลักษณะค่อยเป็นค่อยไป ส่วนใหญ่จะเริ่มแยกตัวเองออกจากสังคม ขาดความสนใจในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำหน้าที่ด้านการทำงานบกพร่อง และถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง อาการทางด้านจิตเภทกำเริบ มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน ทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่นทำ ทำให้ญาติต้องพาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อาการทางจิตก็จะสงบลง แต่ยังคงมีความเสื่อมถอยทางบุคลิกภาพ และการทำหน้าที่ทางสังคมลดลง ยังมีอาการกำเริบบ่อยครั้งก็จะมีอาการหลงเหลืออยู่มาก ลักษณะดังกล่าวจึงทำให้โรคจิตเภทกลายเป็นโรคเรื้อรังและส่งผลให้มีการกำเริบได้ง่าย มีรายงานว่าภายหลังจากมีการกลับเป็นซ้ำครั้งที่สอง ผู้ป่วยจะมีพยากรณ์ของโรคไม่ดี มีโอกาสเกิดความเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ อารมณ์และการรับรู้ขึ้นอย่างถาวร นอกจากนี้ความสามารถในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยลดลง ทำให้ครอบครัว/ผู้ดูแล ชุมชนต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและมีภาระเพิ่มขึ้นก่อให้เกิดความเครียด วิตกกังวล นอกจากนั้นพบว่า ญาติผู้ป่วยจิตเวชถึงแม้จะมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน มีการวางแผนรับผู้ป่วยกลับบ้านอย่างถูกต้อง แต่ญาติยังรู้สึกที่ไม่พร้อมในการรับผู้ป่วยกลับบ้านและต้องการให้มีบุคลากรทางการแพทย์ไปเยี่ยมและสอนการจัดการกับอาการผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบกลับซ้ำที่บ้าน นอกจากนี้ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่มีปัญหาซับซ้อน สามารถดูแลโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสำหรับญาติ พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้เพิ่มมากขึ้น มีทัศนคติทางบวกต่อผู้ป่วยโรคจิตและความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลที่บ้าน บุคลากรที่ทำงานด้านสุขภาพจิต มีความคาดหวังว่าญาติ ครอบครัวและคนในชุมชนจะมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านสามารถจัดการให้ผู้ป่วยจิตเภท มีการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยเองไม่ให้เป็นซ้ำ ไม่มีอาการรุนแรง และผู้ป่วยจิตเภทสามารถอยู่ในครอบครัวและชุมชนอย่างปกติสุขโดยเริ่มต้นที่ญาติและผู้ป่วยเอง และได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากชุมชนที่ผู้ป่วยและญาติอยู่และบุคลากรในทีมสหสาขา เช่น เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แกนนำชุมชน องค์กรส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่ เป็นต้น

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงกะทิง รับผิดชอบ 7 หมู่บ้านมีประชากร 4,544 คน มีผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง (Schizophrenia) จำนวน 25 คน จากการสัมภาษณ์และการสำรวจเมื่อออกไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชน พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลที่ไม่ถูกต้อง ขาดยา การรับประทานยาไม่ถูกต้อง ขาดผู้ดูแล

ชุมชนไม่เห็นความสำคัญ ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบ (ข้อมูล รพสต.บ้านดงกะทิง 3 ปี ย้อนหลัง พ.ศ.2559-2562) ซึ่งมีผู้ป่วยมีอาการกำเริบ 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 20 ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ 6 รายคิดเป็นร้อยละ 24 และผู้ป่วยมีอาการกำเริบ 5 รายคิดเป็นร้อยละ 20 ตามลำดับ จากการที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ก่อความรุนแรงต่อตัวองครอบครัว ชุมชนและมีปัญหาในการใช้ชีวิตในชุมชน ส่งผลให้คนในครอบครัวและชุมชนเกิดความหวาดกลัว และปฏิเสธการกลับเข้าสู่ชุมชนของผู้ป่วย แม้ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาให้มีอาการปกติแล้วก็ตาม จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงลักษณะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงกะทิง ยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนได้อย่างเต็มที่ ผู้วิจัยจึงสนใจจะศึกษา การพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาและเครือข่ายผู้ดูแลในชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงกะทิง อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาพัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพจิตชุมชนในพื้นที่ให้มีประสิทธิผลอย่างเป็นรูปธรรมและมีการพัฒนาอย่างยั่งยืนต่อไป

## 1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.2.1 เพื่อพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาและเครือข่ายผู้ดูแลในชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงกะทิง อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์

1.2.2 เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการใช้ กระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาและเครือข่ายผู้ดูแลในชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงกะทิง อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์

## 1.3 คำถามของการวิจัย

1.3.1 กระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาและเครือข่ายผู้ดูแลในชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงกะทิง อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์ เป็นอย่างไร

1.3.2 แนวทางการพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาและเครือข่ายผู้ดูแลในชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงกะทิง อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์ เป็นอย่างไร

1.3.3 ผลลัพธ์ของการใช้กระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาและเครือข่ายผู้ดูแลในชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงกะทิง อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์เป็นอย่างไร

## 1.4 ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาและเครือข่ายผู้ดูแลในชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงกะทิง อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์ โดยระยะเวลารวบรวมข้อมูลในระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2562 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2563

## 1.5 คำนิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

**โรคจิตเภท** หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทตามระบบ ICD-10 (F20.0-F20.9) ได้รับการขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลบ้านด่าน/โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ถึงปีงบประมาณ 2562 อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป

**ทีมสหสาขา** หมายถึง บุคลากรหลายฝ่ายที่ร่วมกันดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการสาธารณสุข โรงพยาบาลบ้านด่าน/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงกะทิง

**เครือข่ายผู้ดูแลในชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงกะทิง** หมายถึง ผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทร่วมกันในพื้นที่บริการสาธารณสุขและในชุมชนที่ผู้ป่วยจิตเภทอาศัยอยู่ได้แก่พยาบาลวิชาชีพ ซึ่งรับผิดชอบงานสุขภาพจิต แกนนำชุมชน องค์กรส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่

## 1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.6.1 เป็นการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเภท

1.6.2 เป็นแนวทางในการการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาและเครือข่ายผู้ดูแลในชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงกะทิง

1.6.3 ลดอัตราการกลับรื้อซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภท

## 1.7 กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาและเครือข่ายผู้ดูแลในชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงกะทิง อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์ คือการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านมาเป็นกรอบแนวคิด มีรูปแบบการดูแลประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ หลัก คือ โครงสร้าง (structure) กระบวนการ (process) ผลลัพธ์ (outcome) ร่วมกับการประยุกต์ใช้แนวคิดการสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคม (social support networks) ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของ Rujkorakarn, D., Buatee, S., Jundeekrayom, S., & Mills, A. C. (2018) ได้แก่ 1) การปฏิบัติกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอทุกวันเป็นนิจ 2) การให้ความช่วยเหลือในการดำรงชีวิตทุกเมื่อ 3) การควบคุมอาการข้างเคียงจากการใช้ยาที่มีอยู่ในแต่ละวัน และ 4) การจัดการตนเองในการดำรงชีวิตประจำวัน เพื่อให้ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน มีส่วนร่วมในการดูแล ผลลัพธ์เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งแนวคิดในการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องโดยการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ดังกรอบการวิจัย ดังนี้

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย



## บทที่ 2

### วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนากระบวนการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาและเครือข่ายผู้ดูแลในชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงกะทิง อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมจากเอกสาร ตำรา บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งสามารถสรุปสาระสำคัญได้ตามลำดับดังต่อไปนี้

- 2.1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคจิตเภท
- 2.2 ระบบทีมสหสาขาและเครือข่ายผู้ดูแลในชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงกะทิง
- 2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 2.1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคจิตเภท

##### โรคจิตเภท (Schizophrenia)

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นกลุ่มอาการแสดงความผิดปกติในการทำหน้าที่ของสมองด้านการรับรู้สติปัญญา การเชื่อมโยงความคิด การควบคุมตัวเอง การแสดงออกทางอารมณ์ การสื่อสาร และขาดแรงจูงใจ เป็นความผิดปกติที่ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่เริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่นระหว่างอายุ 15-35 ปี พบว่าก่อนอายุ 25 ปี ร้อยละ 50 ก่อนอายุ 10 ปี และหลังอายุ 40 ปี พบได้น้อย (จินตนา ลีละไกรวรรณ, 2542) เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่ในระหว่างนั้น อาการในช่วงกำเริบจะเป็นกลุ่มอาการด้านบวก เช่น ประสาทหลอน หลงผิด และในระยะหลังส่วนใหญ่มีกลุ่มอาการด้านลบ เช่น พูดน้อย เฉื่อยชา แยกตนเอง

##### ลักษณะอาการทางคลินิก

อาการแสดงของโรคจิตเภทจะค่อย ๆ เกิดขึ้นโดยที่บุคคลนั้นหรือครอบครัวไม่รู้ตัวเป็นช่วงระยะเวลาานาน ทำให้เข้าใจว่าเป็นความเจ็บป่วยธรรมดา เช่น ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ แต่ยังสามารถทำตามปกติ หลังจากนั้นมีอาการซึม คิดมากไม่มีสมาธิ พูดมาก เกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป แต่บางคนอาจเกิดความผิดปกติอย่างทันทีทันใดและมีอาการรุนแรง มีอาการประสาทหลอน หลงผิด ความคิดเปลี่ยนไป (จินตนา ลีละไกรวรรณ, 2542) โดยทั่วไปประกอบด้วยกลุ่มอาการเด่น ๆ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอาการด้านบวกและกลุ่มอาการด้านลบ ดังต่อไปนี้

ก. กลุ่มอาการด้านบวก (Positive symptoms) แสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร และพฤติกรรม ซึ่งแบ่งตามลักษณะอาการออกเป็น 2 ด้าน คือ

1. Psychotic Dimension ได้แก่ อาการหลงผิด และอาการประสาทหลอน
2. Disorganization Dimension ได้แก่ Disorganized Behavior และ Disorganized Speech



## 1. Psychotic Dimension

1.1 อาการหลงผิด (Delusion) ชนิดที่พบบ่อย ได้แก่ Persecutory Delusion, Delusion of Reference รวมทั้งอาการหลงผิดที่จัดอยู่ในกลุ่มอาการหลักของ Schneider ส่วนอาการหลงผิดอื่น ๆ ที่พบบ้าง เช่น Somatic Delusion, Religious Delusion หรือ Grandiose Delusion เป็นต้น อาการหลงผิดที่มีลักษณะเด่นเพียงพอสำหรับการวินิจฉัยโรค ได้แก่ Bizarre Delusion ซึ่งเป็นอาการหลงผิดที่มีลักษณะแปลกประหลาดสื่อสารกับผู้อื่นแล้วไม่อาจเข้าใจได้ หรือแทบจะเป็นไปไม่ได้เลยนั้นจัดอยู่ในกลุ่มอาการของ Schneider ซึ่งจัดว่าเป็น Bizarre Delusion

1.2 อาการประสาทหลอน (Hallucination) ที่พบบ่อยเป็น Auditory Hallucination ผู้ป่วยอาจได้ยินเสียงแว่วเป็นคนพูดถึงเรื่องเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย เสียงวิพากษ์วิจารณ์ตัวผู้ป่วย หรือสั่งให้ผู้ป่วยทำตามเสียงนั้น นอกจากนี้อาจเป็นเสียงอื่น ๆ ที่ไม่มีความหมาย อาการประสาทหลอนชนิดอื่น ๆ อาจพบได้บ้าง เช่น Tactile หรือ Somatic Hallucination อาการประสาทหลอนที่มีลักษณะเด่นเพียงพอสำหรับการวินิจฉัยโรคนี้ ได้แก่ Auditory Hallucination ที่จัดอยู่ในกลุ่มอาการหลักของ Schneider

## 2. Disorganization Dimension

2.1 Disorganized Speech ผู้ป่วยไม่สามารถที่จะรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอด ซึ่งจะแสดงออกมาให้เห็นโดยผ่านทาง การพูดสนทนา อาการที่แสดงออกนี้ต้องเป็นมากจนไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตัวอย่างอาการ เช่น Loose Association, Incoherent Speech หรือ Tangentiality เป็นต้น

2.2 Disorganized Behavior เป็นพฤติกรรมที่ผิดไปจากปกติอย่างมาก ผู้ป่วยจะชอบแต่งตัวสกปรก ลักษณะแปลก ๆ เช่น สวมเสื้อหลายตัวทั้งที่อากาศร้อนจัด บางคนปัสสาวะกลางที่สาธารณะ บางคนจู้ ๆ ก็ร้องตะโกนโดยที่ไม่มีเหตุการณ์อะไรมากระตุ้น

**ข. กลุ่มอาการด้านลบ (Negative Symptoms)** เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่ว ๆ ไปควรมี เช่น ในด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่าง ๆ อาการเหล่านี้ ได้แก่

Alogia พูดน้อย เนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ

Affective Flattening การแสดงออกทางด้านอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตา แม้ว่าบางครั้งอาจยิ้มหรือมีอารมณ์ดีบ้าง แต่โดยรวมแล้ว การแสดงออกของอารมณ์จะลดลงมาก

Avolition ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องของการแต่งกาย ผู้ป่วยอาจนั่งอยู่เฉย ๆ ทั้งวันโดยไม่ทำอะไร

Asociality เก็บตัวเฉย ๆ ไม่ค่อยแสดงออก หรือ ไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนานในระยะอาการของผู้ป่วยกำเริบ อาการสำคัญส่วนใหญ่จะเป็นอาการในกลุ่มอาการด้านลบ ส่วนกลุ่มอาการด้านลบนั้นมักพบในระยะหลังของโรค และไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาเหมือนกลุ่มอาการด้านบวก

**การดำเนินโรค** โดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะ

1. ระยะเริ่มมีอาการ (Prodromal Phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ หรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงานเริ่มแยลง ญาติสังเกตว่า ญาติรู้สึกว่าเด็มน่ากลัว ไม่ค่อยไปกับเพื่อนเหมือนเคย เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง ละเลยเรื่องสุขภาพอนามัยหรือการแต่งกาย อาจหันมาสนใจในด้านปรัชญา ศาสนาหรือจิตวิทยา มีการให้คำหรือสำนวนแปลก ๆ แต่ก็ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน ญาติ หรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนคนเดิม

ระยะเวลาช่วงนี้ไม่แน่นอนและโดยทั่วไปบอกยากว่า เริ่มผิดปกติตั้งแต่เมื่อไร โดยเฉลี่ยนานประมาณ 1 ปีก่อนอาการกำเริบ การพยากรณ์โรคจะไม่ดีหากระยะนี้เป็นอยู่นานและผู้ป่วยดูแลตัวเอง

2. ระยะเวลาอาการกำเริบ (Active Phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์ การวินิจฉัยข้อ 1 โดยส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มอาการด้านบวก

3. ระยะอาการหลงเหลือ (Residual Phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ อาจพบ Flat Affect หรือเสื่อมลงมากกว่าอาการโรคจิต เช่น ประสาทหลอน หรือหลงผิดอาจยังมีอยู่ แต่มีได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรก พบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย ซึ่งส่วนใหญ่เกิดในช่วงนี้

ในระยะเวลาอาการหลงเหลือผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว พบว่า ผู้ป่วยจะทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี อาการส่วนใหญ่กำเริบ เมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ อาการเปลี่ยนแปลงก่อนกำเริบที่พบบ่อย ได้แก่ การนอนหลับผิดปกติไป แยกตัวเอง วิตกกังวล หงุดหงิด คิดฟุ้งซ่าน และมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่าง ๆ เข้ากับตนเอง

มีผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่เป็นแค่ครั้งเดียวแล้วหายขาด หรือเป็น 2-3 ครั้ง และแต่ละครั้งที่หายก็กลับคืนสู่สุขภาพเดิมก่อนป่วย (Complete Remission) แต่พบได้น้อย ส่วนใหญ่หลังจากที่อาการทุเลาลงจะมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง (Incomplete Remission) และมีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ ยิ่งเป็นบ่อยครั้ง ก็จะมีอาการหลงเหลือเพิ่มมากขึ้นหรือเสื่อมลงเรื่อย ๆ อาการด้านบวกจะค่อย ๆ ลดความรุนแรงลง อาการที่เด่นในระยะเวลาหลังจะเป็นอาการด้านลบมากกว่า

**การวินิจฉัยโรค**

ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4<sup>th</sup> edition) กำหนดไว้ ดังนี้

1. มีอาการต่อไปนี้ตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไปนาน 1 เดือน

- 1.1 อาการหลงผิด
- 1.2 อาการประสาทหลอน
- 1.3 Disorganized Speech
- 1.4 Glossy Disorganized Behavior หรือ Catatonic Behavior
- 1.5 อาการด้านลบ ได้แก่ Flat Affect, Avolition หรือ Avolition

(หมายเหตุ: แม้มีเพียงอาการเดียวก็ถือว่าเข้าเกณฑ์ หากเป็น Bizarre Delusion, Voice Commenting หรือ Voice Discussing)

2. มีความเสื่อม หรือปัญหาในด้าน Social/Occupational Function มาก เช่น ด้านการทำงานสัมพันธ์ภาพต่อผู้อื่นหรือสุขภาพอนามัยของตนเอง
3. มีอาการต่อเนื่องกันนาน 6 เดือนขึ้นไป โดยต้องมี Active Phase (ตามข้อ 1) อย่างน้อยนาน 1 เดือน และระยะเวลาที่เหลืออาจเป็น Prodromal หรือ Residual Phase

## การรักษา

การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท ใช้วิธีการรักษาหลายวิธีผสมผสานกันทั้งการรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า และการรักษาจิตสังคม

**การรักษาด้วยยา** ยาต้านโรคจิตเป็นกลุ่มยาที่ใช้รักษาอาการโรคจิตที่เกิดจากสาเหตุต่าง ๆ เช่น โรคจิตเภท โรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง ยาต้านโรคจิตช่วยควบคุมอาการของโรคและช่วยให้อาการดีขึ้นจนสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ในสังคม ปรับตัวได้ดีขึ้น

**การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy: ECT)** เป็นการรักษาโดยใช้กระแสไฟฟ้าขนาดต่ำจำนวนหนึ่งผ่านสมองบริเวณที่กำหนด เพื่อให้เกิดการชักแบบทั้งตัว ใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยใช้ยาร่วมกับ ECT

**การรักษาจิตสังคม** การทำจิตบำบัด (Psycho Therapy) การให้คำปรึกษา (counseling) การให้คำแนะนำปรึกษาแก่ครอบครัว (Family counseling) กลุ่มบำบัด (Therapeutic groups)

## 2.2 ระบบทีมสหสาขาและเครือข่ายผู้ดูแลในชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงกะทิงกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงกะทิงเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่มีความใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด ซึ่งมีการให้บริการสุขภาพ 2 ลักษณะคือการให้บริการเชิงรับและการให้บริการเชิงรุก มีภารกิจทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยการดูแลแบบองค์รวม ร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชนซึ่งประกอบด้วยแกนนำชุมชน องค์กรส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

โรคจิตเภทเป็นปัญหาสำคัญประการหนึ่งในชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงกะทิง ซึ่งเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ และพฤติกรรมการดำเนินของโรคมีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป ส่วนใหญ่จะเริ่มแยกตัวเองออกจากสังคม ขาดความสนใจในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำหน้าที่ด้านการทำงานบกพร่อง และถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง อาการทางด้านจิตเภทกำเริบ มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน ทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่นทำ ทำให้ญาติต้องพาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อาการทางจิตก็จะสงบลง แต่ยังคงมีความเสื่อมถอยทางบุคลิกภาพ และการทำหน้าที่ทางสังคมลดลง ยังมีอาการกำเริบบ่อยครั้งก็จะยังมีอาการหลงเหลืออยู่มาก จากการสัมภาษณ์และการสำรวจเมื่อออกไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงกะทิง พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลที่ไม่ถูกต้อง ขาดยา การรับประทานยาไม่ถูกต้อง ขาดผู้ดูแล ชุมชนไม่เห็นความสำคัญ ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบ (ข้อมูล รพสต.บ้านดงกะทิง 3 ปีย้อนหลัง พ.ศ.2559-2562) ซึ่งมีผู้ป่วยมีอาการกำเริบ 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 20 ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ 6 รายคิด

เป็นร้อยละ 24 และผู้ป่วยมีอาการกำเริบ 5 รายคิดเป็นร้อยละ 20 ตามลำดับ จากการที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ก่อความรุนแรงต่อตัวเอง ครอบครัว ชุมชนและมีปัญหาในการใช้ชีวิตในชุมชน ส่งผลให้คนในครอบครัวและชุมชนเกิดความหวาดกลัว และปฏิเสธการกลับเข้าสู่ชุมชนของผู้ป่วย แม้ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาให้มีอาการปกติแล้วก็ตาม

จากข้อมูลดังกล่าว สะท้อนให้เห็นถึงลักษณะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงกะทิง และภาคีเครือข่ายในชุมชนซึ่งประกอบด้วยแกนนำชุมชน องค์กรส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนได้อย่างเต็มที่ ผู้วิจัยจึงสนใจจะศึกษา การพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาและเครือข่ายผู้ดูแลในชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงกะทิง อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์ คือการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านมาเป็นกรอบแนวคิด มีรูปแบบการดูแลประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ หลัก คือ โครงสร้าง (structure) กระบวนการ (process) ผลลัพธ์ (outcome) ร่วมกับการประยุกต์ใช้แนวคิดการสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคม (social support networks) ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของ Rujkorakarn, D., Buatee, S., Jundeekrayom, S., & Mills, A. C. (2018) ได้แก่ 1) การปฏิบัติกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอทุกวันเป็นนิจ 2) การให้ความช่วยเหลือในการดำรงชีวิตทุกเมื่อ 3) การควบคุมอาการข้างเคียงจากการใช้ยาที่มีอยู่ในแต่ละวัน และ 4) การจัดการตนเองในการดำรงชีวิตประจำวัน เพื่อให้ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน มีส่วนร่วมในการดูแลผลลัพธ์เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

### 2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ พบว่ามีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

พรทิพย์ วชิรดิถก และ สมพร รุ่งเรืองกลกิจ (2550) ได้ศึกษาผลของการปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับพฤติกรรมทางความคิดต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท วิธีการศึกษาใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง วัดก่อนและหลังการทดลองเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลอุดรธานี ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับพฤติกรรมทางความคิด มีการพัฒนาด้านพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา และความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะรับประทานยาทางจิตเวช ในระยะหลังทดลอง ติดตามประเมินผล 3 และ 6 เดือน มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วาสนา เหล่าคงธรรม เยาวลักษณ์ การกล้า และ พรชนก แก้วอมตวงษ์ (2551) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับพฤติกรรมทางความคิดต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท วิธีการศึกษา เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quazi-experimental research) กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่หน่วยบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ที่มีพฤติกรรมรับประทานยาไม่ต่อเนื่องและมีญาติดูแล ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีการพัฒนาพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา และความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการรักษา ในระยะหลังทดลองระยะติดตามประเมินผล 3 และ 6 เดือน มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อรุณี โสถถวินิชย์วงศ์ และ นิตยา สุริยพันธ์ (2552) ได้ศึกษาวิจัยโดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภททั่วไปและผู้ป่วยเรื้อรังบำบัดชาย 20 ราย คัดเลือกผู้ป่วยที่มีประวัติขาดการรักษา รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง มีอาการทางจิตสงบ ไม่มีปัญหาการได้ยินเสียง การพูด และมีคะแนนการประเมินสภาพจิต (BPRS) ต่ำกว่า 36 คะแนน โดยยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา คือ โปรแกรมการให้การปรึกษาผู้ป่วยจิตเภทเพื่อร่วมมือในการรับประทานยาโดยใช้ Motivation Interviewing ตามแนวคิดของ Miller โดยนำขั้นตอนการสร้างแรงจูงใจเพื่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภทที่พัฒนาขึ้นโดยดร.ณี ภูขาว มาประยุกต์ใช้ในการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม ประกอบด้วยการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม 3 ครั้ง ผลการศึกษาระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล กลุ่มทดลองมีแรงจูงใจต่อความร่วมมือในการรับประทานยามากกว่ากลุ่มควบคุม และผลการติดตามเยี่ยมบ้านทางโทรศัพท์หลังจำหน่าย 7 วัน 1 เดือน และ 3 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมในการรับประทานยาโดยไม่ต้องกระตุ้นเดือน มีอาการทางจิตสงบ มีความสามารถในการดูแลตนเอง ช่วยทำงานบ้าน และลดการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วันได้

