



การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด  
ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้อม  
อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม

โดย

นางสาวกิริติยา อุ่นเจริญ

สารนิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
สังคมสงเคราะห์ศาสตร์มหาบัณฑิต  
สาขาการบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม ภาควิชาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์  
คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์  
พ.ศ.2560  
ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด  
ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้อม  
อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม

โดย

นางสาวกীরติยา อุ่นเจริญ

สารนิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาการบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม ภาควิชาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์  
คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์  
พ.ศ.2560  
ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

COMMUNITY PARTICIPATION IN CARING OF CO-OCCURRING DISORDER  
IN BAAN HOM HEALTH PROMOTING HOSPITAL  
AMPHOE MAUNG NAKORN PHANOM

BY

MISS GEERATIYA AUNJAROEN



A MINOR THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF  
THE REQUIREMENT FOR THE DEGREE OF MASTER OF SOCIAL WORK  
IN SOCIAL WELFARE ADMINISTRATION AND POLICY  
DEPARTMENT OF SOCIAL WORK  
FACULTY OF SOCIAL ADMINISTRATION  
THAMMASAT UNIVERSITY  
ACADEMIC YEAR 2017  
COPYRIGHT OF THAMMASAT UNIVERSITY

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์  
คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์

สารนิพนธ์

ของ

นางสาวกิริติยา อุ่นเจริญ

เรื่อง

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด  
ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้อม  
อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม

ได้รับการตรวจสอบและอนุมัติ ให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต

เมื่อ วันที่ 10 สิงหาคม พ.ศ. 2561

ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์



(ดร.ชนิษฐา บุรณพันธ์ศักดิ์)

กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิไลภรณ์ โคตรบึงแก)

คณบดี



(ศาสตราจารย์ ดร. โกวิท พวงงาม)

หัวข้อสารนิพนธ์	การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวช สารเสพติด ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านห้อม อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม
ชื่อผู้เขียน	นางสาวกิริติยา อุ่นเจริญ
ชื่อปริญญา	สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม)
สาขา/คณะ/มหาวิทยาลัย	การบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม สังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิไลภรณ์ โคตรบึงแก
ปีการศึกษา	2560

### บทคัดย่อ

การศึกษาเรื่อง “การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้อม อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม” เพื่อศึกษาระดับความรู้และทัศนคติของคนในชุมชนต่อผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดของคนในชุมชน เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือ ประชาชนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้อม อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม จำนวน 290 คน การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด การหาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด ใช้สถิติวิเคราะห์การทดสอบความเป็นอิสระต่อกันของสองประชากร และการหาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้และทัศนคติของคนในชุมชน กับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด ใช้สถิติวิเคราะห์การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน โดยมีค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง โดยมีช่วงอายุเฉลี่ย 40-61 ปี ระดับการศึกษาประถมศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพเกษตรกรกรรม มีรายได้เฉลี่ย 600-4,480 บาท มีค่าเฉลี่ยรายได้เท่ากับ 3455.51 บาท ส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นญาติหรือบุคคลใกล้ชิด และไม่ได้เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด และไม่มีตำแหน่งหน้าที่ในชุมชน มีความรู้เรื่องโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.40 มีทัศนคติต่อผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดแบบ

ไม่แสดงออกทางทัศนคติหรือมีทัศนคติเฉยๆ ร้อยละ 64.50 การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดในระดับมาก ร้อยละ 44.10

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด พบว่า เพศและการมีตำแหน่งหน้าที่ในชุมชนมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ระดับความรู้เรื่องโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด มีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกันกับระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และระดับทัศนคติของคนในชุมชนต่อผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด มีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกันกับระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดของคนในชุมชน คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศและการมีตำแหน่งหน้าที่ในชุมชน ระดับความรู้เรื่องโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด และระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา หน่วยงานควรนำองค์ความรู้จากการศึกษาวิจัยมาปรับเป็นแผนยุทธศาสตร์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน และควรมีการส่งเสริมให้ผู้มีตำแหน่งหน้าที่ในชุมชนมีศักยภาพ เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดได้อย่างถูกต้อง เน้นการทำงานเชิงรุกให้ความรู้แก่ประชาชนอย่างเข้มข้น โดยเฉพาะเรื่องสารเสพติด และการสร้างทัศนคติที่ดีแก่คนในชุมชน จะทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดในชุมชนมากขึ้น

**คำสำคัญ:** โรคร่วมจิตเวชสารเสพติด, การมีส่วนร่วมของชุมชน, สังคมสงเคราะห์จิตเวช

Thesis Title	COMMUNITY PARTICIPATION IN CARING OF CO-OCCURRING DISORDER IN BAAN HOM HEALTH PROMOTING HOSPITAL AMPHOE MAUNG NAKORN PHANOM
Author	Miss Geeratiya Aunjaroen
Degree	Master of Social Work (Social Welfare Administration and Policy)
Department/Faculty/University	Social Welfare Administration and Policy Social Administration Thammasart University
Thesis Advisor	Assistant Professor Wilaiporn Kotbungkair, Ph.D.
Academic Year	2017

### ABSTRACT

This research was conducted to study of Community participation in caring of co-occurring disorder in Baan Hom health promoting hospital Amphoe Maung Nakorn Phanom. The Objectives are to examine the level of knowledge and attitude of people who participated in caring of co-occurring disorder in community and to study the participation in and the factors related to caring of co-occurring disorder in community. This study is a survey research. The samples used in the study were 290 residents who live nearby Baan Hom health promoting hospital Amphoe Maung Nakorn Phanom. Statistics used in data analysis were frequency, percentage, mean, standard deviation, mean, mode, the test of independence and Pearson correlation coefficient with a statistical significance of 0.05.

The research findings were as follows. The most of samples were female, the average age of the participants was 40-61 year-old and their educational level was at primary school. The most of samples were married, the major job is farmer and the average income was 600 – 4,480 baht. The most of samples were not the relatives, caretaker of co-occurring disorder and not participated in community.

The percentage of knowledge is 62.40 in average level. The percentage of the attitude of people who participated in caring of co-occurring disorder in community are 64.50. The most of samples' attitude is passive attitude. The percentage of the participation in and the factors related to caring of co-occurring disorder in community is 44.10 in high level.

The result of correlation of the participation in and the factors related to caring of co-occurring disorder in community found that gender and Community Participation related to caring of co-occurring disorder in community with a statistical significance of 0.05. The level of knowledge related in the positive direction with the participation in caring of co-occurring disorder in community with a statistical significance of 0.05. The level of attitude related in the positive direction with the participation in caring of co-occurring disorder in community with a statistical significance of 0.01. According to the study, the factors related to caring of co-occurring disorder in community are personal factor. For example gender, community Participation, the level of knowledge and the attitude with the participation in caring of co-occurring disorder in community.

The recommendation of the research are 1) the other departments can use the knowledge assets of this study to analyze and plan for rehabilitation of patients in the community. 2) To promote the people to participate in community for caring of co-occurring disorder properly. 3) Focus on proactive work by giving the right knowledge for people who live in the community especially the knowledge about addictive substances. 4) create a positive attitude for people who live in the community.

**Keywords:** Co-Occurring Disorder, Community Participation, Psychiatric Social Work



## กิตติกรรมประกาศ

การศึกษา “การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห่อม อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม” สำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ทั้งนี้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิไลภรณ์ โคตรบึงแก กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ และ ดร.ชนิษฐา บุรณพันธ์ ประธานกรรมการสารนิพนธ์ ซึ่งให้คำแนะนำและตรวจแก้ไขข้อบกพร่อง ชี้แนะประเด็นที่เป็นประโยชน์ พร้อมทั้งให้กำลังใจ ผู้ศึกษารัฐีกทราบซึ่งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาส นี้

การศึกษาครั้งนี้จะสำเร็จลุล่วงไปไม่ได้หากขาดแรงสนับสนุนที่สำคัญจากครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรักที่ยิ่งใหญ่ของคุณแม่รุ่งทิวา คุณยายเอียน และคุณพ่อวิทยา ครอบครัวผู้ซึ่งคอยเป็นแรงผลักดันอันสำคัญและรอคอยวันสำเร็จการศึกษาอย่างใจจดจ่อ ขอขอบพระคุณคุณป้าอรรวรรณ และ คุณลุงกำพล คุณน้าพรชัย และ คุณน้าอุบล ซึ่งคอยเป็นกำลังใจและอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ตลอดการศึกษา ขอขอบพระคุณทุกคนที่คอยประคับประคองให้เดินทางมาจนถึงวันที่ประสบความสำเร็จ

ขอขอบพระคุณ พี่ปราณี ผู้มีบทบาทสำคัญในการให้ความช่วยเหลือด้านการวิจัยเป็นอย่างมาก ขอขอบคุณ คุณปฐมพงศ์ ในการสนับสนุนทางใจ ขอขอบคุณ คุณหมอรท พี่พรเทพ พี่รัฐชญา น้องชฎาธาร น้องกัญญาพัชร และน้องนัฐภาณัจณ์ ที่คอยช่วยเหลือและรับฟังทุกปัญหา ขอขอบคุณ พี่ณัชชา พี่อริญาพร คุณอนล และเพื่อนๆ บส.17 (รุ่นสุดท้าย) ทุกคนที่คอยช่วยเหลือเกื้อกูลกันเสมอมา และขอบคุณเพื่อนที่ดีที่สุด คุณปจรรย์และคุณอัจฉราภรณ์ ที่คอยเป็นแรงสนับสนุนให้แกกันมาตั้งแต่ปริญญาตรีจนจบปริญญาโท

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห่อม ที่ช่วยเหลือในการวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณผู้ให้การสนับสนุนการวิจัยทุกท่านที่อาจไม่ได้เอ่ยนาม และขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่โครงการปริญญาโท สาขาการบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคมทุกท่านที่อำนวยความสะดวก ดูแลกันมาตลอดการศึกษาที่ยาวนาน

ท้ายที่สุด การศึกษานี้จะไม่มีวันสำเร็จไปได้เลยหากขาดคำพูดอันทรงพลังที่ว่า “ไม่มีใครพรากความรู้ไปจากเราได้ หากเราทำสำเร็จ มันจะไม่มีวันทอดทิ้งเราไป” จึงขอฝากไว้เพื่อเป็นพลังใจแก่ผู้สนใจศึกษาต่อไป

นางสาวกิริติยา อุ่นเจริญ

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	(1)
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	(3)
กิตติกรรมประกาศ	(5)
สารบัญตาราง	(11)
สารบัญภาพ	(13)
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 มุลเหตุจูงใจในการศึกษา	3
1.3 วัตถุประสงค์ของการศึกษา	4
1.4 สมมติฐานการวิจัย	4
1.5 ขอบเขตการวิจัย	5
1.5.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา	5
1.5.2 ขอบเขตด้านประชากร	5
1.5.3 ขอบเขตระยะเวลา	5
1.6 นิยามศัพท์	5
1.7 ประโยชน์ที่ได้รับ	6
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	7
2.1 ข้อมูลทั่วไปโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์	7
2.1.1 ประวัติความเป็นมา	7

2.1.2	ขอบเขตความรับผิดชอบ	8
2.1.2.1	บริการหลัก (Main Service)	8
2.1.2.2	วิสัยทัศน์ (Vision)	9
2.1.2.3	พันธกิจ (Mission)	9
2.1.2.4	บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ (Responsibilities)	9
2.1.2.5	ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic)	9
2.1.3	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้อม	9
2.1.3.1	ขอบเขตความรับผิดชอบ	10
2.1.3.2	สถานการณ์ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช	10
2.2	โรคร่วมจิตเวชสารเสพติด	11
2.2.1	โรคจิตเวช	11
2.2.2	อาการของโรคจิตเวช	11
2.2.3	ประเภทของโรคจิตเวช	12
2.2.4	ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคจิตเวช	14
2.2.5	การรักษา	15
2.2.6	การกำเริบและกลับมารักษาซ้ำ	17
2.2.7	โรคจิตเวชร่วมสารเสพติด	17
2.2.7.1	ความหมายโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด	18
2.2.7.2	ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด	19
2.2.7.3	ผลกระทบจากโรคจิตเวชร่วมสารเสพติด	19
2.2.7.4	การรักษา	20
2.3	แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชโดยชุมชน	21
2.3.1	ความหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชโดยชุมชน	21
2.3.2	หลักการของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช	22
2.3.3	ประเภทของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช	23
2.3.4	แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช	24
2.4	แนวทางการมีส่วนร่วม	25
2.4.1	ความหมายของการมีส่วนร่วม	25
2.4.2	ประโยชน์ของการมีส่วนร่วมของชุมชน	27
2.4.3	กระบวนการการมีส่วนร่วมของชุมชน	27
2.4.4	ระดับของการมีส่วนร่วม	28

2.4.5 เครื่องมือสำหรับใช้วัดการมีส่วนร่วม	29
2.5 แนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติ	29
2.5.1 ความหมายของทัศนคติ	29
2.5.2 องค์ประกอบของทัศนคติ	30
2.5.3 ประเภทของทัศนคติ	31
2.5.4 ปัจจัยที่ทำให้เกิดทัศนคติ	31
2.5.5 การวัดทัศนคติ	32
2.5.6 เครื่องมือสำหรับใช้วัดทัศนคติ	32
2.6 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้	33
2.6.1 ความหมายของความรู้	33
2.6.2 ประเภทของความรู้	34
2.6.3 ระดับของความรู้	34
2.6.4 การวัดระดับความรู้	35
2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	35
2.7.1 งานวิจัยเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม	35
2.7.2 งานวิจัยเกี่ยวกับความรู้กับการมีส่วนร่วม	37
2.7.3 งานวิจัยเกี่ยวกับความรู้และทัศนคติ	38
2.7.4 งานวิจัยเกี่ยวกับความรู้และทัศนคติกับการมีส่วนร่วม	38
2.7.5 งานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช	38
2.7.6 งานวิจัยเกี่ยวกับทัศนคติกับการมีส่วนร่วม	39
2.8 กรอบแนวคิดในการศึกษา	40
บทที่ 3 ระเบียบวิธีการศึกษา	41
3.1 วิธีดำเนินการศึกษา	41
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	41
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	42
3.4 การตรวจสอบเครื่องมือ	44
3.5 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	44
3.6 จริยธรรมการศึกษาวิจัยในคน	44
3.7 วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล	45

	(9)
3.8 การนำเสนอข้อมูล	45
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล	46
4.1 ปัจจัยส่วนบุคคล	46
4.2 ความรู้เรื่องโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด	50
4.3 ทักษะคิดของคนในชุมชนต่อผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด	54
4.4 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด	60
4.5 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปร	67
4.6 การอภิปรายผลการศึกษา	70
4.6.1 การศึกษาระดับความรู้และทัศนคติของคนในชุมชนต่อผู้ป่วยโรคร่วม จิตเวชสารเสพติด	70
4.6.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วม จิตเวชสารเสพติดของคนในชุมชน	72
บทที่ 5 สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ	76
5.1 สรุปผลการศึกษา	76
5.1.1 ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	76
5.1.2 ความรู้เรื่องโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด ทักษะคิดของคนในชุมชนต่อ ผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โรคร่วมจิตเวชสารเสพติด	77
5.1.3 การเปรียบเทียบความสัมพันธ์ของตัวแปร	78
5.2 ข้อเสนอแนะจากการศึกษา	79
5.2.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	79
5.2.2 ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ	79
5.2.3 ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาวิจัยในครั้งต่อไป	80
รายการอ้างอิง	81

ภาคผนวก

ก. คณะกรรมการจริยธรรมพิจารณาการศึกษาวิจัยในคนจังหวัดนครพนม	87
ข. รายชื่อผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย	88
ค. แบบสอบถาม	89

ประวัติผู้เขียน	98
-----------------	----



## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
4.1	จำนวน ร้อยละ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลของประชาชนในเขต ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห่อม	48
4.2	จำนวน ร้อยละ จำแนกตามระดับความรู้เรื่องโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด ของประชาชนในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านห่อม	51
4.3	จำนวน ร้อยละ จำแนกตามระดับความรู้เรื่องโรคจิตเวชสารเสพติดรายข้อ ของประชาชนในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านห่อม	52
4.4	จำนวน ร้อยละ จำแนกตามระดับทัศนคติของคนในชุมชนต่อผู้ป่วยโรคร่วม จิตเวชสารเสพติดของประชาชนในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห่อม	55
4.5	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามระดับทัศนคติ ของคนในชุมชนต่อผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดรายข้อ ของประชาชนใน เขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห่อม	56
4.6	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดของประชาชนในเขตความ รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห่อม	60
4.7	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกการมีส่วนร่วมของ ชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดรายข้อ ของประชาชนใน เขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห่อม	61
4.8	จำนวน ร้อยละ และความเป็นอิสระต่อกันของสองประชากร (Pearson Chi- square test) ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการ ดูแล ผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดกับเพศ	67
4.9	จำนวน ร้อยละ และความเป็นอิสระต่อกันของสองประชากร (Pearson Chi- square test) ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนใน การดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดกับ การมีตำแหน่งหน้าที่ในชุมชน	68

- 4.10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) ทดสอบระหว่างระดับความรู้เรื่องโรคจิตเวช สารเสพติดและระดับทัศนคติของคนในชุมชนต่อผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวช สารเสพติด กับระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวช สารเสพติด 69





## สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
2.1	รูปแบบปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเจ็บป่วยทางจิต	14



## บทที่ 1

### บทนำ

#### 1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ชุมชนเป็นสถาบันทางสังคมที่มีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งชุมชนในชนบท ที่มีลักษณะการใช้ชีวิตร่วมกัน มีความสัมพันธ์กันในแบบเครือญาติ ซึ่งชุมชนมีจุดเริ่มต้นจากการที่หลายๆ ครอบครัวได้มาอาศัยอยู่ในบริเวณใกล้เคียงกัน มีวิถีชีวิตใกล้เคียงกัน อันเนื่องมาจากสัมพันธภาพระหว่างสมาชิก และอาจรวมไปถึงการมีอาชีพและฐานะทางเศรษฐกิจที่คล้ายคลึงกัน ทำให้เกิดเป็นชุมชน นำมาซึ่งการพึ่งพาอาศัย การช่วยเหลือเกื้อกูล ตลอดจนมีกิจกรรมร่วมกันของคนในชุมชน โดยชุมชนประกอบไปด้วยสมาชิกที่มีความหลากหลาย ไม่ว่าจะเป็นเพศ อายุ ช่วงวัย ระดับการศึกษา ตลอดจนภาวะความเจ็บป่วยของสมาชิกในชุมชน