Rujkorakarn, D., Buatee, S., Jundeekrayom, S., & Mills, A. C. (2018). ได้ศึกษาเกี่ยวกับการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนชนบทของภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย สถานที่ผู้วิจัยได้เลือกทำการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ หมู่บ้านชนบทของภาคตะวันออกเฉียงเหนือในประเทศไทย ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคม (social support networks) ที่ดีอันเกิดจากความผูกพันของสมาชิกในชุมชนที่ต่างให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคและผู้ที่ทำหน้าที่ประสานความร่วมมือให้ความช่วยเหลือ (facilitators) แก่ผู้ที่อยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทในหมู่บ้าน การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative study) โดยใช้เครื่องมือแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi-structured interviews) รายบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภท สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วย และบุคคลสำคัญที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ที่แปลความหมายจากการตรวจสอบข้อมูล การสังเกต นำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่แล้วให้รหัสข้อมูลตามความหมายหลัก ๆ ซึ่งข้อมูลที่ได้เข้ารหัสดังกล่าว ประกอบด้วยความหมายหลัก 4 ประเด็นจากการแปลความหมาย ดังนี้ 1) การปฏิบัติกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอทุกวันเป็นนิจ 2) การให้ความช่วยเหลือในการดำรงชีวิตทุกเมื่อ 3) การควบคุมอาการข้างเคียงจากการใช้ยาที่มีอยู่ในแต่ละวัน และ 4) การจัดการตนเองในการดำรงชีวิตประจำวัน การมีวินัยต่อตนเองและการได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาปราศจากการเป็นผู้พึ่งพิงในการใช้ชีวิตอยู่อย่างปกติสุขในชุมชนชนบทได้ รูปแบบของการใช้ชีวิตในชุมชนชนบทนี้แสดงให้เห็นถึงความเข้มแข็งของเครือข่ายทางสังคมสำหรับผู้ที่อยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทซึ่งทำให้เกิดการเรียนรู้ว่าจะนำไปสู่การประสบผลสำเร็จในการดำรงชีวิตได้อย่างไร การให้การสนับสนุนช่วยเหลือแก่ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในชุมชนโดยจัดหาแหล่งประโยชน์ทางเลือกเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดประสิทธิผลสำหรับการให้ความช่วยเหลือด้านการดูแลประชาชนในชุมชนดังกล่าว

Chan, K. K. S., & Mak, W. W. S. (2014) ได้ศึกษาวิจัยในกลุ่มประชาชนที่อยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยนอก วัตถุประสงค์ของการวิจัย คือ การศึกษาการตีตราบาป (stigma) การกีดกันผู้ป่วย และความขาดแคลนการได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่เป็นปัญหาอุปสรรคต่อการบูรณาการในการเยียวยาให้ผู้ป่วยมีอาการทุเลาในชุมชนได้ การที่ผู้ป่วยตีตราบาปด้วยตนเองและไม่ได้รับการฟื้นฟูสภาพให้อาการทุเลานั้น จะเป็นปัญหาให้ผู้ป่วยไม่ได้เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาอาการกำเริบของโรค อีกทั้งจะบั่นทอน

ความพึงพอใจและรบกวนความผาสุกในชีวิตโดยรวมของตนเอง การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาบทบาทที่เป็นสื่อชักนำให้เกิดการตีตรา (self-stigma) และความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองที่สัมพันธ์กับอาการทางจิต ความรุนแรง และคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ระเบียบวิธีวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบจำลองสมการเชิงโครงสร้าง (Structural equation modeling) และการวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นสื่อชักนำ (mediation analyses) โดยผู้วิจัยสร้างเครื่องมือขึ้นเอง กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ได้แก่ ผู้รับบริการด้านสุขภาพจิตที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทในชุมชน จำนวน 400 คนที่อาศัยอยู่ในฮ่องกง ผลการศึกษาพบว่า แบบจำลองสมการเชิงโครงสร้าง และปัจจัยที่เป็นสื่อชักนำไม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการซึ่งมีความสัมพันธ์กับอาการเจ็บป่วย ความรุนแรงของโรค และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยนั้นมีความสอดคล้องกับข้อมูลที่ศึกษาได้เป็นอย่างดี ระดับความรุนแรงของอาการทางจิตที่สูงขึ้นนั้นมีความสัมพันธ์กับการตีตราให้แก่ตนเองที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ( $R = .24$ ) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการ ( $R = .53$ ) ด้านการตีตราให้แก่ตนเองและการไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการนั้นสัมพันธ์ในทางผกผันกับระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ( $R = .45$ ) จึงสรุปผลการวิจัยได้ว่า ผู้ให้บริการสุขภาพที่จำเป็นและผู้บริหารควรวางแผนหรือลดการตีตราให้ตนเองของผู้ป่วยและจัดให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองสิ่งที่เขาต้องการได้บริการ ซึ่งสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยรวมที่จะดีขึ้นและอาการทางจิตทุเลาได้ยาวนานขึ้น การเสริมพลังอำนาจทั้งในด้านการบริหารจัดการและโดยจัดกิจกรรมที่เน้นการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษา การใช้ชุมชนเป็นฐาน และการให้บริการโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางแก่ประชาชนตามความต้องการของเขาเป็นสิ่งสำคัญที่ควรกำหนดเป็นทิศทางสำคัญสำหรับความพยายามปรับปรุงระบบการให้บริการแก่ผู้ป่วยเพื่อให้อาการทุเลาได้ในอนาคต

Attepe Özden, S., & Tuncay, T. (2018) ได้ศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยรายบุคคลที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นสมาชิกครอบครัวในตุรกี ซึ่งครอบครัวนั้นเป็นผู้ดูแลหลักสำหรับผู้ป่วยซึ่งประสบปัญหาทางด้านจิตใจ การเงิน และปัญหาทางสังคม วัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้ เพื่อศึกษาภาระส่วนบุคคลและวิธีการจัดการกับความเครียด รวมทั้งการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อครอบครัวในการจัดการบริการการดูแลผู้ป่วยจิตเภทรายบุคคล ระเบียบวิธีวิจัยครั้งนี้ ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interviews) ที่ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือขึ้นเองเพื่อสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างจำนวน 31 คนที่เป็นสมาชิกจากครอบครัวทั้งหมด 12 ครอบครัว ผลการวิจัยพบว่า มีประเด็นปัญหาหลัก ๆ 4 ด้านที่พบ ได้แก่ 1) การเรียนรู้และยอมรับความผิดปกติของผู้ป่วย 2) วิธีการดูแลผู้ป่วย 3) ปัญหาด้านสังคม และ 4) ปัญหาด้านการได้รับการบริการ ครอบครัวส่วนใหญ่ประสบปัญหาเกี่ยวกับการยอมรับความผิดปกติของผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลทั้งด้านการเงินและด้านสังคม การมีสมาชิกครอบครัวป่วยเป็นโรคจิตเภทเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ครอบครัวถูกแบ่งแยกออกจากชุมชน ครอบครัวเองไม่อยากจะเปิดเผยปัญหาให้ใครได้รับรู้ แม้ว่าครอบครัวจะพึงพอใจกับระบบความช่วยเหลือที่มีอยู่ในชุมชนก็ตาม เขาต้องการวิธีการแก้ไขปัญหาระยะยาว การฝึกอบรม และการช่วยเหลือทางการเงิน สรุปผลการวิจัยได้ว่าการที่จะลดภาระของครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้นั้น ควรมีครอบครัวบำบัด (family therapy) การให้ความรู้ และการสนับสนุนทางด้านจิตใจแก่ครอบครัว รวมทั้งการให้โอกาสมีงานทำ การจัดการให้การดูแลระยะยาว และการสนับสนุนทางด้านจิตเจนนั้นควรจัดเป็นรายบุคคลแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

Ashcroft, K., Kim, E., Elefant, E., Benson, C., & Carter, J. A. (2018) ได้ศึกษาความเคลื่อนไหวในปัจจุบันที่มีต่อมิติการเปลี่ยนแปลงด้านการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทรายบุคคล ปัจจุบันการดูแลด้านสุขภาพจิตได้เปลี่ยนไปสู่การให้บริการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนโดยยึดชุมชนเป็นฐานแล้ว ครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนอย่างแท้จริง และเป็นผู้ที่จะต้องให้การดูแลผู้ป่วยมากที่สุดในระยะยาว แต่ทว่าบ่อยครั้งที่

ครอบครัวมักจะขาดการฝึกอบรมหรือให้การสนับสนุนอย่างจริงจัง การจัดกิจกรรมสนับสนุนทางด้านจิตใจแก่ผู้ดูแลโดยตรง (Caregiver-directed psychosocial interventions: CDPI) จึงได้รับการพัฒนาขึ้นมาเพื่อฝึกอบรมและให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อพยายามเพิ่มโอกาสสูงสุดในการประสบความสำเร็จในการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษา การเปรียบเทียบด้วยการวิเคราะห์อภิมาน (meta-analysis) นี้ ร่วมกับการรักษาตามปกติ (Treatment as usual: TAU) ที่มีต่อผลลัพธ์ต่าง ๆ เช่น การพักรักษาในโรงพยาบาล การกลับเป็นซ้ำ การไม่ร่วมมือในการรักษาและผลลัพธ์อื่น ๆ เช่น การได้รับบริการจิตเวชฉุกเฉิน การพยายามฆ่าตัวตาย และการเสียชีวิต ได้มีการค้นคว้าเอกสาร วรรณกรรมและงานวิจัยต่าง ๆ อย่างเป็นระบบ ตั้งแต่ปี 2005-2015 จากนั้นได้นำมาสร้างเครื่องมือเพื่อศึกษาวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่ม (randomized controlled trials) เปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างกับกลุ่มควบคุม ในผู้ป่วยนอกที่ได้รับกิจกรรมที่ส่งเสริมปัจจัยหลายประการร่วมเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ให้การให้การรักษาตามปกติในผู้ป่วยนอกที่เป็นโรคจิตเภท พบว่ามีปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย (Relative risks: RR) ณ ระดับความเชื่อมั่น 95% ซึ่งได้มาจากการสุ่มเพื่อวิเคราะห์อภิมาน จากผลสรุปงานวิจัยต่าง ๆ แล้วนำมาคำนวณเปรียบเทียบผลของ CDPI กับ TAU ดังกล่าว พบว่า มีผลงานวิจัย 18 เรื่องจากงานวิจัยทั้งหมด 693 เรื่องถูกนำมาวิเคราะห์ผล ภาพรวมของปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท (RR) สำหรับ CDPI และ TAU นั้นมีผลที่ดีกว่าที่เกี่ยวกับงานวิจัยในกลุ่ม CDPI: ด้านการเข้ารักษาในโรงพยาบาล [0.62 (0.46, 0.84)  $p < 0.00001$ ], การกลับเป็นซ้ำ [0.58 (0.47, 0.73)  $p < 0.00001$ ] and และผลด้านอื่น ๆ [0.70 (0.19, 2.57)  $p = 0.59$ ]. กลุ่มที่ได้รับ CDPI นั้นให้ความร่วมมือในการรักษาดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญ เกี่ยวกับการรับประทายาร่วมกับการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในคลินิก [0.38 (0.19, 0.74)  $p = 0.005$ ]. การให้ความร่วมมือในการรับประทายาแต่เพียงอย่างเดียวในกลุ่มที่ได้รับ CDPI but นั้นไม่มีนัยสำคัญ กลุ่มที่ยอมร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมในคลินิกต่าง ๆ ในกลุ่มที่ได้รับ CDPI เพียงอย่างเดียว นั้นมีนัยสำคัญ [0.22 (0.11, 0.47)  $p < 0.00001$ ] จึงสรุปได้ว่ากลุ่มที่ได้รับ CDPI นั้นมีส่วนเกี่ยวข้องกับการลดระยะเวลาการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล การกลับเป็นซ้ำ และการไม่ให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษา

จะเห็นได้ว่าจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวข้างต้น สามารถสรุปได้ว่าโรคจิตเภทเป็นโรคทางด้านจิตเวชที่มีความผิดปกติทางสมองด้านการรับรู้ สติปัญญา การเชื่อมโยงความคิด การควบคุมตัวเอง การแสดงออกทางอารมณ์ การสื่อสาร และขาดแรงจูงใจ โรคนี้ไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่เริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่ อาการในช่วงกำเริบจะเป็นกลุ่มอาการด้านบวก เช่น ประสาทหลอน หลงผิด และในระยะหลังส่วนใหญ่มีกลุ่มอาการด้านลบ เช่น พูดน้อย เฉื่อยชา แยกตนเอง การเจ็บป่วยด้วยโรคนี้จึงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและความผาสุกของผู้ป่วยเอง ผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว และบุคคลอื่น ๆ ในชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ นับเป็นปัญหาสำคัญที่เป็นอุปสรรคขัดขวางต่อการพัฒนาชุมชนและสังคมในหลาย ๆ ด้านเนื่องจากต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายทางเศรษฐกิจในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย ส่งผลให้บุคคลในชุมชนขาดความมั่นคงทางด้านจิตใจและความปลอดภัยในชีวิตจากอาการกำเริบของผู้ป่วยดังกล่าว ด้วยเหตุนี้จึงนำไปสู่การศึกษาวินิจฉัยเพื่อการพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเภทโดยทีมสหสาขาและเครือข่ายผู้ดูแลในชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงกะทิง เพื่อให้ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน มีส่วนร่วมในการดูแล ผลลัพธ์เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อการพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายผู้ดูแลในชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงกะทิง อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์ และศึกษาผลลัพธ์ของการใช้กระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาและเครือข่ายผู้ดูแล ในชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงกะทิง อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์ รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยผสมผสาน (Mixed method research) โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) ร่วมกับการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2562 ถึงเดือน กันยายน พ.ศ. 2563

#### 3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ กลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามระบบ ICD -10 (F20.0-F20.9) ได้รับการขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลบ้านด่าน โรงพยาบาลบุรีรัมย์และผู้ป่วยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงกะทิง จำนวน 25 คน

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการ วินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามระบบ ICD -10 (F20.0-F20.9) ได้รับการขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลบุรีรัมย์ โรงพยาบาลบ้านด่าน ถึงปีงบประมาณ 2562 อายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป และผู้ป่วยอยู่ในเขตพื้นที่ รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงกะทิง อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์ และยินดีเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ จำนวน 25 คน

ขั้นตอนของการดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาข้อมูล ปัญหา และความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง จากการทบทวนวรรณกรรม ฐานข้อมูลของผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงกะทิง การสนทนากลุ่ม (Focus group) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ระหว่างบุคคลสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการให้การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับประเด็นปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้ป่วยดังกล่าว ได้แก่ ผู้ป่วย ครอบครัว แกนนำชุมชน องค์กรส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทีมสหสาขาและเครือข่ายผู้ดูแลในชุมชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงกะทิง และผู้นำส่วนท้องถิ่น จากนั้นจึงนำไปสร้างเครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน 2) แบบประเมินระดับความสามารถโดยรวมของผู้ป่วย (Global Assessment of Function: GAF Scale) 3) แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) และ 4) แบบประเมินการติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน 10 ด้านให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชน

ระยะที่ 2 พัฒนาการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเภทโดยทีมสหสาขา และเครือข่ายผู้ดูแลในชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงกะทิง อำเภอบ้าน ด่าน จังหวัดบุรีรัมย์ โดยการจัดอบรมให้ความรู้ การดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเภท แก่กลุ่มบุคคลสำคัญต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้น ผลที่ได้จากการอบรมได้นำไปกำหนดผลลัพธ์ที่ต้องการ คือ ระดับความสามารถโดยรวมของผู้ป่วย (Global Assessment of Function: GAF Scale)

ระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์ หลังจากสิ้นสุดกระบวนการดูแลต่อเนื่องตามแนวทางที่กำหนดไว้ภายใน 1 เดือน ด้วยการออกติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อ ประเมิน GAF และแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) โดยการประเมินสภาพปัญหาและความต้องการในการดูแล



รักษา และการส่งต่อผู้ป่วย มีการแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มที่ไม่มีปัญหาซับซ้อน ติดตามเยี่ยมบ้าน และสัมภาษณ์เชิงลึกโดยเครือข่ายผู้ดูแลผู้ป่วย และ 2) กลุ่มที่มีปัญหาซับซ้อน ติดตามเยี่ยมบ้านและสัมภาษณ์เชิงลึกโดยทีมสหวิชาชีพ ระดับอำเภอและภาคี เครือข่าย หลังจากนั้นจึงนำข้อมูลมาประชุมปรึกษา (conference) เพื่อให้ได้ข้อสรุปในการดูแลรักษาผู้ป่วยร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพจนกระทั่งอาการดีขึ้น สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้

หลังจากนั้นผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและภาคีเครือข่ายในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตามแผนที่กำหนดไว้ต่อไป

### 3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.2.1 แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวช สร้างขึ้นโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงกะทิง อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์ มีลักษณะเป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ชื่อ-สกุลของผู้ป่วย อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา การศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน ที่อยู่ และผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 การประเมินสภาพผู้ป่วยตามหลักแนวคิด INHOMESSS ได้แก่

- I: IMMOBILITY การเคลื่อนไหว และกิจวัตรประจำวัน
- N: Nutrition อาหาร และภาวะโภชนาการ
- H: Home and Environment สภาพภายในบ้านและสิ่งแวดล้อมบริเวณรอบ ๆ บ้าน
- O: Other people สมาชิกในครอบครัว (Geonogram) และแผนที่บ้าน
- M: Medication การใช้ยา
- E: Examination การตรวจร่างกาย
- S: Safety ความปลอดภัย
- S: Spiritual Health สุขภาวะทางจิตวิญญาณ
- S: Service แหล่งให้บริการสุขภาพใกล้บ้าน

ส่วนที่ 3 อาการผู้ป่วยในปัจจุบัน รวมทั้งความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การช่วยเหลืองานบ้าน และการประกอบอาชีพ

ส่วนที่ 4 ปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยของครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลและการประเมินผล

#### 3.2.2 แบบประเมินความสามารถโดยรวม (Global assessment of Function: GAF scale)

โดยใช้แบบประเมิน สำหรับวัดความสามารถดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิต (Global Assessment of Functioning Scale: GAF) ของกรมสุขภาพจิต (2557) มีลักษณะเป็นแบบสอบถามให้ผู้ตอบพิจารณาประเมินความเจ็บป่วยทางจิตใจ ที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ทางด้านจิตใจ สังคม และหน้าที่การงาน ทั้งนี้การประเมินจะไม่นับรวมถึงความบกพร่องในหน้าที่ต่าง ๆ ซึ่งเกิดจากข้อจำกัดจากสภาพร่างกายหรือสิ่งแวดล้อม โดยประกอบด้วยข้อคำถามปลายปิด ให้ผู้ตอบประเมินว่ามีอาการดังกล่าว “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” จำนวน 12 ข้อ ข้อ 1-10 เป็นการประเมินระดับความสามารถแบ่งเป็นช่วง ๆ ช่วงละ 10 คะแนน ตั้งแต่ระดับ ความสามารถในการทำหน้าที่ได้สูงสุดในกิจกรรมต่าง ๆ (ระดับที่ 1) ไปจนถึงข้อสุดท้าย ซึ่งเป็นระดับต่ำสุด (ระดับที่ 10) ที่ผู้ป่วยทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นรุนแรงตลอดเวลา ส่วนข้อที่ 11 สำหรับกรณีที่ไม่มีข้อมูลเพียงพอ และข้อที่ 12 เป็นการให้คะแนนดิบ ดังนี้

91 – 100 คะแนน	หมายถึง	ทำหน้าที่ได้สูงสุดในกิจกรรมต่าง ๆ
81 – 90 คะแนน	หมายถึง	ไม่มีอาการผิดปกติทางจิตใจหรือมีอาการเพียงเล็กน้อย
71 – 80 คะแนน	หมายถึง	มีอาการทางจิตใจเพียงชั่วคราวชั่วคราวและสามารถคาดการณ์ได้
61 – 70 คะแนน	หมายถึง	มีอาการทางจิตใจเล็กน้อย
51 – 60 คะแนน	หมายถึง	มีอาการทางจิตใจปานกลาง
41 – 50 คะแนน	หมายถึง	อาการรุนแรง
31 – 40 คะแนน	หมายถึง	มีความบกพร่องในการรับรู้ความจริงหรือการสื่อสาร
21 – 30 คะแนน	หมายถึง	มีความคิดหลงผิด หรือประสาทหลอน หรือความบกพร่องร้ายแรงในการสื่อสารหรือการตัดสินใจ
11 – 20 คะแนน	หมายถึง	ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นบ้าง
1 – 10 คะแนน	หมายถึง	ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นรุนแรงตลอดเวลา
0 คะแนน	หมายถึง	ไม่มีข้อมูลเพียงพอ

3.3.3 แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ใช้แบบสอบถามของ สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2557) มีลักษณะเป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไป เช่นเดียวกับแบบบันทึกการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวช และส่วนที่ 2 เป็นแบบประเมินที่มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 26 ข้อ แบ่งเป็นคุณภาพชีวิต 4 ด้าน 1) ด้านสุขภาพร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม เพื่อสอบถามถึงประสบการณ์ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาของกลุ่มตัวอย่างว่าเหตุการณ์ตามข้อคำถามแต่ละข้อนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบหรือไม่ หากเกิดเหตุการณ์นั้นกับผู้ตอบ มีความรู้สึกพอใจต่อเหตุการณ์ดังกล่าวมากน้อยเพียงใด ดังนี้

ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือข้อ 2, 9, 11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบดังนี้

ไม่เลย	หมายถึง	ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกเช่นนี้เล็กน้อยหรือรู้สึกแย่มาก
เล็กน้อย	หมายถึง	ท่านรู้สึกเช่นนั้นบ้างครั้ง รู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย รู้สึกไม่พอใจหรือรู้สึกแย่มาก
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านรู้สึกเช่นนั้นปานกลางรู้สึกพอใจระดับกลางๆหรือรู้สึกแย่มากระดับปานกลาง
มาก	หมายถึง	ท่านรู้สึกเช่นนั้นบ่อยๆ รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี
มากที่สุด	หมายถึง	ท่านรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุดหรือรู้สึกสมบูรณ์ รู้สึกพอใจมาก รู้สึกดีมาก

#### การแปลผล

คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมมีคะแนนตั้งแต่ 26-130 คะแนน โดยแบ่งได้เป็น 3 ด้าน ดังนี้

26-60	คะแนน	แสดงถึง คุณภาพชีวิตไม่ดี
61-95	คะแนน	แสดงถึง คุณภาพชีวิตปานกลาง
96-130	คะแนน	แสดงถึง คุณภาพชีวิตที่ดี

3.3.4 แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน 10 ด้าน ใช้แบบประเมินของ ชิตชนก โอภาสวัฒนา (2563) เป็นแบบสอบถามที่มีลักษณะการวัดด้วยมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ เพื่อใช้ในการติดตามเยี่ยมและประเมินผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ให้ครอบคลุมประเด็นความจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยจำนวน 10 ด้าน และใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนช่วยเหลือผู้ป่วย ดังนี้

ด้านที่ประเมิน	ความหมาย	คะแนนที่ให้
1) ด้านอาการทางจิต	ไม่มีอาการ	1 คะแนน
	มีบ้าง	2 คะแนน
	มีบ่อย	3 คะแนน
2) ด้านการกินยา	สม่ำเสมอ	1 คะแนน
	ไม่สม่ำเสมอ	2 คะแนน
	ไม่กินยา	3 คะแนน
3) ด้านผู้ดูแล/ญาติ	ดี	1 คะแนน
	ปานกลาง	2 คะแนน
	ปรับปรุง	3 คะแนน
4) ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน	ทำได้	1 คะแนน
	ทำได้บ้าง	2 คะแนน
	ทำไม่ได้	3 คะแนน
5) ด้านการประกอบอาชีพ	ทำได้	1 คะแนน
	ทำได้บ้าง	2 คะแนน
	ทำไม่ได้	3 คะแนน
6) ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว	ดี	1 คะแนน
	ทำได้บ้าง	2 คะแนน
	ทำไม่ได้	3 คะแนน
7) ด้านสิ่งแวดล้อม	ดี	1 คะแนน
	ปานกลาง	2 คะแนน
	ปรับปรุง	3 คะแนน
8) ด้านการสื่อสาร	ดี	1 คะแนน
	ปานกลาง	2 คะแนน
	ปรับปรุง	3 คะแนน
9) ด้านความสามารถในการ รู้เบื้องต้น	ดี	1 คะแนน
	ปานกลาง	2 คะแนน
	ปรับปรุง	3 คะแนน
10) ด้านการใช้สารเสพติด	ไม่ใช้	1 คะแนน
	ใช้บ้าง	2 คะแนน
	ใช้ประจำ	3 คะแนน

3.3.5 การสนทนากลุ่ม (Focus group) ระหว่างคณะผู้วิจัยกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในชุมชน ได้แก่ ผู้ป่วย ครอบครัว แกนนำชุมชน องค์กรส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

ทีมสหสาขาและเครือข่ายผู้ดูแลในชุมชน และผู้นำส่วนท้องถิ่น โดยคณะผู้วิจัย ได้กำหนดประเด็นการสนทนาด้วยคำถามเชิงโครงสร้าง (Structured Interview) ในการเก็บรวบรวมข้อมูลระยะที่ 1 ของขั้นตอนการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีการกำหนดโครงสร้างของข้อคำถามต่าง ๆ ที่ต้องการเก็บข้อมูลไว้ล่วงหน้าเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการในการพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้นำกลุ่มทำการสัมภาษณ์และมอบหมายให้ผู้ร่วมวิจัยเป็นผู้ทำหน้าที่จดบันทึกคำตอบทั้งหมดของผู้ถูกสัมภาษณ์ลงในแบบสัมภาษณ์ร่วมกับการใช้วิธีบันทึกคลิปเสียงในระหว่างสนทนาประกอบเมื่อยุติการสัมภาษณ์แล้ว เพื่อป้องกันการจดบันทึกไม่ชัดเจนหรือบันทึกไม่ทันผู้สัมภาษณ์จะกลับมาเปิดคลิปเสียงที่บันทึกไว้เพื่อเพิ่มเติมข้อมูลให้ถูกต้อง

3.3.6 การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ในกลุ่มผู้เกี่ยวข้องดังกล่าวข้างต้นขณะลงพื้นที่ออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ในระยะที่ 2 - 4 ของขั้นตอนการวิจัย เป็นการสัมภาษณ์ที่ไม่มีกำหนด กฎเกณฑ์เกี่ยวกับคำถามและลำดับ ขั้นตอนของการสัมภาษณ์ไว้ล่วงหน้า เป็นการพูดคุยสนทนาตามธรรมชาติ (Naturalistic inquiry) เพิ่มเติมจากแบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน และแบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน 10 ด้าน เพื่อช่วยเพิ่มเติมข้อมูลที่ได้อาจมาจากแบบสอบถามข้างต้น เพื่อตรวจสอบความเป็นจริงของข้อมูลที่ได้เก็บรวบรวมจากแบบสอบถามมาก่อน และเพื่อรู้อะไรอื่น ๆ ที่ผู้ตอบคำถามไม่ได้แสดงออกมาด้วยคำพูด โดยลักษณะของข้อคำถามจะเป็นคำถามปลายเปิด (open-ended questions) เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลตอบได้อย่างเสรีตามความพอใจ ไม่ใช่คำถามนำหรือเสนอแนะให้ผู้ให้ข้อมูลตอบ ไปในแนวทางที่วางไว้ และเป็นคำถามที่จะไม่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความรู้สึกไม่อยากตอบ เน้นในเรื่องความคิดเห็นหรือเหตุผล เป็นการอธิบายที่มีรายละเอียดลุ่มลึก และมีความหมายมากกว่าที่จะเน้นในเรื่องปริมาณ หลีกเลี่ยงคำถามเรื่องความรู้ทางวิชาการมากเกินไปเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ตอบไม่อยากตอบ และเน้นการกระตุ้นให้ผู้ตอบแสดงความคิดเห็นอธิบายความให้กว้างขวางยิ่งขึ้น

### 3.3 การหาคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

#### 3.3.1 การหาความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (Content Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นทั้งหมดไปหาความตรงตามเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของเนื้อหา ดังนี้

- |   |        |
|---|--------|
| 1. จิตแพทย์                                     | 1 ท่าน |
| 2. อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช | 1 ท่าน |
| 3. พยาบาลจิตเวชชุมชน                            | 1 ท่าน |

หลังจากที่ผู้ทรงคุณวุฒิได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปแก้ไขปรับปรุงเพื่อให้มีความเหมาะสมด้านภาษา และครอบคลุมเนื้อหาตามที่ได้รับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด จากนั้นรวบรวมข้อมูล ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ มาวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item-objective congruence; IOC) เป็นวิธีการหาดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับวัตถุประสงค์หรือสิ่งที่ต้องการวัด โดยใช้สูตรการคำนวณ ดังนี้ (พงษ์เดช สารการ, 2561)

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

เมื่อ IOC = ดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence)

$\sum R$  = ผลรวมคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

n = จำนวนของผู้เชี่ยวชาญ

เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้

ถ้ามั่นใจว่า ข้อคำถามนั้นสามารถวัดในสิ่งที่ต้องการวัดได้ กำหนดให้ + 1

ถ้าไม่มั่นใจว่า ข้อคำถามนั้นสามารถวัดในสิ่งที่ต้องการวัดได้ กำหนดให้ 0

ถ้ามั่นใจว่า ข้อคำถามนั้นไม่สามารถวัดในสิ่งที่ต้องการวัดได้ กำหนดให้ - 1

เกณฑ์การประเมิน

ถ้าค่า IOC ของข้อคำถามนั้น  $\geq .50$  ตัดสินใจได้ว่า “ข้อคำถามในข้อนั้น สามารถวัดในสิ่งที่ต้องการวัดได้” แสดงว่า “ให้คัดเลือกข้อคำถามข้อนั้น เก็บไว้ในแบบสอบถามต่อไป”

ถ้าค่า IOC ของข้อคำถามนั้น  $< .50$  ตัดสินใจได้ว่า “ข้อคำถามในข้อนั้น ไม่สามารถวัดในสิ่งที่ต้องการวัดได้” แสดงว่า “ให้คัดเลือกตัดข้อคำถามข้อนั้น ออกจากแบบสอบถามหรือควรปรับปรุงข้อคำถามนั้นใหม่ ให้ถูกต้องและชัดเจนมากขึ้น”

ผลการวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม มีค่าเฉลี่ยของดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ได้เท่ากับ 0.85

### 3.3.2 การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือทั้งหมดที่ผ่านการหาความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และการวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างรายการข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการโรงพยาบาลบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งไม่ได้อยู่ในกลุ่มประชากรศึกษา จำนวน 15 ราย เมื่อได้ข้อมูลแล้วนำมาคำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ดังนี้

3.3.2.1 แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวช ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา เท่ากับ 0.89

3.3.2.2 แบบประเมินความสามารถโดยรวม(Global assessment of Function: GAF scale) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา เท่ากับ 0.95

3.3.2.3 แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา เท่ากับ 0.98

3.3.2.4 แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน 10 ด้าน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา เท่ากับ 0.89

## 3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการออกติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในระยะที่ 3 ของขั้นตอนการวิจัยดังกล่าวข้างต้น แล้วใช้เครื่องมือทั้งหมดสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงปริมาณ ในขณะเดียวกันจะใช้วิธีการสนทนากลุ่ม และสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงคุณภาพมาประกอบกันด้วย ในการเก็บรวบรวมข้อมูลใช้ระยะเวลารวมทั้งสิ้น 3 เดือน ตั้งแต่เดือนมิถุนายน ถึง สิงหาคม 2563

## 3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณซึ่งเป็นข้อมูล ทัวไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ผลลัพธ์การดูแลด้านการรับประทานยา การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน การเข้ายาและสารเสพติด อาการกำเริบซ้ำ อาการกำเริบรุนแรง รังสต่อ ความสามารถโดยรวมและคุณภาพชีวิต ในการติดตามเยี่ยมบ้านภายหลังจากการจัดกิจกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 1 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ผลของการพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหวิชาชีพ และเครือข่ายผู้ดูแล ในชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงกะทิง อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์ และศึกษาผลลัพธ์ของการใช้กระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาและเครือข่ายผู้ดูแล ในชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงกะทิง อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์ ดำเนินการวิจัยโดยใช้รูปแบบการวิจัยผสมผสาน (Mixed method) ระหว่างวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) และวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) และการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2562 ถึงเดือน กันยายน พ.ศ. 2563 ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัยตามลำดับ ดังนี้

- 4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล
- 4.2 ลำดับขั้นตอนในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล
- 4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

#### 4.1. สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในการสื่อความหมาย ผู้วิจัยได้กำหนดความหมายของสัญลักษณ์ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

n	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการดำเนินการวิจัย
$\bar{x}$	แทน	ค่าเฉลี่ย (Mean)
SD	แทน	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

#### 4.2 ลำดับขั้นตอนในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยขอเสนอตามรายละเอียด ดังนี้

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม
- ส่วนที่ 2 สภาพผู้ป่วยจิตเภท
- ส่วนที่ 3 อาการผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบัน
- ส่วนที่ 4 ความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภท
- ส่วนที่ 5 ปัญหาสุขภาพและการเจ็บป่วยในปัจจุบันของผู้ป่วยจิตเภท
- ส่วนที่ 6 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท
- ส่วนที่ 7 การติดตามผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชน

### 4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน ที่อยู่ ผู้ให้ข้อมูล ดังปรากฏในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 25)

ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	20	80.0
หญิง	5	20.0
2. อายุ (ปี)		
ต่ำกว่า 15 ปี	-	-
15 – 29 ปี	2	8.0
30 – 45 ปี	13	52.0
46 – 60 ปี	5	20.0
60 ปีขึ้นไป	5	20.0
3. สถานภาพสมรส		
โสด	16	64.0
สมรส	5	20.0
หม้าย	2	8.0
หย่าร้าง	-	-
แยกกันอยู่	2	8.0
อื่น ๆ	-	-
4. ศาสนา		
พุทธ	25	100.0
อื่น ๆ	-	-
5. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	20	80.0
มัธยมศึกษาหรืออนุปริญญา	5	20.0
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	-	-
อื่น ๆ	-	-
6. อาชีพ		
รับราชการ	-	-
รับจ้าง	6	24.0
เกษตรกร	7	28.0
นักเรียนหรือนักศึกษา	1	4.0

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 25) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
6. อาชีพ (ต่อ)		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	10	40.0
อื่น ๆ	1	4.0
7. สิทธิการรักษา		
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	9	36.0
บัตรผู้พิการ	15	60.0
อื่น ๆ (บัตรพระภิกษุ สามเณร ซี นักบวช)	1	4.0
8. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย		
ต่ำกว่า 6 เดือน	-	-
6 เดือน – 2 ปี	3	12.0
มากกว่า 2 ปี	22	88.0
9. ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน		
ต่ำกว่า 6 เดือน	-	-
6 เดือน – 1 ปี	-	-
2 – 3 ปี	-	-
4 – 5 ปี	1	4.0
มากกว่า 5 ปี	24	96.0
10. ที่อยู่		
ตำบลบ้านด่าน	12	48.0
ตำบลโนนขวาง	13	52.0
ตำบลปราสาท	-	-
ตำบลวังเหนือ	-	-
อื่น ๆ	-	-
11. ผู้ให้ข้อมูล		
ผู้ป่วย	8	32.0
บิดา มารดา	8	32.0
สามี ภรรยา	4	16.0
บุตร	2	8.0
ญาติพี่น้อง	3	12.0
อื่น ๆ	-	-

จากตารางที่ 4.1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล พบว่า  
 เพศ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากที่สุด จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 80.0 รองลงไปเป็น  
 เพศหญิง จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0



อายุ ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 30 – 45 ปี มีจำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 52.0 รองลงมา คืออายุ 46 – 60 ปี และอายุ 60 ปีขึ้นไปซึ่งมีจำนวนเท่ากัน คือ กลุ่มอายุละ 5 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0

สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่ยังเป็นโสด จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 64.0 รองลงมาสมรสแล้ว จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0 มีส่วนน้อยที่เป็นหม้าย ซึ่งเท่ากับผู้ที่แยกกันอยู่ จำนวนกลุ่มละ 2 คน คิดเป็นร้อยละ 8.0 และร้อยละ 8.0 เรียงตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างทุกคนนับถือศาสนาพุทธ จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 100.0 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 80.0 รองลงไปจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรืออนุปริญญา จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0

อาชีพหลักของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 40.0 รองลงไปเป็นเกษตรกร จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 28.0 ส่วนน้อยที่ยังเป็นนักเรียน นักศึกษา ซึ่งเท่ากับอาชีพอื่น ๆ ซึ่งเป็นพระภิกษุ จำนวนกลุ่มละ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 4.0 และร้อยละ 4.0 ตามลำดับ

ส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาด้วยบัตรผู้พิการ จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 60.0 รองลงไปใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 36.0 มีเพียง 1 คน คิดเป็นร้อยละ 4.0 ที่ใช้สิทธิการรักษาอื่น ๆ คือ บัตรพระภิกษุ สามเณร ชี นักรบวช

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เจ็บป่วยมานานเกินกว่า 2 ปี จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 88.0 รองลงไปป่วยมานาน 6 เดือน – 2 ปี จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 12.0

กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดอาศัยอยู่ในชุมชนมานานเกินกว่า 5 ปี จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 96.0 มีเพียง 1 คนที่อาศัยอยู่ในชุมชนมานาน 4 – 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 4.0 โดยอยู่ตำบลโนนขวางมากที่สุด จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 52.0 รองลงไปอาศัยอยู่ตำบลบ้านดำน จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 48.0

ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ คือ ผู้ป่วย ซึ่งมีจำนวนมากเท่ากับ บิดา มารดาของผู้ป่วยเอง จำนวนกลุ่มละ 8 คน คิดเป็นร้อยละ 32.0 และร้อยละ 32.0 ตามลำดับ

## ส่วนที่ 2 สภาพผู้ป่วยจิตเภท

สภาพผู้ป่วยจิตเภท ตามแบบประเมิน INHOMESS ดังปรากฏในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของสภาพผู้ป่วย (n = 25)

สภาพผู้ป่วยจิตเภท	จำนวน	ร้อยละ
1. การเคลื่อนไหวและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน		
ทำได้เอง	25	100.0
ทำเองไม่ได้	-	-
2. ภาวะโภชนาการ		
ปกติ	18	72.0
อ้วน	6	24.0
ผอม	1	4.0
3. จำนวนมือรับประทานอาหารต่อวัน		
1 มือ	-	-
2 มือ	1	4.0
3 มือ	24	96.0

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของสภาพผู้ป่วย (n = 25) (ต่อ)

สภาพผู้ป่วยจิตเภท	จำนวน	ร้อยละ
4. ผู้ดูแลเรื่องอาหาร		
ผู้ป่วย	7	28.0
บิดา มารดา	8	32.0
สามี ภรรยา	2	8.0
ลูก หลาน	2	8.0
อื่น ๆ	6	24.0
5. รสชาติอาหารที่ชอบ		
หวาน	9	36.0
มัน	-	-
เค็ม	1	4.0
เผ็ด	-	-
เปรี้ยว	-	-
หลายรส	13	52.0
6. ที่มาของอาหาร		
ปรุงเอง	21	84.0
ซื้อสำเร็จรูป	2	8.0
อาหารแช่แข็ง	-	-
อื่น ๆ	2	8.0
7. การดื่มเหล้า/แอลกอฮอล์		
ดื่ม	6	24.0
ไม่ดื่ม	19	76.0
8. ปริมาณการดื่มเหล้า/แอลกอฮอล์ต่อวัน		
0 ครั้ง	19	76.0
1 – 3 ครั้ง	2	8.0
มากกว่า 3 ครั้ง	4	16.0
9. การสูบบุหรี่/ยาเส้น		
สูบ	14	56.0
ไม่สูบ	11	44.0
10. ปริมาณการสูบบุหรี่/ยาเส้นต่อวัน		
0 มวน	11	44.0
1 – 5 มวน	6	24.0
มากกว่า 5 มวนต่อวัน	8	32.0

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของสภาพผู้ป่วย (n = 25) (ต่อ)

สภาพผู้ป่วยจิตเภท	จำนวน	ร้อยละ
11. สภาพภายในบ้านที่อยู่อาศัย		
แออัด	6	24.0
โปร่งสบาย	19	76.0
สะอาด	-	-
12. สภาพสิ่งแวดล้อมรอบบ้าน		
มีบริเวณ	24	96.0
ไม่มีบริเวณ	1	4.0
13. ลักษณะของครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	11	44.0
ครอบครัวขยาย	14	56.0
14. การบริหารยา		
ด้วยตัวเอง	15	60.0
ทำโดยผู้อื่น	10	40.0
15. การได้รับยา		
สม่ำเสมอ	15	60.0
ไม่สม่ำเสมอ	10	40.0
16. การตรวจวัดความดันโลหิต		
ต่ำกว่าปกติ	1	4.0
ปกติ	22	88.0
สูงกว่าปกติ	2	8.0
17. การตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด		
ปกติ	25	100.0
18. ความปลอดภัย		
ปลอดภัยต่อการพลัดตกหกล้ม	21	84.0
เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม	4	16.0
19. ความเชื่อ/เครื่องยึดเหนี่ยวทางจิตวิญญาณ		
มี	25	100.0
20. แหล่งให้บริการสุขภาพใกล้บ้าน		
รพ.สต./ศสม.	25	100.0

จากตารางที่ 4.2 พบว่า สภาพวะของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถเคลื่อนไหว ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เองทุกคน จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 100.0

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการปกติ จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 72.0 รองลงไปที่มีรูปร่างอ้วน จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 24.0 บริโภคอาหาร 3 มื้อต่อวัน จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 96.0 ส่วนอีก 1 คน เป็นพระภิกษุ จึงบริโภคอาหารเพียง 2 มื้อต่อวันเท่านั้น คิดเป็นร้อยละ 4.0 สำหรับผู้ดูแลเรื่องอาหารให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเป็นบิดา มารดา จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 32.0 รองลงไปที่ผู้ป่วยเอง จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 28.0 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ชอบรับประทานอาหารหลากหลายรสรวมกัน จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 52.0 รองลงไปที่ชอบรับประทานอาหารรสหวาน จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 36.0 ส่วนที่มาของอาหารนั้น ส่วนใหญ่จะปรุงเอง จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 84.0

ด้านการใช้สารเสพติดนั้นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ดื่มเหล้าหรือแอลกอฮอล์ จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 76.0 ส่วนผู้ที่ดื่มนั้นมีจำนวนเพียง 6 คน คิดเป็นร้อยละ 24.0 ในกลุ่มที่ดื่มนั้นจะดื่มปริมาณมากกว่า 3 ครั้งต่อวัน จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 16.0 รองลงไปที่ดื่มเพียง 1-3 ครั้งต่อวัน จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 8.0

มีกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จำนวน 14 คนเป็นผู้สูบบุหรี่หรือยาเส้น คิดเป็นร้อยละ 56.0 ที่เหลือจำนวน 11 คนนั้นไม่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 44.0 และกลุ่มที่สูบบุหรี่มากที่สุดนั้น จะสูบบุหรี่มากกว่า 5 มวนต่อวัน จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 32.0 รองลงไปที่สูบบุหรี่ 1-5 มวน จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 24.0

สำหรับลักษณะสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยของกลุ่มตัวอย่างนั้น ส่วนใหญ่สภาพภายในบ้านจะโปร่งสบาย จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 76.0 รองลงไปที่มีสภาพแออัด จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 24.0 ส่วนบริเวณรอบ ๆ บ้านนั้น ส่วนใหญ่จะมีพื้นที่กว้างพอ จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 96.0 มีเพียง 1 คน ที่พื้นที่คับแคบไม่มีบริเวณรอบ ๆ บ้าน คิดเป็นร้อยละ 4.0

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในครอบครัวขยาย ที่มีสมาชิกประกอบด้วย บิดา มารดา สามี ภรรยา ลูกหลาน หลาน ป้า น้า อา ปู่ย่า ตายาย หรือญาติอื่น ๆ จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 56.0 รองลงไปที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยว ที่มีสมาชิกครอบครัว ได้แก่ สามี ภรรยา และลูก จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 44.0

ด้านการบริหารยานั้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จัดหารับประทานด้วยตัวเอง จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 60.0 รองลงไปที่มีผู้อื่นจัดยาให้ จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 40.0 ทั้งนี้ส่วนใหญ่ได้รับยาสม่ำเสมอ จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 60.0 รองลงไปที่ไม่สม่ำเสมอ จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 40.0

การตรวจร่างกายด้วยการประเมินสัญญาณชีพนั้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความดันโลหิตปกติ จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 88.0 รองลงไปที่มีความดันโลหิตสูงกว่าปกติ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 8.0 ส่วนการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดนั้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกราย จำนวน 25 คน มีระดับน้ำตาลในเลือดปกติ คิดเป็นร้อยละ 100.0

ด้านความปลอดภัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความปลอดภัยจากการพลัดตกหกล้ม จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 84.0 รองลงไปที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 16.0

ด้านสุขภาวะทางจิตวิญญาณ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีความเชื่อหรือเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 100.0

สำหรับแหล่งให้บริการสุขภาพใกล้บ้านนั้น กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 25 คน ไปรับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน คิดเป็นร้อยละ 100.0

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วย/ผู้ดูแลผู้ป่วยขณะเยี่ยมบ้าน โดยทีมคณะผู้วิจัย พบว่า

#### 4.2.1 ภาวะโภชนาการ

ผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 24.0 (6 คน) มีภาวะอ้วน ด้วยสาเหตุดังนี้