โรคจิตเวชเป็นหนึ่งในจำนวนโรคที่ส่งผลกระทบต่อคนในชุมชน และมีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดความสูญเสีย จากรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ.2554 (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2557) พบว่า สาเหตุหลักของการสูญเสียจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพในเพศชาย ได้แก่ ความผิดปกติทางจิตคิดเป็นร้อยละ 34 และสำหรับเพศหญิง ความผิดปกติทางจิต เป็นสาเหตุหลักอันดับ 2 คิดเป็นร้อยละ 21 และความผิดปกติทางจิตเป็นสาเหตุหลักของความสูญเสียจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพทั้งของเพศชายและหญิง ในกลุ่มอายุ 30-44 ปี นอกจากนี้สาเหตุหลักของความสูญเสียปีสุขภาวะ (Years of Life Lost due to Disability - YLDs) ซึ่งเป็นจำนวนปีที่ชีวิตอยู่กับความบกพร่องทางสุขภาพในเพศชายคือ การเสียดัดเครื่องตีที่มีแอลกอฮอล์ ซึ่งมีค่าสูงถึงร้อยละ 23 ของความสูญเสียปีสุขภาวะในเพศชาย และจากการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ พ.ศ.2556 (พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ และคณะ, 2559) พบว่า ความชุกชั่วชีวิตของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยตลอดชีวิตที่ผ่านมาประมาณ 3.90 ล้านคนเป็นโรคจิตเวชอย่างน้อยหนึ่งโรค และความผิดปกติของพฤติกรรมเสียดัดสารใดๆ ตลอดชั่วชีวิตที่ผ่านมาพบความชุกถึง 13.7 ล้านคน หรือมากถึงหนึ่งในสี่ของประชากร จากข้อมูลดังกล่าว สะท้อนว่าชุมชนต้องรับมือกับการมีผู้ป่วยด้วยโรคทางจิตเวชที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น อีกทั้งในปัจจุบันผู้ป่วยจิตเวชเป็นส่วนหนึ่งของสมาชิกชุมชนในหลายๆ ชุมชน โดยปัญหาการใช้สารเสียดัดนับเป็นปัญหาที่พบบ่อยร่วมกับการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช ทำให้เกิดภาวะโรคร่วมจิตเวชสารเสียดัด ส่งผลต่อการรักษาและการพยากรณ์โรคที่ทำได้ยากลำบากขึ้น ตลอดจนการกำเริบ ความรุนแรงและต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่มีการแพร่ระบาด

มากขึ้นของสารเสพติด ซึ่งส่งผลให้เกิดปัญหาแก่ชุมชนที่มีผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดอยู่ร่วมในชุมชนเป็นอย่างมาก

ในประเทศไทยหน่วยงานที่รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่รุนแรงซับซ้อน ได้แก่ โรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวช ในสังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งแยกส่วนจากหน่วยงานที่ให้การบำบัดรักษาด้านสารเสพติด ได้แก่ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี แต่จากแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้นของการเกิดภาวะโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด ทำให้เกิดความพยายามที่พัฒนาระบบการดูแลรักษาภาวะโรคร่วมทางจิตเวชที่พบในผู้ใช้สุราหรือสารเสพติด โดยการบูรณาการการรักษาและบำบัดฟื้นฟูควบคู่กันไปทั้งสองโรค เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชชนครินทร์ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวช มีผู้รับบริการระหว่างปี 2555-2557 จำนวน 7,440 คน, 8,143 คน และ 8,123 คน ตามลำดับ โดยในปี 2557 พบว่ากลุ่มโรค 5 อันดับแรกที่พบบ่อย ได้แก่ โรคจิตเภท ร้อยละ 63.51 กลุ่มโรคความผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตประสาทจากสารเสพติด ร้อยละ 24.15 กลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ ร้อยละ 9.96 กลุ่มโรคสมองเสื่อม ร้อยละ 1.28 และกลุ่มภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ร้อยละ 0.64 นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคร่วมร่วมกับการใช้สารเสพติด หรือเรียกว่า โรคร่วมจิตเวชสารเสพติด (Co-occurring Disorder-COD) จำนวน 634 คน หรือคิดเป็น ร้อยละ 7.80 (โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชชนครินทร์, 2558)

ผลกระทบอันเนื่องมาจากผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดมีทั้งผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพของตนเอง และผลกระทบต่อครอบครัวและชุมชน เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะที่ด้อยลงจากการเจ็บป่วย ทั้งทางด้านกาย จิตใจ และสังคม โดยจากการสำรวจของโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชชนครินทร์ในระหว่างปี 2555-2557 มีผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในภายใน 90 วัน ร้อยละ 11.10, 13.50 และ 14.08 ตามลำดับ ซึ่งผลจากการเจ็บป่วยซ้ำจะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดความเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ อารมณ์และการรับรู้อย่างถาวร สูญเสียทั้งทรัพยากรและค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเมื่อวิเคราะห์สาเหตุของการกลับมารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำ พบว่าเกิดจากการใช้สารเสพติดจนเกิดอาการทางจิตกำเริบมาก ถึงร้อยละ 43.6 และปัญหาผู้ดูแลหรือชุมชนไม่ยอมรับ ไม่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน ถึงร้อยละ 20.3 (โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชชนครินทร์, 2558)

จากประสบการณ์ในการทำงานด้านการสังคมสงเคราะห์จิตเวชในการลงปฏิบัติหน้าที่ในชุมชนเป็นระยะเวลากว่า 7 ปีของผู้ศึกษา พบว่า ปัญหาอันเนื่องมาจากผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดเกิดขึ้นในหลากหลายรูปแบบ และมีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น ของคนในชุมชนที่แตกต่างกันไปในหลายชุมชน เลือกที่จะปฏิเสธผู้ป่วยไม่ต้องการให้ผู้ป่วยกลับเข้าสู่ชุมชน ส่งผลให้ญาติได้รับผลกระทบ และมีแนวโน้มที่จะทอดทิ้งผู้ป่วยจิตเวชเหล่านั้น บางครั้งต้องการฝากไว้ที่โรงพยาบาลเป็น

ระยะเวลาานานหรือต้องการให้ส่งผู้ป่วยเข้าสถานสงเคราะห์ แต่ในบางชุมชน คนในชุมชนกลับมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ส่งเสริมและสนับสนุนให้ญาติสามารถที่จะดูแลผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยอยู่ร่วมกับคนในชุมชนได้ ป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ ซึ่งจะเป็นตัวกระตุ้นให้อาการทางจิตของผู้ป่วยกำเริบได้ หรือแม้แต่ในรายที่ผู้ป่วยไม่มีญาติผู้ดูแลหลัก คนในชุมชนก็สามารถช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย จนผู้ป่วยสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ได้รับการรักษา และอาการทางจิตดีขึ้นตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าคนในชุมชนก็เป็นส่วนสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างต่อเนื่อง ไม่เพียงแต่การรักษาในโรงพยาบาลหรือการดูแลจากญาติเท่านั้น

ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาถึงระดับความรู้และทัศนคติของคนในชุมชนต่อผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดของคนในชุมชน โดยมีความสนใจที่จะศึกษาชุมชนใกล้เคียงโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ คือ ชุมชนที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้อมอำเภอเมือง จังหวัดนครพนม ซึ่งดูแลประชาชน 5 หมู่บ้าน มีประชากรทั้งหมด 3,752 คน 835 ครัวเรือน พบผู้ป่วยจิตเวชทั้งสิ้น 18 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดร่วมด้วย จำนวน 6 คน ซึ่งเข้าเกณฑ์เป็นผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด และผู้ป่วยบางรายมีการกลับมารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์บ่อยครั้ง และก่อให้เกิดผลกระทบต่อทั้งคนในครอบครัวและคนในชุมชนเป็นอย่างมาก ซึ่งการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยด้านความรู้และทัศนคติของคนในชุมชนต่อผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด ว่ามีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดหรือไม่ ซึ่งข้อมูลจากการศึกษาจะทำให้เข้าใจถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ของการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งแม้ว่าในชุมชนนี้จะมีผู้ป่วยจิตเวชจำนวนไม่มากนัก แต่ข้อค้นพบจากการศึกษานี้ จะสามารถนำไปใช้ในการวางแผนพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด ป้องกันการกลับมาซ้ำต่อไป

## 1.2 มุมเหตุจูงใจในการศึกษา

จากการปรับบทบาทภารกิจและโครงสร้างของส่วนราชการเพื่อให้มีประสิทธิภาพทันต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง และตอบสนองความต้องการของประชาชน ตามพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ.2545 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นกรมวิชาการที่เชี่ยวชาญด้านจิตเวชและสารเสพติด จึงต้องพัฒนาตนเองเพื่อให้สอดคล้องกับแนวนโยบาย และก้าวสู่ความเป็นเลิศทางด้านบริการทางจิตเวช ในส่วนของโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ ซึ่งสังกัดกรมสุขภาพจิตด้วยนั้น มีแนวนโยบายในการพัฒนาด้านวิชาการให้มีความเป็นเลิศเช่นเดียวกับหน่วยงานอื่นในกรมสุขภาพจิต และให้เน้นการพัฒนาความเป็นเลิศด้านโรคร่วม

จิตเวชสารเสพติดเป็นหลัก ตามภารกิจที่กรมสุขภาพจิตได้มอบหมาย ส่งผลให้ทุกวิชาชีพเกิดความตื่นตัวในการพัฒนางานด้านวิชาการของตนเองเป็นอย่างมาก

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าในด้านโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด มีการศึกษาวิจัยในประเทศไทยที่ค่อนข้างน้อย และไม่ครอบคลุมทุกองค์ประกอบ ได้แก่ ด้านกาย ด้านจิต และด้านสังคม ของผู้ป่วยซึ่งสวนทางกับการระบาดของยาเสพติด และจำนวนผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดที่มากขึ้นในประเทศอันนำมาสู่ความพยายามอย่างยิ่งของโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ ที่จะสามารถรวบรวมข้อมูล ตลอดจนศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดในคนไทย อันจะนำไปสู่การเป็นแหล่งข้อมูลที่สำคัญที่สามารถนำไปปรับปรุงและพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ความตื่นตัวในการจะเป็นผู้ให้บริการที่มีความเป็นเลิศ สอดคล้องกับแนวนโยบาย และความต้องการของผู้ใช้บริการ ทำให้ทุกวิชาชีพมีความตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลง และพัฒนาการให้บริการของตนเองให้มีคุณภาพมากขึ้น ทั้งนี้ในฐานะที่ผู้ศึกษาทำงานเป็นนักสังคมสงเคราะห์ ซึ่งเป็นวิชาชีพที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชทั่วไปและผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด มีการให้บริการทั้งเชิงรับภายในโรงพยาบาล และการทำงานเชิงรุกในการลงชุมชน เพื่อการเตรียมความพร้อม ทำให้ผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ป้องกันการกำเริบของอาการทางจิต รวมถึงลดปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในชุมชน และด้วยโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ตั้งอยู่ในเขตตำบล ในอำเภอเมือง จังหวัดนครพนม ซึ่งยังไม่มีการศึกษาในเรื่องดังกล่าวมาก่อน ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจในเรื่องของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดในชุมชนต่อไป

### 1.3 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้และทัศนคติของคนในชุมชนต่อผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดของคนในชุมชน

### 1.4 สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดของคนในชุมชน

2. ความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวช สารเสพติดของคนในชุมชน

## 1.5 ขอบเขตการวิจัย

### 1.5.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา

การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด คุณลักษณะด้านประชากร ระดับความรู้และทัศนคติของคนในชุมชนต่อผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด ตลอดจนความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด

### 1.5.2 ขอบเขตด้านประชากร

การวิจัยครั้งนี้ ศึกษาสมาชิกในชุมชนที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปในชุมชน ศึกษาเฉพาะในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้อม อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม ซึ่งมีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเวชตามเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก (International Classification of Diseases and Related Health Problems 10-ICD10) จากจิตแพทย์ และมีการใช้สารเสพติดร่วมด้วย

### 1.5.3 ขอบเขตระยะเวลา

การวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการศึกษาระหว่าง เดือนมีนาคม 2561-กรกฎาคม 2561

## 1.6 นิยามศัพท์

ผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด (Co-occurring Disorder - COD) หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเวชตามเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก (International Classification of Diseases and Related Health Problems 10-ICD10) จากจิตแพทย์ และมีการใช้สารเสพติดร่วมด้วย ซึ่งผู้ป่วยมีความผิดปกติของการใช้สารเสพติดร่วมกับความผิดปกติทางจิตใจที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยคนเดียวกัน โดยเกิดอาการแสดงของโรคหรือความผิดปกติแต่ละอย่างในช่วงเวลาเดียวกัน

การมีส่วนร่วม (Participation) หมายถึง การที่บุคคลมีความสนใจ ใส่ใจ ห่วงใย ในเรื่องผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด มีความรู้สึกรับผิดชอบร่วมต่อปัญหาและมีส่วนในการตัดสินใจ ตลอดจนการหาแนวทางในการจัดการปัญหาาร่วมกันของคนในชุมชน ไม่ว่าจะเขาจะแสดงออกว่าสนใจต่อปัญหานั้นมากน้อยเพียงใดก็ตาม และไม่จำเป็นที่บุคคลนั้นจะต้องเข้าไปเกี่ยวข้องกับปัญหานั้น

โดยตรงก็ได้ แต่การมีทัศนคติ ความคิดเห็น ความสนใจ ห่วงใย ก็เพียงพอแล้วที่จะเรียกว่าเป็นการมีส่วนร่วมได้

ทัศนคติ (Attitude) หมายถึง เป็นความรู้สึกทางใจ ต่อผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด ซึ่งเป็นผลมาจากการเรียนรู้ ประสบการณ์ ความนึกคิด และความเชื่อของคนในชุมชน ซึ่งจะมีระดับที่แตกต่างกันออกไป ตั้งแต่การมีความคิดความเชื่อ ความรู้สึกทางบวกหรือทางลบ ตลอดจนการนำเอาความรู้สึกทางใจนั้นไปปฏิบัติ แสดงออกเป็นพฤติกรรมที่สื่อถึงความรู้สึกของคนในชุมชนต่อผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด

ความรู้ (Knowledge) หมายถึง การรับรู้ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับความรู้ทั่วไปด้านโรคจิตเวช และสารเสพติด และการดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อเนื่องในชุมชน ซึ่งคนในชุมชนได้มาจากประสบการณ์หรือการศึกษาค้นคว้า และนำมาประมวลผลรวมกับความรู้อื่นๆ ที่เคยได้รับ แล้วนำมาสรุปตามความเข้าใจและนำไปใช้ประโยชน์ สามารถสังเกต และวัดระดับได้

### 1.7 ประโยชน์ที่ได้รับ

1. ทำให้ทราบถึงระดับความรู้และทัศนคติของคนในชุมชนต่อผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด
2. ทำให้ทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดของคนในชุมชน เพื่อใช้ในการวางแผนดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดในชุมชน
3. เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดในชุมชน



## บทที่ 2

### วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่อง “การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้อม อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม” ผู้ศึกษาได้มีการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่มีความเกี่ยวข้องเพื่อนำมาใช้ เป็นกรอบแนวคิด ดังนี้

- 2.1 ข้อมูลทั่วไปโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์
- 2.2 โรคร่วมจิตเวชสารเสพติด
- 2.3 แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน
- 2.4 แนวคิดการมีส่วนร่วม
- 2.5 แนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติ
- 2.6 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้
- 2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.8 กรอบแนวคิดในการศึกษา

#### 2.1 ข้อมูลทั่วไปโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์

โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ (Nakhonphanom Rajanagarindra Psychiatric Hospital) เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทาง ระดับตติยภูมิ ขนาด 90 เตียง ตั้งอยู่เลขที่ 210 ถนนนครพนม-ท่าอุเทน ตำบลอาจสามารถ อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม บนพื้นที่ 244 ไร่ 3 งาน เป็นหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

##### 2.1.1 ประวัติความเป็นมา

ในปีงบประมาณ 2534 โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ได้รับอนุมัติจากกระทรวงสาธารณสุขให้ดำเนินการ พร้อมทั้งได้รับงบประมาณก่อสร้าง อันเนื่องมาจากกระทรวงสาธารณสุขต้องการขยายบริการสุขภาพจิต ให้ครอบคลุมทั่วทุกพื้นที่ของประเทศไทย โดยเฉพาะประชาชนที่อยู่ในเขตจังหวัดนครพนมและจังหวัดใกล้เคียง ซึ่งผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการจัดทำคำของบประมาณ การสำรวจจัดหาที่ดินเพื่อเป็นที่ตั้งของโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ ตลอดจนการให้ข้อมูลและร่วมคิดในการดำเนินการคือ นายแพทย์สุพล รุจิรพิพัฒน์ อดีตผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี (ระหว่างปี พ.ศ.2529-2534)



ในวันที่ 27 มกราคม 2536 กรมการแพทย์ได้ทำสัญญาการก่อสร้างกับห้างหุ้นส่วนจำกัด วิศวิศวรรรม ในวงเงิน 110,921,100 บาท ซึ่งได้ทำการก่อสร้างตั้งแต่เดือนมีนาคม 2536 และแล้วเสร็จ เมื่อวันที่ 9 ตุลาคม 2538 โดยอธิบดีกรมสุขภาพจิตในขณะนั้น นายแพทย์ชูเกียรติ ปานปรีชา ได้ลงนามในคำสั่งกรมสุขภาพจิตที่ 324/2538 วันที่ 9 ตุลาคม 2538 ให้โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมเปิดดำเนินการในวันที่ 1 พฤศจิกายน 2538 และในวันที่ 5 มีนาคม 2539 ได้มีพิธีเปิดอย่างเป็นทางการโดยพลเรือโทนายแพทย์วิฑูร แสงสิงห์แก้ว ปลัดกระทรวงสาธารณสุข และเมื่อวันที่ 31 มีนาคม 2546 โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมได้รับพระกรุณาโปรดเกล้า จากสมเด็จพระพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ ประทานนามโรงพยาบาลใหม่ว่า "โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์" เพื่อเป็นมงคลสืบไป

### 2.1.2 ขอบเขตความรับผิดชอบ

โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ อยู่ในเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 8 มีเขตพื้นที่ให้บริการ 3 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดนครพนม 12 อำเภอ 99 ตำบล จังหวัดสกลนคร 18 อำเภอ 124 ตำบล จังหวัดบึงกาฬ 8 อำเภอ 53 ตำบล โดยมีสถิติการเข้ารับการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยใน 5 โรคหลัก ได้แก่ กลุ่มโรคจิตเภท พฤติกรรมแบบจิตเภทและความหลงผิด (F20-29) กลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (F30-F39) กลุ่มโรคความผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตประสาท (F10-F19) กลุ่มโรควิตกกังวล (F40-F48) และความผิดปกติทางจิตใจ (F00-F09)

#### 2.1.2.1 บริการหลัก (Main Service)

โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์เป็นโรงพยาบาลที่มีการให้บริการเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช มีการบริการหลักดังนี้

1. บริการผู้ป่วยนอก (Out Patient Department, OPD) ประกอบด้วย บริการจิตเวชฉุกเฉินและรับใหม่ บริการตรวจรักษา บริการคลินิกสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น คลินิกจิตเภท คลินิกยาเสพติดและสุรา คลินิกผู้สูงอายุ
2. บริการผู้ป่วยใน (In Patient Department, IPD) หอผู้ป่วยในชายล่าง หอผู้ป่วยในชายบน หอผู้ป่วยในหญิง
3. บริการสุขภาพจิตชุมชนและการพยาบาลจิตเวช บริการผู้ป่วยซับซ้อน บริการพัฒนาเครือข่าย พัฒนาสถานบริการสาธารณสุขด้านสุขภาพจิตและจิตเวชใน รพศ./รพท./รพช/รพ.สต.
4. บริการวิกฤติสุขภาพจิต (Mental Health Crisis Assessment and Treatment Team-MCATT) หน่วยบริการด้านจิตเวชในภาวะวิกฤติฉุกเฉิน

### 2.1.2.2 วิสัยทัศน์ (Vision)

โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์เป็นองค์กรที่มีความเป็นเลิศด้านโรคจิตเวชสารเสพติด ระดับประเทศ

### 2.1.2.3 พันธกิจ (Mission)

พัฒนาความเป็นเลิศเฉพาะด้านโรคจิตเวชสารเสพติด ที่มีมาตรฐานในระดับประเทศ มีการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชในระดับรุนแรง ยุ่งยาก ซับซ้อนและส่งเสริมสนับสนุนเครือข่ายบริการสุขภาพจิตให้สามารถดำเนินงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีคุณภาพและมาตรฐานในเขตสุขภาพที่ 8 (นครพนม สกลนคร บึงกาฬ)

### 2.1.2.4 บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ (Responsibilities)

1. ศึกษา วิเคราะห์ วิจัยเพื่อพัฒนามาตรฐานงาน องค์กรความรู้และเทคโนโลยีรวมทั้งรูปแบบการให้บริการเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช
2. ส่งเสริม พัฒนาถ่ายทอดองค์ความรู้ และเทคโนโลยีเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและภาคเอกชน
3. ให้บริการตรวจ วินิจฉัย บำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้มีปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรง ยุ่งยาก ซับซ้อน เพื่อพัฒนาวิชาการเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช
4. ปฏิบัติงานร่วมหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานอื่น ตามที่เกี่ยวข้องกับภารกิจหลัก

### 2.1.2.5 ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic)

ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาความเป็นเลิศด้านโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด ระดับประเทศ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการผู้ป่วยจิตเวชรุนแรง ยุ่งยาก ซับซ้อน

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ส่งเสริมสนับสนุนเครือข่ายในเขตบริการสุขภาพที่ 8

ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนานวัตกรรมองค์กร

### 2.1.3 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้อม

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้อม เป็นสถานพยาบาลประจำตำบลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับปฐมภูมิ (Primary Care) ได้รับการยกฐานะจากสถานีอนามัยบ้านห้อม ตามนโยบายของรัฐบาล นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ เมื่อปี พ.ศ.2552 ซึ่งได้จัดสรรงบประมาณภายใต้ แผนปฏิบัติการไทยเข้มแข็ง 2555 เพื่อยกระดับสถานีอนามัย หรือศูนย์สุขภาพชุมชนให้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

### 2.1.3.1 ขอบเขตความรับผิดชอบ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห่อม มีเขตพื้นที่ให้บริการ 5 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 1 (บ้านห่อม) หมู่ที่ 2 (บ้านสำราญเหนือ) หมู่ที่ 3 (บ้านสำราญใต้) หมู่ที่ 7 (บ้านนาหัวบ่อ) หมู่ที่ 11 (บ้านห่อม) ในเขตตำบลอาจสามารถ อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม มีประชากรทั้งหมด 3,752 คน 835 ครัวเรือน พบผู้ป่วยจิตเวชทั้งสิ้น 18 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดร่วมด้วย

### 2.1.3.2 สถานการณ์ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

ในปีงบประมาณ 2558-2559 โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ ได้พัฒนาระบบให้บริการเพื่อก้าวสู่ความเป็นเลิศด้านจิตเวชสารเสพติด มีกิจกรรมและโครงการที่ส่งเสริมและป้องกันปัญหาด้านจิตเวชสารเสพติดอย่างรอบด้าน โดยกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ ได้รับผิดชอบในการดำเนินงาน โครงการเสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายผู้พิการทางจิต สติปัญญา การเรียนรู้ และออทิสติก ซึ่งเป็นการทำงานร่วมกับชุมชนโดยตรง และได้เลือกเอาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห่อม ซึ่งโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่หมู่ที่ 11 (บ้านห่อม) ตำบลอาจสามารถ อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม เป็นเครือข่ายนำร่องให้การเสริมสร้างความเข้มแข็งของผู้พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม ทำให้พบว่าในพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห่อม มีจำนวนผู้ป่วยจิตเวช 18 ราย ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด ที่มีปัญหาการขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีการใช้สารเสพติดร่วมด้วย

จากการทำกิจกรรมชมรมญาติผู้พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม พบปัญหาว่าผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือเท่าที่ควร และญาติเองก็ไม่สามารถดูแลควบคุมผู้ป่วยได้ ทำให้จำนวนผู้ที่สนใจและเล็งเห็นประโยชน์ของการเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็ง ส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชโดยชุมชน ยังมีจำนวนที่น้อย ผู้ศึกษาจึงได้มีความสนใจในการทำการศึกษารื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห่อม อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม ในครั้งนี้ เพื่อหาข้อมูลสนับสนุนและเป็นแนวทางในการวางแผนการดำเนินงานเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายด้านสุขภาพจิตต่อไป

## 2.2 โรคร่วมจิตเวชสารเสพติด

### 2.2.1 โรครจิตเวช

โรครจิตเวช คือ กลุ่มอาการทางจิตใจหรือพฤติกรรมที่ทำให้บุคคลมีความบกพร่องในกิจวัตรต่างๆ หรือสูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข โรครจิตเวชแบ่งออกได้หลายประเภท โดยจำแนกตามอาการและสาเหตุเป็นตัวกำหนดโรค

### 2.2.2 อาการของโรครจิตเวช

โรครจิตเวชแต่ละประเภทไม่ได้มีลักษณะอาการที่เหมือนกันทั้งหมด ดังที่ มาโนช หล่อตระกูล (2561) กล่าวถึง อาการที่สามารถระบุได้ว่าเป็นโรครจิตเวช ซึ่งผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรครจิตเวชจะต้องมีอาการทั้งหมด หรืออย่างใดอย่างหนึ่งใน 3 กลุ่มอาการนี้

1. อาการหลงผิด คืออาการปักใจเชื่อในบางสิ่งบางอย่างอย่างมาก ไม่ว่าจะไม่มีใครมาอธิบายโต้แย้งหรือมีหลักฐานชัดเจนหักล้างว่าสิ่งที่เชื่อนั้นผิดแต่ก็ยังคงฝังใจเชื่อเช่นนั้น อาการหลงผิดบางครั้งก็เกิดขึ้นโดยที่ไม่มีเหตุการณ์หรือสถานการณ์ชวนให้เกิดมาก่อน หรือในบางกรณีอาจมีเหตุการณ์เกิดนำมาก่อนและเขาปักใจเชื่อ และแม้ว่าเหตุนั้นจะยุติไปแล้ว แต่ผู้ป่วยก็ไม่สามารถแยกแยะระหว่างความจริงกับสิ่งที่ตนเองเชื่อได้ ซึ่งความหลงผิดมีได้เกือบทุกเรื่อง บางเรื่องอาจเป็นเรื่องแปลกประหลาด เป็นไปไม่ได้ เช่น เชื่อว่าตนเองมีพลังพิเศษ ระแวงกลัวว่าจะมีคนมาทำร้าย หรือเชื่อว่าตนเองกำลังตั้งครรภ์ทั้งๆ ที่ไม่เคยมีสามีมาก่อน หรือบางเรื่องเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวัน ซึ่งหากไม่ใช่ญาติพี่น้องหรือคนรู้จักกันมาก่อน อาจไม่ทราบว่ามีอาการหลงผิด

2. อาการประสาทหลอน คืออาการการรับรู้สิ่งต่างๆ ทั้งที่ความจริงแล้วไม่เคยมีสิ่งเหล่านั้นเกิดขึ้น โดยเกิดขึ้นได้ทั้งในด้าน รูป รส กลิ่น เสียง และสัมผัส เช่น อาการได้ยินเสียงในหูสั่งให้ทำสิ่งต่างๆ โดยไม่มีผู้สั่งอยู่จริง (หูแว่ว) มองเห็นบุคคลที่คนอื่นมองไม่เห็น (ภาพหลอน) หรือรู้สึกว่ามีอะไรมาขอนไชตามผิวหนัง สิ่งที่เกิดขึ้นนี้อาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เช่น เห็นคนที่คุ้นเคยมาพูดด้วย หรือได้ยินแต่เสียง หรืออาจเป็นภาพแปลกๆ เห็นเทพ เห็นเทวดาต่างๆ ก็ได้

3. พฤติกรรมเปลี่ยนไปจากเดิมอย่างมาก คือมีพฤติกรรมที่สังเกตได้ว่าผิดปกติจากคนทั่วไป เช่น ร้องตะโกนโวยวายวิ่งไปตามถนนวนเวียนตลอดเวลาไม่หยุด ไม่สวมใส่เสื้อผ้า หรืออาจเป็นแบบอยู่นิ่งเฉย ไม่ทำอะไร ไม่กินไม่นอน ไม่พูดคุย หรือมีท่าทางแปลกแตกต่างจากพฤติกรรมเดิมที่เคยเป็นมา

ผู้ป่วยจิตเวชส่วนมากจะไม่ทราบว่าตนเองมีความเจ็บป่วย อันนำมาซึ่งการมีพฤติกรรมที่ผิดแปลกจากเดิม ผู้ป่วยมักเชื่อว่าสิ่งที่เกิดกับตนเองเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงและมักไม่สงสัยว่าสิ่งเหล่านั้นไม่น่าเกิดขึ้นได้ ไม่สมเหตุไม่สมผล ไม่เฉลียวใจว่าสิ่งที่ผู้อื่นทักท้วงเป็นความจริง ในช่วงเริ่มต้นของอาการอาจมีความลังเลใจ แต่พยายามปกปิดอาการ จนกระทั่งอาการรุนแรงไม่สามารถ

แยกแยะความจริงกับความหลงผิดได้ ทำให้การควบคุมตนเองน้อยลง พฤติกรรมที่ผิดปกติก็จะมากขึ้นจนคนรอบข้างสังเกตเห็นได้

### 2.2.3 ประเภทของโรคจิตเวช

ประเทศไทยได้นำบัญชีแยกโรคระหว่างประเทศฉบับแก้ไขครั้งที่ 10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem-ICD10) มาใช้ตามที่ องค์การอนามัยโลกได้กำหนดไว้เป็นมาตรฐาน การให้รหัสโรคที่เป็นสาเหตุการป่วยและสาเหตุการตาย เพื่อจัดจำแนกโรคกลุ่มต่างๆ ให้เป็นมาตรฐานเดียวกันในระดับนานาชาติ สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (2559) ได้ขอความร่วมมือจากผู้ชำนาญการพิเศษและผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขาในประเทศไทย และต่างประเทศในการแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย เพื่อสะดวกในการใช้สำหรับบุคลากรทุกระดับ โดยโรคทางจิตเวชถูกจัดอยู่ใน บทที่ 5 รหัสลำดับที่ F00-F99 ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม (Mental and Behavioral Disorders) มีกลุ่มโรคดังนี้

F00-F09 ความผิดปกติทางจิตและอาการทางจิตที่เกิดจากโรคทางกาย (Organic, Including Symptomatic, Mental Disorders)

F10-F19 ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (Mental and Behavioural Disorders due to Psychoactive Substance Use)

F20-F29 โรคจิตเภท พฤติกรรมแบบโรคจิตเภท และโรคหลงผิด (Schizophrenia, Schizotypal and Delusional Disorders)

F30-F39 ความผิดปกติทางอารมณ์ (Mood [Affective] Disorders)

F40-F48 โรคประสาท ความผิดปกติที่สัมพันธ์กับความเครียด และโรคโซมาโตฟอร์ม (Neurotic, Stress-related and Somatoform Disorders)

F50-F59 กลุ่มอาการทางพฤติกรรมที่พบร่วมกับความผิดปกติทางสรีรวิทยาและปัจจัยทางกายภาพ (Behavioral Syndromes Associated with Physiological Disturbances and Physical Factors)

F60-F69 ความผิดปกติทางบุคลิกภาพและพฤติกรรมของผู้ใหญ่ (Disorders of Adult Personality and Behaviors)

F70-F79 ภาวะปัญญาอ่อน (Mental Retardation)

F80-F89 ความผิดปกติของพัฒนาการทางจิต (Disorders of Psychological Development)

F90-F98 ความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรมที่มักเริ่มต้นในวัยเด็กและวัยรุ่น (Behavioral and Emotional Disorders with Onset Usually Occurring in Childhood and Adolescence)

F99 ความผิดปกติทางจิตที่ไม่ระบุรายละเอียด (Unspecified Mental Disorder)

## 2.2.4 ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคจิตเวช

ความเจ็บป่วยทางจิตเวช เกิดจากทั้งปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายใน ซึ่งความเจ็บป่วยทางจิตเวชจะรุนแรงหรือไม่ ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ดังนี้ (นงลักษณ์ เทพสวัสดิ์, 2549)

1. ปัจจัยด้านร่างกาย (Physical Factors) ผู้ป่วยอาจได้รับความกระทบกระเทือนทางสมอง จนเกิดความผิดปกติทางกาย มีผลต่อความคิด ความทรงจำ การรับรู้ สติปัญญา ความเป็นเหตุเป็นผล อาจกล่าวได้ว่าผู้ป่วยซึ่งประสบอุบัติเหตุจนได้รับความกระทบกระเทือนต่อสมอง เช่น การถูกรถชน การขาดออกซิเจนเป็นเวลานานจนเลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ หรือได้รับการผ่าตัดสมอง มีผลให้เกิดความสูญเสียทางสมองและทำให้ไม่สามารถควบคุมจิตใจหรือพฤติกรรมของตนเองให้เป็นปกติได้ รวมไปถึงการใช้สารเสพติด จนเกิดความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมองด้วย

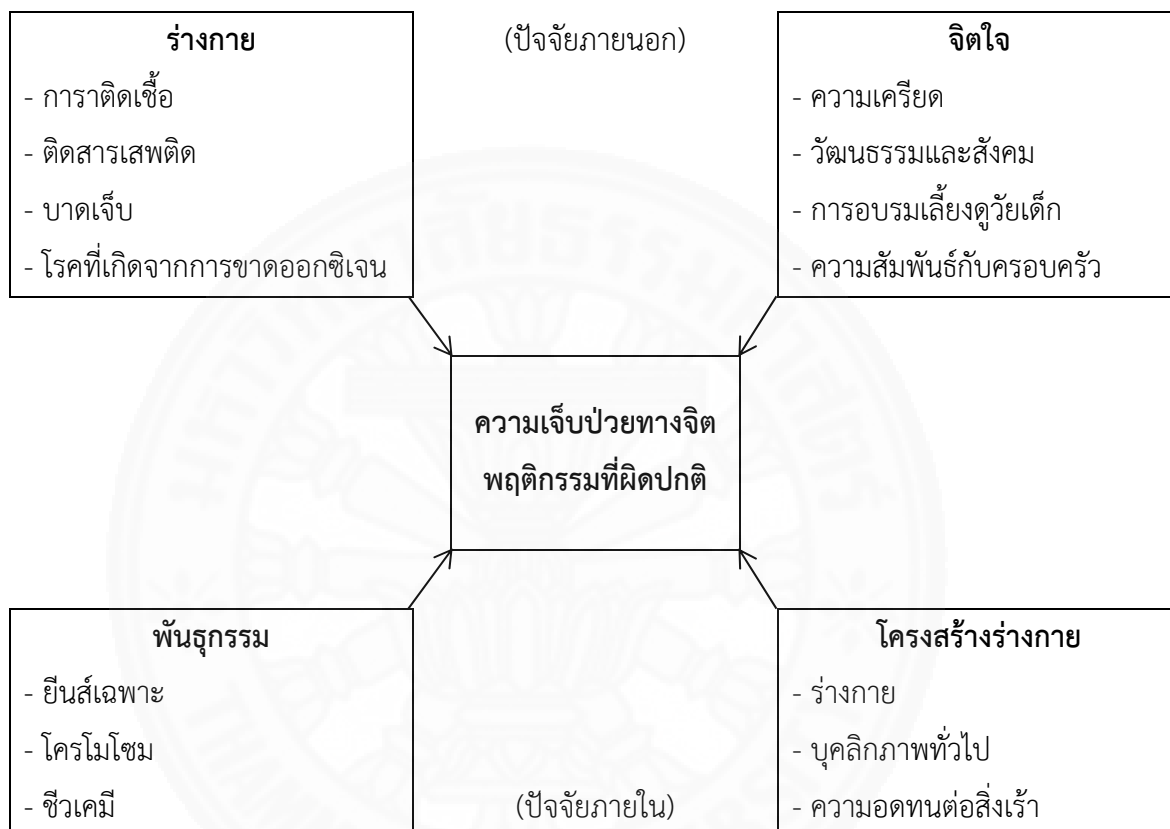
2. ปัจจัยด้านจิตใจและสังคม (Psycho-Social Factors) ความเครียด และประสบการณ์ต่างๆ ที่กระทบกระเทือนจิตใจของผู้ป่วยอย่างรุนแรง อาจก่อให้เกิดโรคทางจิตเวชได้ เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การสูญเสียสถานภาพทางสังคม เป็นต้น ทั้งนี้สังคมและวัฒนธรรมที่หล่อหลอมความคิดความเชื่อของผู้ป่วย ก็มีส่วนอันเกิดจากเหตุการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจ การเปลี่ยนแปลงของวัฒนธรรมหรือการย้ายถิ่น อาจทำให้ผู้ป่วยมีความเครียดสะสม แยกตัว ซึมเศร้า หรือการไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่ๆ ภาวะแรงกดดันทางสังคมจากการใช้ชีวิตตลอดจนสัมพันธ์ภาพในครอบครัวและการอบรมเลี้ยงดู ต่างมีผลกระทบต่อสภาพจิตใจของบุคคล และหากบุคคลไม่สามารถรับการเปลี่ยนแปลง หรือไม่มีภูมิคุ้มกันทางใจต่อสิ่งเร้าก็อาจทำให้เกิดโรคทางจิตเวชขึ้นได้

3. ปัจจัยด้านพันธุกรรม (Genetic Factors) เกิดจากการสืบสายเลือดของผู้ที่มีปัญหาทางจิต อาจมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางจิตได้ง่ายกว่าคนทั่วไปเมื่อได้รับสิ่งกระตุ้นจากปัจจัยต่างๆ รวมไปถึงความบกพร่องของร่างกายขณะกำเนิด ตลอดจนโครงสร้างโครโมโซมที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมที่มีความก้าวร้าวรุนแรง หรือแม้กระทั่งความเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีในร่างกาย หรือการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นๆ ที่มีผลต่อการสร้าง การหลั่งของสารเคมีในร่างกายที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาทและสมอง สิ่งเหล่านี้มีผลทำให้เกิดความผิดปกติทางจิตได้ง่าย

4. ปัจจัยทางโครงสร้าง (Structure Factors) ผู้ป่วยโรคจิตเวชอาจมีภาวะอารมณ์ที่แปรปรวนอันเนื่องมาจากโครงสร้างด้านร่างกาย เช่น ผู้ป่วยที่มีโครงสร้างร่างกายผอมแห้ง มักมีความกระวนกระวาย หรือเอาแต่ใจตนเอง หากเกิดการขัดใจจะมีอาการปรากฏทางกาย หน้ามืดเป็น



ลมบ่อยๆ ในขณะที่การเคลื่อนไหวทางกายก็อาจบอกลักษณะของโรคจิตเวชที่เป็นอยู่ได้ เช่น ผู้ป่วยโรคจิตเภท (Schizophrenia) จะมีการเคลื่อนไหวที่รวดเร็ว ไม่คงที่ เปลี่ยนแปลงเสมอ หุนหันพลันแล่น แต่ในผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคจิตชนิดอารมณ์สุขเศร้า (Manic Depressive Psychosis) มักพบว่ามีการเคลื่อนไหวที่เชื่องช้า



ภาพที่ 2.1 รูปแบบปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเจ็บป่วยทางจิต. จาก สังคมสงเคราะห์จิตเวช. โดย นงลักษณ์ เทพสวัสดิ์, 2549, น. 55, กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์.