1. พฤติกรรม มี 5 รายชอบกินจุ ไม่ออกกำลังกาย ไม่ได้ประกอบอาชีพ อยู่บ้านเฉย ๆ อีก 1 ราย เป็นนักบวช มีกิจกรรมน้อย นอกจากนี้ยังชอบดื่มกาแฟวันละ 3-4 แก้ว

“ที่ทำงานไม่ได้เพราะผม/ฉันกินยา ฉีดยาแล้วมีอาการง่วงนอน รู้ สึกตัวเองทำงานไม่ไหว และญาติไม่ อยากให้เกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน เลยต้องอยู่บ้านดูแลงานบ้านเล็ก ๆ น้อย เช่น การกวาดบ้าน ถูบ้าน ให้อาหารหมา อาหารไก่ได้แค่นั้น”

“อาตมาได้ฉีดยาทุกวัน และฉีดยาเดือนละ 1 ครั้งจาก หมอที่ รพ.สต. บ้านดงกะทิง พอฉีดยาแล้วมัน ก็ทำให้อาตมารู้สึกง่วงนอน จึงต้องจำวัด เลยทำให้การปฏิบัติกิจของสงฆ์ทำได้น้อย”

#### 4.2.2 จำนวนมื้อรับประทานอาหารต่อวัน

ผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 4.0 (1 คน) รับประทานอาหารต่อวันเพียง 2 มื้อ เนื่องจากเป็นพระภิกษุ ซึ่งต้อง ปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันของสงฆ์ ที่กำหนดให้พระภิกษุสามเณรมหานครฉันอาหารมื้อเช้า และเพล เพียง 2 มื้อต่อ วันได้เท่านั้น

“อาตมาบวชพระมานานมานานประมาณ 15 พรรษาแล้วโยมหมอ การเป็นพระมันก็ต้องฉันอาหารแค่ วัน ละ 2 มื้อเท่านั้น ชินฉันกินกว่านั้นมันก็อาบัติสิโยม”

#### 4.2.3 ผู้ดูแลเรื่องอาหาร

ผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 24.0 (6 คน) ไม่ได้ปรุงอาหารรับประทานเอง แต่อาศัยผู้อื่นช่วยดูแลเรื่องการ จัดเตรียมหุงหาอาหารให้

“ตั้งแต่บวชเป็นพระมา ก็ได้แต่มีคหายุค และญาติโยม เขามาถวายอาหารให้ได้ฉันอยู่ทุกวันนี้แหละ”

“ญาติพี่น้องผมตายหมดแล้ว ยังเหลือแต่ก็แค่ญาติพี่น้องห่าง ๆ เขาพาผมมาฝากไว้ที่วัด ก็เลยต้องอาศัย ชาวบ้าน บางทีก็เอาข้าววัดที่เหลือตอนกลางวันไว้กินต่อตอนเย็น บางส่วนก็ได้จากเงินเบี้ยยังชีพกับเงินผู้พิการที่ ญาติห่าง ๆ ของผมไปบอกร้านค้าว่าถ้าผมอยากกินอะไรก็ให้ไปลงบัญชีเอาไว้ตามจำนวนเงินที่ได้รับในแต่ละเดือน แต่ส่วนมากก็ใช้จ่ายไม่เยอะ ญาติผมก็จะเก็บเอาไว้ให้แล้วทำบัญชีไว้ให้ผมดู”

“ฉันอยู่บ้านพี่ชายกับพี่สะใภ้และหลานสาวอีก 2 คน เขาคอยทำกับข้าวให้กิน ฉันก็กินยาตามที่เขาจัดให้ ด้วย และคุณหมอก่อนที่อนามัยบ้านดงกะทิงก็มาฉีดยาให้ฉันที่บ้านช่วงปลายเดือนทุกเดือนค่ะ”

“ผมอยู่บ้านคนเดียว ส่วนลูกชายอยู่อีกหมู่บ้านหนึ่งที่อยู่ใกล้ ๆ กันนี้แหละ ผมหุงข้าวกินเองแต่ผมไม่ชอบ อาหารกระป๋อง บางวันก็ต้มไข่กินเอง บางวันก็ซื้อกล้วยเตี๋ยมากิน ส่วนกับข้าวก็ไปซื้อเอาที่ร้านค้า และตลาดนัด ใกล้บ้าน ส่วนเรื่องการกินยาลูกชายผมก็ช่วยไปรับยาที่โรงพยาบาลบุรีรัมย์แล้วเอามาจัดยาใส่ซองตามปฏิทินที่หมอ อนามัยบ้านดงกะทิงเขาจัดมาให้และแนะนำไว้ ส่วนยาฉีดผมก็ปั่นจักรยานไปฉีดยาที่อนามัยบ้านดงกะทิงเองทุก วันที่ 10 ของเดือน บางเดือนผมก็ไปก่อนวันนัดเพราะผมลืม คุณหมอก็คอยให้คำแนะนำตลอด”

“ผมอาศัยอยู่กับน้องสาว และหลาน ๆ 3 คน เมื่อก่อนผมบวชเป็นพระอยู่ข้าง ๆ หมู่บ้านนี้ละ น้องสาวรู้ว่าไม่สบายเลยให้สึกมาอยู่บ้าน ให้ดูแลหลานและช่วยงานบ้านเล็ก ๆ น้อย เช่น หุงข้าว ให้อาหารไก่ อาหารหมา รดน้ำต้นไม้ เพราะที่บ้านปลูกผักไว้กินเอง เมื่อก่อนก็ไม่ค่อยชิน เพราะผมเคยกินข้าววันละ 2 เวลาตอนบวชเป็นพระ แต่ตอนนี้ชินแล้ว น้องสาวผมไปรับยาที่โรงพยาบาลในเมืองมาให้และคอยจัดยาให้ผมกิน ส่วนยาฉีดเอาไปฝากไว้ที่อนามัย ผมเดินไปฉีดยาที่อนามัยใกล้บ้านทุกครั้ง”

“ผมอยู่บ้านกับตาและยาย มีน้ำชายอีก 1 คน ตากับยายคอยทำกับข้าวให้กิน บางทีผมก็ไปซื้อตามร้านค้าใกล้บ้าน พอตีผมได้สิทธิคนละ ครั้งที่รัฐบาลเขาช่วยเหลือมาด้วยก็เลยไม่ลำบากเท่าไร ผมช่วยเขาทำงานรับจ้าง ๆ ทั่วไปได้บ้าง บางทีก็ไปช่วยติดตั้งเครื่องเสียงตามงานบุญในหมู่บ้านและหมู่บ้านใกล้เคียงก็มี

#### 4.2.4 การดื่มเหล้า/แอลกอฮอล์

ผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 24.0 (6 คน) ดื่มเหล้า/แอลกอฮอล์ ในจำนวนนี้มีอยู่ 3 คนกล่าวว่าดื่มนาน ๆ ครั้ง เป็นบางโอกาส ส่วนที่เหลือให้ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับสาเหตุของการดื่มดังนี้

“เมื่อก่อนฉันอยู่กรุงเทพฯ มีครอบครัว แล้วแฟนไปมีคนอื่นใหม่ ฉันต้องพอลอดลูกออกมาก็เสียชีวิต ฉันไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีธัญญาประมาณปีกว่า ๆ พอคุณหมอ ให้กลับบ้าน พ่อแม่ก็ไปรับฉันมาอยู่บ้านกับพี่ชาย และมีพี่สาวช่วยดูแล ตั้งแต่นั้นมาฉันดื่มเหล้าขาวบ้างนิดหน่อย บางทีฉันก็ไปช่วยล้างจานตามงานบุญในหมู่บ้าน เขาก็ให้ค่าจ้างมาบ้างครั้งละประมาณ 100-200 บาท บางครั้งเขาก็ให้กับข้าวกลับมากินที่บ้าน ต่อมาฉันก็ได้ไปรักษาที่โรงพยาบาลในเมือง แต่หมอให้มาฉีดยาทุกครั้งที่อนามัยใกล้บ้าน พอตีช่วงที่ฉันมาฉีดยาที่อนามัยฉันก็ได้พบรักกับแฟนใหม่ ที่เขาก็มานัดยาที่อนามัยเหมือนฉันนี่ละ ต่อมาฉันก็ได้อยู่บ้านแฟนที่อยู่อีกตำบลหนึ่งที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของอนามัยเดียวกันจะ ช่วงที่อยู่บ้านแฟนใหม่ฉันทะเลาะกับคนในครอบครัวของเขาเราก็เลยแยกทางกัน ฉันก็เลยเริ่มดื่มเหล้าเพิ่มขึ้น พ่อแม่ก็เป็นห่วงไปบอกตามร้านในหมู่บ้านไม่ให้ขายเหล้าให้ฉัน”

“ผมอยู่กับตา ยาย และน้ำชาย น้ำชายชอบดื่มเหล้าเป็นประจำ แล้วทะเลาะกับผมเป็นประจำ ผมเลยไปหาเพื่อนฝูงในฝูงบ้าน ผมเครียด ผมก็เลยดื่มเหล้าตามประสาวัยรุ่น แต่ผมไม่เคยทะเลาะกับใครนอกจากน้ำชายที่บ้าน”

“ตั้งแต่ผมมาอาศัยอยู่ที่วัด หลังจากพ่อแม่ เสียชีวิต แล้วญาติพี่น้องห่าง ๆ พาผมมาฝากไว้ที่วัด ผมก็เริ่มดื่มเหล้ามาเรื่อย ๆ เพราะมันทำให้ผมกินข้าวอร่อย พอหมอที่อนามัยมาฉีดยาให้ทุกเดือน หมอก็ได้แนะนำว่าไม่ควรดื่มสุราและสูบบุหรี่ ตอนนั้นผมจึงดื่มน้อยลง นาน ๆ ทีพอเป็นกระสั้ยแค่นั้นแหละหมอม”

#### 4.2.5 การสูบบุหรี่/ยาเส้น

ผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 56.0 (14 คน) สูบบุหรี่/ยาเส้น และสูบบากกว่า 5 มวนร้อยละ 32.0 (8 คน) ส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่าสาเหตุเนื่องจากความเคยชินและบางครั้งเกิดจากความเครียดภายในครอบครัว เครียดจากการเจ็บป่วยที่ไม่ได้ทำงานได้ดังเดิม และผลกระทบจากสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 ที่มีต่อครอบครัวและชุมชน ในจำนวนนี้มีอยู่ 2 คนกล่าวถึงสาเหตุสำคัญเกี่ยวกับสาเหตุของสูบบุหรี่/ยาเส้นดังนี้

“ผมเริ่มสูบบุหรี่มาตั้งแต่เรียนอยู่ชั้นมัธยม ก็เคยพยายามจะเลิกสูบบ่อยนะครับ แต่แล้วผมก็กลับมาสูบบเหมือนเดิม ช่วงที่ผมสูบบุหรี่นั้นผมรู้สึกว่ามันทำให้ผมมีความสุข ไม่เครียด ผมเลยสูบบมันมากขึ้นเรื่อย ๆ”

“ผมอยู่กับ ตา ยาย และน้ำชายอีก 1 คน ตั้งแต่จำความได้ เพราะพ่อ แม่ของผมแยกทางกัน นาน ๆ แม่ผมจะกลับมาเยี่ยมตา ยาย น้ำชาย กับผมบ้าง ผมก็ไม่มีใครที่เข้าใจ พอเข้าสู่ช่วงวัยรุ่นผมมีเพื่อนฝูงมากมาย ผมจึงเริ่มไปพบปะเพื่อนฝูงแล้วหัดสูบบุหรี่กับเพื่อน เพราะเพื่อนของผมมันชวนให้ลองสูบบุหรี่ พอผมสูบบุหรี่ครั้งแรก ๆ ก็รู้สึกว่ามันทำให้ผมเพลิดเพลิน มีความสุข สัมความทุกข์ที่ขาดความอบอุ่นในใจไปได้บ้าง อีกอย่างตั้งแต่ผมจำความได้น้ำชายของผมก็ชอบสูบบุหรี่และกินเหล้าด้วย ผมคิดว่าน้ำชายและเพื่อนของผมสูบบุหรี่แล้วมันดูแลและให้การสูบบุหรี่นั้นมันช่วยให้ผมมีความสุข สัมความทุกข์ได้ครบหม้อ”

### ส่วนที่ 3 อาการผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบัน

อาการผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบัน ตามแบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน ดังปรากฏในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของอาการผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบัน (n = 25)

อาการผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบัน	จำนวน	ร้อยละ
1. อาการเหมือนคนปกติทั่วไป		
ใช่	23	92.0
ไม่ใช่	2	8.0
2. นอนตลอดทั้งวัน		
ใช่	15	60.0
ไม่ใช่	10	40.0
3. ตัวแข็ง เดินไม่แกว่งแขน ลื่นแข็ง พุดลิ้นคับปาก น้ำลายมาก คอแข็ง		
ใช่	9	36.0
ไม่ใช่	16	64.0
4. ประสาทหลอน หูแว่ว		
ใช่	6	24.0
ไม่ใช่	19	76.0
5. หลงผิด		
ใช่	-	-
ไม่ใช่	25	100.0
6. ก้าวร้าว เอะอะอาละวาด		
ใช่	5	20.0
ไม่ใช่	19	76.0
7. พุด หัวเราะคนเดียว		
ใช่	-	-
ไม่ใช่	25	100.0
8. ซึม แยกตัวเอง		
ใช่	5	20.0
ไม่ใช่	20	80.0

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของอาการผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบัน (n = 25) (ต่อ)

อาการผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบัน	จำนวน	ร้อยละ
9. การทำกิจวัตรประจำวัน		
ทำได้	22	88.0
ทำได้แต่ต้องคอยบอก	3	12.0
ทำไม่ได้เลย	-	-
10. การช่วยเหลืองานบ้าน		
ทำเองได้	16	64.0
ทำได้แต่ต้องคอยบอก	8	32.0
อื่น ๆ	1	4.0
11. การประกอบอาชีพ		
ทำได้เอง	15	60.0
ทำไม่ได้	3	12.0
อื่น ๆ	7	28.0
12. ปัญหา/อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย		
มี	18	72.0
ไม่มี	7	28.0

จากตารางที่ 4.3 พบว่า อาการของผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบัน ส่วนใหญ่มีอาการเหมือนคนปกติทั่วไป จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 92.0 รองลงไปนอนตลอดทั้งวัน จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 60.0 มีอาการตัวแข็ง เดินไม่แกว่งแขน ลื่นแข็ง พุดลิ้นคัมปาก น้ำลายมาก คอแข็ง จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 36.0 ประสาทหลอน หูแว่ว จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 24.0 มีเพียงส่วนน้อยที่มีอาการก้าวร้าว เอะอะอาละวาด ซึ่งเท่ากับกลุ่มที่มีอาการซึม แยกตัว จำนวนกลุ่มละ 5 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0 และร้อยละ 20.0 ตามลำดับ

ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทำได้ จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 88.0 รองลงไปทำได้แต่ต้องคอยบอก จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 12.0 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ช่วยเหลืองานบ้านได้ จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 64.0 รองลงไปทำได้แต่ต้องคอยบอก จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 32.0 มีเพียง 1 คน คิดเป็นร้อยละ 4.0 ที่ช่วยเหลืองานบ้านไม่ได้ เนื่องจากมีอาการตัวแข็ง คอแข็ง เดินตัวแข็งที่อ่อนไม่สามารถช่วยเหลืองานบ้านได้ คิดเป็นร้อยละ 4.0

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถประกอบอาชีพได้ จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 60.0 รองลงไปอยู่ในสถานะอื่น ๆ คือ ว่างงาน เป็นผู้สูงอายุ เป็นผู้พิการไม่สามารถประกอบอาชีพได้ จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 28.0 มีส่วนน้อยที่ไม่ได้ประกอบอาชีพเนื่องจากปัญหาจากอาการทางจิต จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 12.0

สำหรับปัญหา อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยนั้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัญหาในการดูแล จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 72.0 รองลงไปคือไม่มีปัญหาในการดูแล จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 28.0



จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วย/ผู้ดูแลผู้ป่วยขณะเยี่ยมบ้าน โดยทีมคณะผู้วิจัย พบว่า

#### 4.3.1 ปัญหา/อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย

ผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 72.0 (18 คน) มีปัญหา/อุปสรรคในการดูแล ซึ่งส่วนใหญ่จะมีปัญหาในการดูแล คล้ายคลึงกัน เช่น การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ บางครั้งลืมรับประทานยา และมารับการฉีดยาไม่ตรงตามวัน นัด การใช้สารเสพติด เช่น บุหรี่และสุรา ผู้ป่วยบางราย ครอบครัว และชุมชนไม่ให้การยอมรับการเจ็บป่วย และญาติไม่เข้าใจปัญหาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และอับอายที่มีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในครอบครัว ส่วนสาเหตุของปัญหา / อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญ มีอยู่ 4 รายดังนี้

ญาติและเพื่อนบ้านของผู้ป่วยให้ประวัติว่า “ผู้ป่วยคนนี้มีประวัติฆ่าเมียตัวเองกะหม้อ ได้อินมาว่าถูก ตำรวจจับไปปรับการรักษาที่ไหนก็ไม่รู้ พอผ่านไป 5-6 ปีที่ผ่านมาก็คงจะอาการดีขึ้นมั้ง เพราะฉันเห็นแกกลับมาบวช พระอยู่ที่วัดใกล้บ้านเรานี่แหละ พอสึกจากพระมาก็เห็นพามี ยี่ใหม่มาอยู่ด้วย เมียใหม่ของแกอายุไล่เลี่ยกัน เป็นคนแถว ๆ อีสานภาคเดียวกันนี่แหละ ช่วงที่แกอยู่กับเมียของแกนั้นแกไม่ยอมให้เมียของแกออกจากบ้านไปไหนเลย มีชาวบ้านแถวนั้นเขาส่งสารเมียของผู้ป่วย เลยแอบไปบอกเมียของแกว่าผู้ป่วยคนนี้เคยมีประวัติฆ่าเมียเก่าของแกมาก่อนกะ พอเมียแกรู้ความจริงก็คงจะกลัวเลยหนีไป ผู้ป่วยคนนี้ก็แกก็โกรธชาวบ้านที่ไปเล่าประวัติของแกให้เขาฟัง ตั้งแต่นั้นมาแกก็เอะอะ อาละวาด ก้าวร้าว จนคนรอบบ้านไม่กล้าไปสูงส่งด้วย”

ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ผ่านการอบรมและเป็นญาติของผู้ป่วยเล่าว่า “แกอยู่คนเดียว พักอยู่ที่ ๆ ทางวัดจัดให้ครับไม่ค่อยจะดูแลตัวเองเท่าไร ทำให้การดูแลเรื่องการกินยาไม่สม่ำเสมอ แกชอบไปดื่มเหล้าเป็นยากระสับ บางครั้งพอดื่มมากไปทำให้การกินยาไม่ถูกต้องตามที่หมोजัดให้ ทำให้ยามันเหลือ พระที่อยู่ที่วัดบอกว่าแกมีอาการพูดบ่นคนเดียว”

อสม. ที่รับผิดชอบประจำคุ้มเล่าอาการผู้ป่วยรายหนึ่งให้ฟังว่า “น้องไม่ยอมมาฉีดยาตามที่หมอนัดกะบอกว่าฉีดยาแล้ว ตัวแข็ง ทำงานไม่ได้ พี่ชายที่เป็นฝาแฝดของน้องก็บอกว่า ตั้งแต่เขาได้รับการรักษาโดยการกินยา และฉีดยามานั้นทำให้เดินตัวแข็งที่เหมือนผีดิบ พ่อของน้องก็บ่นว่าเขาทำงานไม่ได้ เหมือนเดิมก่อนหน้าที่เขาจะเจ็บป่วย ทำให้เขาปฏิเสธการรักษา”

บิดาของผู้ป่วยเล่าว่า “ลูกชายของผมป่วยทางจิตตั้งแต่เรียนอาชีวะอยู่ปี 2 เขามีอาการพูดบ่นคนเดียว และมีอารมณ์ฉุนเฉียวกับคนในบ้าน ผมเลยพาไปรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชโคราช คุณหมอก็ให้นอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล พออาการดีขึ้นทางคุณหมอเขาก็ส่งต่อให้กลับมารักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน เขาให้ยากินกับยาฉีด และมาหาหมอตามนัดทุกเดือน แต่ลูกชายคนนี้ก็กับเมียของผมไม่ยอมรับการเจ็บป่วย และแม่ของเขาก็บอกว่าลูกของเราไม่เป็นอะไรหรอก เขาถูกผีบ้านผีเรือนมารังควาน ทำให้แม่ของเขาปฏิเสธ ีการเจ็บป่วยของลูกทั้งที่ลูกชายคนโตของผมที่เป็นพี่ชายของเขายกบอกว่าเขามีอาการเจ็บป่วยและควรจะได้รับ การรักษาต่อเนื่อง ต่อมาแม่ของเขาแอบพาลูกชายของผมคนนี้ไปรดน้ำมนต์ทั้งที่ผมเห็นว่ามันไม่น่าจะเกี่ยวข้องกัน แต่ผมก็ขัดเขาไม่ได้ หลังจากนั้นไม่นานประมาณ 1 เดือนลูกชายคนนี้ก็บอกพ่อแม่ว่าจะไปทำธูระแล้วก็หายตัวไปเลย พอมารู้อีกเขาก็แอบไปบวชพระที่วัดป่าในเขตต่างอำเภอ เขาเคยกลับมาที่บ้านเพื่อมาเอกสารสำคัญส่วนตัวเพื่อจะย้ายไปจำพรรษาที่วัดในกรุงเทพฯ”

#### ส่วนที่ 4 ความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภท (GAF)

ความสามารถโดยรวมของผู้ป่วย ตามแบบประเมินความสามารถโดยรวม (Global Assessment of Function: GAF Scale) ดังปรากฏในตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภท (n = 25)

ความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภท	จำนวน	ร้อยละ
1. ทำหน้าที่ได้สูงสุดในกิจกรรมต่าง ๆ		
ใช่	12	48.0
ไม่ใช่	13	52.0
2. ไม่มีอาการผิดปกติทางจิตใจหรือมีอาการเพียงเล็กน้อย		
ใช่	9	36.0
ไม่ใช่	16	64.0
3. มีอาการทางจิตใจเพียงชั่วครั้งชั่วคราวและสามารถคาดการณ์ได้		
ใช่	3	12.0
ไม่ใช่	22	88.0
4. มีอาการทางจิตใจเล็กน้อย		
ใช่	1	4.0
ไม่ใช่	24	96.0
5. มีอาการทางจิตใจปานกลาง		
ใช่	-	-
ไม่ใช่	25	100.0
6. อาการรุนแรง		
ใช่	-	-
ไม่ใช่	25	100.0
7. มีความบกพร่องในการรับรู้ความจริงหรือการสื่อสาร		
ใช่	-	-
ไม่ใช่	25	100.0
8. มีความคิดหลงผิด ประสาทหลอน หรือความบกพร่องร้ายแรงในการสื่อสารหรือการตัดสินใจ		
ใช่	-	-
ไม่ใช่	25	100.0
9. ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นบ้าง		
ใช่	-	-
ไม่ใช่	25	100.0

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของความสามารถโดยรวมของผู้ป่วย (n = 25) (ต่อ)

ความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภท	จำนวน	ร้อยละ
10. ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นรุนแรงตลอดเวลา		
ใช่	-	-
ไม่ใช่	25	
11. ไม่มีข้อมูลเพียงพอ		
ใช่	-	-
ไม่ใช่	25	100.0
12. ระดับความสามารถโดยรวมของผู้ป่วย		
91 - 100	12	48.0
81 - 90	9	36.0
71 - 80	3	12.0
61 - 70	1	4.0
51 - 60	-	-
41 - 50	-	-
31 - 40	-	-
21 - 30	-	-
11 - 20	-	-
1 - 10	-	-
0	-	-