นอกจากนี้ปัจจัยที่ทำให้อาการป่วยดำเนินต่อไป เกิดจากการไม่ได้รับการบำบัดรักษาที่เหมาะสม ซึ่งโดยแท้ที่จริงแล้วโรคจิตเวชสามารถรักษาได้ เช่นเดียวกับการป่วยเป็นด้วยโรคอื่นๆ และในบางโรคที่ได้รับการบำบัดรักษาตั้งแต่ระยะต้น ก็สามารถที่จะหายขาดได้ แต่ผู้ป่วยโรคจิตเวชและญาติมักไม่ยอมรับว่ามีความเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวช หรือบางวัฒนธรรมความเชื่อกลับเชื่อว่าเป็นเรื่องของไสยศาสตร์ หันไปใช้วิธีทางอื่นๆ เพื่อรักษาโรคจิตเวช ทำให้การรักษาโรคอย่างเหมาะสมล่าช้า ในบางกรณีผู้ป่วยหรือญาติมีความเข้าใจที่ผิดเกี่ยวกับยารักษาโรคจิตเวช ว่าอาจ

สะสมก่อให้เกิดผลเสียต่อร่างกาย หรือติดยา จึงเลิกรับประทานยาโดยไม่ปรึกษาแพทย์ก่อน ซึ่งมีผลให้อาการป่วยและการพยากรณ์โรคแย่ลง หรือกลับมาป่วยซ้ำ

### 2.2.5 การรักษา

การรักษาของโรคจิตเวชคือการใช้ยา โดยปัจจุบันทางการแพทย์เชื่อว่าสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชมาจากความผิดปกติของสารเคมีในสมอง ซึ่งยารักษาโรคจิตจะไปแก้ไขหรือปรับระดับสารเคมีต่างๆ ในสมองให้เข้าที่ ทำให้อาการของโรคจิตดีขึ้น อย่างไรก็ตาม ปัญหาส่วนหนึ่งของผู้ป่วยเกี่ยวข้องกับการปรับตัวต่อโรค ต่อสังคมรอบข้าง ซึ่งปัญหาเหล่านี้ไม่อาจแก้ไขได้ด้วยยา การช่วยด้วยจิตบำบัดหรือการให้คำแนะนำของแพทย์หรือบุคลากรทางสุขภาพจิตจะช่วยในส่วนนี้อย่างมาก ซึ่งการรักษามีหลายวิธีแพทย์มักใช้ร่วมกัน (ศ.นพ.มานิช หล่อตระกูล, 2561) ดังนี้

#### 1. ยารักษาโรคจิต แบ่งได้เป็น 2 ระยะ ได้แก่

1.1 ระยะควบคุมอาการ (Acute Phase) เป็นการรักษาในช่วงอาการกำเริบ เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้ คือการควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว ยาจึงมีส่วนสำคัญมาก เนื่องจากจะทำให้อาการของผู้ป่วยสงบลงอย่างรวดเร็ว เช่น นอนหลับได้ดีขึ้นในเวลากลางคืน อารมณ์หงุดหงิดหรือพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง อาการลูกหลงระวนกระวายก็จะดีขึ้น โดยมากจะเห็นผลในการรักษาด้วยยาได้ภายในสัปดาห์แรก แต่ในรายที่มีอาการประสาทหลอนจะใช้เวลาหลายสัปดาห์ เช่นเดียวกับอาการหลงผิด ผู้ป่วยบางรายแม้อาการจะดีขึ้นมาก แต่ก็ยังคงมีอาการหลงผิดหรือประสาทหลอนอยู่บ้าง โดยอาจเว้นระยะห่างขึ้นหรือมีอาการครั้งละไม่นาน

ผู้ป่วยที่อยู่โรงพยาบาลหากแพทย์เห็นว่าอาการสงบลง พุดจาพอรับฟังควบคุมอารมณ์ตัวเองได้ ก็มักจะให้กลับบ้านโดยที่ไม่จำเป็นต้องอยู่จนให้อาการต่างๆ หายไปทั้งหมด เนื่องจากหากผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลนานเกินความจำเป็นก็มักจะมีผลเสียมากกว่าผลดี ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่อยู่โรงพยาบาลนานๆ แล้วกลับบ้านไม่ได้เพราะไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมที่บ้านได้ดั้งเดิม และทางบ้านก็มักปรับตัวไม่ได้เช่นกันเพราะเริ่มเคยชินกับการอยู่โดยไม่มีผู้ป่วย

ในช่วงที่รักษาด้วยยารักษาโรคจิต ผู้ป่วยบางคนอาจมีอาการข้างเคียงจากยา เช่น มือสั่น ทำอะไรช้าลง หรือปวดเกร็งกล้ามเนื้อ เมื่อแพทย์พบอาการดังกล่าว ก็อาจลดขนาดยารักษาโรคจิตลง หรือหากเห็นว่าลดขนาดยาไม่ได้เพราะอาการยังไม่ทุเลา ก็จะให้ยาช่วยแก้อาการข้างเคียงร่วมไปกับยารักษาโรคจิตเวชด้วย

1.2 ระยะให้ยาต่อเนื่อง (Stabilize Phase) หลังจากมีอาการสงบแล้ว ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องกินยารักษาอย่างต่อเนื่องต่อไป ทั้งนี้เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอาการกำเริบอีกครั้ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่จะมีอาการกำเริบหรือรักษาไม่หายขาดโดยง่าย การกินยาเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง ปริมาณของยาที่ใช้ในระยะนี้จะต่ำกว่าในระยะแรก ทั้งนี้ไม่ได้มีการกำหนดขนาดยา



แน่นอนว่าควรให้ยาเท่าไร แพทย์จะปรับขนาดยาในผู้ป่วยตามความเหมาะสมเป็นรายๆ ไป โดยคำนึงถึงอาการของโรคว่ามีระดับความรุนแรงมากน้อยเพียงใด ประกอบกับผลข้างเคียงของยาและความเสี่ยงที่อาจจะมีอาการกำเริบซ้ำร่วมด้วย

โดยทั่วไปเมื่อผู้ป่วยอาการทุเลาสักระยะ แพทย์จะค่อยๆ ปรับลดขนาดยาลง จนถึงขนาดต่ำสุดที่คุมอาการได้ ซึ่งขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละคน ในระหว่างที่ค่อยๆ ปรับลดขนาดยาลง หากผู้ป่วยกลับมามีอาการกำเริบก็จะปรับยาขึ้นไปเท่าขนาดเดิมก่อนหน้านั้น คงยาไว้ในขนาดนี้ประมาณ 4-5 เดือนแล้วก็ลองลดดูใหม่ หากลดลงอีกครั้งหนึ่งแล้วผู้ป่วยกลับมีอาการอีก ก็แสดงว่าผู้ป่วยใช้ยาขนาดต่ำสุดได้เท่านี้ ต่ำกว่านี้อีกไม่ได้ ผู้ป่วยที่ไม่ยอมรับประทานยาอาจใช้ยาประเภทฉีด 3-4 สัปดาห์ครั้ง

ส่วนใหญ่ระยะเวลาในการรักษาในผู้ที่ เป็นครั้งแรก หลังจากอาการโรคจิตดีขึ้นแล้วควรกินยาต่อไปอีกประมาณ 1 ปี หากผู้ป่วยมีอาการกำเริบครั้งที่สองควรกินยาต่อเนื่องไประยะยาว เช่น 5 ปี หากเป็นบ่อยกว่านี้ อาจต้องกินยาต่อเนื่องไปตลอดชีวิต

## 2. การรักษาด้วยไฟฟ้า

การรักษาด้วยไฟฟ้า เป็นการใช้กระแสไฟฟ้าผ่านบริเวณศีรษะของผู้ป่วยในปริมาณน้อยๆ เพื่อทำให้เกิดการชักเหมือนกับในโรคลมชัก กระแสไฟฟ้าที่ใช้มีขนาดต่ำมาก ไม่มีอันตรายต่อสมองอย่างแน่นอน ปัจจุบันวิธีการทำก้าวหน้าขึ้นมาก การชักที่เกิดขึ้นนั้นอาจเห็นเพียงปลายแขน ขยับเล็กน้อย เนื่องจากก่อนการทำแพทย์จะทำให้ผู้ป่วยหมดสติและกล้ามเนื้อคลายตัวทั้งหมด ซึ่งเป็นกระบวนการเหมือนกับที่ใช้ในการผ่าตัดทั่วๆ ไป แต่ระยะเวลาสั้นกว่ามาก โดยใช้เวลาทั้งหมดประมาณไม่ถึง 5 นาที การรักษาจะทำวันเว้นวัน เช่น วันจันทร์-พุธ-ศุกร์ ทำทั้งหมดประมาณ 10-12 ครั้ง อาจมาน้อยกว่านี้ก็ได้ตามแต่ที่แพทย์เห็นว่าผู้ป่วยอาการเป็นอย่างไร

แพทย์ใช้การรักษาวิธีนี้กับโรคทางจิตเวชหลายๆ โรค เช่น โรคซึมเศร้าที่มีอาการรุนแรง คิดฆ่าตัวตาย เป็นต้น ซึ่งจะได้ผลดีมาก ในผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นผลไม่ดีเท่าการรักษาด้วยยา โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีที่ให้ยาขนาดสูงแล้วผู้ป่วยก็ยังมีอาการไม่ดีขึ้น นอกจากนี้ยังอาจใช้ในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมาก หรืออยู่นิ่งเฉย ไม่กินข้าวกินน้ำ

## 3. การดูแลรักษาด้านจิตใจและสังคม

อาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างผู้ป่วยกับสังคมรอบข้าง แม้ในระยะอาการดีขึ้นบ้างแล้ว ปัญหาทางด้านสังคมก็ยังคงมีอยู่ ซึ่งยาช่วยไม่ได้ นอกจากนี้อาการบางอย่าง เช่น อาการเฉื่อยชา แยกตัว ซึมเศร้า หรือภาวะท้อแท้หมดกำลังใจ มักไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา การช่วยเหลือในด้านจิตใจและสังคม ที่แพทย์หรือผู้รักษาอาจใช้ร่วมกับยา ได้แก่

3.1 การช่วยเหลือด้านจิตใจ ผู้ป่วยอาจมีความคับข้องใจ รู้สึกเครียด ไม่ทราบว่าจะต้องปฏิบัติตัวอย่างไรกับปัญหาที่เกิดขึ้นทั้งปัญหาภายในตนเองและปัญหาที่มีกับคนรอบข้าง

ผู้รักษาจะให้คำแนะนำที่ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ เช่น ช่วยผู้ป่วยในการหาวิธีแก้ปัญหาในแบบอื่นๆ ที่เขาพอทำได้ ช่วยผู้ป่วยค้นหาว่าความเครียดหรือความกดดันอะไรที่เขาหมกหมุ่นไม่ได้ เป็นต้น

3.2 การให้คำแนะนำแก่ครอบครัว เป็นการให้ความรู้แก่ญาติและผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับเรื่องของโรคและปัญหาต่างๆ ของผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้น ผู้ปกครองมักเข้าใจว่าเป็นเพราะตนเองเลี้ยงดูไม่ดีจึงทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิตเกิดความรู้สึกผิด หรือกล่าวโทษตนเอง นอกจากนี้บางครั้งครอบครัวมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง และอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเป็นเวลานานในแต่ละวัน ซึ่งอาจเป็นการไปเพิ่มความกดดันแก่ผู้ป่วย ทั้งสองกรณีนี้การทำครอบครัวบำบัดหรือให้ความรู้ในเรื่องโรค รวมทั้งสิ่งที่ญาติควรปฏิบัติต่อผู้ป่วย จะช่วยได้เป็นอย่างดี

3.3 กลุ่มบำบัด เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้ป่วยขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล โดยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อน มีคนเข้าใจ ไม่โดดเดี่ยว มีการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาและให้คำแนะนำแก่กัน ฝึกทักษะทางสังคม เน้นการสนับสนุนให้กำลังใจแก่กัน

3.4 นิเวศน์บำบัด เป็นการจัดสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลเพื่อช่วยส่งเสริมกระบวนการรักษา ประกอบด้วย การจัดกิจกรรมต่าง ๆ ภายในหอผู้ป่วย การจัดสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยให้น่าอยู่ ผู้ป่วยต้องช่วยในกิจกรรมต่าง ๆ เท่าที่พอทำได้ เพื่อส่งเสริมความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วย ลดความรู้สึกว่าการอยู่โรงพยาบาลเหมือนอยู่ให้ผ่านพ้นไปวันๆ เท่านั้น

## 2.2.6 การกำเริบและกลับมารักษาซ้ำ

อาการเริ่มแรกที่จะแสดงว่าจะกลับมาป่วยอีกในผู้ป่วยแต่ละคนจะไม่เหมือนกัน ส่วนใหญ่จะเริ่มด้วยอาการนอนไม่ค่อยหลับ หงุดหงิดฉุนเฉียวง่าย โกรธแม้แต่กับเรื่องเล็กๆ น้อยๆ ผู้ป่วยโดยมากมักไม่สังเกตเห็นความผิดปกติของตน การสนใจเอาใจใส่ของญาติหรือเพื่อนๆ จึงเป็นสิ่งสำคัญในกรณีนี้ ผู้ป่วยบางคนอาจเก็บตัวมากขึ้น ไม่ค่อยไปไหนมาไหนเหมือนเดิม หรือหันมาสนใจเรื่องไสยศาสตร์ บางคนมีความรู้สึกเหมือนกับมีอะไรแปลกๆ เกิดขึ้นกับตนเอง แต่ก็บอกได้ไม่ชัดว่าเป็นอะไร บางคนมักกลับมาบ่นให้ที่บ้านฟังว่าถูกเจ้านายหรือเพื่อนร่วมงานกลั่นแกล้ง ชื่อน่าสังเกตอย่างหนึ่งคือ อาการเริ่มแรกที่จะกลับมาเป็นในแต่ละคนมักจะเป็นแบบเดิมๆ ทุกครั้ง

## 2.2.7 โรคจิตเวชร่วมสารเสพติด

ผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคทางจิตเวช มักพบว่ามีการใช้สารเสพติดร่วมด้วย ทำให้เกิดภาวะโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด ซึ่งทำให้การรักษา ตลอดจนการพยากรณ์โรคเป็นไปในทางที่แย่งการใช้สารเสพติด นอกจากส่งผลเกิดปัญหาสุขภาพกาย ใจและอารมณ์ของผู้เสพแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว เป็นภัยต่อความสงบสุขของสังคม และเป็นปัญหาระดับชาติ การติดสารเสพติด โดยเฉพาะสารเมทแอมเฟตามีน ทำให้เกิดภาวะสมองตื้อได้ นั่นคือสมองส่วนคิดจะถูกควบคุมโดยสมองส่วนอยาก สูญเสียการทำงาน ไม่สามารถยับยั้งความต้องการหรือควบคุมอารมณ์ความรู้สึกของตนเองได้

การใช้เมทแอมเฟตามีน มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิต หรือเรียกว่า เกิด “ภาวะโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด” ซึ่งเมื่อสารดังกล่าวผ่านเข้าสู่สมอง มีผลทำให้สารสื่อประสาท หรือ “สารโดปามีน” ในสมองผิดปกติ เกิดอาการทางจิตแบบมีภาวะหวาดระแวง ได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน ซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมที่ใช้ความรุนแรง มีการทำร้ายตนเอง ทำร้ายบุคคลใกล้ชิด (โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์, 2561)

### 2.2.7.1 ความหมายโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด

โรคร่วมจิตเวช (Psychiatric Comorbidity) หมายถึง การได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีความเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชตั้งแต่สองโรคขึ้นไป จำแนกได้เป็น 2 ชนิด (พันธุภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ และคณะ, 2551) ได้แก่

1. โรคร่วมประเภทโฮโมไทป์ (Homotypic Comorbidity) เป็นโรคร่วมจิตเวชที่เป็นภาวะโรคร่วมในกลุ่มวินิจฉัยโรคเดียวกัน เช่น การติดสารเสพติดสองชนิดทั้งเสพติดกัญชาและดื่มสุราร่วมด้วย หรือ กลุ่มโรควิตกกังวลที่มีทั้ง โรคแพนิก (Panic Disorder) และ โรคอโกราโฟเบีย (Agoraphobia) เป็นต้น

2. โรคร่วมประเภทเฮเทอโรไทป์ (Heterotypic Comorbidity) เป็นโรคร่วมจิตเวชที่เป็นภาวะโรคร่วมจากโรคที่ต่างกลุ่มวินิจฉัยโรคกัน เช่น การติดสารเสพติดร่วมกับการป่วยด้วยโรคจิตเภท การติดสารเสพติดร่วมกับการป่วยด้วยโรควิตกกังวล เป็นต้น

การเกิดโรคจิตเวชร่วมนั้นมีความสำคัญมาก เพราะจะส่งผลให้เกิดปัญหาการดำเนินของโรคที่รุนแรงเรื้อรังขึ้น เพิ่มอัตราการกลับป่วยซ้ำ เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ต้องการบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน บริการสุขภาพโดยรวมมากขึ้นและต้นทุนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้น ส่วนในทางสังคมพบปัญหาในครอบครัว การหย่าร้างสูงขึ้น ปัญหาการเรียน การว่างงาน และปัญหาการเงิน

National Institute of Drug Abuse (NIDA) ให้นิยาม โรคร่วมจิตเวชสารเสพติด (Co-Occurring Disorders) หมายถึง ความผิดปกติหรือโรคที่ปรากฏขึ้นพร้อมๆ กัน (Co-existing: Dual Diagnosis) ซึ่งบางครั้งอาจจะเรียกว่าโรคร่วม (Comorbidity) ซึ่งในที่นี้โรคร่วมจิตเวชสารเสพติด หมายถึง ปรากฏการณ์ที่มีความผิดปกติของการใช้สารเสพติด (Substance Misuse or Substance Use Disorders) ร่วมกับภาวะผิดปกติทางจิตใจ (Mental Disorders) ในช่วงเวลาเดียวกันโดยการเกิดโรคหรือความผิดปกติร่วมนั้นแสดงอาการของโรคหรือความผิดปกติแต่ละอย่าง

### 2.2.7.2 ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคจิตเวชสารเสพติด

สามารถแบ่งปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคจิตเวชร่วมสารเสพติดได้ดังนี้ (บุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ, 2556)

#### 1. รูปแบบปัจจัยทั่วไป (Common Factor Model) ได้แก่

1.1 ปัจจัยด้านชีวภาพ (Biological Factor) ทั้งทางด้านพันธุกรรม ตลอดจนบุคลิกภาพเดิมก่อนเจ็บป่วย

1.2 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environment Factor) การใช้สารเสพติด เพื่อกระตุ้นการเข้าสังคม เพื่อให้เกิดการยอมรับได้มากกว่าหรือการเป็นผู้ที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีการใช้สุรา สารเสพติดมาก หรืออยู่ในสังคมที่มีความตึงเครียดทางเศรษฐกิจ

2. รูปแบบปัจจัยรองของการใช้สารเสพติด (Secondary Substance Use Disorder Models) คือ ปัจจัยด้านจิตวิทยา (Psychological Factor) การมีความผิดปกติในสภาพจิตแต่เดิม ทำให้เสพสารเสพติดเพื่อบรรเทาสภาพจิตด้วยตนเอง (Self-medication)

3. รูปแบบปัจจัยรองของความผิดปกติทางจิต (Secondary Psychiatric Disorder Model) เกิดจากฤทธิ์ของสารเสพติดทำให้เกิดความผิดปกติทางจิต กระตุ้นอาการทางจิต ทำให้เสพติดและต้องการเสพอยู่เรื่อยๆ ซึ่งอาจเป็นตัวกระตุ้นสาเหตุที่ก่อให้เกิดอาการทางจิตเวชกำเริบได้บ่อยครั้ง

4. รูปแบบปัจจัยสองทาง (Bidirectional Models) เกิดจากกลไกทางจิตใจต่อสู้กับการเจ็บป่วย เช่น ความเครียดทำให้เกิดการให้รางวัลตนเองใหม่ (Brain Reward Systems) จนกลายเป็นการเสพติด และทำให้เกิดอาการทางจิตซ้ำ

### 2.2.7.3 ผลกระทบจากโรคจิตเวชร่วมสารเสพติด

สารเสพติดทำให้อาการเจ็บป่วยทางจิตเพิ่มมากขึ้น แม้แต่ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต เช่น ผู้ที่มีปัญหาความเครียดจากการทำงาน ไม่จำเป็นจะต้องป่วยด้วยโรคจิตเวชเท่านั้นที่ได้รับผลกระทบด้วย โดยสามารถแบ่งผลกระทบที่เกิดจากโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดได้ (พันธุ์ธัญญากิตติรัตน์ไพบุลย์, 2560) ดังนี้

1. อาการทางจิตรุนแรงขึ้น การเสพสารเสพติดจะทำให้อาการของผู้ป่วยจิตเวชรุนแรงขึ้น เนื่องจากสารเสพติดไปกระตุ้นพฤติกรรม เช่น ความก้าวร้าว ความหุนหันพลันแล่น ความวิตกกังวลของผู้ป่วย รวมไปถึงทำให้สุขภาพทางกายแย่ลง จนนำไปสู่ปัญหาสังคม ปัญหาทางกฎหมาย ตลอดจนปัญหาด้านเศรษฐกิจ ร้ายแรงกว่านั้นอาจนำไปสู่การทำร้ายตนเองของผู้ป่วย หรือมีพฤติกรรมต่อต้านสังคม ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม จนมีพฤติกรรมไม่พึงปรารถนา เช่น พฤติกรรมก่อวินาศกรรม การติดโรคทางเพศสัมพันธ์ หรือการฆ่าตัวตายได้

2. โอกาสที่ต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลมากขึ้น โดยพบว่าผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคจิตเวชร่วมกับการใช้สารเสพติด มีโอกาสในการที่อาการจะรุนแรงจนไม่สามารถควบคุมได้และต้องเข้ารับบริการทางสุขภาพมากขึ้นเป็นสองเท่า

3. ต้นทุนในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโรคทางจิตเวชที่ใช้สารเสพติดทำให้อาการกำเริบบ่อยขึ้น และมีการรักษาที่ต้องใช้ทรัพยากรที่มากขึ้นในการรักษาสองกลุ่มโรคทางจิตเวช

#### 2.2.7.4 การรักษา

ผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดสามารถรักษาให้หายขาดหรืออาการทุเลาจนสามารถกลับไปใช้ชีวิต ประกอบกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติ เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคจิตเวชอื่นๆ ในทำนองเดียวกันก็มีโอกาสที่จะอาการกำเริบและต้องกลับมารักษาซ้ำ ได้เช่นกัน

โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ มีโปรแกรมการรักษาผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด โดยการนำผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษา ฟันฟูสมรรถภาพ ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและกระบวนการคิดเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยให้กลับสู่สภาพปกติผ่านกระบวนการบำบัดด้วยวิธีต่างๆ และขึ้นติดตามและดูแลต่อเนื่อง โดยให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ ช่วยแก้ไขปัญหาไม่ให้เกิดเป็นซ้ำอีก โดยดำเนินการผ่านระบบการรักษาทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก

โดยทั่วไปแล้วหากผู้ป่วยมีอาการค่อนข้างมากแพทย์ก็มักปรับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งนอกจากเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยรบกวนผู้อื่นหรือเป็นการป้องกันอันตรายแล้ว ในการรักษาก็อาจจำเป็นต้องใช้ยาในขนาดสูง ซึ่งการรักษาในโรงพยาบาลจะสะดวกกว่าเนื่องจากมีแพทย์พยาบาลดูแลใกล้ชิด การปรับยาทำได้สะดวก หากมีอาการข้างเคียงจากยาก็แก้ไขได้โดยเร็ว

หากผู้ป่วยอาการไม่รุนแรงมาก ญาติสามารถดูแลได้ แม้ผู้ป่วยจะมีอาการหูแว่วหรือประสาทหลอนแต่ไม่รุนแรง ไม่ก้าวร้าว ตักเตือนพอเชื่อฟัง แพทย์ก็มักจะให้รักษาตัวอยู่กับบ้านมากกว่า เพราะการใช้ยาไม่จำเป็นต้องใช้ขนาดสูง โอกาสเกิดอาการข้างเคียงก็น้อย ผู้ป่วยและญาติจำนวนไม่น้อยที่หากไม่จำเป็นจริงๆ ก็ไม่ยอมอยู่โรงพยาบาลเนื่องจากเกรงว่าจะมีผู้อื่นทราบว่า เป็นโรคจิต หรือเกรงว่าจะมีผลต่องานที่ทำ นอกจากนี้การอยู่โรงพยาบาลนานๆ ยังทำให้ความสัมพันธ์ห่างเหินจากญาติไป เมื่อกลับบ้านก็ต้องมาเริ่มปรับตัวกันใหม่

สิ่งสำคัญในการบำบัดรักษาในผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด คือ การป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ ซึ่งจะทำให้อาการของโรคแย่ลง กระบวนการรักษา และการพยากรณ์โรคของทีมสหวิชาชีพในการรักษาไม่ได้ผลดีตามไปด้วย ซึ่งการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำนั้น ต้องอาศัยการดูแลต่อเนื่องของญาติ ผู้ดูแล ตลอดจนกระบวนการฟันฟูสมรรถภาพในชุมชนของผู้ป่วย ที่ต้องอาศัยความร่วมมือทั้งตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัวและชุมชน จึงจะ

สามารถดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดไม่ให้อาการกำเริบซ้ำได้ (โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราช นครินทร์, 2561)

## 2.3 แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชโดยชุมชน

เป้าหมายของการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเวช ไม่เพียงแต่การรักษาอาการทางจิตให้ทุเลา แต่การจะทำให้อาการผู้ป่วยคงที่ ลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดอาการกำเริบจนต้องกลับมารักษาตัวใน โรงพยาบาลซ้ำ เพื่อผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตในสังคมกับครอบครัวและคนในชุมชนได้อย่างปกติสุข ยังต้อง อาศัยการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนร่วมด้วย

### 2.3.1 ความหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชโดยชุมชน

การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) ตามความหมายของสมาคมฟื้นฟู สมรรถภาพแห่งชาติสหรัฐอเมริกา (Nation Council of Rehabilitation) หมายถึง การปรับฟื้นคืน สภาพของบุคคลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม การทำงาน อาชีพและเศรษฐกิจ ให้กลับคืนสู่สภาวะ ที่ดีที่สุดที่บุคคลนั้นสามารถกระทำได้ ซึ่งเป็นกระบวนการคืนความสามารถของบุคคลที่ทุพพลภาพ ทั้งทางร่างกายและทางจิตใจ ให้สามารถประกอบกิจวัตรประจำวัน การทำงาน ตลอดจนการกลับสู่ สังคมได้ (วงศ์พรรณ มาลารัตน์, 2547, น. 1)

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช (Psychiatric Rehabilitation) ตามนิยามของ องค์การอนามัยโลก (WHO) หมายถึง กระบวนการที่ริเริ่มโดยบุคลากรสาธารณสุขหรือด้านสุขภาพจิต โดยดำเนินการกับผู้ป่วยครอบครัวและชุมชน และจะต้องได้รับการสนับสนุนจากวางแผนนโยบาย การฟื้นฟูสมรรถภาพจะมุ่งเน้นไปที่การพัฒนาและทำให้บุคคลได้ใช้ความสามารถอย่างเต็มที่ พยายาม ลดความบกพร่อง ความไร้สมรรถภาพ ความเสียเปรียบให้เหลือน้อยที่สุด ในการฟื้นฟูสมรรถภาพนั้น จะครอบคลุมทั้งทางด้านสังคม อาชีพ โดยใช้ปรัชญาว่าจะต้องใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดคุณค่าอย่าง เต็มที่ และมีการกระจายทรัพยากรไปสู่ชุมชน โดยมีเป้าหมายสุดท้ายคือให้ผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของ สังคม การฟื้นฟูสมรรถภาพนั้นไม่ได้ทำในวันเดียวแต่จะต้องทำเป็นกระบวนการต่อเนื่องและใช้เวลา ซึ่งเป็นกระบวนการริเริ่มโดยบุคลากรสุขภาพจิตสิ่งที่สำคัญอย่างหนึ่งของการฟื้นฟูสมรรถภาพ ก็คือ ผู้ป่วยและครอบครัวที่เข้าร่วมกระบวนการจะต้องมีความเต็มใจ ไม่ใช่บังคับและสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่งอีก ประการหนึ่ง คือจะต้องมีนโยบายของรัฐบาลเป็นสิ่งสนับสนุนด้วย จะต้องมีการวางแผนการฟื้นฟู สมรรถภาพแต่ละคนแตกต่างกัน ไม่ใช่จะจัดโปรแกรมเหมือนกันหมดทุกคน จะต้องมีจุดมุ่งหมายใน การที่จะเพิ่มหรือพัฒนาศักยภาพของเขาให้มากขึ้น และลดความพิการหรือความบกพร่องให้น้อยลง และต้องได้รับการช่วยเหลือด้านทรัพยากรต่างๆ จากชุมชน



นอกจากนี้ คณะกรรมการด้านจิตเวชของอเมริกา (American Board of Psychiatry) ได้ให้คำจำกัดความว่า เป็นการลดอัตราความบกพร่องในการทำหน้าที่ของบุคคล อันสืบเนื่องมาจากความแปรปรวนทางด้านจิตใจ ส่วน The International Association of Psychosocial Rehabilitation ให้ความหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช คือ บริการที่ให้ความช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะไร้ความสามารถจากการเจ็บป่วยทางจิตช่วยให้เขาประเมินภาวะเข้มแข็งและจุดอ่อนของตนเองรวมทั้งการตั้งเป้าหมายการกระทำหน้าที่ที่เป็นประโยชน์ในสังคม บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตนั้นต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของความจำเป็นในการปฏิบัติตนเพื่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วย (วงศ์พรรณ มาลาร์ตัน, 2547, น. 1)

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน หมายถึง กระบวนการที่ใช้ทีมสุขภาพจิตและจิตเวช กับครอบครัว ชุมชน และองค์กรที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาผู้ที่มีความบกพร่องพิการทางจิต เพื่อให้เขาเหล่านั้นสามารถใช้ศักยภาพที่ตนเองมีอยู่ให้มากที่สุด หรือลดความบกพร่องพิการ ให้เหลือน้อยที่สุด โดยมีจุดมุ่งหมายพัฒนาคุณภาพชีวิตให้เขาเหล่านั้นกลับคืนสู่สภาวะปกติหรือใกล้เคียงปกติ รวมทั้งมีความรับผิดชอบและปฏิบัติหน้าที่ตลอดจนสามารถดำเนินชีวิตเหมือนคนทั่วไปในสังคม (วงศ์พรรณ มาลาร์ตัน, 2547, น. 2)

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชโดยชุมชน เป็นการส่งเสริมและพัฒนาผู้ป่วยจิตเวชภายหลังจากออกโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม และต่อเนื่องโดยครอบครัวชุมชนและเครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวชต้องเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย คำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยครอบครัวและชุมชนตามลำดับความสำคัญ รวมถึงต้องคำนึงถึงสภาพแวดล้อมและสถานการณ์ที่แวดล้อมผู้ป่วยอยู่ส่งเสริมและเสริมสร้างสัมพันธภาพกับทุกภาคส่วนสามารถบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ป่วยและเครือข่ายทางสังคมอย่างเหมาะสมเกิดประโยชน์และคุ้มค่านำไปสู่พึ่งพาตนเองมากที่สุด (ปีตาพร อยู่เย็น, 2554, น. 35)

### 2.3.2 หลักการของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยทางจิตเวช คือ กระบวนการในการดูแลพัฒนาและส่งเสริมศักยภาพที่สูญหายไป เมื่อประสบปัญหาวิกฤติต่างๆ และส่งผลกระทบต่อจิตใจจนไม่สามารถปฏิบัติตนได้อย่างปกติ และผู้ป่วยจิตเวช ให้ได้มีโอกาสฟื้นฟูสมรรถภาพเดิมๆ ที่มีอยู่ให้คงสภาพเดิมได้หรือดีขึ้นกว่าเดิม ตามศักยภาพ ซึ่ง สดใส คุ่มทรัพย์อนันต์ (2552, น. 4) ได้กล่าวถึงหลักการสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชไว้ดังนี้

1. การคำนึงถึง (Human Being) ที่มีศักยภาพและธรรมชาติของมนุษย์สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองได้ เช่นเดียวกับกับผู้ป่วยจิตเวชภายหลังจากได้รับการบำบัดรักษาจนอาการทางจิตทุเลา ถ้าได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพภายในโรงพยาบาลโดยการกระตุ้นทักษะด้านต่างๆ เช่น ทักษะการดูแลตนเองทักษะทางสังคม ตามศักยภาพรายบุคคลของผู้ป่วยอย่าง

สม่ำเสมอและต่อเนื่อง ก็จะสามารถพัฒนาและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเองได้ แต่การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนั้นจะไม่สามารถดำรงอยู่ได้ก็ต่อเมื่อผู้ป่วยต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านด้วยอย่างสม่ำเสมอ ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2. การฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นขบวนการที่เกี่ยวข้องระหว่างบุคคลกับสถานการณ์แวดล้อม ภายหลังจากออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยจิตเวชมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแล ช่วยเหลือ และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชอย่างต่อเนื่อง โดยครอบครัวและชุมชนเป็นผู้ที่มีบทบาทหลักในการดูแลผู้ป่วย โดยจัดกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือ ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช และฟื้นฟูศักยภาพภายในตัวผู้ป่วยจิตเวชที่สูญหายไป ให้กลับสู่สภาพเดิม

3. มนุษย์จะสามารถปฏิบัติภารกิจได้มากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับการแก้ไขปรับปรุงความสามารถที่เขามีอยู่กับสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับตัวเองมากที่สุด การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในด้านต่างๆ นั้นควรคำนึงถึงศักยภาพรายบุคคลของผู้ป่วยเพื่อที่ครอบครัวและชุมชนสามารถนำทรัพยากรต่างๆ ที่มีอยู่มาช่วยส่งเสริมสนับสนุนและพัฒนาผู้ป่วยจิตเวชตามความเหมาะสม

จากหลักการของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวสดังที่กล่าวข้างต้นนั้นผู้ศึกษามีความคิดเห็นว่าผู้ป่วยจิตเวชมีสิทธิและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ สามารถปรับตนเองได้โดยอาศัยการช่วยเหลือ ดูแล และการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยครอบครัว ชุมชน และภาคส่วนต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาผู้ป่วยจิตเวช

### 2.3.3 ประเภทของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเวชมีด้วยกัน 5 ด้าน (พิดาพร อยู่เย็น, 2554, น. 33) ดังนี้

1. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ โดยเป็นการรักษาอาการความเจ็บป่วยทางจิตเวช ตามเวชปฏิบัติทางการแพทย์ เพราะให้อาการผู้ป่วยทุเลา สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างปกติ

2. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม โดยการทำกิจกรรมและฝึกทักษะที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าร่วมสังคมได้

3. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา โดยการฟื้นคืน ความคิดความจำ ความรู้เดิมของผู้ป่วย และเพิ่มพูนความรู้ให้แก่ผู้ป่วย

4. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ โดยเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นอย่างยิ่ง เพราะเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถหารายได้เลี้ยงดูตนเอง และไม่เป็นภาระแก่ครอบครัว

5. การฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน โดยกระบวนการฟื้นฟูหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ขณะที่ผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน เริ่มตั้งแต่การเตรียมความพร้อมครอบครัวและชุมชนก่อน



จำหน่าย การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ดูแลและคนในชุมชน ตลอดจนการติดตามประเมินผล ผู้ป่วยระหว่างอยู่ในชุมชน

### 2.3.4 แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช

แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช มีด้วยกัน 5 องค์ประกอบ (ทศพล กองเงิน, 2561) ดังนี้

1. การส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมด้วยตนเอง ทั้งการอาบน้ำ แต่งตัว รับประทานอาหาร สิ่งสำคัญคือการรับประทานยา ผู้ป่วยจำนวนมากต้องกลับมารักษาซ้ำที่โรงพยาบาล เนื่องจากคิดว่าตนเองหายแล้ว บางรายไม่ยอมรับประทานยา เนื่องจากผลข้างเคียงของยาเช่น กินยาแล้วรู้สึกง่วงนอน ดังนั้นผู้ดูแลควรดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์อย่างต่อเนื่อง หากมีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ควรขอรับคำแนะนำจากแพทย์ ไม่ควรหยุดยาหรือปรับยาเอง นอกจากนี้ผู้ดูแลควรพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด และเพื่อความสะดวกในการรับบริการควรนำเอกสารที่จำเป็น เช่น บัตรประจำตัว ผู้รับบริการ บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไปส่งต่อรักษามาด้วยทุกครั้ง

2. การส่งเสริมความสามารถในการใช้ชีวิตในบ้าน ผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัว ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยจิตเวชรับผิดชอบและช่วยเหลืองานบ้าน เช่น ทำความสะอาดบ้าน ซักรีดเสื้อผ้า รดน้ำต้นไม้ เป็นต้น เพื่อเสริมสร้างอุปนิสัยและทักษะการทำงาน ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชมีความรับผิดชอบ รู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง เกิดความภาคภูมิใจในตนเองและรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว

3. การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมยามว่างทำ กิจกรรมยามว่างที่เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเวชนั้น ควรเป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้แสดงออกซึ่งอารมณ์ ความรู้สึก และแรงขับต่างๆ ในวิถีทางที่เหมาะสม เช่น กิจกรรมการวาดภาพ กิจกรรมการออกกำลังกาย เป็นต้น หรืออาจเป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยทำแล้วรู้สึกสนุกสนาน ผ่อนคลายความเครียด ความวทกกังวล เช่น การร้องเพลง การพูดคุยหรือทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว จากการศึกษารูปแบบการใช้เวลาของผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่ พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชมักใช้เวลาไปกับการนอนและการดูโทรทัศน์เพียงลำพัง ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยจิตเวชอีกทั้งยังเป็นปัจจัยสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตมากยิ่งขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยแยกตัวอยู่เพียงลำพังและขาดโอกาสในการทำกิจกรรมอื่นๆ ที่จะพัฒนาความสามารถและทักษะทางสังคม

4. การส่งเสริมความสามารถในการประกอบอาชีพ การทำงานอาชีพที่ผู้ป่วยสนใจและเหมาะสมกับระดับความสามารถของผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยมีรายได้สามารถเลี้ยงชีพด้วยตนเองได้ ลดภาระของครอบครัว อีกทั้งยังทำให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าของตนเอง มีความภาคภูมิใจในตนเอง นอกจากนี้การทำงานจะช่วยคงความสามารถทักษะและอุปนิสัยการทำงานของผู้ป่วยไว้ ไม่ให้เสื่อมลงจากโรคทางจิตเวช มีผู้ป่วยจำนวนมากไม่สามารถทำงานได้เมื่อเจ็บป่วยทางจิต บางรายรู้สึก

อ่อนเพลียไม่มีแรงทำงาน เมื่อรับประทานยาทางจิตเวช ดังนั้นผู้ดูแลจึงควรพาผู้ป่วยมารับคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาและเลือกหรือออกแบบวิธีการทำงานให้เหมาะสมกับผู้ป่วยจากแพทย์และทีมสหวิชาชีพ