จากตารางที่ 4.4 พบว่า ความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภท ส่วนใหญ่ มีคะแนน GAF 91-100 คือ ทำหน้าที่ได้สูงสุดในกิจกรรมต่าง ๆ สามารถจัดการกับปัญหาทั่วไปในชีวิตได้ดี ไม่มีอาการผิดปกติทางจิตใด ๆ จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 48.0 รองลงไปที่มีคะแนน 81-90 คือ ไม่มีอาการผิดปกติทางจิตใจหรือมีอาการเพียงเล็กน้อย เช่น ความวิตกกังวลเล็กน้อยก่อนสอบ ทำหน้าที่ได้ดีในกิจกรรมทุกด้าน มีความสนใจและมีส่วนร่วมในกิจกรรมหลากหลาย มีประสิทธิภาพในการดำเนินกิจกรรมทางสังคม มีความสุขในสภาพชีวิต มีปัญหาในชีวิตประจำวันเล็กน้อย เช่น การขัดแย้งกับสมาชิกในครอบครัวเป็นครั้งคราว จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 36.0 กลุ่มตัวอย่างบางคนมีคะแนน 71-80 คือ มีอาการทางจิตใจ เพียงชั่วครั้งชั่วคราวและสามารถคาดการณ์ได้ เช่น สมมติไม่ดีหลังการทะเลาะเบาะแว้งในครอบครัว มีความบกพร่องเล็กน้อยในการทำหน้าที่ทางสังคม อาชีพ หรือการเรียน เช่น การเรียนตกต่ำลงชั่วคราว จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 12.0 และกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนต่ำสุด 61-70 คือ มีอาการทางจิตใจเล็กน้อย เช่น อารมณ์ซึมเศร้าและนอนไม่หลับบ้าง หรือมีความยุ่งยากเล็กน้อยในการทำหน้าที่ทางสังคม อาชีพ หรือการเรียน เช่น หนีเรียน แต่ยังสามารถทำหน้าที่โดยทั่วไปได้พอควร มีสัมพันธภาพกับผู้อื่นในทางที่ดีบ้าง จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 4.0

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วย/ผู้ดูแลผู้ป่วยขณะเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ร้อยละ 48.0 (12 คน) มีความสามารถโดยรวมซึ่งพิจารณาประเมินโดยถือว่าความเจ็บป่วยทางจิตใจ ส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางด้านจิตใจ สังคม และหน้าที่การงาน ทั้งนี้ไม่รวมถึงความบกพร่องในหน้าที่ต่าง ๆ ที่ เกิดจากข้อจำกัดจากสภาพร่างกายหรือสิ่งแวดล้อมอยู่ที่ระดับคะแนน 91-100 คือ ทำหน้าที่ได้สูงสุดในกิจกรรมต่าง ๆ สามารถจัดการกับปัญหาทั่วไปในชีวิตได้ดี ไม่มีอาการผิดปกติทางจิตใด ๆ ส่วนผู้ป่วยจิตเภทอีก 1 ราย (ร้อยละ 4.0) มีระดับความสามารถโดยรวมต่ำสุด ได้ระดับคะแนน 61-70 คือ มีอาการทางจิตเล็กน้อย เช่น อารมณ์ซึมเศร้าและนอนไม่หลับบ้าง มีความยุ่งยากเล็กน้อยในการทำหน้าที่ทางสังคม อาชีพ หรือการเรียน ลักษณะของความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยรายนี้ที่เด่น ๆ มีดังนี้

อสม. ประจักษ์เกล้าให้ฟังว่า “คุณยายอยู่กับสามีและลูกสาว หลาน และน้องสาว น้องสาวของยายคนนี้ก็เป็นผู้ป่วยจิตเภทด้วย เมื่อก่อนคุณยายเป็นคนที่ยืนยันทำมาหากิน อารมณ์แจ่มใส แต่หลังจากประสบปัญหาทางครอบครัวกับบุตรสาวคนโตเรื่องการเงินที่ลูกสาวเอาเงินของคุณยายที่เก็บหอมรอมริบไว้ใช้จ่ายยามจำเป็นไปแล้ว ไม่คืน ทำให้คุณยายมีอาการเปลี่ยนไปจากหน้ามือเป็นหลังมือ มีอาการซึมเศร้า ไม่พูดกับใคร ไม่สนใจดูแลตัวเอง เสื้อผ้าสกปรกมอมแมม น้ำลายไหล บางครั้งก็ไป ลักขโมยสิ่งของของคนข้างบ้านมาโดยไม่บอกกล่าวจนเป็นที่เอือมระอาของคนในชุมชน”

#### ส่วนที่ 5 ปัญหาสุขภาพและการเจ็บป่วยในปัจจุบันของผู้ป่วยจิตเภท

ปัญหาสุขภาพและการเจ็บป่วยในปัจจุบันของผู้ป่วยจิตเภท ตามแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI) ส่วนที่ 1 ดังปรากฏในตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละของปัญหาสุขภาพและการเจ็บป่วยในปัจจุบันของผู้ป่วยจิตเภท (n = 25)

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
1. ปัญหาสุขภาพ		
มี	23	92.0
ไม่มี	2	8.0
2. การเจ็บป่วยที่มีอยู่ในขณะนี้		
จิตเภท	24	96.0
หลายโรคร่วมกัน	1	4.0
อื่น ๆ	-	-

จากตารางที่ 4.5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีปัญหาสุขภาพ จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 92.0 รองลงไปไม่มีปัญหาสุขภาพ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 8.0

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการเจ็บป่วยในขณะนี้ โดยป่วยเป็นโรคจิตเภท จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 96.0 รองลงไปมีโรคร่วมคือ โรคจิตเภท เบาหวาน และความดันโลหิตสูง จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 4.0

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วย/ผู้ดูแลผู้ป่วยขณะเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ร้อยละ 92.0 (23 คน) มีปัญหาสุขภาพ เช่น มีอาการตัวแข็ง ลื่นแข็ง พุดไม่ชัด ง่วงนอน น้ำลายไหลมาก ทำกิจวัตรประจำวันได้น้อยลง ประกอบอาชีพได้น้อยลงจากเดิม ส่วนการเจ็บป่วยที่มีอยู่ในขณะนี้ผู้ป่วยอีก 1 คน (ร้อยละ 4.0) มีภาวะโรคร่วม ดังนี้

มารดาของผู้ป่วยเล่าว่า “ลูกชายของฉันทกินจุ เอาแต่นอน ลูกเข้าห้องน้ำบ่อยครั้งในตอนกลางคืน ฉันทก็เลยถามลูกว่ายาเบาหวานที่แม่จัดให้ได้กินไหม เขาก็ตอบว่ากินบ้าง ไม่กินบ้าง เพราะฉันทง่วงนอนก็เลยลืมหินยา บางทีกินจนเตลิดเวลาเลยไม่ได้กินยา ตอนนีก็กินแต่ยาเบาหวานกับยาฉีดที่อนามัย แค่นี้ฉันทก็ลำบากกับเขามากแล้วเพราะตัวฉันทเองก็ป่วยเป็นเบาหวานเหมือนกัน”

#### ส่วนที่ 6 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ตามแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI) ส่วนที่ 2 ดังปรากฏในตารางที่ 4.6 ตารางที่ 4.6 จำนวนและร้อยละของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท (n = 25)

เหตุการณ์	ระดับความคิดเห็น (ร้อยละ)					M	SD
	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด		
1. พอใจกับสุขภาพของตนเอง	-	3	19	2	1	3.04	0.61
	-	(12.0)	(76.0)	(8.0)	(4.0)		
2. เจ็บปวดตามร่างกาย	1	8	15	1	-	2.64	0.64
	(4.0)	(32.0)	(60.0)	(4.0)	-		
3. มีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ	-	2	21	2	-	3.00	0.41
	-	(8.0)	(84.0)	(8.0)	-		
4. พอใจกับการนอนหลับ	1	12	11	11	1	3.48	0.65
	(4.0)	(48.0)	(44.0)	(44.0)	(4.0)		
5. พึงพอใจในชีวิต	-	3	19	3	-	3.00	0.50
	-	(12.0)	(76.0)	(12.0)	-		
6. มีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ	-	1	21	2	1	3.12	0.52
	-	(4.0)	(84.0)	(8.0)	(4.0)		
7. รู้สึกพึงพอใจในตนเอง	-	-	20	5	-	3.20	0.41
	-	-	(80.0)	(20.0)	-		
8. ยอมรับรูปร่างหน้าตาของตนเอง	-	-	21	3	1	3.20	0.50
	-	-	(84.0)	(12.0)	(4.0)		
9. ความรู้สึกไม่ดี	1	9	15	-	-	2.56	0.58
	(4.0)	(36.0)	(60.0)	-	-		
10. สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน	-	2	18	5	-	3.12	0.52
	-	(8.0)	(72.0)	(20.0)	-		

ตารางที่ 4.6 จำนวนและร้อยละของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท (n = 25) (ต่อ)

เหตุการณ์	ระดับความคิดเห็น (ร้อยละ)					<input checked="" type="checkbox"/>	SD
	ไม่ เลย	เล็กน้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด		
11. จำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาล	-	5	19	1	-	2.84	0.47
	-	(20.0)	(76.0)	(4.0)	-		
12. พอใจกับความสามารถในการทำงาน	-	5	14	6	-	3.04	0.67
	-	(20.0)	(56.0)	(24.0)	-		
13. พอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น	-	4	18	3	-	2.96	0.54
	-	(16.0)	(72.0)	(12.0)	-		
14. พอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ	-	5	16	4	-	2.96	0.61
	-	(20.0)	(64.0)	(16.0)	-		
15. รู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดี	-	-	16	9	-	3.36	0.49
	-	-	(64.0)	(36.0)	-		
16. พอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้	-	2	14	9	-	3.28	0.61
	-	(8.0)	(56.0)	(36.0)	-		
17. มีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็น	-	12	10	3	-	2.64	0.70
	-	(48.0)	(40.0)	(12.0)	-		
18. สามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้	-	5	18	2	-	2.88	0.52
	-	(20.0)	(72.0)	(8.0)	-		
19. รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวัน	-	9	15	1	-	2.68	0.56
	-	(36.0)	(60.0)	(4.0)	-		
20. มีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียด	1	2	17	5	-	3.04	0.67
	(4.0)	(8.0)	(68.0)	(20.0)	-		
21. สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพ	-	4	13	8	-	3.16	0.69
	-	(16.0)	(52.0)	(32.0)	-		
22. พอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหน	-	4	14	7	-	3.12	0.66
	-	(16.0)	(56.0)	(28.0)	-		
23. รู้สึกว่าชีวิตของท่านมีความหมาย	-	1	10	13	1	3.56	0.65
	-	(4.0)	(40.0)	(52.0)	(4.0)		
24. สามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้	-	3	17	5	-	3.08	0.57
	-	(12.0)	(68.0)	(20.0)	-		
25. พอใจในชีวิตทางเพศของท่าน	-	3	20	2	-	2.96	0.45
	-	(12.0)	(80.0)	(8.0)	-		
26. คิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต	-	1	18	6	-	3.20	0.50
	-	(4.0)	(72.0)	(24.0)	-		

จากตารางที่ 4.6 เหตุการณ์ในชีวิตที่แสดงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ประเมินว่าประสบกับเหตุการณ์ชีวิต ดังต่อไปนี้

พอใจกับสุขภาพ ระดับปานกลาง จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 76.0 รองลงไปพึงพอใจเล็กน้อย จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 12.0

มีอาการเจ็บปวดตามร่างกาย ระดับปานกลาง จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 60.0 รองลงไปมีอาการเล็กน้อย จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 32.0

มีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ระดับปานกลาง จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 84.0 รองลงไปมีอาการเล็กน้อย และมาก จำนวนกลุ่มละ 2 คน คิดเป็นร้อยละ 8.0 และร้อยละ 8.0 ตามลำดับ

พอใจกับการหลับนอน ระดับปานกลาง จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 48.0 รองลงไปพึงพอใจมาก จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 44.0

พึงพอใจในชีวิต ระดับปานกลาง จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 76.0 รองลงไปมีอาการเล็กน้อย และมาก จำนวนกลุ่มละ 3 คน คิดเป็นร้อยละ 12.0 และร้อยละ 12.0 ตามลำดับ

มีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ระดับปานกลาง จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 84.0 รองลงไปมีสมาธิมาก จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 8.0

รู้สึกพอใจในตนเอง ระดับปานกลาง จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 80.0 รองลงไปพึงใจมาก จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0

ยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเอง ระดับปานกลาง จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 84.0 รองลงไปยอมรับได้มาก จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 12.0

มีความรู้สึกไม่ดี ระดับปานกลาง จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 60.0 รองลงไปมีความรู้สึกไม่ดีขึ้นน้อย จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 36.0

สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน ระดับปานกลาง จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 72.0 รองลงไปสามารถทำได้มาก จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0

จำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาล ระดับปานกลาง จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 76.0 รองลงไปจำเป็นต้องไปเพียงเล็กน้อย จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0

พอใจกับความสามารถในการทำงาน ระดับปานกลาง จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 56.0 รองลงไปพอใจมาก จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 24.0

พอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น ระดับปานกลาง จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 72.0 รองลงไปพอใจเล็กน้อย จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 16.0

พอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ ระดับปานกลาง จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 64.0 รองลงไปพอใจเล็กน้อย จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0

ชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัย ระดับปานกลาง จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 64.0 รองลงไปรู้สึกว่าจะมีความมั่นคงปลอดภัยมาก จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 36.0

พอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อาศัยอยู่ในขณะนี้ ระดับปานกลาง จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 56.0 รองลงไปพอใจมาก จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 36.0

มีเงินใช้จ่ายตามความจำเป็น ระดับเล็กน้อย จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 48.0 รองลงไปมีเงินใช้จ่ายปานกลาง จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 40.0

สามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ ระดับปานกลาง จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 72.0 รองลงไปสามารถไปใช้บริการได้น้อย จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0

ได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวัน ระดับปานกลาง จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 60.0 รองลงไปรู้เรื่องราวข่าวสารน้อย จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 36.0

มีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียด ระดับปานกลาง จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 68.0 รองลงไปมีโอกาสมาก จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0

อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ ระดับปานกลาง จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 52.0 รองลงไปอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพมาก จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 8.0

พอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหน ระดับปานกลาง จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 56.0 รองลงไปพอใจมาก จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 28.0

รู้สึกว่าชีวิตของตัวเองมีความหมาย ระดับมาก จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 52.0 รองลงไปรู้สึกว่ามีความหมายปานกลาง จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 40.0

สามารถเดินทางไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ ระดับปานกลาง จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 68.0 รองลงไปสามารถเดินทางไปได้ด้วยตนเองมาก จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0

พอใจในชีวิตทางเพศ ระดับปานกลาง จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 80.0 รองลงไปพอใจเล็กน้อย จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 12.0

คิดว่าตัวเองมีคุณภาพชีวิต ระดับปานกลาง จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 72.0 รองลงไปมีคุณภาพชีวิตมาก จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 24

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วย/ผู้ดูแลผู้ป่วยขณะเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x}$  3.20, SD 0.50) ได้แก่ พอใจกับสภาพร่างกายของตนเอง เช่น รูปร่างหน้าตาของตนเอง สุขภาพที่เป็นอยู่ ความสุขทางเพศ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการทำงาน การพักผ่อนคลายเครียด การมีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย พอใจกับสภาพที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย การสื่อสาร ผูกมิตรกับผู้อื่น และความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้าน การเดินทางไปในที่ต่าง ๆ และการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในชุมชน มีผู้ป่วยจิตเภทบางราย ได้ให้ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่สำคัญ ๆ ดังนี้

“ผมอยู่กับภรรยาและลูก ลูกหลานที่อยู่ทางอื่นเขาก็ยังมาเยี่ยมเยียนสม่ำเสมอ ผมยังเตะปัดตั้งอยู่นะหมดถึงผมจะเจ็บป่วยก็ยังไม่ไปรักษาที่โรงพยาบาลในเมืองเป็นประจำ สภาพร่างกายของผมนั้นยังสามารถรับจ้างทำงานได้ ผมไปทำงานรับจ้างก่อสร้างในเมืองได้เป็นประจำ ผมก็มีความสุขตามอัตภาพอยู่นะครับ”

น้องสาวผู้ป่วยเล่าให้ฟังว่า “เมื่อก่อนพี่ชายฉันเคยบวชเรียน จำพรรษาอยู่ที่วัดใกล้บ้าน เมื่อเจ็บป่วย ก็ได้ลาสิกขาออกมาอยู่ที่บ้าน แก่ก็ช่วยงานบ้านเล็ก ๆ น้อย ๆ เช่น หุงข้าว ล้างจาน ให้อาหารไก่ อาหารหมาได้ออยู่ บางครั้งแกก็ไปร่วมทำบุญที่วัดข้างบ้าน ดูแล้วแกก็มีความสุขดีอยู่นะหมด”

มารดาของผู้ป่วยเล่าว่า “ลูกชายของฉันดูดี การแต่งตัวก็เรียบร้อยสะอาดสะอ้าน เขาเป็นคนพูดเพราะ อัจฉริยะดีอยู่ เขาไปรักษาที่โรงพยาบาลประจำอำเภอตามหมอนัดทุกครั้ง เขาดูแลตัวเองดีมากนะหมด ฉันไม่ได้พูดเองแต่ได้ยินคนอื่นในชุมชนเขาวางมาเหมือนกัน แกมีน้ำใจกับทุกคน ชอบช่วยเหลืองานบุญ งานวัดอยู่เรื่อย ๆ ชาวบ้านเขาเคยแซวแกว่าอยากได้แกเป็นลูกเขยค่ะ ฉันเลยถามลูกชายฉันเรื่องนี้ ลูกชายฉันก็ว่าผมไม่แต่งงานหรอกแม่ ผมอยู่กับแม่กับหลาน ๆ ก็มีความสุขดีอยู่แล้ว”

“อาตมาก็บวชมา 10 พรรษาแล้ว ทางบ้านของอาตมาก็ไม่มีอะไรให้นำเป็นห่วง เพราะทุกคนเขาก็ทำงานทำการเป็นหลักแหล่งมั่นคงกันหมดแล้ว แรก ๆ อาตมาคิดว่าคงจะบวชไม่ได้นาน ช่วงที่อาตมาบวชพระใหม่ ๆ ก็มี



ครอบครัวและญาติโยมมากอยให้กำลังใจ ไป ๆ มา ๆ ก็เลยบวชมานานตั้ง 10 พรรษากว่าแล้วแหละโยม อาตมาก็มีความสุขตามอัฏภาพในโลกทางธรรมอยู่นะโยม”

“ผมอยู่คนเดียว มีแต่ญาติพี่น้องห่าง ๆ พ่อแม่ก็ตายหมดแล้ว ไม่รู้จะไปอยู่ที่ไหน ก็เลยมาอาศัยอยู่ที่วัด อยู่ที่นี่ก็ได้รับการดูแลจากหลวงพ่อกับญาติห่าง ๆ เกี่ยวกับค่าใช้จ่ายจากบัตร์ผู้สูงอายุและบัตร์ผู้พิการ ผมได้ช่วยงานวัดเล็ก ๆ น้อย ๆ เช่น ปัดกวาดลานวัด เดินถือบาตรช่วยหลวงพ่อดอนท่านไปบิณฑบาตรประจำ ชีวิตของผมแค่มืดที่หลับที่นอน มีข้าวกิน มีคนดูแลช่วยเหลือขนาดนี้ ผมก็มีความสุขมากพอแล้วครับ”

### ส่วนที่ 7 การติดตามผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชน

การติดตามผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชน โดยการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยภายหลังการจัดกิจกรรมการพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเภทโดยทีมสหสาขาและเครือข่ายผู้ดูแลในชุมชน เป็นระยะเวลา 1 เดือน ตามแบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน 10 ด้าน ดังปรากฏในตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 จำนวนและร้อยละของการติดตามผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชน (n = 25)

การติดตามผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง	ระดับคะแนน (ร้อยละ)			$\bar{x}$	SD
	1	2	3		
1. ด้านอาการทางจิต	22 (88.0)	3 (12.0)	-	1.12	0.33
2. ด้านการรับประทานยา	15 (60.0)	8 (32.0)	2 (8.0)	1.48	0.65
3. ด้านผู้ดูแล/ญาติ	22 (88.0)	2 (8.0)	1 (4.0)	1.16	0.47
4. ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	17 (68.0)	8 (32.0)	-	1.32	0.48
5. ด้านการประกอบอาชีพ	5 (20.0)	11 (44.0)	9 (36.0)	2.16	0.75
6. ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว	1 (4.0)	24 (96.0)	-	1.96	0.20
7. ด้านสิ่งแวดล้อม	23 (92.0)	2 (8.0)	-	1.08	0.28
8. ด้านการสื่อสาร	20 (80.0)	5 (20.0)	-	1.20	0.41
9. ด้านความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น	21 (84.0)	4 (16.0)	-	1.16	0.37
10. ด้านการใช้สารเสพติด	9 (36.0)	16 (64.0)	-	1.64	0.49

จากตารางที่ 4.7 การติดตามผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีประเด็นปัญหาและความต้องการในการดูแล ดังต่อไปนี้

ด้านอาการทางจิต มีคะแนนระดับ 1 คือ ไม่มีอาการ จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 88.0 รองลงไป มีคะแนนระดับ 2 คือ มีอาการบ้าง จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 12.0

ด้านการรับประทานยา มีคะแนนระดับ 1 คือ รับประทานยาสม่ำเสมอ จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 60.0 รองลงไป มีคะแนนระดับ 2 คือ รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 32.0 และมีคะแนนระดับ 3 คือ ไม่รับประทานยา จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 8.0 ตามลำดับ

ด้านผู้ดูแลหรือญาติ มีคะแนนระดับ 1 คือ สามารถดูแลได้ดี จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 88.0 รองลงไป มีคะแนนระดับ 2 คือ ดูแลได้ระดับปานกลาง จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 8.0 และมีคะแนนระดับ 3 คือ ควรปรับปรุง จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 4.0

ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีคะแนนระดับ 1 คือ สามารถทำได้ จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 68.0 รองลงไป มีคะแนนระดับ 2 คือ ทำได้บ้าง จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 32.0

ด้านการประกอบอาชีพ มีคะแนนระดับ 2 คือ ทำได้บ้าง จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 44.0 รองลงไป มีคะแนนระดับ 3 คือ ไม่สามารถทำได้ จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 36.0 และมีคะแนนระดับ 1 คือ สามารถทำได้ จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0

ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว มีคะแนนระดับ 2 คือ อยู่ในระดับทำได้ดีบ้าง โดยครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างมีการให้รางวัลซึ่งกันและกันโดยชื่นชมกัน และว่ากล่าวตักเตือนกันได้บ้าง จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 96.0 รองลงไป มีคะแนนระดับ 1 คือ อยู่ในระดับดี จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 4.0

ด้านสิ่งแวดล้อม มีคะแนนระดับ 1 คือ อยู่ในระดับดี จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 92.0 รองลงไป มีคะแนนระดับ 2 คือ อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 8.0

ด้านการสื่อสาร มีคะแนนระดับ 1 คือ อยู่ในระดับดี จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 80.0 รองลงไป มีคะแนนระดับ 2 คือ อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0