5. การส่งเสริมทักษะทางสังคมและการใช้ชีวิตในชุมชน ผู้ดูแลควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยจิตเวชได้ร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่น ทำบุญที่วัดไปซื้อของที่ตลาดการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนในโอกาสพิเศษต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชได้มีโอกาสเรียนรู้มารยาททางสังคม รู้และเข้าใจกฎระเบียบของสังคม และสามารถปรับตัวเข้ากับบุคคลอื่นในสังคมได้ อันนำมาซึ่งการยอมรับของคนในชุมชน โดยในช่วงแรกผู้ป่วยจำเป็นต้องอาศัยการช่วยเหลือการให้คำแนะนำจากผู้ดูแลหรือคนในสังคมอย่างใกล้ชิด ในการเรียนรู้ทักษะต่างๆ ดังนั้นความรักความเอื้ออาทรและความเข้าใจของสมาชิกในครอบครัว ชุมชนและสังคมได้อย่างมีความสุข

กล่าวโดยสรุป การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชโดยชุมชน เป็นการฟื้นคืนสมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเวช ภายหลังจากการบำบัดรักษา โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตร่วมกับคนในชุมชนได้อย่างปกติสุข โดยกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นกระบวนการต่อเนื่องจากการบำบัดรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของญาติ ผู้ดูแล และคนในชุมชน ให้การให้การส่งเสริม สนับสนุน ให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเอง ทำงานหาเลี้ยงตนเอง ตลอดจนการกลับเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมได้

## 2.4 แนวคิดการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมในการร่วมทำกิจกรรมต่างๆ มักส่งผลให้ภารกิจกรรมนั้นสามารถดำเนินการได้อย่างราบรื่น โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนนั้น เป็นปัจจัยที่สำคัญในการช่วยเหลือ ฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตที่ดีขึ้นได้

### 2.4.1 ความหมายของการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วม (Participation) ตามความหมายขององค์การอนามัยโลก (WHO) และ องค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (United Nations Children's Fund-UNICEF) (1978) หมายถึง การมีส่วนร่วมของประชาชนในฐานะที่เป็นกระบวนการในการพัฒนาว่า คือการเข้าร่วมอย่างกระตือรือร้นและมีพลังของประชาชนในกระบวนการตัดสินใจ เพื่อกำหนดเป้าหมายทางสังคม บริหารจัดการทรัพยากรเพื่อให้สำเร็จตามเป้าประสงค์ รวมถึงการปฏิบัติตามแผนการหรือโครงการต่างๆ ด้วยความสมัครใจ นอกจากนี้ยังมีผู้ที่ให้ความหมายการมีส่วนร่วม ดังนี้

James L. Clayton (2008) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ว่า เป็นกระบวนการที่รวบรวมเอาความห่วงกังวล ความต้องการและค่านิยมต่างๆ ของสาธารณชนไว้ในกระบวนการตัดสินใจของรัฐและเอกชน เป็นการสื่อสารสองทาง และเป็นการมีปฏิสัมพันธ์ที่มีเป้าหมายเพื่อการตัดสินใจที่ดีกว่าและที่ได้รับการสนับสนุนจากสาธารณชน

William Erwin (1976) ได้กล่าวว่า การพัฒนาแบบมีส่วนร่วม คือ กระบวนการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานพัฒนา ทั้งการร่วมคิด การร่วมตัดสินใจ และการร่วมแก้ปัญหาของตนเอง เน้นการมีส่วนร่วม การเข้ามาเกี่ยวข้องอย่างแท้จริงของประชาชนในการแก้ปัญหาร่วมกับการใช้วิทยาการที่เหมาะสมและสนับสนุนติดตามผลการปฏิบัติงานขององค์กรและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

บรรศักดิ์ อูวรรณโณ และ ถวิลวดี บุรีกุล (2548, น. 15) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมในชุมชน หมายถึง การที่ประชาชนจะมีทั้งสิทธิ และหน้าที่ที่จะเข้าร่วมในการแก้ปัญหาของเขา มีความรับผิดชอบมากขึ้นที่จะสำรวจตรวจสอบความจำเป็นในเรื่องต่างๆ การระดมทรัพยากรท้องถิ่นและเสนอแนวทางแก้ไขใหม่ๆ เช่นเดียวกับการก่อตั้งและดำรงรักษาองค์กรต่างๆ ในท้องถิ่น

วันชัย วัฒนศัพท์ (2552) กล่าวว่า การทำงานแบบมีส่วนร่วมนั้นไม่ว่าจะเป็นระดับครอบครัว ระดับโรงเรียน ระดับชุมชน ระดับองค์กร หรือระดับประเทศนั้นว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งในกระบวนการที่ศึปัจจุบัน เพราะจะช่วยให้ผู้มีส่วนร่วมเกิดความรู้สึกความเป็นเจ้าของ (Ownership) และจะทำให้ผู้มีส่วนร่วมหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียนั้น ยินยอมปฏิบัติตาม (Compliance) และรวมถึงตกลงยอมรับ (Commitment) ได้อย่างสมัครใจ เต็มใจ และสบายใจ

จากความหมายที่กล่าวมาจึงสามารถสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วม คือ การที่บุคคลมีความสนใจ ใส่ใจ ห่วงใย ในเรื่องเดียวกันหรือประเด็นปัญหาเดียวกัน มีความรู้สึกรับผิดชอบต่อปัญหานั้น และมีส่วนในการตัดสินใจ ตลอดจนการหาแนวทางในการจัดการปัญหาร่วมกันของคนในชุมชน ไม่ว่าจะแสดงออกว่าสนใจต่อปัญหานั้นมากน้อยเพียงใดก็ตาม และไม่จำเป็นที่บุคคลนั้นจะต้องเข้าไปเกี่ยวข้องกับปัญหานั้นโดยตรงก็ได้ แต่การมีทัศนคติ ความคิดเห็น ความสนใจ ห่วงใย ก็เพียงพอแล้วที่จะเรียกว่าเป็นการมีส่วนร่วมได้

สำหรับการวิจัยนี้ ให้ความหมาย การมีส่วนร่วม ว่า การที่บุคคลมีความสนใจ ใส่ใจ ห่วงใย ในเรื่องผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด มีความรู้สึกรับผิดชอบต่อปัญหาและมีส่วนในการตัดสินใจ ตลอดจนการหาแนวทางในการจัดการปัญหาร่วมกันของคนในชุมชน ไม่ว่าจะแสดงออกว่าสนใจต่อปัญหานั้นมากน้อยเพียงใดก็ตาม และไม่จำเป็นที่บุคคลนั้นจะต้องเข้าไปเกี่ยวข้องกับปัญหานั้นโดยตรงก็ได้ แต่การมีทัศนคติ ความคิดเห็น ความสนใจ ห่วงใย ก็เพียงพอแล้วที่จะเรียกว่าเป็นการมีส่วนร่วมได้

### 2.4.2 ประโยชน์ของการมีส่วนร่วมของชุมชน

ประโยชน์ของการมีส่วนร่วมของชุมชน ตามที่ สนาม บินชัย (2542, น. 50) ได้ศึกษาไว้ มีด้วยกัน 8 ข้อ ดังนี้

1. คนในชุมชนตระหนักถึงปัญหา และรับรู้ว่าจะต้องเข้ามามีบทบาทในการพัฒนาหรือการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น
2. คนในชุมชนมีโอกาสใช้ความสามารถของตนเองที่มีอยู่ ในรูปของความคิด การตัดสินใจ และการกระทำได้อย่างเต็มที่
3. เป็นการระดมทรัพยากรมนุษย์มาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด
4. คนในชุมชนจะมีความรู้สึกในความเป็นเจ้าของ ทำให้การพัฒนาที่มีความมั่นคงถาวรและประหยัด
5. เป็นกระบวนการพัฒนาความสามารถและพลังประชาชน ในการทำให้เขาสามารถพึ่งพาตนเองได้
6. เป็นแนวทางในการส่งเสริมระบอบประชาธิปไตย คนในชุมชนทุกคนมีสิทธิเท่าเทียมกัน
7. คนในชุมชนรับผิดชอบและมีอำนาจสูงสุดในการพัฒนาชุมชนของตนเอง
8. เป็นการแสดงออกถึงการไว้ใจ เชื่อใจ ตลอดจนความรักและศรัทธา ในตัวคนในชุมชนว่าเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ ที่จะร่วมพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาด้วยตัวเอง

### 2.4.3 กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน

แนวคิดกระบวนการการมีส่วนร่วม มีผู้ได้ให้ทรรศนะไว้อย่างหลากหลาย แต่ผลงานซึ่งได้รับการอ้างอิงคล้ายกันในงานศึกษาต่างๆ คือ แนวคิดของ Cohen & Uphoff (1977) ซึ่งพวกเขาได้จำแนกกระบวนการการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 รูปแบบ ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) ในกระบวนการของการตัดสินใจนั้น ประการแรกสุดที่ต้องกระทำ คือ การกำหนดความต้องการและการจัดลำดับความสำคัญ ต่อจากนั้นก็เลือกนโยบายและประชาชนที่เกี่ยวข้อง การตัดสินใจนี้เป็นกระบวนการต่อเนื่องที่ต้องดำเนินการไปเรื่อยๆ ตั้งแต่การตัดสินใจในช่วงเริ่มต้น การตัดสินใจในช่วงดำเนินการวางแผน และการตัดสินใจในช่วงการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้
2. การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (Implementation) ในส่วนที่เป็นองค์ประกอบของการดำเนินงานโครงการนั้น ได้มาจากคำถามว่าใครจะทำประโยชน์ให้แก่โครงการได้บ้างและจะทำประโยชน์ได้โดยวิธีใด เช่น การช่วยเหลือด้านทรัพยากร การบริหารการงานและการประสานงานและการขอความช่วยเหลือ เป็นต้น

3. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefits) ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับผลประโยชน์ นอกจากความสำคัญของผลประโยชน์ในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพแล้ว ยังจะต้องพิจารณาถึงการกระจายผลประโยชน์ภายในกลุ่มด้วย ผลประโยชน์ของโครงการนี้รวมทั้งผลที่เป็นประโยชน์ทางบวกและผลที่เกิดขึ้นในทางลบที่ป็นผลลียของโครงการ ซึ่งจะเป็นประโยชน์และเป็นโทษต่อบุคคลและสังคมด้วย

4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) การมีส่วนร่วมในการประเมินผลนั้น สิ่งสำคัญจะต้องสังเกต คือ ความเห็น (Views) ความชอบ (Preferences) และความคาดหวัง (Expectation) ซึ่งมีอิทธิพลสามารถแปรเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลในกลุ่มต่างๆ ได้

#### 2.4.4 ระดับของการมีส่วนร่วม

มีตัวแบบระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนที่นำเสนอไว้โดย International Association of Public Participation แบ่งระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนออกเป็น 5 ระดับ (สิทธิโชค เดชภิบาล, 2554) คือ

1. การมีส่วนร่วมในระดับให้ข้อมูลข่าวสาร (Inform) เป็นการมีส่วนร่วมในระดับต่ำที่สุด บทบาทของประชาชนมีน้อยมาก เป็นการรับทราบข้อมูลเท่านั้น แต่การให้ข้อมูลข่าวสารนี้เป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างมาก โดยต้องได้รับข่าวสารในเชิงข้อเท็จจริง ไม่ใช่เพียงข้อมูลด้านใดด้านหนึ่งเท่านั้น

2. การมีส่วนร่วมในระดับรับฟังความคิดเห็น (Consult) เป็นการให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลข่าวสาร ข้อเท็จจริง ความรู้สึก และความคิดเห็นประกอบการตัดสินใจ หน่วยงานรัฐมักกำหนดว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างน้อยต้องอยู่ในระดับการรับฟังความคิดเห็น

3. การมีส่วนร่วมในระดับเข้ามามีบทบาท (Involve) เป็นการให้ประชาชนสามารถมีส่วนร่วมได้ตลอดในกระบวนการตัดสินใจ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และข้อมูลกันอย่างจริงจัง ทั้งนี้ทั้งนั้นเป็นเพียงแค่การที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการเสนอทางเลือก ร่วมคิดร่วมวางแผน แต่การตัดสินใจดำเนินการต่ออย่างไมใช่ของประชาชนทั้งหมด

4. การมีส่วนร่วมในระดับสร้างความร่วมมือ (Collaboration) เป็นการมีส่วนร่วมในระดับสูง ประชาชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ สามารถแสดงความคิดเห็น และร่วมทำงานในทุกๆ ขั้นตอน ผลการตัดสินใจที่ออกมาเป็นผลที่มาจาก การตัดสินใจร่วมกัน

5. การมีส่วนร่วมในระดับเสริมอำนาจให้ประชาชน (Empower) เป็นการมีส่วนร่วมในระดับสูงที่สุด เป็นการตัดสินใจของประชาชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียด้วยตนเอง สะท้อนการยอมรับการตัดสินใจของประชาชน ทั้งนี้ประชาชนควรได้รับข้อเท็จจริง ข้อมูลที่มีคุณภาพประกอบการตัดสินใจอย่างถูกต้องด้วย

### 2.4.5 เครื่องมือสำหรับใช้วัดการมีส่วนร่วม

การวิจัยในครั้งนี้ผู้ศึกษามุ่งเน้นในการวิจัยในครั้งนี้ คือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยจิตเวชและคนในชุมชน และการมีส่วนร่วมในการประเมินผลการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน โดยในแต่ละกระบวนการมีส่วนร่วมวัดด้วยระดับการมีส่วนร่วม และใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) ซึ่งนิยมใช้ในการวัดความคิดเห็นของคน แบ่งออกเป็น 5 ช่วง หรือ 5 ระดับ คือ มีส่วนร่วมมากที่สุด มีส่วนร่วมมาก มีส่วนร่วมปานกลาง มีส่วนร่วมน้อย และไม่มีส่วนร่วม ข้อความที่บรรจุลงในมาตรวัดจะเป็นการวัดการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดในทางที่ดี (บวก) และทางที่ไม่ดี (ลบ) และมีจำนวนพอๆ กัน

## 2.5 แนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติ

ทัศนคติมีความแตกต่างหลากหลายไปในแต่ละบุคคล มีทั้งทัศนคติที่เป็นบวก และทัศนคติที่เป็นลบ ซึ่งล้วนแต่ส่งผลกระทบต่อทั้งตนเองและผู้อื่น เมื่อมีทัศนคติอย่างใดอย่างหนึ่งก็จะเกิดการทำพฤติกรรมตามทัศนคติเหล่านั้น

### 2.5.1 ความหมายของทัศนคติ

ทัศนคติ (Attitude) คือ ความรู้สึกทางใจ เป็นผลมาจากการเรียนรู้ ประสบการณ์ ความนึกคิด และความเชื่อของแต่ละบุคคล ซึ่งจะมีระดับที่แตกต่างกันออกไป ตั้งแต่การมีความคิด ความเชื่อ ความรู้สึกทางบวกหรือทางลบ ตลอดจนการนำเอาความรู้สึกทางใจนั้นไปปฏิบัติ แสดงออกถึงความรู้สึกนั้นต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ซึ่งนักวิชาการทั้งในและต่างประเทศ ตลอดจนผู้ที่เคยทำการศึกษาวิจัยเรื่องทัศนคติ ซึ่งผู้ศึกษาได้ค้นคว้า รวบรวมและขอนามาสรุปรูป อ้างอิงดังนี้

พจนานุกรมภาษาอังกฤษฉบับอ็อกฟอร์ด (2559) ให้ความหมายของคำว่า ทัศนคติ(Attitude) หมายถึง วิธีการในการตัดสินใจ ความคิด หรือความรู้สึก ต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่ง

James Gibson (2000) ให้ความหมายว่า ทัศนคติ เป็นตัวตัดสินพฤติกรรม เป็นความรู้สึกเชิงบวกหรือเชิงลบ เป็นสภาวะจิตใจในการพร้อมที่จะส่งผลกระทบต่อ การตอบสนองของคณนั้น ต่อบุคคลอื่น ต่อวัตถุ หรือต่อสถานการณ์ โดยทัศนคติสามารถเรียนรู้หรือจัดการได้โดยใช้ประสบการณ์



Lili Thurstone ให้ความหมายว่า ทักษะคิดเป็นการแสดงออกทางด้านผลรวมของความโน้มเอียงและความรู้สึก ความมีอคติ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นอยู่ในใจมาก่อนความคิด ความกลัว การบังคับขู่เข็ญและการลงความเห็นของมนุษย์เกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง (พิชิต วรรณราช, 2549)

Rokeach ให้ความหมายว่า ทักษะคิดเป็นการผสมผสานหรือจัดการจัดระเบียบความเชื่อที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง ผลรวมของความเชื่อนี้จะเป็นตัวกำหนดแนวโน้มของบุคคลที่จะมีปฏิกิริยาตอบสนองในลักษณะที่ชอบหรือไม่ชอบ (พิชิต วรรณราช, 2549)

พิชิต วรรณราช (2549) ได้สรุปความหมายไว้ว่า ทักษะคิด หมายถึง สภาพจิตใจของบุคคลที่เกิดจากการเรียนรู้และประสบการณ์จากสิ่งแวดล้อม ก่อให้เกิดพฤติกรรมในการที่จะตอบสนองต่อบุคคล สิ่งของ หรือเหตุการณ์เฉพาะอย่างใดอย่างหนึ่งในทำนองชอบหรือไม่ชอบ

จากความหมายที่กล่าวมาจึงสามารถสรุปได้ว่า ทักษะคิด หมายถึง ความรู้สึกทางใจเป็นผลมาจากการเรียนรู้ ประสบการณ์ ความนึกคิด และความเชื่อของแต่ละบุคคล ซึ่งจะมีระดับที่แตกต่างกันออกไป ตั้งแต่การมีความคิดความเชื่อ ความรู้สึกทางบวกหรือทางลบ ตลอดจนการนำเอาความรู้สึกทางใจนั้นไปปฏิบัติ แสดงออกเป็นพฤติกรรม ที่สื่อถึงความรู้สึกนั้นต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่ง

สำหรับการวิจัยนี้ ให้ความหมาย ทักษะคิด ว่า เป็นความรู้สึกทางใจ ต่อผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด ซึ่งเป็นผลมาจากการเรียนรู้ ประสบการณ์ ความนึกคิด และความเชื่อของคนในชุมชน ซึ่งจะมีระดับที่แตกต่างกันออกไป ตั้งแต่การมีความคิดความเชื่อ ความรู้สึกทางบวกหรือทางลบ ตลอดจนการนำเอาความรู้สึกทางใจนั้นไปปฏิบัติ แสดงออกเป็นพฤติกรรมที่สื่อถึงความรู้สึกของคนในชุมชนต่อผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด

## 2.5.2 องค์ประกอบของทักษะคิด

องค์ประกอบของทักษะคิดแบ่งออกเป็นหลายส่วนที่มาประกอบกันเข้าเป็นทักษะคิด โดยมีนักจิตวิทยาและผู้เชี่ยวชาญที่ได้ศึกษาไปในทำนองเดียวกัน ได้แก่ Zimbardo and Ebbesen (1970), Sharon and Saul (1996), Hawkins, Best and Coney (1998) และ Gibson (2000) ซึ่งได้แบ่งองค์ประกอบของทักษะคิดว่ามี 3 องค์ประกอบ คือ

1. ด้านสติและเหตุผล (Cognitive Component) เป็นส่วนของการให้เหตุผลของบุคคลต่อสิ่งที่บุคคลมีผลได้ผลเสีย โดยการจำแนกตามการคิดวิเคราะห์ที่ได้รับการถ่ายทอดมาตามบริบททางสังคม เพื่อใช้ในการพิจารณาหาข้อแตกต่าง ซึ่งสืบเนื่องกับความคิดความเชื่อโดยไม่จำเป็นว่าต้องเป็นข้อเท็จจริงเสมอไป

2. ด้านความรู้สึก (Affective Component) เป็นส่วนของความรู้สึกที่ชอบหรือไม่ชอบ รักหรือเกลียด เป็นปฏิกิริยาทั้งทางบวกหรือทางลบต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

3. ด้านพฤติกรรม (Behavioral Component) เป็นส่วนที่แสดงถึงแนวโน้มของการมีพฤติกรรม ซึ่งต่อเนื่องมาจากการใช้สติและเหตุผล และความรู้สึก แล้วเปลี่ยนเป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออก

### 2.5.3 ประเภทของทัศนคติ

การแสดงออกทางทัศนคติสามารถแบ่งได้เป็น 3 ประเภท (ดารณี, 2542, น. 43) คือ

1. ทัศนคติในทางบวก คือ ความรู้สึกในทางที่ดีหรือยอมรับ พึงพอใจ เช่น อะตอมมีทัศนคติที่ดีต่อการท่องเที่ยวเชิงอนุรักษ์ เพราะจะรักษาให้ทรัพยากรธรรมชาติคงอยู่
2. ทัศนคติในทางลบ คือ การแสดงออก หรือความรู้สึกในทางที่ไม่พอใจ ไม่ดี ไม่ยอมรับ ไม่เห็นด้วย เช่น ดริมไม่ชอบคนขายยาลดความอ้วน เพราะเป็นอันตรายต่อผู้บริโภค
3. ทัศนคติเป็นกลาง คือ การไม่แสดงออกทางทัศนคติ อาจเพราะว่าไม่มีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องนั้น หรือในเรื่องนั้นเราไม่มีแนวโน้มทัศนคติอยู่เดิม หรือไม่มีแนวโน้มทางความรู้ในเรื่องนั้นมาก่อน เช่น รุ่งมีทัศนคติเป็นกลางต่อการทำประชาคมติ เพราะยังไม่ได้ศึกษารายละเอียดของการทำประชาคมติ

จะเห็นได้ว่าการแสดงออกของทัศนคตินั้น เกิดจากการก่อตัวของทัศนคติที่สะสมไว้เป็นความคิดและความรู้สึก จนสามารถแสดงพฤติกรรมต่างๆ ออกมา ตามทัศนคติต่อสิ่งนั้น

### 2.5.4 ปัจจัยที่ทำให้เกิดทัศนคติ

การเกิดทัศนคติ (The Formation of Attitude) แต่ละประเภทรานั้น จะก่อตัวขึ้นมา และเปลี่ยนแปลงไปได้เนื่องจากปัจจัยหลายประการด้วยกัน ซึ่งในความเป็นจริง ปัจจัยต่างๆ ของการก่อตัวของทัศนคติ ไม่ได้มีการเรียงลำดับตามความสำคัญแต่อย่างใด ทั้งนี้เพราะแต่ละปัจจัยปัจจัยใดมีความสำคัญมากกว่าขึ้นอยู่กับ การอ้างอิงเพื่อก่อตัวเป็นทัศนคตินั้น บุคคลดังกล่าวได้เกี่ยวข้องกับสิ่งของ หรือแนวความคิดที่มีลักษณะแตกต่างกันไปอย่างไร ซึ่ง Newsom and Carrell (2001) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่ก่อให้เกิดทัศนคติ และอธิบายว่า การเกิดทัศนคติ ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 3 องค์ประกอบ ได้แก่

1. พื้นฐานของแต่ละบุคคลหรือเบื้องหลังทางประวัติศาสตร์ (Historical Setting) หมายถึง ลักษณะทางด้านชีวประวัติของแต่ละคน ได้แก่ สถานที่เกิด สถานที่เจริญเติบโต สถานภาพทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองที่ผ่านมาจะเป็นตัวหล่อหลอมบุคลิกภาพของบุคคล และเป็นปัจจัยนำไปสู่การเกิด ทัศนคติของคนนั้นๆ
2. สิ่งแวดล้อมทางสังคม (Social Environment) ได้แก่ การปฏิสัมพันธ์ของมนุษย์ที่มีต่อกันและกัน เช่น การเปิดรับข่าวสาร กลุ่ม และบรรทัดฐานของกลุ่ม สภาพการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับบุคคล และประสบการณ์



3. กระบวนการสร้างบุคลิกภาพ (Personality Process) และสิ่งที่เกิดขึ้นมาก่อน (Predispositions) เป็นกระบวนการขั้นพื้นฐานในการสร้างทัศนคติของแต่ละบุคคล

### 2.5.5 การวัดทัศนคติ

เนื่องจากทัศนคติเป็นพฤติกรรมภายใน มีลักษณะเป็นนามธรรม ซึ่งเจ้าของทัศนคติเท่านั้นที่ทราบ การวัดทัศนคติโดยตรงจึงทำไม่ได้ แต่โดยที่ทัศนคติมีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ดังนั้นการวัดทัศนคติ จึงต้องวัดทั้ง 3 องค์ประกอบของทัศนคติและต้องวัดเป็นภาพรวมโดยพิจารณาจากกิริยาท่าทางการตอบสนองต่อสิ่งเร้าในหลายด้านหลายประการรวมกัน ไม่ใช่วัดจากกากระทำหรือพฤติกรรมเพียงอย่างเดียวอย่างหนึ่งของบุคคล

เชดส์ค็อกดี โทวาสิญ์ (2522) กล่าวว่า ivotว่า ข้อตกลงเบื้องต้นในการวัดทัศนคติมักจะมีข้อตกลง (Assumption) ดังนี้

1. การศึกษาทัศนคติเป็นการศึกษาความคิดเห็น ความรู้สึกของบุคคลที่มีลักษณะคงเส้นคงวา หรืออย่างน้อยเป็นความคิดเห็นหรือความรู้สึกที่ไม่เปลี่ยนแปลงในช่วงเวลาหนึ่ง
2. ทัศนคติเป็นสิ่งที่ไม่สามารถวัดได้หรือสังเกตได้โดยตรง ฉะนั้นการวัดทัศนคติจึงเป็นการวัดทางอ้อมจากแนวโน้มที่บุคคลจะแสดงออกหรือประพฤติกรรมปฏิบัติอย่างมีระเบียบแบบแผนคงที่ ไม่ใช่พฤติกรรมโดยตรงของมนุษย์
3. การศึกษาทัศนคติของบุคคลนั้นไม่ใช่เป็นการศึกษาเฉพาะทิศทางทัศนคติของบุคคลเท่านั้น แต่ต้องศึกษาถึงระดับความมากน้อยหรือความเข้มของทัศนคตินั้นๆ ด้วย

### 2.5.6 เครื่องมือสำหรับใช้วัดทัศนคติ

เครื่องมือสำหรับใช้วัดทัศนคติ เรียกว่า มาตราวัดทัศนคติ ซึ่งเป็นระบบประเมินค่า (Rating Scale) นักจิตวิทยาสังคมนิยมที่จะใช้เครื่องมือวัดทัศนคติใน 2 ลักษณะคือ วัดทิศทาง (Direction) คือการประเมินทัศนคติในทิศทางบวกหรือลบ ซึ่งหมายถึงดีกับเลว เช่น เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ชอบ ไม่ชอบ เป็นต้น และวัดเพื่อให้ได้ปริมาณของทัศนคติ (Magnitude) หมายถึงความเข้มข้นรุนแรงของทัศนคติที่มีต่อสิ่งนั้นๆ ว่ามากน้อยเพียงไร เช่น มาก ปานกลาง น้อย เกลียด เฉยๆ รัก เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้วัดทัศนคติมีหลายตัว ซึ่งการวิจัยในครั้งนี้จะใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) ซึ่งนิยมใช้ในการวัดความคิดเห็นของคน แบ่งออกเป็น 5 ช่วง หรือ 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ข้อความที่บรรจุลงในมาตรวัดจะเป็นการวัดความรู้สึกต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งในทางที่ดี (บวก) และในทางที่ไม่ดี (ลบ) และมีจำนวนพอกัน

## 2.6 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้

ความรู้มีความสำคัญในการสร้างเสริมความเข้าใจ โดยข้อเท็จจริงที่ประกอบกันขึ้นเป็นความรู้นั้น จะส่งผลต่อความคิดความเชื่อ ที่จะนำมาสู่พฤติกรรมที่แสดงออกมา ซึ่งระดับความรู้ของแต่ละบุคคลก็ไม่เท่ากัน และมีหลายองค์ประกอบที่จะสามารถบอกระดับความรู้ของบุคคลต่อเรื่องนั้นๆ ได้

### 2.6.1 ความหมายของความรู้

สำนักงานราชบัณฑิตยสภา (2559) ได้ให้ความหมาย คำว่า ความรู้ หมายถึง สารระ ข้อมูล แนวคิด หลักการ ที่บุคคลรวบรวมได้จากประสบการณ์ในชีวิต ความรู้เป็นผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติ สังคมและเทคโนโลยี บุคคลเรียนรู้จากประสบการณ์ การศึกษา อบรม การรับถ่ายทอดทางวัฒนธรรม การรับรู้ การคิดและการฝึกปฏิบัติ จนสามารถสรุปสารความรู้และนำไปใช้ประโยชน์ได้หรือพัฒนาไปสู่ระดับที่สูงขึ้น

พจนานุกรมภาษาอังกฤษฉบับ อ็อกฟอร์ด (Oxford Dictionaries, 2559) ให้ความหมายของคำว่า ความรู้ (Knowledge) ว่า ข้อเท็จจริง ข้อมูล และทักษะ ซึ่งได้มาจากประสบการณ์ หรือการศึกษาค้นคว้า

Benjamin S. Bloom (1799, อ้างถึงใน พิเชิต วรรณราช, 2549) ได้ให้ความหมายของ ความรู้ ว่าเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการระลึกถึงสิ่งเฉพาะเรื่องหรือเรื่องทั่วไป ระลึกได้วิธีการ กระบวนการ หรือสถานการณ์ต่างๆ โดยเน้นความจำ

Hideo Yamazaki (อ้างถึงใน รุจิราวดี ธรรมแสง, 2559) ได้ให้ความหมาย ความรู้ คือ สารสนเทศที่ผ่านกระบวนการคิดเปรียบเทียบ เชื่อมโยงกับความรู้อื่น จนเกิดเป็นความเข้าใจและนำไปใช้ประโยชน์ในการสรุป และตัดสินใจในสถานการณ์ต่าง ๆ โดยไม่จำกัดช่วงเวลา

จากความหมายที่กล่าวมาจึงสรุปได้ว่า ความรู้ หมายถึง ข้อเท็จจริงที่มนุษย์ได้รับรู้ ซึ่งได้มาจากประสบการณ์ หรือการศึกษาค้นคว้า และนำมาประมวลผลรวมกับความรู้อื่นๆ ที่เคยได้รับ แล้วนำมาสรุปตามความเข้าใจและนำไปใช้ประโยชน์ สามารถสังเกต และวัดระดับได้

สำหรับการวิจัยนี้ ให้ความหมาย ความรู้ ว่าเป็นการรับรู้ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับความรู้ทั่วไปด้านโรคจิตเวช และสารเสพติด และการดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อเนื่องในชุมชน ซึ่งคนในชุมชนได้มาจากประสบการณ์หรือการศึกษาค้นคว้า และนำมาประมวลผลรวมกับความรู้อื่นๆ ที่เคยได้รับ แล้วนำมาสรุปตามความเข้าใจและนำไปใช้ประโยชน์ สามารถสังเกต และวัดระดับได้

## 2.6.2 ประเภทของความรู้

การจำแนกประเภทของความรู้ สามารถแบ่งได้หลายลักษณะ ขึ้นอยู่กับแนวคิดที่ใช้ในการจำแนกประเภทของความรู้ โดยแนวคิดที่นิยมให้การจำแนกมากที่สุด คือการจำแนกตามรูปแบบการมองเห็น ซึ่งสามารถจำแนกความรู้ออกเป็น 2 ประเภท

1. ความรู้ฝังในตัวคน (Tacit Knowledge) ความรู้ประเภทนี้จัดเป็นความรู้ที่ไม่เป็นทางการ เป็นความรู้ที่แฝงอยู่ในตัวคน ทั้งอยู่ในความคิดความเชื่อ ค่านิยมของคนๆ นั้น ซึ่งความรู้ประเภทนี้เกิดจากประสบการณ์ การเรียนรู้ด้วยตนเอง การสังเกต ตลอดจนภูมิปัญญาต่างๆ ที่สะสมมานานจนเกิดทักษะ ความชำนาญ เป็นความรู้ที่วัดค่าเป็นตัวเลขได้ยาก แต่สามารถถ่ายทอดและแบ่งปันความรู้ได้ อาศัยการสังเกต และทำการเลียนแบบ ซึ่งต้องอาศัยเวลาในการเรียนรู้

2. ความรู้ชัดแจ้ง (Explicit Knowledge) ความรู้ประเภทนี้เป็นความรู้เชิงทฤษฎีหรือความรู้ที่เป็นเหตุและผลที่สามารถเขียนบรรยาย ถอดความ หรืออธิบายออกมาเป็นตัวอักษรหรือสามารถถ่ายทอดอย่างเป็นทางการในรูปแบบต่าง ๆ เช่น สิ่งพิมพ์ เอกสาร เว็บไซต์ และอินทราเน็ต ความรู้ประเภทนี้เป็นความรู้ที่แสดงออกมาโดยใช้ระบบสัญลักษณ์ จึงสามารถสื่อสารและเผยแพร่ได้อย่างสะดวก

## 2.6.3 ระดับของความรู้

ระดับของความรู้ในแต่ละบุคคลนั้นมีความแตกต่างกัน ซึ่ง Benjamin S. Bloom et al. (อ้างถึงใน พิชิต วรรณราช, 2549) ได้แบ่งระดับความรู้ (Cognitive Domain) เป็น 6 ระดับ จากชั้นที่ง่ายไปสู่ชั้นที่ยาก ดังนี้ คือ

1. ความรู้ความจำ (Knowledge) เป็นความสามารถทางสมองในอันที่จะทรงไว้หรือรักษาไว้ซึ่งเรื่องราวต่างๆ ที่บุคคลได้รับรู้เข้าใจในสมอง การวัดว่าบุคคลมีความสามารถในการจำเรื่องราวต่าง ๆ ได้มากน้อยเพียงใดนั้น ให้ดูที่ว่าคุณคนนั้นสามารถเลือกได้ซึ่งสิ่งที่จะจำไว้ได้เพียงใด

2. ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นความสามารถในการสื่อความหมาย ทั้งให้ผู้อื่นรู้เจตนาของตน และตนเองรู้ความหมาย ความปรารถนาของผู้อื่น

3. การนำไปใช้ (Application) เป็นความสามารถในการนำความรู้ ความจำ และความเข้าใจไปใช้ในการแก้ปัญหาใหม่ที่เกิดขึ้นอย่างได้ผล ความสามารถในการนำไปใช้ไม่ได้หมายความว่าถึงการศึกษาได้เรียนรู้วิธีการนำไปทำตามวิธีการที่ได้รับไปเลียนแบบ แต่ความสามารถในการนำไปใช้ในการแก้ปัญหา ซึ่งเป็นเรื่องราวหรือเหตุการณ์ใหม่ๆ ที่เกิดขึ้นเป็นความสามารถนำสิ่งที่ได้จากการเรียนรู้ไปแก้ไขสถานการณ์ให้สำเร็จลุล่วงไป

4. การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นความสามารถในการพิจารณาเรื่องราวใดๆ ออกเป็นส่วนย่อยๆ

5. การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นความสามารถในการประกอบส่วนย่อยๆ ให้เข้ากันได้เป็นเรื่องเป็นราว เป็นความสามารถในการพิจารณาเรื่องราวในหลายๆ ลักษณะ แล้วนำมาจัดระบบโครงสร้างเสียใหม่ ให้เกิดสิ่งใหม่ซึ่งมีประสิทธิภาพดีกว่าเดิม

6. การประเมินค่า (Evaluation) เป็นความสามารถในการตัดสินตีราคาโดยอาศัยหลักเกณฑ์ (Criteria) และมาตรฐาน (Standard) ที่วางไว้

#### 2.6.4 การวัดระดับความรู้

เครื่องมือที่ใช้วัดความรู้มีหลายชนิดด้วยกัน แต่ละชนิดมีความเหมาะสมกับการวัดความรู้ที่แตกต่างกัน โดยในการวิจัยในครั้งนี้จะใช้ประเภทแบบทดสอบแบบทดสอบผลสัมฤทธิ์ (Achievement Test) ซึ่งเป็นกรวัดระดับความรู้ (Cognitive Domain) และเป็นแบบทดสอบแบบสั้นและเลือกตอบ (Short Answer and Multiple Choice Test) ประเภทเลือกตอบ ถูก-ผิด (True-False Item) ตามความรู้ที่มี โดยกำหนดเป็นข้อคำถามสั้นที่วัดความรู้ใน 3 เรื่อง ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเรื่องโรคจิตเวช ตามคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อป้องกันการกลับมารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำ (ฉบับย่อ) ของโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชชนครินทร์ ซึ่งได้รับการเผยแพร่โดยทั่วไปแก่ผู้ป่วยและญาติที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาล

2. ความรู้เกี่ยวกับสารเสพติด ตามแผนภาพความรู้การติดยาและการเลิกยาเสพติด ซึ่งได้รับการเผยแพร่โดยทั่วไปแก่ผู้ป่วยและญาติที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาล

3. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ตามคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อป้องกันการกลับมารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำ (ฉบับย่อ) ของโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชชนครินทร์ ซึ่งได้รับการเผยแพร่โดยทั่วไปแก่ผู้ป่วยและญาติที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาล

### 2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน สามารถทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งมีกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่หลากหลาย แต่อยู่ภายใต้การมีส่วนร่วมของการร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ และลงมือแก้ไขป้องกันปัญหาของคนในชุมชนเอง ทั้งนี้ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนมีหลายตัว แต่ที่น่าสนใจคือ ปัจจัยด้านความรู้และทัศนคติ ดังปรากฏในหลายๆ งานวิจัยดังนี้

#### 2.7.1 งานวิจัยเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

เกียรติภูมิ วงศ์รจิต และคณะ (2561) ได้ศึกษาเรื่อง รูปแบบ/กิจกรรมการพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยจิตเวช ในระดับชุมชน พบว่า การมีส่วนร่วมของกลุ่มประชาชน ในชุมชน เป็นส่วนสำคัญ ที่ทำให้ก้าวสู่จุดมุ่งหมาย ซึ่งพบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน บ่งบอกถึงความเข้มแข็ง ความพร้อมของชุมชน อันมีพื้นฐานจากสัมพันธภาพ การประสานงาน การเป็นเครือข่ายบริการสุขภาพ การสร้างความเข้าใจ การถ่ายทอดองค์ความรู้เพื่อให้มี ทัศนคติมีความพร้อมในการดำเนินการ