ด้านความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น มีคะแนนระดับ 1 คือ สามารถเรียนรู้ อยู่ในระดับดี จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 84.0 รองลงไป มีคะแนนระดับ 2 คือ สามารถเรียนรู้ อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 16.0

ด้านการใช้สารเสพติด มีคะแนนระดับ 2 คือ ใช้สารเสพติดบ้าง จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 64.0 รองลงไปมีคะแนนระดับ 1 คือ ไม่ใช้สารเสพติดเลย จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 36.0

จากการติดตามประเมินผลผู้ป่วยจิตเภททั้ง 25 ราย ที่เข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยการ พัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายผู้ดูแลในชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงกะทิง อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์ ภายหลังจากสิ้นสุดการดำเนินการ 1 เดือนในครั้งนี้ โดยการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วย/ผู้ดูแลผู้ป่วยด้วยประเด็นคำถามทั้ง 10 ด้านดังกล่าวข้างต้น อาการของ ผู้ป่วยจิตเภทที่สำคัญ ๆ พบว่า มีรายละเอียดดังนี้

“ตั้งแต่คุณหมอพาผมไปเข้าร่วมกิจกรรมการอบรมให้ความรู้เรื่องการดูแลตัวเองที่อนามัย แล้วก็ตามมาเยี่ยมบ้านผมที่ผ่านมาจนถึงวันนี้ อาการที่ผมเคยเป็นแต่ก่อน มีคนเหมือนมาสั่งให้ผมทำโน่น ทำนี่ บางทีก็เห็นเงาดำ ๆ มาอยู่ใกล้ ๆ พอหลังจากที่ผมได้กินยารักษามาแล้วประมาณ 1 เดือน อาการที่เคยเป็นมาก็เริ่มลดลง เช่น หูแว่ว เห็นภาพหลอน ก็มีอยู่บ้างนิด ๆ หน่อย ๆ ครับ”

น้องสาวผู้ป่วยเล่าให้ฟังว่า “เมื่อก่อนพี่ชายฉันเจ็บป่วยตอนที่บวช ก่อนหน้านั้นแกมีอาการเอะอะ อาละวาด ทำลายข้าวของ พอคุณหมอมารักษาจัดโครงการวิจัย ให้ความรู้พี่ชายกับฉันเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วย และตามมาเยี่ยมบ้าน ประชุมเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่บ้านคราวนั้น ตอนนั้นแกก็อาการดีขึ้นมากเลยล่ะค่ะ”

มารดาของผู้ป่วยเล่าว่า “ฉันอยากจะขอบคุณ คุณหมอทุก ๆ คนที่จัดการอบรมที่อนามัยวันนั้นและยังได้ออกมาเยี่ยมบ้านในวันนี้อีกด้วย จากที่ผ่านมา ตอนนี้ลูกชายฉันอาการดีขึ้นมากแล้วค่ะ” ส่วนผู้ป่วยได้พูดเสริมขึ้นมาอีกว่า “ผมก็ขอขอบคุณ คุณหมอเช่นกันครับ ที่ได้ช่วยเหลือให้ผมดีขึ้นมากขนาดนี้ จนผมไม่มีอาการอย่างเก่าอีกแล้ว”

“อาตมาต้องขอบคุณโยมหมอมและทีมงานจริง ๆ ไม่เคยมีใครมาดูแลอาตมาดีแบบนี้มาก่อนเลย ทุกวันนี้อาตมาอาการดีขึ้นแล้ว ที่ยังเหลือที่ยังทำไม่ได้ก็แค่เรื่องการฉันทกาศกับสูบบุหรี่นิด ๆ หน่อย ๆ”

พระภิกษุที่จำวัดอยู่แห่งเดียวกันกับผู้ป่วยรายหนึ่ง เล่าว่า “แต่ก่อนแกชอบแต่งตัวสกปรก ใส่เสื้อผ้าชุดเดิม ๆ ไม่ค่อยเปลี่ยน พูดบ่นคนเดียว หัวเราะคนเดียว ไม่ค่อยไปสูงส่งกับใคร หลังจากที่คุณหมอมเข้ามาเยี่ยมพร้อมญาติห่าง ๆ และ อสม.ในชุมชนคราวนั้น อาตมาก็ยังเห็นมาเยี่ยมแกบ่อย ๆ ไข้ไหม แกก็ดีขึ้นเรื่อย ๆ นะ เห็นแกกินข้าวได้มากขึ้น อาตมาก็ว่าโครงการของคุณนี่คืออยู่นะโยม”

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อการพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายผู้ดูแลในชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงกะทิง อำเภอบ้านดำน จังหวัดบุรีรัมย์ และศึกษาผลลัพธ์ของการใช้กระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาและเครือข่ายผู้ดูแล ในชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงกะทิง อำเภอบ้านดำน จังหวัดบุรีรัมย์ รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยผสมผสาน (Mixed method research) โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) ร่วมกับการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2562 ถึงเดือน กันยายน พ.ศ. 2563

#### 5.1 วัตถุประสงค์การวิจัยและวิธีการวิจัย

##### 5.1.1 วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาและเครือข่ายผู้ดูแลในชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงกะทิง อำเภอบ้านดำน จังหวัดบุรีรัมย์ และเพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการใช้กระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาและเครือข่ายผู้ดูแลในชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงกะทิง อำเภอบ้านดำน จังหวัดบุรีรัมย์

##### 5.1.2 วิธีการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ กลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามระบบ ICD-10 (F20.0-F20.9) ได้รับการขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลบ้านดำน โรงพยาบาลบุรีรัมย์ และผู้ป่วยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงกะทิง จำนวน 25 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามระบบ ICD-10 (F20.0-F20.9) ได้รับการขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลบุรีรัมย์ โรงพยาบาลบ้านดำน ถึงปีงบประมาณ 2562 อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป และผู้ป่วยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงกะทิง อำเภอบ้านดำน จังหวัดบุรีรัมย์ และยินดีเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ จำนวน 25 คน

ขั้นตอนของการดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาข้อมูล ปัญหา และความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง จากการทบทวนวรรณกรรม ฐานข้อมูลของผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงกะทิง การสนทนากลุ่ม (Focus group) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ระหว่างบุคคลสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการให้การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับประเด็นปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้ป่วยดังกล่าว ได้แก่ ผู้ป่วย ครอบครัว แกนนำชุมชน องค์กรส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทีมสหสาขาและเครือข่ายผู้ดูแลในชุมชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงกะทิง และผู้นำส่วนท้องถิ่น จากนั้นจึงนำไปสร้างเครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน 2) แบบประเมินระดับความสามารถโดยรวมของผู้ป่วย (Global Assessment of Function: GAF Scale) 3) แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) และ 4) แบบประเมินการติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน 10 ด้านให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชน

ระยะที่ 2 พัฒนาระบบการดูแล ต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเภทโดยทีมสหสาขา และเครือข่ายผู้ดูแลในชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงกะทิง อำเภอบ้านดำน จังหวัดบุรีรัมย์ โดยการจัด อบรมให้ความรู้ การดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเภท แก่กลุ่มบุคคลสำคัญต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้น ผลที่ได้จากการอบรมได้นำไปกำหนด ผลลัพธ์ที่ต้องการ คือ ระดับความสามารถโดยรวมของผู้ป่วย (Global Assessment of Function: GAF Scale)

ระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์ หลังจากสิ้นสุดกระบวนการดูแลต่อเนื่องตามแนวทางที่กำหนดไว้ภายใน 1 เดือน ด้วยการออกติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อประเมิน GAF และแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) โดยการประเมินสภาพปัญหาและความต้องการในการดูแลรักษา และการส่งต่อผู้ป่วย มีการแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มที่ไม่มีปัญหาซับซ้อน ติดตามเยี่ยมบ้าน และสัมภาษณ์เชิงลึกโดยเครือข่ายผู้ดูแลผู้ป่วย และ 2) กลุ่มที่มีปัญหาซับซ้อน ติดตามเยี่ยมบ้านและสัมภาษณ์เชิงลึกโดยทีมสหวิชาชีพ ระดับอำเภอและภาคีเครือข่าย หลังจากนั้นจึงนำข้อมูลมาประชุมปรึกษา (conference) เพื่อให้ได้ข้อสรุปในการดูแลรักษาผู้ป่วยร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพจนกระทั่งอาการดีขึ้น สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้

หลังจากนั้นผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและภาคีเครือข่ายในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตามแผนที่กำหนดไว้ต่อไป

## 5.2 ผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้ สรุปประเด็นสำคัญได้ดังนี้

### 5.2.1 สรุปผลการวิจัยเชิงปริมาณ

#### 5.2.1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า

เพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายมากที่สุด จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 80 และเพศหญิง จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0

อายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในกลุ่มอายุ 30-45 ปี จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 52 รองลงมา คือ อายุ 46-60 ปี และอายุ 60 ปีเท่า ๆ กัน จำนวนกลุ่มละ 5 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0

สถานภาพสมรส พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นโสด จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 64 รองลงมามีสถานภาพสมรส จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0

ศาสนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ 25 คน คิดเป็นร้อยละ 100

ระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 80 รองลงมา ระดับมัธยมศึกษาหรืออนุปริญญา จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0

อาชีพหลัก พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมา ประกอบอาชีพเกษตรกรรม จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 28.0

สิทธิการรักษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ใช้สิทธิบัตรผู้พิการ จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 60 รองลงมา ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 36.0

ระยะเวลาการเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 2 ปี จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 88 รองลงมา มีระยะเวลาการเจ็บป่วย 6 เดือน – 2 จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 12.0

ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อาศัยอยู่ในชุมชน มากกว่า 5 ปี จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 96.0 รองลงมา อาศัยอยู่ในชุมชน ต่ำกว่า 5 ปี จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 4.0

พื้นที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมตำบล บ้านกะทิง กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ อาศัยอยู่ตำบลโนนขวาง จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 52 รองลงมา อาศัยอยู่ตำบลบ้านด่าน จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 48.0

ผู้ให้ข้อมูล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่ให้ข้อมูล คือ ผู้ป่วย และบิดา มารดา จำนวนเท่า ๆ กัน คือ กลุ่มละ 8 คน คิดเป็นร้อยละ 32.0 รองลงมา คือ สามี ภรรยา จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 16.0

#### 5.2.1.2 สภาพทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า

การเคลื่อนไหวและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ สามารถทำตัวเอง ทั้งหมด จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 100.0

ภาวะโภชนาการ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีภาวะปกติ จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 72.0 รองลงมา มีภาวะอ้วน จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 24.0

จำนวนมือในการรับประทานอาหารต่อวัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ รับประทานอาหาร 3 มื้อต่อวัน จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 96.0 รองลงมา รับประทานอาหาร 2 มื้อต่อวัน จำนวน 1 คน ร้อยละ 4.0

ผู้ดูแลเรื่องอาหาร พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทาน คือ บิดา มารดา จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 32.0 รองลงมา คือ ผู้ป่วยเอง จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 28.0

รสชาติของอาหารที่ชอบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ รับประทานอาหารหลากหลายรสชาติ จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 52.0 รองลงมา รับประทานอาหารหวาน จำนวน 9 คน คิดร้อยละ 36.0

ที่มาของอาหาร พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ปรุงอาหารรับประทานเอง จำนวน 21 คน คิดเป็น ร้อยละ 84.0 รองลงมา ซื้ออาหารสำเร็จ ปรุง เท่า ๆ กับผู้ที่ได้รับอาหารจากแหล่งอื่น ๆ จำนวนกลุ่มละ 2 คน คิด เป็นร้อยละ 8.0

การดื่มเหล้า/แอลกอฮอล์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่ดื่ม จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 76.0 รองลงมา เป็นผู้ที่ดื่ม จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 24.0

ปริมาณการดื่มเหล้า/แอลกอฮอล์ต่อวัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่ดื่มเลย จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 76.0 ส่วนในกลุ่มที่ดื่ม นั้น พบว่า ดื่มจำนวนมากกว่า 3 ครั้งต่อวัน จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 16.0 รองลงมา ดื่ม 1-3 ครั้งต่อวัน จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 8.0

การสูบบุหรี่/ยาเส้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 56.0 รองลงมา เป็นผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 44.0

ปริมาณการสูบบุหรี่/ยาเส้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ สูบมากกว่า 5 มวนต่อวัน จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 32.0 รองลงมา สูบ 1-5 มวน ต่อวัน จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 24.0

สภาพภายในบ้านที่อยู่อาศัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีสภาพบ้านที่อยู่อาศัยโปร่งสบาย จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 76.0 รองลงมา มีสภาพแออัด จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 24.0

สภาพสิ่งแวดล้อมรอบบ้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีพื้นที่ใช้สอย จำนวน 24 คน คิดเป็น ร้อยละ 96.0 ไม่มีบริเวณใช้สอย จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 4.0

ลักษณะของครอบครัว พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อยู่ในครอบครัวขยาย จำนวน 14 คน คิด เป็นร้อยละ 56.0 รองลงมา 11 คน คิดเป็นร้อยละ 44.0

การบริหารยา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ จัดยารับประทานด้วยตัวเอง จำนวน 15 คน คิดเป็น ร้อยละ 60.0 รองลงมา มีผู้อื่นจัดยาให้รับประทาน จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 40.0

การได้รับยา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ได้รับยาอย่างสม่ำเสมอ จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 60.0 รองลงมา ได้รับยาไม่สม่ำเสมอ จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 40.0

การตรวจวัดความดันโลหิต พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติ จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 88.0 รองลงมา มีความดันโลหิตสูงกว่าปกติ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 8.0

การตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติ ทั้งหมด จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 100.0

ความปลอดภัยต่อการพลัดตกหกล้ม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ สามารถดูแลตัวเองให้ได้รับความปลอดภัย จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 84.0 รองลงมา เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 16.0

ความเชื่อด้านจิตวิญญาณ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความเชื่อด้านจิตวิญญาณทั้งหมด จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 100.0

แหล่งให้บริการสุขภาพใกล้บ้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไปรับบริการด้านสุขภาพที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนทั้งหมด จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 100.0

#### 5.2.1.3 อาการของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า

ผู้ป่วยจิตเภทบางคน มีอาการต่าง ๆ มากกว่า 1 อาการ ดังนี้

- มีอาการปกติเหมือนคนทั่วไป ส่วนใหญ่ตอบว่า “ใช่” จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 92.0 รองลงมา ตอบว่า “ไม่ใช่” จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 8.0

- นอนตลอดทั้งวัน ส่วนใหญ่ตอบว่า “ใช่” จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 60.0 ตอบว่า “ไม่ใช่” จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 40.0

- ตัวแข็ง เดินไม่แกว่งแขน ลื่นแข็ง พุดลิ้นคับปาก น้ำลายมาก คอแข็ง ส่วนใหญ่ตอบว่า “ไม่ใช่” จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 64.0 ตอบว่า “ใช่” จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 36.0

- ประสาทหลอน หูแว่ว ส่วนใหญ่ตอบว่า “ไม่ใช่” จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 76.0 ตอบว่า “ใช่” จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 24.0

- หลงผิด ทั้งหมดตอบว่า “ไม่ใช่” จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 100.0

- ก้าวร้าว ะอะอะอาละวาด ส่วนใหญ่ตอบว่า “ไม่ใช่” จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 76.0 ตอบว่า “ใช่” จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 24.0

- พุด หัวเราะคนเดียว ทั้งหมดตอบว่า “ไม่ใช่” จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 100.0

- ซึม แยกตัวเอง ส่วนใหญ่ตอบว่า “ไม่ใช่” จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 80.0 ตอบว่า “ใช่” จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0

- การทำกิจวัตรประจำวัน ส่วนใหญ่ตอบว่า “ทำได้” จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 88.0 รองลงไปตอบว่า “ทำได้แต่ต้องคอยบอก” จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 12.0

- การช่วยเหลืองานบ้าน ส่วนใหญ่ตอบว่า “ทำเองได้” จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 64.0 รองลงไปตอบว่า “ทำได้แต่ต้องคอยบอก” จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 32.0

- การประกอบอาชีพ ส่วนใหญ่ตอบว่า “ทำตัวเอง” จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 60.0 รองลงไปตอบว่า “อื่น ๆ” จำนวน 7 คน เช่น ว่างงาน เป็นผู้สูงอายุ เป็นผู้พิการ ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ คิดเป็นร้อยละ 28.0

- ปัญหา/อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย ส่วนใหญ่ตอบว่า “มีปัญหา/อุปสรรค” จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 72.0 รองลงไปตอบว่า “ไม่มีปัญหา/อุปสรรค” จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 28.0

#### 5.2.1.4 ความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับความสามารถโดยรวม อยู่ที่ระดับ 91-100 คือ ทำหน้าที่ได้สูงสุดในกิจกรรมต่าง ๆ จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 48.0 รองลงมา มีระดับความสามารถ อยู่ที่ระดับ 81-90 คือ ไม่มีอาการผิดปกติทางจิตใจหรือมีอาการเพียงเล็กน้อย จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 36.0

#### 5.2.1.5 ปัญหาสุขภาพและการเจ็บป่วยในปัจจุบันของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า

- กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีปัญหาสุขภาพ จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 92.0 รองลงมา ไม่มีปัญหาสุขภาพ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 8.0

- กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 96.0 รองลงมา มีโรคร่วม เช่น โรคจิตเภท เบาหวาน และความดันโลหิตสูง จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 4.0

#### 5.2.1.6 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า

- กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ประเมินว่าผู้ป่วย มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 72.0 รองลงมา มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับมาก จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 24.0

#### 5.2.1.7 การติดตามผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชน พบว่า

- ด้านอาการทางจิต กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีคะแนนระดับ 1 คือ ไม่มีอาการ จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 88.0 รองลงมา มีคะแนนระดับ 2 คือ มีอาการบ้าง จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 12.0

- ด้านการรับประทานยา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีคะแนนระดับ 1 คือ รับประทานยาสม่ำเสมอ จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 60.0 รองลงมา มีคะแนนระดับ 2 คือ รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 32.0

- ด้านผู้ดูแลหรือญาติ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีคะแนนระดับ 1 คือ สามารถดูแลได้ดี จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 88.0 รองลงมา มีคะแนนระดับ 2 คือ ดูแลได้ระดับปานกลาง จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 8.0

- ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีคะแนนระดับ 1 คือ สามารถทำได้ จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 68.0 รองลงมา มีคะแนนระดับ 2 คือ ทำได้บ้าง จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 32.0

- ด้านการประกอบอาชีพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีคะแนนระดับ 2 คือ สามารถทำได้บ้าง จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 44.0 รองลงมา มีคะแนนระดับ 3 คือ ทำไม่ได้ จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 36.0

- ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีคะแนนระดับ 2 คือ สามารถทำได้บ้าง จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 96.0 รองลงมา มีคะแนนระดับ 1 คือ ทำได้ดี จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 4.0

- ด้านสิ่งแวดล้อม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีคะแนนระดับ 1 คือ สภาพสิ่งแวดล้อมดี จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 92.0 รองลงมา มีคะแนนระดับ 2 คือ สภาพสิ่งแวดล้อมปานกลาง จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 8.0

- ด้านการสื่อสาร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีคะแนนระดับ 1 คือ มีการสื่อสารดี จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 80.0 รองลงมา มีคะแนนระดับ 2 คือ มีการสื่อสารปานกลาง จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0



- ด้านความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีคะแนนระดับ 1 คือ สามารถเรียนรู้อยู่ในระดับดี จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 84.0 รองลงมา มีคะแนนระดับ 2 คือ สามารถเรียนรู้อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 16.0

- ด้านการใช้สารเสพติด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีคะแนนระดับ 2 คือ ใช้สารเสพติดบ้าง จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 64.0 รองลงมา มีคะแนนระดับ 1 คือ ไม่ใช้สารเสพติดเลย จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 36.0

## 5.2.2 สรุปผลการวิจัยเชิงคุณภาพ

จากการติดตามเยี่ยมบ้าน ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย สนทนากลุ่มกับเครือข่ายผู้ดูแลผู้ป่วย ในชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และภาคีเครือข่ายอื่น ๆ รวมทั้งสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ป่วย และญาติผู้ดูแลหลัก ตามทัศนคติของผู้ให้ข้อมูล พบว่า

### 5.2.2.1 สภาพทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท

ก. มิติด้านการเคลื่อนไหว กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถเคลื่อนไหว ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เองทั้งหมด ร้อยละ 100 (25 คน) เนื่องจาก ผู้ป่วยทุกรายอาการทุเลาแล้ว แม้จะป่วยด้วยโรคจิตเภทมานานเกินกว่า 2 ปี บางรายยังมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง เช่น นอนตลอดทั้งวัน มีอาการตัวแข็ง เดินไม่แกว่งแขน ลิ่นแข็ง พูดลิ้นคับปาก น้ำลายมาก คอแข็ง บางรายมีประสาทหลอน หูแว่ว มีเพียงส่วนน้อยที่มีอาการก้าวร้าว เอะอะอาละวาด ซึม แยกตัว แต่ไม่มีอาการทางจิตที่รุนแรง ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงดูแลช่วยเหลือตัวเองในการเคลื่อนไหว และปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้เอง

ก. มิติด้านภาวะโภชนาการ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 72.0 (18 คน) มีภาวะโภชนาการปกติ ส่วนปัญหาภาวะโภชนาการสำคัญ ๆ ที่พบ ได้แก่ คือ พฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ ภาวะอ้วน น้ำหนักเกิน จากการรับประทานอาหารมากเกินไป เป็นผลมาจากอาการข้างเคียงของยาทางจิตเวช เช่น กินจุ มีอาการง่วงนอน และการไม่ออกกำลังกายจากอยู่ในสภาวะว่างงาน และเป็นสมณเพศซึ่งต้องปฏิบัติกิจของสงฆ์ด้วยกิริยาอาการสำรวม ระวัง จึงมีกิจกรรมการออกกำลังกายที่จำกัด

- จำนวนมือที่รับประทานอาหาร ไม่ครบ 3 มือ มีผู้ป่วยร้อยละ 4.0 (1 ราย) เป็นนักบวช อยู่ในสมณเพศ จึงต้องปฏิบัติตามพระธรรมวินัย ที่อนุญาตให้รับประทานอาหารได้เพียง 2 มือ คือ มือเช้า กับมือกลางวันเท่านั้น

- ผู้ดูแลเรื่องการรับประทานอาหาร ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 32.0 (8 คน) จะมีผู้อื่นคอยดูแลให้รับประทาน อาหาร เช่น ญาติพี่น้อง ญาติห่าง ๆ ในรายที่เป็นพระภิกษุจะมีชาวบ้านที่ไปทำบุญที่วัดคอยดูแลเรื่องการจัดหาอาหารให้ มีเพียง 1 รายที่อยู่เพียงลำพังที่ต้องดูแลจัดหาอาหารรับประทานด้วยตนเอง

ข. มิติด้านการใช้สารเสพติด ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 76.0 (19 คน) ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ มีผู้ป่วยบางส่วนที่ดื่มแอลกอฮอล์เพียงร้อยละ 24.0 (6 คน) เท่านั้น ส่วนผู้ที่สูบบุหรี่ มีร้อยละ 56.0 (14 คน) ซึ่งมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ สาเหตุที่ผู้ป่วยใช้สารเสพติด เนื่องจากปัญหาความเครียดทางจิตใจที่สูญเสียบุคคลที่ตนรัก เช่น สามี และลูก รวมทั้งความขัดแย้งในครอบครัว ครอบครัวแตกแยก และการใช้สารเสพติดตามคำชักชวนของบุคคลที่มีอิทธิพลและเป็นแบบอย่างแก่ผู้ป่วย เช่น ญาติ และเพื่อน

ค. มิติด้านปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย ส่วนใหญ่มีปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย 18 ร้อยละ 72.0 (18 คน) ลักษณะปัญหา พบว่า ผู้ป่วยบางรายขาดผู้ดูแล เนื่องจาก ผู้ดูแลหวาดกลัวพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย บางรายขาดผู้ดูแลให้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การใช้สารเสพติด ผู้ดูแลไม่ยอมให้รับยาทางจิตเวชเนื่องจากอาการข้างเคียงของยามีผลต่อการเคลื่อนไหวผิดปกติ ทำงานช่วยเหลือครอบครัวไม่ได้ ผู้ดูแลบาง

รายมีความเชื่อที่ไม่เหมาะสมต่อการบำบัดรักษาผู้ป่วย เช่น เชื่อเรื่องสาเหตุการเจ็บป่วยว่าเกิดจากการถูกภูติผีปีศาจกระทำ ไม่ยอมรับการรักษาแผนปัจจุบันจากแพทย์ จึงทำให้ผู้ป่วยกลับมามีอาการกำเริบทางจิต ไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องเหมาะสม

#### 5.2.2.2 ความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภท

ก. ความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ ร้อยละ 48.0 (12 คน) หรือราวกึ่งหนึ่งของผู้ป่วยทั้งหมด มีความสามารถโดยรวมอยู่ในระดับสูงสุด คือ สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ จัดการกับปัญหาทั่วไปในชีวิตได้ดี ไม่มีอาการผิดปกติทางจิตใด ๆ มีเพียงบางรายที่มีความสามารถโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ โดยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ แต่มีอาการทางจิตเพียงเล็กน้อย จากสาเหตุความสูญเสียเงินทองที่ผู้ป่วยเก็บออมไว้แล้วถูกของผู้ป่วยขโมยไปใช้ในเรื่องส่วนตัวไม่ยอมใช้คืน ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ เช่น ซึมเศร้า แยกตัวเอง ไม่ดูแลความสะอาดเกี่ยวกับสุขวิทยาส่วนบุคคล และมีพฤติกรรมลักขโมยทรัพย์สินของเพื่อนบ้าน

ข. ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยเกือบทั้งหมด ร้อยละ 92.0 (23 คน) มีอาการข้างเคียงจากการรักษาด้วยยาทางจิตเวช เช่น ตัวแข็ง ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด ง่วงนอน น้ำลายไหลมาก ทำกิจวัตรประจำวันได้น้อยลง ประกอบอาชีพได้น้อยลงจากเดิม กินจุ นอนมาก บางรายเป็นโรคร่วม เช่น เบาหวาน มีอาการหลงลืม การรับประทานยาทั้งยาทางจิตเวชและยารักษาเบาหวานตามแผนการรักษาของแพทย์ ทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลทำได้ไม่ดี ปัสสาวะบ่อย อีกทั้งญาติผู้ดูแลหลักในครอบครัวก็เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานเช่นเดียวกัน จึงไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5.2.2.3 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ ร้อยละ 72.0 (18 คน) มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง พึงพอใจในรูปร่างหน้าตาของตนเอง สุขภาพแข็งแรง มีความสุขทางเพศ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ช่วยเหลืองานบ้านในครอบครัว ประกอบอาชีพได้เป็นปกติ มีกิจกรรมพักผ่อนหย่อนใจตามสมควร รายได้เพียงพอกับรายจ่าย พึงพอใจสภาพที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมที่บ้านของตนเอง มีสัมพันธภาพที่ดีกับสมาชิกในครอบครัว และเพื่อนบ้าน สามารถเดินทางไปที่ทำธุระต่าง ๆ ได้เอง และเข้าถึงบริการสุขภาพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน มีเพียงร้อยละ 4.0 (1 คน) ไปอาศัยอยู่ที่วัดโดยไม่ได้บวชเรียน และที่เหลือ ร้อยละ 4.0 (1 คน) บวชเป็นพระภิกษุประจำอยู่ที่วัดประจำหมู่บ้าน ทั้งสองคนล้วนแล้วแต่พึงพอใจในความเป็นอยู่ของตนเองและมีความสุขตามอัตภาพแม้ไม่ได้อยู่ร่วมกับสมาชิกครอบครัวของตนเองก็ตาม

5.2.2.4 การติดตามผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชน ภายหลังการพัฒนา กระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายผู้ดูแล ในชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงกะทิง อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์ ด้วยการจัดกิจกรรมดังกล่าวแล้วข้างต้นเป็นระยะเวลา 1 เดือน ผู้วิจัยได้ออกติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการวิจัยครั้งนี้ ด้วยการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มบุคคลสำคัญดังกล่าวข้างต้น นอกเหนือจากการสัมภาษณ์ด้วยแบบติดตามผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชน 10 ด้าน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีอาการทางจิต มีคะแนนระดับ 1 คือ ไม่มีอาการ ร้อยละ 88.0 (22 คน) มีคะแนนระดับ 2 คือ มีอาการลดลงแต่ยังหลงเหลืออยู่บ้าง ร้อยละ 12.0 (3 คน) เช่น อาการหูแว่ว เห็นภาพหลอน เอะอะอาละวาด ทำลายสิ่งของภายในบ้าน ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักในครอบครัวส่วนใหญ่พึงพอใจกิจกรรมการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ผู้วิจัยได้จัดขึ้นในครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ได้กล่าวว่ากิจกรรมการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทครั้งนี้มีคุณค่าและมีประโยชน์ อีกทั้งก่อนที่ทีมคณะผู้วิจัยจะลากลับ ยังได้กล่าวขอบคุณคณะผู้วิจัยอีกด้วย

## 5.2 อภิปรายผล

### 5.2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

เพศ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากที่สุด จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 80.0 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณี โสติถิวนิชย์วงศ์ และ นิตยา สุริยพันธ์ (2552) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการให้การปรึกษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีต่อความร่วมมือในการรับประทานยาโดยใช้ Motivation Interviewing ในผู้ป่วยจิตเภททั่วไปของผู้ป่วยเรื้อรังบำบัดชาย เนื่องจากผู้ป่วยชายนั้นมีสถิติการเจ็บป่วยมากกว่าเพศหญิง

ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 30 – 45 ปี มีจำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 52.0 ซึ่งใกล้เคียงกับจินตนา ลีละไกรวรรณ (2542) ที่กล่าวว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่นระหว่างอายุ 15-35 ปี ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยก่อนอายุ 25 ปี มีร้อยละ 50 ส่วนผู้ป่วยที่เจ็บป่วยก่อนอายุ 10 ปี และหลังอายุ 40 ปีนั้นพบได้น้อยกว่า

สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่ยังเป็นโสด จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 64.0 อาจเป็นเพราะผู้ป่วยโรคนี้เมื่อเจ็บป่วยแล้วจะมีความผิดปกติในการทำหน้าที่ของสมองด้านการรับรู้ สติปัญญา การเชื่อมโยงความคิด การควบคุมตัวเอง การแสดงออกทางอารมณ์ การสื่อสาร และขาดแรงจูงใจ อีกทั้งช่วงมีอาการอาการกำเริบจะแสดงอาการทางบวก เช่น ประสาทหลอน หลงผิด และในระยะหลังส่วนใหญ่มักมีอาการด้านลบ เช่น พุดน้อย เฉื่อยชา แยกตนเอง (จินตนา ลีละไกรวรรณ, 2542) จึงทำให้มีโอกาสน้อยที่คู่สมรสจะเข้าใจ ยอมรับในตัวผู้ป่วยและยินดีจะเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยได้

กลุ่มตัวอย่างทุกคนนับถือศาสนาพุทธ จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 100.0 อาจเป็นเพราะในชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ เป็นชุมชนชนบทที่นับถือศาสนาพุทธ ภายในชุมชนมีเพียงพุทธสถาน ตั้งอยู่ คือ วัดบ้านดงกระทิง หมู่ 1 ตำบลโนนขวาง อำเภอบ้านดำน จังหวัดบุรีรัมย์

ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 80 ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของ จินตนา ลีละไกรวรรณ (2542) ที่ว่า อาการแสดงของโรคจิตเภทจะค่อย ๆ เกิดขึ้น เช่น ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ แต่ยังสามารถทำตามปกติ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ หรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงานเริ่มแย่ลง จึงเป็นอุปสรรคต่อการศึกษาในระดับที่สูงขึ้น

อาชีพหลักของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ 10 คน คิดเป็นร้อยละ 40.0 ซึ่งจินตนา ลีละไกรวรรณ (2542) กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเภท เมื่อเจ็บป่วยแล้วจะมีอาการเจ็บป่วยหลงเหลืออยู่ อีกทั้งมีอาการข้างเคียงจากการรักษาด้วยยาทางจิตเวช ทั้งอาการแสดงด้านบวก และอาการแสดงด้านลบ มีความเสื่อมหรือปัญหาในด้าน Social/Occupational Function มาก เช่น ด้านการงาน สัมพันธภาพต่อผู้อื่นหรือสุขภาพอนามัยของตนเอง ผู้ป่วยจึงไม่สามารถทำงานประกอบอาชีพได้ อีกทั้งยังสอดคล้องกับการที่กลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลขณะติดตามเยี่ยมบ้าน กล่าวว่าผู้ป่วยที่มีอาการข้างเคียงจากยาทางจิตเวชนั้น เป็นผู้ว่างงาน

ส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาด้วยบัตรผู้พิการ จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 60.0 เนื่องจาก เมื่อเจ็บป่วยไปนาน ๆ ผู้ป่วยจะมีความเสื่อม หรือปัญหาในด้าน Social/Occupational Function มาก เช่น ด้านการงาน สัมพันธภาพต่อผู้อื่นหรือสุขภาพอนามัยของตนเอง จึงกลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องจึงได้รับการสงเคราะห์ให้ใช้สิทธิการรักษาด้วยบัตรผู้พิการ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เจ็บป่วยมานานเกินกว่า 2 ปี จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 88.0 ซึ่งสอดคล้องกับ จินตนา ลีละไกรวรรณ (2542) ที่กล่าวว่า โรคนี้เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่ในระหว่างนั้น

กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดอาศัยอยู่ในชุมชนมานานเกินกว่า 5 ปี จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 96.0 โดยผู้ป่วยจำนวนเกินกว่าครึ่งเล็กน้อยอาศัยอยู่ในตำบลโนนขวาง จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 52 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rujkorakarn, D., Buatee, S., Jundeekrayom, S., & Mills, A. C. (2018) ที่พบว่าผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านชนบทของภาคตะวันออกเฉียงเหนือในประเทศไทยนั้น ได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคม (social support networks) ที่เกิดขึ้นจากความผูกพันของสมาชิกในชุมชนที่ต่างให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ก่อให้เกิดรูปแบบของการใช้ชีวิตในชุมชนชนบทที่แสดงให้เห็นถึงความเข้มแข็งของเครือข่ายทางสังคมสำหรับผู้ที่อยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งทำให้เกิดการเรียนรู้ว่าจะนำไปสู่การประสบผลสำเร็จในการดำรงชีวิตได้อย่างไร จากการให้การสนับสนุนช่วยเหลือแก่ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในชุมชนโดยจัดหาแหล่งประโยชน์ทางเลือกเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดประสิทธิผลสำหรับการให้ความช่วยเหลือด้านการดูแลสุขภาพประชาชนในชุมชนดังกล่าว จึงเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยยังมีความผูกพันต่อชุมชนที่ตนอาศัยอยู่ไม่อพยพไปอยู่ที่อื่น

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ คือ ผู้ป่วย ซึ่งมีจำนวนมากเท่ากับ บิดา มารดาของผู้ป่วยเอง จำนวนกลุ่มละ 8 คน คิดเป็นร้อยละ 32.0 และร้อยละ 32.0 ตามลำดับ เมื่อรวมกลุ่มผู้ให้ข้อมูลทั้งสองกลุ่มเข้าด้วยกันแล้ว นับว่ามีจำนวนมากเกินกว่ากึ่งหนึ่งของผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rujkorakarn, D., Buatee, S., Jundeekrayom, S., & Mills, A. C. (2018); Chan, K. K. S., & Mak, W. W. S. (2014) และ Attepe Özden, S., & Tuncay, T. (2018) ที่เลือกกลุ่มตัวอย่างในการให้ข้อมูล จากผู้ป่วยจิตเภท สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วย และผู้รับบริการด้านสุขภาพจิตที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทในชุมชน เนื่องจากสามารถให้ข้อมูลปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยจิตเภทได้ดีที่สุด

### 5.2.2 สภาพทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

สภาวะของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถเคลื่อนไหว ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง ทั้งหมด 25 คน คิดเป็นร้อยละ 100.0 อาจเป็นเพราะส่วนใหญ่หลังจากที่ป่วยเจ็บป่วยนานเกินกว่า 2 ปีจะมีการดำเนินโรคกลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่ง จินตนา ลีละไกรวรรณ (2542) กล่าวว่า อาการของผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษาจะทุเลาลง แต่ยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง (Incomplete Remission) และมีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ อาการด้านบวกจะค่อย ๆ ลดความรุนแรงลง อาการที่เด่นในระยะหลังจะเป็นอาการด้านลบมากกว่าด้านบวก ดังนั้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงยังพอจะดูแลช่วยเหลือตัวเองในการเคลื่อนไหว และปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้เอง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการปกติ จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 72.0 สำหรับผู้ดูแลเรื่องอาหารให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ 8 คน คิดเป็นร้อยละ 32.0 จะเป็นบิดา มารดา ส่วนที่มาของอาหารนั้น ส่วนใหญ่จะปรุงเอง จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 84.0 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rujkorakarn, D., Buatee, S., Jundeekrayom, S., & Mills, A. C. (2018) ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอีสาน จะให้การสนับสนุนทางสังคม (social support) ใน 4 ประเด็นหลัก ๆ ได้แก่ 1) การปฏิบัติกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอทุกวันเป็นกิจ 2) การให้ความช่วยเหลือในการดำรงชีวิตทุกเมื่อ 3) การควบคุมอาการข้างเคียงจากการใช้ยาที่มีอยู่ในแต่ละวัน และ 4) การจัดการตนเองในการดำรงชีวิตประจำวัน ซึ่งการรับประทานอาหารในแต่ละวันนั้น นับว่าเป็นการให้ความช่วยเหลือสนับสนุนแก่ผู้ป่วยที่สำคัญพอ ๆ กับการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยารับประทานและยาฉีดเช่นกัน ผู้ป่วยจึงมีภาวะโภชนาการที่เป็นปกติด้วยการดูแลที่ดีจากสมาชิกภายในครอบครัวนั่นเอง

ด้านการใช้สารเสพติดนั้นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ดื่มเหล้าหรือแอลกอฮอล์ จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 76.0 ส่วนผู้ที่ดื่มนั้นมีจำนวนเพียง 6 คน คิดเป็นร้อยละ 24.0 ในกลุ่มที่ดื่มนั้นจะดื่มปริมาณมากกว่า 3 ครั้งต่อวัน จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 16.0 มีกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 56.0 เป็นผู้สูบบุหรี่หรือยาเส้น และในกลุ่มที่สูบบุหรี่มากที่สุดนั้น จะสูบบุหรี่มากกว่า 5 มวนต่อวัน จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ

ละ 32.0 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rujkorakarn, D., Buatee, S., Jundeekrayom, S., & Mills, A. C. (2018) ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอีสาน จะให้การสนับสนุนทางสังคม (social support) ที่ดีแก่ผู้ป่วยในการแนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดเช่นเดียวกับการดูแลเรื่องการรับประทานอาหารและยา

สำหรับลักษณะสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยของกลุ่มตัวอย่างนั้น ส่วนใหญ่สภาพภายในบ้านจะโปร่งสบาย จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 76.0 ส่วนบริเวณรอบ ๆ บ้านนั้น ส่วนใหญ่จะมีพื้นที่กว้างพอเกือบทั้งหมด จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 96.0 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rujkorakarn, D., Buatee, S., Jundeekrayom, S., & Mills, A. C. (2018) ที่พบว่า การให้การสนับสนุนช่วยเหลือแก่ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในชุมชนอีสานโดยจัดหาแหล่งประโยชน์ทางเลือกเป็นสิ่งที่จะทำให้เกิดประสิทธิผลสำหรับการให้ความช่วยเหลือด้านการดูแลประชาชนในชุมชน ซึ่งที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกบ้านของผู้ป่วยนั้นก็ยังเป็นสิ่งหนึ่งที่บุคคลสำคัญต่าง ๆ ในชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ เช่น ผู้นำชุมชน และเพื่อนบ้านได้ให้การสนับสนุนช่วยเหลือแก่ครอบครัวของผู้ป่วยด้วย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในครอบครัวขยาย ที่มีสมาชิกประกอบด้วย บิดา มารดา สามี ภรรยา ลูกหลาน ลุงป้า น้าอา ปู่ย่า ตายาย หรือญาติอื่น ๆ จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 56.0 เนื่องจากครอบครัวของผู้ป่วยอาศัยอยู่ในชุมชนชนบทอีสาน ที่มีวัฒนธรรมในการอาศัยอยู่ร่วมกันเป็นลักษณะครอบครัวขยายมากกว่าครอบครัวเดี่ยว ซึ่งสอดคล้องกับการออกติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่าง ที่พบว่า ลักษณะการอาศัยอยู่ร่วมกันของกลุ่มตัวอย่างนั้น ยังคงอยู่ร่วมกันเป็นครอบครัวใหญ่ ที่ประกอบด้วยญาติพี่น้องหลายรุ่นในครัวเรือนเดียวกันมาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน

ด้านการบริหารยานั้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จัดหารับประทานด้วยตัวเอง จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 60.0 ทั้งนี้ส่วนใหญ่ได้รับยาสม่ำเสมอ จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 60.0 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rujkorakarn, D., Buatee, S., Jundeekrayom, S., & Mills, A. C. (2018) ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอีสาน จะให้การสนับสนุนทางสังคม (social support) ที่ดีแก่ผู้ป่วยในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย 4 ประเด็น คือ 1) การปฏิบัติกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอทุกวันเป็นนิจ 2) การให้ความช่วยเหลือในการดำรงชีวิตทุกเมื่อ 3) การควบคุมอาการข้างเคียงจากการใช้ยาที่มีอยู่ในแต่ละวัน และ 4) การจัดการตนเองในการดำรงชีวิตประจำวัน ซึ่งการจัดหารับประทานเองนั้นนับรวมอยู่ในการดูแลช่วยเหลือจากครอบครัวและชุมชนที่ผู้ป่วยได้รับเช่นกัน

การตรวจร่างกายด้วยการประเมินสัญญาณชีพนั้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความดันโลหิตปกติ จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 88.0 ส่วนการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดนั้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกราย 25 คน คิดเป็นร้อยละ 100.0 มีระดับน้ำตาลในเลือดปกติ ด้านความปลอดภัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความปลอดภัยจากการพลัดตกหกล้ม จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 84.0 และแหล่งให้บริการสุขภาพใกล้บ้านนั้น กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 100.0 ไปรับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rujkorakarn, D., Buatee, S., Jundeekrayom, S., & Mills, A. C. (2018) ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอีสาน จะให้การสนับสนุนทางสังคม (social support) ที่ดีแก่ผู้ป่วยในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยนั่นเอง

สำหรับด้านสุขภาวะทางจิตวิญญาณ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 25 คน คิดเป็นร้อยละ 100.0 มีความเชื่อหรือเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ เนื่องจากชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่นั้นเป็นชุมชนชนบทที่นับถือศาสนาพุทธเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับการติดตามเยี่ยมบ้าน พบว่า ทุกครัวเรือน จะมีการบูชาพระพุทธรูป และเมื่อถึงวันสำคัญทางศาสนาจะไปทำบุญ ตักบาตร และ ไหว้พระ สวดมนต์ ปฏิบัติธรรมที่วัดภายในชุมชนที่วัดบ้านดงกระทิง หมู่ 1 ตำบลโนนขวาง อำเภอบ้านดำน จังหวัดบุรีรัมย์

### 5.2.3 อาการของผู้ป่วยจิตเภท

อาการของผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบัน ส่วนใหญ่มีอาการเหมือนคนปกติทั่วไป จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 92.0 ซึ่งสอดคล้องกับ จินตนา ลีละไกรวรรณ (2542) ที่กล่าวว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาจนอาการทางจิตหายไปก็กลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนป่วย (Complete Remission) แต่พบได้น้อย ส่วนใหญ่หลังจากที่อาการทุเลาลงจะมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง (Incomplete Remission) ซึ่งสอดคล้องกับการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ที่พบว่า มีผู้ป่วยจำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 60.0 มีอาการนอนตลอดทั้งวัน ตัวแข็ง เดินไม่แกว่งแขน ลื่นแข็ง พูดลิ้นคับปาก น้ำลายมาก คอแข็ง จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 36.0 ประสาทหลอน หูแว่ว จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 24.0 มีเพียงส่วนน้อยที่มีอาการก้าวร้าว อะอะอาละวาด ซึ่งเท่ากับกลุ่มที่มีอาการซึม แยกตัว จำนวนกลุ่มละ 5 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0 และร้อยละ 20.0 ตามลำดับ ผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ ยิ่งเป็นบ่อยครั้ง ก็จะมีอาการหลงเหลือเพิ่มมากขึ้นหรือเสื่อมลงเรื่อย ๆ อาการด้านบวกจะค่อย ๆ ลดความรุนแรงลง อาการที่เด่นในระยะเวลาหลังจะเป็นอาการด้านลบมากกว่า

ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทำได้ จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 88.0 รองลงไปทำได้แต่ต้องคอยบอก จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 12.0 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ช่วยเหลืองานบ้านได้ จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 64.0 รองลงไปทำได้แต่ต้องคอยบอก จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 32.0 มีเพียง 1 คน คิดเป็นร้อยละ 4.0 ที่ช่วยเหลืองานบ้านไม่ได้ เนื่องจากมีอาการตัวแข็ง คอแข็ง เดินตัวแข็งที่นอนไม่สามารถช่วยเหลืองานบ้านได้ คิดเป็นร้อยละ 4.0 ในกรณีที่ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและช่วยเหลืองานบ้านได้เป็นปกตินั้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Rujkorakarn, D., Buatee, S., Jundeekrayom, S., & Mills, A. C. (2018) ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอีสาน จะให้การสนับสนุนทางสังคม (social support) ที่ดีแก่ผู้ป่วยในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย 4 ประเด็น คือ 1) การปฏิบัติกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอทุกวันเป็นกิจ 2) การให้ความช่วยเหลือในการดำรงชีวิตทุกเมื่อ 3) การควบคุมอาการข้างเคียงจากการใช้ยาที่มีอยู่ในแต่ละวัน และ 4) การจัดการตนเองในการดำรงชีวิตประจำวัน ส่วนผู้ป่วยที่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและช่วยเหลืองานบ้านได้บ้าง หรือไม่ได้เลยนั้น สอดคล้องกับ จินตนา ลีละไกรวรรณ (2542) ที่กล่าวว่า ในระยะอาการหลงเหลือผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว พบว่า ผู้ป่วยจะทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี อาการส่วนใหญ่กำเริบ เมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ อาการเปลี่ยนแปลงก่อนกำเริบที่พบบ่อย ได้แก่ การนอนหลับผิดปกติไป แยกตัวเอง วิดกกังวล หงุดหงิด คิดฟุ้งซ่าน และมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่าง ๆ เข้ากับตนเอง ผู้ป่วยบางรายจึงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและช่วยเหลืองานบ้านได้ลดลง ปฏิบัติได้บ้างแต่ต้องคอยบอก หรือปฏิบัติไม่ได้เลย ขึ้นอยู่อาการที่เปลี่ยนแปลงไปในระยะของการดำเนินโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ในขณะนั้น

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถประกอบอาชีพได้ จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 60.0 รองลงไปอยู่ในสถานะอื่น ๆ คือ ว่างงาน เป็นผู้สูงอายุ เป็นผู้พิการไม่สามารถประกอบอาชีพได้ จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 28.0 มีส่วนน้อยที่ไม่ได้ประกอบอาชีพเนื่องจากปัญหาจากอาการทางจิต จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 12.0 ซึ่งการประกอบอาชีพที่ผู้ทำได้เป็นปกติจะสอดคล้องกับการศึกษาของ Rujkorakarn, D., Buatee, S., Jundeekrayom, S., & Mills, A. C. (2018) ส่วนผู้ป่วยที่มีปัญหาในการประกอบอาชีพนั้น จะสอดคล้องกับที่ จินตนา ลีละไกรวรรณ (2542) กล่าวไว้เช่นเดียวกัน

สำหรับปัญหา อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยนั้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัญหาในการดูแล จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 72.0 นั้นสอดคล้องกับการดำเนินโรคของผู้ป่วยในระยะอาการหลงเหลือ (Residual Phase) ดังที่ จินตนา ลีละไกรวรรณ (2542) กล่าวไว้ ส่วนปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยรองลงไป ที่พบว่า ไม่มีปัญหาในการดูแล จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 28.0 นั้นสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Rujkorakarn, D., Buatee, S.,

Jundeekrayom, S., & Mills, A. C. (2018) ที่พบว่า การสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคม (social support networks) ที่ดีแก่ผู้ที่อยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทในหมู่บ้าน การมีวินัยต่อตนเองและการได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาปราศจากการเป็นผู้พึ่งพิงในการใช้ชีวิตอยู่อย่างปกติสุขในชุมชนชนบท รูปแบบของการใช้ชีวิตในชุมชนชนบทนี้แสดงให้เห็นถึงความเข้มแข็งของเครือข่ายทางสังคมสำหรับผู้ที่อยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทซึ่งทำให้เกิดการเรียนรู้ว่าจะนำไปสู่การประสบผลสำเร็จในการดำรงชีวิตได้อย่างไร โดยจัดหาแหล่งประโยชน์ทางเลือกเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดประสิทธิผลสำหรับการให้ความช่วยเหลือด้านการดูแลประชาชนในชุมชน จึงส่งผลให้ครอบครัวไม่มีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

#### 5.2.4 ความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภท

ความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภท ส่วนใหญ่ มีคะแนน GAF 91-100 คือ ทำหน้าที่ได้สูงสุดในกิจกรรมต่าง ๆ สามารถจัดการกับปัญหาทั่วไปในชีวิตได้ดี ไม่มีอาการผิดปกติทางจิตใด ๆ จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 48.0 รองลงไปที่มีคะแนน 81-90 คือ ไม่มีอาการผิดปกติทางจิตใจหรือมีอาการเพียงเล็กน้อย จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 36.0 กลุ่มตัวอย่างบางคนมีคะแนน 71-80 คือ มีอาการทางจิตใจเพียงชั่วคราวและสามารถคาดการณ์ได้ จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 12.0 และกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนต่ำสุด 61-70 คือ มีอาการทางจิตใจเล็กน้อย แต่ยังสามารถทำหน้าที่โดยทั่วไปได้พอควร มีสัมพันธภาพกับผู้อื่นในทางที่ดีบ้าง จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 4.0 สอดคล้องกับผลการศึกษาของ พรทิพย์ วชิรติลก และ สมพร รุ่งเรืองกลกิจ (2550) ได้ศึกษาผลของการปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับพฤติกรรมทางความคิดต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท; วาสนา เหล่าคงธรรม เยวาลักษณ์ การกล้า และ พรชนก แก้วอมตวงษ์ (2551) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับพฤติกรรมทางความคิดต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท; อรุณี โสถถิวนิชย์วงศ์ และ นิตยา สุริยพันธ์ (2552) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการให้การปรึกษาผู้ป่วยจิตเภทเพื่อร่วมมือในการรับประทานยาโดยใช้ Motivation Interviewing ในผู้ป่วยจิตเภททั่วไปของผู้ป่วยเรื้อรังบำบัดชาย โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง; Rujkorakarn, D., Buatee, S., Jundeekrayom, S., & Mills, A. C. (2018) ที่ศึกษา รูปแบบการสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคม (social support networks) ที่ดีแก่ผู้ที่อยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนชนบทของภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย; Attepe Özden, S., & Tuncay, T. (2018) ได้ศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยรายบุคคลที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นสมาชิกครอบครัวในตุรกี และ Ashcroft, K., Kim, E., Elefant, E., Benson, C., & Carter, J. A. (2018) ได้ศึกษาความเคลื่อนไหวในปัจจุบันที่มีต่อมิติการเปลี่ยนแปลงด้านการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทรายบุคคล ซึ่งผลการศึกษาทั้งหมดสรุปได้ว่า การปรึกษารายบุคคลแก่ผู้ป่วย ความเคลื่อนไหวในปัจจุบันที่มีต่อมิติ การเปลี่ยนแปลงด้านการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทรายบุคคล การดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นสมาชิกครอบครัว และการให้การสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคมแก่ครอบครัวผู้ป่วยนั้น ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ความร่วมมือในการรักษา มีอาการทางจิตทุเลาลง และช่วยส่งเสริมครอบครัวที่อยู่ ร่วมกับผู้ป่วยในชุมชนให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น จึงเป็นปัจจัยสำคัญต่อการส่งเสริมความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทได้ในที่สุด

#### 5.2.5 ปัญหาสุขภาพและการเจ็บป่วยในปัจจุบันของผู้ป่วยจิตเภท

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีปัญหาสุขภาพในปัจจุบัน จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 92.0 โดยส่วนใหญ่ มีการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 96.0 ซึ่งสอดคล้องกับ ข้อมูลสถิติของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านดงกะทิง 3 ปี ย้อนหลัง (พ.ศ. 2559-2562) จากการสัมภาษณ์และการสำรวจเมื่อออกไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงกะทิง พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลที่ไม่ถูกต้อง ขาดยา การรับประทานยาไม่ถูกต้อง ขาด ผู้ดูแล ชุมชนไม่เห็นความสำคัญ ทำให้

ผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบ มีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 4.0 ที่เจ็บป่วยด้วยโรคร่วมคือ โรคจิตเภท เบาหวาน และความดันโลหิตสูง ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในการศึกษาครั้งนี้ ที่พบว่าผู้ป่วยจำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 52.0 มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมในการรับประทานอาหาร โดยชอบรับประทานอาหารหลายรส ได้แก่ เปรี้ยว หวาน มัน เค็ม และเผ็ด จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 52.0 และในกลุ่มนี้ยอมรับประทานอาหารรสหวาน จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 36.0 จึงส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคร่วม ได้แก่ เบาหวาน และความดันโลหิตสูง ได้

#### 5.2.6 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

เหตุการณ์ในชีวิตที่แสดงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินว่าประสบกับเหตุการณ์ชีวิต ดังต่อไปนี้

- คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ได้แก่ พอใจกับสุขภาพ ระดับปานกลาง จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 76.0 มีอาการเจ็บปวดตามร่างกาย ระดับปานกลาง จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 60.0 มีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ระดับปานกลาง จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 84.0 รู้สึกพอใจในตนเอง ระดับปานกลาง จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 80.0 ยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเอง ระดับปานกลาง จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 84.0 สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ ในแต่ละวัน ระดับปานกลาง จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 72.0 จำเป็นต้องไปรับการรักษายาบาล ระดับปานกลาง จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 76.0 พอใจกับความสามารถในการทำงาน ระดับปานกลาง จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 56.0 พอใจในชีวิตทางเพศ ระดับปานกลาง จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 80.0

- คุณภาพชีวิตด้านอารมณ์และจิตใจ ได้แก่ พอใจกับการหลับนอน ระดับปานกลาง จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 48.0 พึงพอใจในชีวิต ระดับปานกลาง จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 76.0 มีความรู้สึกไม่ดี ระดับปานกลาง จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 60.0 มีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียด ระดับปานกลาง จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 68.0 รู้สึกว่าชีวิตของตัวเองมีความหมาย ระดับมาก จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 52.0

- คุณภาพชีวิตด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม พอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น ระดับปานกลาง จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 72.0 พอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ ระดับปานกลาง จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 64.0 ชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัย ระดับปานกลาง จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 64.0 พอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อาศัยอยู่ในขณะนี้ ระดับปานกลาง จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 56.0 อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ ระดับปานกลาง จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 52.0

- คุณภาพชีวิตด้านสติปัญญา ได้แก่ มีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ระดับปานกลาง จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 84.0 ได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวัน ระดับปานกลาง จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 60.0

- คุณภาพชีวิตด้านอื่น ๆ ได้แก่ มีเงินใช้จ่ายตามความจำเป็น ระดับเล็กน้อย จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 48.0 สามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ ระดับปานกลาง จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 72.0 พอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหน ระดับปานกลาง จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 56.0 สามารถเดินทางไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ ระดับปานกลาง จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 68.0

โดยสรุป กลุ่มตัวอย่าง คิดว่าตัวเองมีคุณภาพชีวิต ระดับปานกลาง จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 72.0 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chan, K. K. S., & Mak, W. W. S. (2014) ที่ได้ศึกษาวิจัยในกลุ่มประชาชนที่อยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง พบว่า ผู้ให้บริการสุขภาพที่จำเป็นและผู้บริหารควรพยายามขจัดหรือลดการตีตราบาปให้ตนเองของผู้ป่วยและจัดให้ผู้ป่วยได้รับการ



ตอบสนองสิ่งที่เขาต้องการได้รับการบริการ ซึ่งสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยรวมที่จะดีขึ้นและอาการทางจิต  
 ทุเลาได้ยาวนานขึ้น การเสริมพลังอำนาจทั้งในด้านการบริหารจัดการและโดยจัดกิจกรรมที่เน้นการพิทักษ์สิทธิ์  
 ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษา การใช้ชุมชนเป็นฐาน และการให้บริการโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางแก่  
 ประชาชนตามความต้องการของเขาเป็นสิ่งสำคัญที่ควรกำหนดเป็นทิศทางสำคัญสำหรับความพยายามปรับปรุง  
 ระบบการให้บริการแก่ผู้ป่วยเพื่อให้อาการทุเลาได้ในอนาคต ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ มี  
 คุณภาพชีวิตที่ตนเองประเมินตามมุมมองที่มีต่อการได้รับการตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการจากระบบการ  
 พัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายผู้ดูแลในชุมชนโรงพยาบาล  
 ส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงกะทิง อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์ อยู่ในระดับปานกลางนั่นเอง

#### 5.2.7 การติดตามผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชน

- ด้านอาการทางจิต มีคะแนนระดับ 1 คือ ไม่มีอาการ จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 88.0
- ด้านการรับประทานยา มีคะแนนระดับ 1 คือ รับประทานยาสม่ำเสมอ จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 60.0
- ด้านผู้ดูแลหรือญาติ มีคะแนนระดับ 1 คือ สามารถดูแลได้ดี จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 88.0
- ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีคะแนนระดับ 1 คือ สามารถทำได้ จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 68.0
- ด้านการประกอบอาชีพ มีคะแนนระดับ 2 คือ ทำได้บ้าง จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 44.0
- ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว มีคะแนนระดับ 2 คือ อยู่ในระดับทำได้ดีบ้าง โดยครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างมีการให้รางวัลซึ่งกันและกันโดยชื่นชมกัน และว่ากล่าวตักเตือนกันได้บ้าง จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 96.0
- ด้านสิ่งแวดล้อม มีคะแนนระดับ 1 คือ อยู่ในระดับดี จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 92.0
- ด้านการสื่อสาร มีคะแนนระดับ 1 คือ อยู่ในระดับดี จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 80.0
- ด้านความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น มีคะแนนระดับ 1 คือ สามารถเรียนรู้อยู่ในระดับดี จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 84.0
- ด้านการใช้สารเสพติด มีคะแนนระดับ 2 คือ ใช้สารเสพติดบ้าง จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 64.0 รองลงไปมีคะแนนระดับ 1 คือ ไม่ใช้สารเสพติดเลย จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 36.0

ผลการติดตามผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ทั้ง 10 ด้านนั้น พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชนส่วนใหญ่โดยเฉลี่ยมีระดับคะแนนระดับสูงสุดตั้งแต่ ด้านการประกอบอาชีพ คือ ทำได้ ( $\bar{x} = 1.08$ ,  $SD = 0.28$ ) ถึงคะแนนต่ำสุด ด้านสิ่งแวดล้อม คือ ปานกลาง ( $\bar{x} = 2.16$ ,  $SD = 0.75$ ) ดังนี้ 1) ไม่มีอาการทางจิต 2) รับประทานยาสม่ำเสมอ 3) ผู้ดูแลหรือญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้ดี 4) ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ 4) ผู้ป่วยสามารถประกอบอาชีพได้บ้าง 5) ครอบครัวสัมพันธภาพในครอบครัวดีระดับปานกลาง 6) ที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยมีสิ่งแวดล้อมที่ดี 7) ผู้ป่วยสามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ดี 8) ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้เบื้องต้นอยู่ในระดับดี และ 10) ผู้ป่วยยังคงมีการใช้สารเสพติดอยู่บ้าง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rujkorakarn, D., Buatee, S., Jundeekrayom, S., & Mills, A. C. (2018). ได้ศึกษาเกี่ยวกับการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนชนบทของภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย Rujkorakarn, D., Buatee, S., Jundeekrayom, S., & Mills, A. C. (2018) โดยประเด็นในการศึกษาหลัก ๆ ประกอบด้วย 4 ประเด็น ได้แก่ 1) การปฏิบัติกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอทุกวันเป็นนิจ 2) การให้ความช่วยเหลือในการดำรงชีวิตทุกเมื่อ 3) การควบคุมอาการข้างเคียงจากการใช้ยาที่มีอยู่ในแต่ละวัน และ 4) การจัดการตนเองในการดำรงชีวิตประจำวัน ที่พบว่า การให้การสนับสนุนช่วยเหลือแก่ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในชุมชน

โดยจัดหาแหล่งประโยชน์ทางเลือกเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดประสิทธิผลสำหรับการให้ความช่วยเหลือด้านการดูแลประชาชนในชุมชน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Attepe Özden, S., & Tuncay, T. (2018) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยรายบุคคลที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นสมาชิกครอบครัวในตุรกี โดยมีประเด็นปัญหาหลัก ๆ 4 ด้านที่ศึกษา ได้แก่ 1) การเรียนรู้และยอมรับความผิดปกติของผู้ป่วย 2) วิธีการดูแลผู้ป่วย 3) ปัญหาด้านสังคม และ 4) ปัญหาด้านการได้รับบริการ ที่พบว่า การที่จะลดภาระของครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้นั้น ควรมีครอบครัวบำบัด (family therapy) การให้ความรู้และการสนับสนุนทางด้านจิตใจแก่ครอบครัว รวมทั้งการให้โอกาสมีงานทำ การจัดบริการให้การดูแลระยะยาว และการสนับสนุนทางด้านจิตใจนั้นควรจัดเป็นรายบุคคลแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

### 5.3 ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะที่สำคัญ ดังนี้

#### 1. ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ควรนำระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่องไปใช้ให้เกิดการเชื่อมโยงระหว่างเครือข่ายที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลผู้ป่วย และชุมชน

1.2 ควรพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่องให้เป็นระบบสารสนเทศสาธารณสุขที่เครือข่ายผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลผู้ป่วย และชุมชน สามารถเข้าถึงได้สะดวกและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

#### 2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช โดยมีรายละเอียดของกิจกรรมการวิจัยในลักษณะของกรณีศึกษา

2.2 ควรมีการศึกษาและเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชก่อนและหลัง (Pre-Post, One Group)

2.3 ควรมีการศึกษาวิจัยขยายผลกลุ่มประชากรเข้าสู่กลุ่มเป้าหมายระดับอำเภอต่อไป

2.4 ควรศึกษาวิจัยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สภาพความเป็นอยู่และสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยจิตเวช

### บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2551). รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2551.  
 นนทบุรี : กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2552). รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2552.  
 นนทบุรี : กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2557). โปรแกรมการพัฒนากาเข้าถึงบริการและการดูแลผู้ป่วยโรคจิต.  
 พิมพ์ครั้งที่ 2. สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ : ชุมนุมสหกรณ์การเกษตร  
 แห่งประเทศไทย จำกัด.
- จินตนา ลีละไกรวรรณ. 2542. โรคจิตเภท คู่มือสำหรับครอบครัว. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์  
 มหาวิทยาลัยขอนแก่น,
- ชิดชนก โอภาสวัฒนา. (2563). คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับ  
 สถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.  
 กรุงเทพฯ: บริษัท พรอสเพอริสพลัส จำกัด.
- พงษ์เดช สารการ. (2561). การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ. สาขาวิชาวิทยาการระบาดและชีวสถิติ คณะ  
 สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. สืบค้นเมื่อ 5 มิถุนายน 2563, จาก  
<https://redcap.kku.ac.th/pongdech/images/การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม.pdf>
- พรทิพย์ วชิรดิลล และ สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2550). ผลของโปรแกรมการปรึกษารายบุคคลตามแนวความคิดการ  
 สร้างแรงจูงใจร่วมกับการ ปรับพฤติกรรมทางความคิดต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท.  
 ขอนแก่น: สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- โรงพยาบาลศรีธัญญา. (2552). แนวทางการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคจิตเภท  
 ชุดความรู้ เรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช. นนทบุรี : โรงพยาบาลศรีธัญญา.
- ศิริจิต สุทธิจิตต์ และมานิต ศรีสุรภานนท์. (2552). โรคจิตเภท: ระบาดวิทยาและการรักษา. วารสารสมาคม  
 จิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 54(1): 21-37.
- สุวัฒน์ มหัตถนิรันดร์กุล วระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล และ วนิดา พุ่มไพศาลชัย. (2557). แบบประเมินคุณภาพชีวิต  
 ขององค์การอนามัยโลก (ชุดย่อ ฉบับภาษาไทย) (WHOQOL-BREF-THAI). สืบค้นเมื่อ 4 มิถุนายน 2563,  
 จาก <https://www.dmh.go.th/test/whoqol/>
- วาสนา เหล่าคงธรรม ยาวลักษณ์ การกล้า และ พรชนก แก้วอมตวงษ์ (2551). ผลของการให้คำปรึกษา  
 รายบุคคลตามแนวความคิดสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับพฤติกรรมทางความคิด ต่อความร่วมมือใน  
 การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์.
- อรุณี สัตถวินิชย์วงศ์ และ นิตยา สุริยพันธ์ (2552). Motivation Interviewing เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำใน  
 ผู้ป่วยจิตเภท. นนทบุรี : โรงพยาบาลศรีธัญญา.
- อิทธิพล สูงแข็ง, เบ็ญจมาศ พฤษ์กานนท์. (2557). ประสิทธิภาพโครงการเพื่อลดช่องว่างการบริการสุขภาพจิตใน  
 ประเทศไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 23 (3) : 427-436.

- Ashcroft, K., Kim, E., Elefant, E., Benson, C., & Carter, J. A. (2018). Meta-Analysis of Caregiver-Directed Psychosocial Interventions for Schizophrenia. **Community Mental Health Journal**, 54(7), 983–991. <https://doi.org/10.1007/s10597-018-0289-x>
- Attepe Özden, S., & Tuncay, T. (2018). The experiences of Turkish families caring for individuals with Schizophrenia: A qualitative inquiry. *International Journal of Social Psychiatry*, 64(5), 497–505. <https://doi.org/10.1177/0020764018779090>
- Chan, K. K. S., & Mak, W. W. S. (2014). The mediating role of self-stigma and unmet needs on the recovery of people with schizophrenia living in the community. *Quality of Life Research*, 23(9), 2559–2568. <https://doi.org/10.1007/s11136-014-0695-7>
- Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J. The Global Assessment (GAF) Scale: a procedure for Measuring overall severity of psychiatric disturbance. **Am J Geriatr Psychiatry** 1997; 5: 97–106.
- Rujkorakarn, D., Buatee, S., Jundeekrayom, S., & Mills, A. C. (2018). Living with schizophrenia in rural communities in north-east Thailand. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(5), 1481–1489. <https://doi.org/10.1111/inm.12448>
- Shaffer D, Gould MS, Brasic J, Ambrosini P, Fisher P, Bird H, et al. The CGAS: children's global assessment scale (CGAS). *Arch Gen Psychiatry* 1983;40:1228-31.

## ประวัติผู้วิจัย

1. ชื่อ - นามสกุล นายรณชิต สมรรถนะกุล

2. วัน/เดือน/ปีเกิด 24 ธันวาคม 2507

3. ที่อยู่ติดต่อได้

บ้านเลขที่ 99/1 หมู่ที่ 14 ตรอก/ซอย ภิรมย์สุขวิมล ซอย 3 ถนน บุรีรัมย์-ประโคนชัย  
ตำบล อีสาน อำเภอ เมืองบุรีรัมย์

จังหวัด บุรีรัมย์ รหัสไปรษณีย์ 31000

โทรศัพท์ 044-611221 ต่อ 6411 โทรสาร 044-612858

โทรศัพท์มือถือ 081-2369949 อีเมล ronnachit.sm@bru.ac.th



4. ประวัติการศึกษา

อนุปริญญา ประกาศนียบัตรวิชาการพยาบาลและผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลศรีธัญญา (2529)

ปริญญาตรี ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ (ต่อเนื่อง 2 ปี เทียบเท่าปริญญาตรี) วิทยาลัยพยาบาล  
บรมราชชนนีนครราชสีมา (2539)

ปริญญาโท พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลชุมชน) คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยขอนแก่น (2545)

อบรมระยะสั้น - สาขาศาสตร์และศิลปการสอนทางการพยาบาล (2 พฤษภาคม – 24 สิงหาคม 2554)  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

- Training Workshop in Enhancing Life Skills & Therapeutic Community  
Modalities Approach in Drug Treatment & Rehabilitation

(22<sup>nd</sup> August-15<sup>th</sup> September, 2005) PERTAPIS Halfway House, Singapore

5. ประวัติการทำงาน

1 เมษายน 2529-30 กันยายน 2553 พยาบาลเทคนิค 2 – พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กรมสุขภาพจิต

18 ตุลาคม 2553- 13 ธันวาคม 2561 อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา,  
มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล, มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ,  
มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น (บุรีรัมย์)

14 ธันวาคม 2561- ปัจจุบัน อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

6. ผลงานทางวิชาการ

รณชิต สมรรถนะกุล. (2560). การเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการให้คำปรึกษาเพื่อจัดการกับ

ความเครียดสำหรับครอบครัวผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน. วารสารสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย  
ไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, 6(1), 68-79.