เปรมฤดี ดำรักษ์ และคณะ (2561) ได้ศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี พบว่า จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 25-34 ปี นับถือศาสนาอิสลาม สถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา อาชีพรับจ้าง สถานภาพทางสังคมเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข รองลงมา มีความสัมพันธ์เป็นบิดา/มารดา ส่วนการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน 7 กิจกรรม สรุปได้เป็น 3 วงจร คือ วงจรที่ 1 เชื่อมโยงสายใย เป็นการถ่ายทอดตามเจตคติ (ทัศนคติ) ความรู้สึก ความคิดต่อผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน วงจรที่ 2 ร้อยใจร่วมกัน เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถ่ายทอดประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อนในชุมชน วงจรที่ 3 ผูกพันวางแผน ร่วมกันเป็นเจ้าของ โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษารูปแบบการจัดกิจกรรม เพื่อให้เกิดพฤติกรรมกลุ่มในการดูแลรักษา และฟื้นฟูให้ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อนสามารถช่วยเหลือตัวเองตามศักยภาพและส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ไพบุลย์ ตลเฉลิมยุทธนา และ ประนอม วรณกุล (2561) ได้ศึกษาเรื่อง การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทผ่านการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสุวิทย์ชีวิตชุมชน โดยการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบว่า รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผ่านการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสุวิทย์ชีวิตชุมชน โดยพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในครอบครัวและ อสม. ให้สามารถสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย การออกแบบระบบการรับยาที่เอื้อให้ชุมชนเข้าถึงง่ายและชุมชนมีส่วนร่วมกำกับการใช้ยาของผู้ป่วย พัฒนาระบบสารสนเทศทางคลินิกเชื่อมโยงจากตติยภูมิถึงชุมชน เอื้อให้เกิดการตัดสินใจร่วมระหว่างชุมชนและบุคลากรสาธารณสุขอย่างทันท่วงที รวมทั้งมีการระดมทุนทางสังคมในชุมชนมาพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วย เมื่อสิ้นสุดการดำเนินงาน 1 ปี มีผู้ป่วยกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วันลดลง และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นหรือไม่ลดลง

สังคม นนทพิพัฒน์ (2557) ได้ศึกษาเรื่อง ความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรม และการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย พบว่า ถ้าต้องการให้การมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคหนองพยาธิเพิ่มมากขึ้น สิ่งที่สำคัญที่สุดคือต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ดีขึ้น ซึ่งการที่ประชาชนจะมีการเปลี่ยนพฤติกรรมได้ส่วนหนึ่งต้องมาจากทัศนคติที่ดีต่อเรื่องนั้นๆ การที่จะสร้างทัศนคติที่ดีต่อเรื่องการป้องกันและควบคุมโรค ก็ต้องมีความรู้ที่ถูกต้องต่อเรื่องนั้นก่อน สามารถสรุปภาพรวมของการศึกษาครั้งนี้ได้ว่า หากต้องการให้คนมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิมากขึ้น สิ่งแรกที่ต้องทำคือการให้ความรู้กับประชาชน ซึ่งความรู้ที่ได้ถึงแม้จะไม่มี ความสัมพันธ์ โดยตรงกับการมีส่วนร่วมแต่จะไปมีผลต่อทัศนคติ และทัศนคติเองก็มีผลกับพฤติกรรม และพฤติกรรมจะมีผลต่อการมีส่วนร่วมในที่สุด

สิทธิ์ธา จันทน์เทศ (2551) ได้ศึกษาเรื่อง การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบชุมชนมีส่วนร่วม พบว่า การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เป็นการศึกษากรณีตัวอย่างในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบชุมชนมีส่วนร่วม โดยศึกษาในผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งมีปัญหาการใช้ชีวิตในชุมชน หลังจากได้รับการรักษาทางการแพทย์จากโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จนอาการอยู่ในขั้นปกติแต่เมื่อติดต่อให้ครอบครัว/ชุมชน มารับผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน พบว่ามีปัญหาและอุปสรรคในการยอมรับจากชุมชนเป็นอย่างมาก ทั้งที่ได้มีการประชาสัมพันธ์ โดยเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ และสถานีอนามัยบ้านสร้างปีและชุมชนมาในระดับหนึ่งแล้ว จนในที่สุดก็ได้รับการช่วยเหลือของพระภิกษุที่มีใจเมตตาท่านหนึ่ง โดยรับดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชรายนี้อัน จนได้รับการยอมรับจากชุมชน ทำให้ชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ซึ่งจากการประสานงานกับทุกภาคส่วน ในการติดตามดูแลผู้ป่วยรายนี้ทำให้ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ ได้แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบชุมชนมีส่วนร่วม

อมราพร สุรการ และ ณัฐวุฒิ อรินทร์ (2557) ศึกษาเรื่อง การดูแลสุขภาพจิต: การมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยจิตเวช เป็นผลมาจากกระแสการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ซึ่งนโยบายภาครัฐได้เล็งเห็นถึงปัญหาเหล่านี้ จึงได้กำหนดเป็นแผนยุทธศาสตร์ในเชิงรุกที่เน้นการป้องกันปัญหาที่มาพร้อมการเปลี่ยนแปลงของกระแสสังคม ผลการวิจัยพบว่า การที่ชุมชนมีความเข้มแข็ง มีส่วนร่วมในการส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพจิตของคนในชุมชน จะทำให้ปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนนั้นลดลง

### 2.7.2 งานวิจัยเกี่ยวกับความรู้กับการมีส่วนร่วม

บัวลอย แสนละมุล และ ปัตพงษ์ เกษสมบุรณ์ (2557) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว เป็นการศึกษากึ่งทดลอง โดยผลการวิจัยพบว่าผู้ที่ได้รับโปรแกรมให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างถูกต้องมากขึ้น สามารถสังเกตอาการและควบคุมการกินยา เป็นผลดีในการป้องกันการกำเริบของอาการได้

ปริญธร บุญเนตร (2546) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลผู้มีความเครียด ศึกษาเฉพาะกรณี ชุมชนผักแว่น ตำบลยางซิ่นก อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดอุดรราชธานี โดยผลการวิจัยพบว่า อายุ สถานภาพในสังคม ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน ความรู้ความเข้าใจและความคิดเห็นของประชาชน เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้มีความเครียด

สนาม บินชัย (2542) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จังหวัดชัยนาท มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดชัยนาท ซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการรักษาและการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทผ่านสื่อสิ่งพิมพ์และ



กิจกรรมกลุ่ม กับกลุ่มที่ได้รับการรักษาปกติไม่ได้รับการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทผ่านสื่อสิ่งพิมพ์และ กิจกรรมกลุ่ม ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทผ่านสื่อสิ่งพิมพ์และกิจกรรม กลุ่ม มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้องเพิ่มขึ้นและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ

นุรินยา แหะหมัด และคณะ (2561) ศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมของครอบครัวใน การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดขณะบำบัดรักษาในศูนย์ยาเสพติดสงขลา พบว่า ระดับความรู้จากระดับ การศึกษามีผลต่อการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและวางแผนการบำบัดรักษา ทำให้ผลการมีส่วนร่วม ของครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อเทียบการวางแผนการบำบัดรักษาโดยเจ้าหน้าที่ศูนย์ บำบัดรักษา

### 2.7.3 งานวิจัยเกี่ยวกับความรู้และทัศนคติ

ภาวดี เหมทานนท์ และคณะ (2553) ได้ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เรื่องโรคจิตเวชและทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเวชของประชาชนในเขตตำบลปากพูน อำเภอเมือง จังหวัด นครศรีธรรมราช พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคจิตเวชอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีความรู้ที่ผู้ป่วยจิตเวชมักมีอาการแปรปรวนเปลี่ยนแปลงง่าย เช่น หัวเราะ ยิ้มคนเดียว ร้องไห้โดย ไม่มีสาเหตุ และมีทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเวชในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีทัศนคติต่อผู้ป่วย จิตเวชว่า ควรได้รับสวัสดิการต่างๆ จากรัฐ เหมือนบุคคลทั่วไป เช่น ค่ารักษาพยาบาล เงินรายเดือน และความรู้เรื่องโรคจิตเวชของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ทางลบกับทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเวช กล่าวคือ ถ้าไม่สามารถปรับทัศนคติของประชาชนที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกต้อง ถึงแม้จะมีความรู้เกี่ยวกับ โรคทางจิตเวชดีเพียงใดก็ไม่สามารถที่จะเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนหรือบริบทแวดล้อมในการให้ การช่วยเหลือดูแล หรือแม้แต่การเป็นเพื่อนกับผู้ป่วยจิตเวชได้

### 2.7.4 งานวิจัยเกี่ยวกับความรู้และทัศนคติกับการมีส่วนร่วม

มูจรินทร์ พัดน้อย (2545) ได้ศึกษาเรื่อง ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการดูแล ผู้ป่วยจิตเภทของญาติ แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า ความรู้ของผู้ดูแล ผู้ป่วยอยู่ในระดับดี แต่ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับเจตคติของผู้ดูแลที่อยู่ในระดับกลาง พฤติกรรม การดูแลอยู่ในระดับดี และในเพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลที่ดีกว่าเพศชาย และมีระยะเวลาใน การดูแลต่อวันที่มากกว่า และพบว่าเจตคติมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ

### 2.7.5 งานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช

แจ่ม กรกระโทก และคณะ (2561) ได้ศึกษาเรื่อง แนวทางที่เหมาะสมในการดูแล ผู้ป่วยจิตเวชร่วมกัน ระหว่างทีมสุขภาพ ครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลเสิงสาง จังหวัด นครราชสีมา พบว่า บุคคลที่มีพฤติกรรมแยกตัว ไม่ชอบเข้าสังคมจะมีความเสี่ยงที่จะเจ็บป่วยทางจิต ได้ง่าย และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีครอบครัวที่อบอุ่นและยอมรับการเจ็บป่วยจะมี พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี จะพบปัญหาเรื่องการขาดยาหรือขาดนัดน้อย ในผู้ป่วยที่ครอบครัวขาด

ความรู้และมีทัศนคติในแง่ลบต่อการเจ็บป่วยทางจิต รวมทั้งครอบครัวที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจจะพบว่ามีความรู้ด้านการดูแลตนเอง ขาดยาและพบอัตราการขาดนัดสูง ในด้านชุมชนยังไม่เข้าใจถึงบทบาทการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน แต่ยินดีให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุข ซึ่งแนวทางที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชคือการมีส่วนร่วมของทั้งทีมสุขภาพ ครอบครัว และชุมชน โดยมีเป้าหมายคือการดูแลต่อเนื่องและผู้ป่วยสามารถอยู่ในสังคมได้

ณัฐติกา ชูรัตน์ (2559) ได้ศึกษาเรื่อง การศึกษาสาเหตุและแนวทางป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าเหล็กที่ประสบเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่า สาเหตุการกลับมาซ้ำเกิดจาก 1) ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเวช 2) ขาดความตระหนักในการรักษาตนเอง ต่อเนื่อง 3) การใช้สารเสพติด 4) ความเครียดของผู้ป่วย 5) ญาติหวาดกลัว เบื่อหน่าย ท้อแท้ ในการดูแล 6) สภาพแวดล้อม ชุมชน และเศรษฐกิจ

ปิตาพร อยู่เย็น (2554) ได้ศึกษาเรื่อง แนวทางการจัดชมรมสุขภาพจิตต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัวและชุมชนของจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกชมรม มีการช่วยเหลือ ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวให้ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ภาพรวมความคิดเห็นที่มีต่อการจัดการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัวและชุมชน อยู่ในระดับมาก และระดับการศึกษาที่แตกต่างกันยังมีผลต่อความคิดเห็นที่แตกต่างต่อลักษณะการจัดกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนอีกด้วย

#### 2.7.6 งานวิจัยเกี่ยวกับทัศนคติกับการมีส่วนร่วม

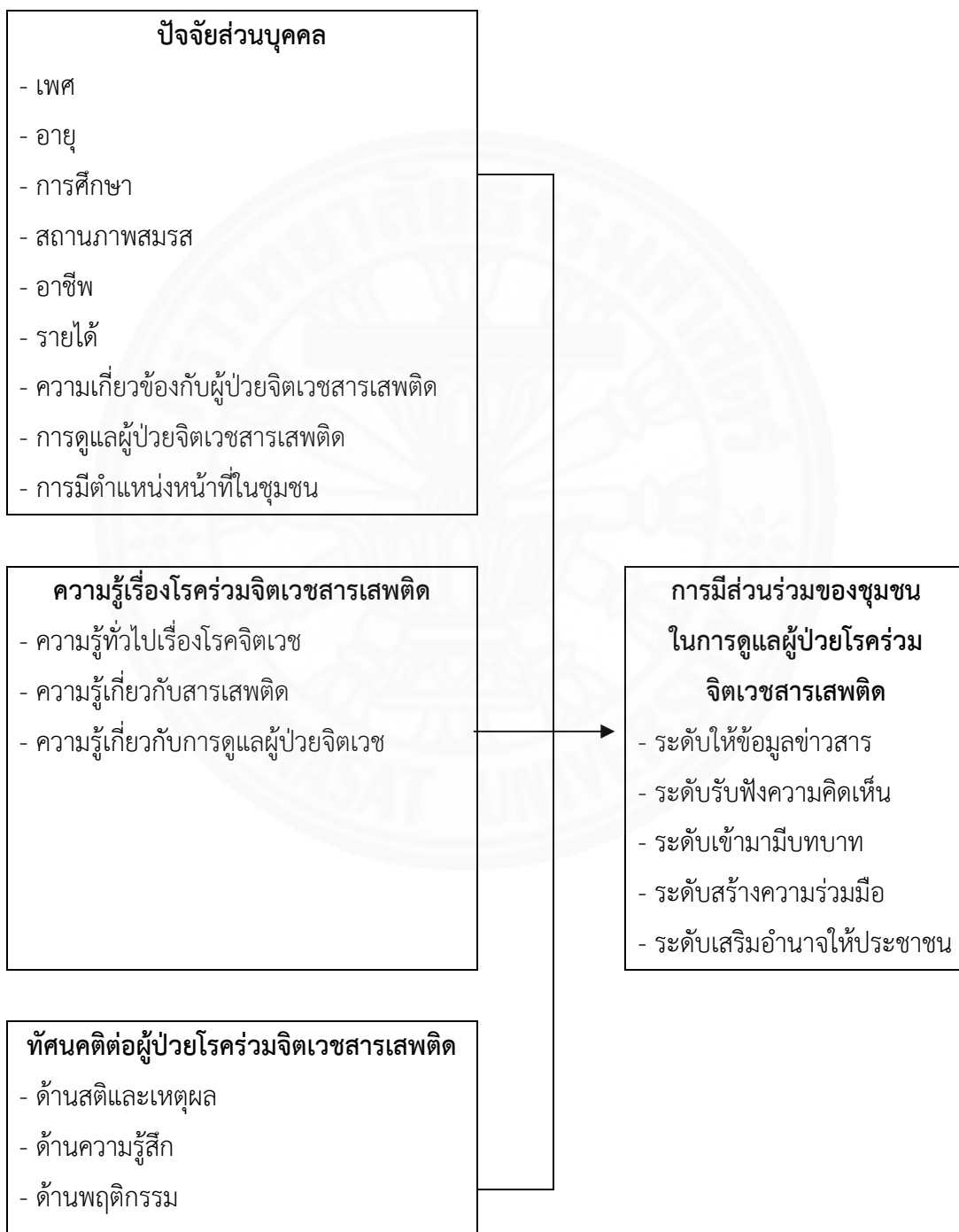
สฤติ น้อยภรณ์ (2552) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการลดพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุรา พบว่า ทัศนคติของครอบครัวต่อผู้ป่วยเป็นตัวแปรเดียวที่สามารถทำนายการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการลดพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุราได้ กล่าวคือทัศนคติที่ดีของสมาชิกในครอบครัวต่อผู้ป่วยติดสุรา มีแนวโน้มทำให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการลดพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยติดสุรามากขึ้น

จากการศึกษาข้างต้นสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช มีกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่หลากหลาย แต่อยู่ภายใต้การมีส่วนร่วมของการร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ และลงมือแก้ไขป้องกันปัญหาของคนในชุมชนเอง ทั้งนี้ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนมีหลายตัว แต่ที่น่าสนใจ คือ ปัจจัยด้านความรู้และทัศนคติ ซึ่งมีผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนด้วย



## 2.8 กรอบแนวคิดในการศึกษา

จากการทบทวนทฤษฎี แนวคิด และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผู้ศึกษาสามารถนำมาประมวลเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ดังนี้



### บทที่ 3

## ระเบียบวิธีการศึกษา

การศึกษาเรื่อง “การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้อม อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม” ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) ที่สร้างขึ้นมาเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนการศึกษา ดังนี้

### 3.1 วิธีดำเนินการศึกษา

1. การศึกษาข้อมูล แนวคิดทฤษฎี จากเอกสาร (Documentary Study) โดยศึกษาจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ หนังสือ เว็บไซต์ต่างๆ เพื่อนำมาอ้างอิงประกอบการศึกษาให้สมบูรณ์
2. การศึกษาภาคสนาม (Field Research) ในการศึกษาภาคสนามใช้การสำรวจ (Survey Study) โดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

### 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ประชาชนในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้อม อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ในชุมชนซึ่งมีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเวชตามเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก (International Classification of Diseases and Related Health Problems-ICD10) จากจิตแพทย์ และมีการใช้สารเสพติดร่วมด้วย จำนวน 3,752 คน 835 ครอบครัว

2. กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นตัวแทนครัวเรือนละ 1 คน จำนวน 290 คน โดยคำนวณจากสูตรคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอนของ Krejcie และ Morgan

#### 2.1 เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

- 1) ประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มีภูมิลำเนาในเขตตำบลอาจสามารถ อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม
- 2) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย อ่านเขียนภาษาไทยได้

### 3) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

#### 2.2 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

- 1) ประชาชนที่เป็นผู้ป่วยจิตเวช
- 2) ไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

3. ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 290 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่าง แบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) เป็นการสุ่มตัวอย่างจากหน่วยย่อยของประชากรที่ลักษณะใกล้เคียงกัน แบบสุ่มเป็นช่วงๆ โดยดำเนินการดังนี้

3.1 กำหนดหมายเลขประจำหน่วยตามบัญชีรายชื่อของประชากร การวิจัยนี้ใช้การนำบ้านเลขที่แต่ละครัวเรือนมาเรียงลำดับจากมากไปน้อย

3.2 คำนวณช่วงของการสุ่ม โดยใช้สูตร  $n/N$  จะได้ว่า  $290/835 = 2.88$  แล้วทำการสุ่มโดยสุ่มทุกๆ 3 ครัวเรือน เอามา 1 ครัวเรือน จากฐานข้อมูลหมู่บ้านที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้อม โดยเรียงลำดับจากเลขที่บ้านน้อยไปมาก และเรียงลำดับหมู่บ้าน 1, 2, 3, 7, 11 ตามลำดับ

3.3 ทำการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) หาตัวสุ่มเริ่มต้น โดยการจับฉลากบ้านเลขที่ลำดับที่ 1 ของการสุ่ม นับหน่วยของตัวอย่าง นับไปตามช่วงของการสุ่มทุกๆ 3 ครัวเรือน เช่น สุ่มเริ่มต้นได้บ้านเลขที่ 001 หลังที่สามที่ตกเป็นตัวอย่างได้แก่หมายเลข 004 ลำดับหลังที่สามและหลังต่อๆ ไป จะได้หมายเลข 007, 010, 013 เรื่อยไปจนครบ กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 290 ครัวเรือน

### 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา การศึกษานี้ใช้เครื่องมือในการเก็บข้อมูล แบบสอบถาม (Questionnaire) ประกอบด้วย 4 ส่วน รวมทั้งสิ้น 61 ข้อ ได้แก่

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด การดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด และการมีตำแหน่งหน้าที่ในชุมชน แบบเลือกตอบในหัวข้อที่ตรงกับปัจจัยของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด โดยใช้รูปแบบเลือกตอบ ถูก-ผิด จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย ความรู้ทั่วไปเรื่องโรคร่วมจิตเวช ความรู้เกี่ยวกับสารเสพติด และความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยแบ่งช่วงคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่

- |                   |                      |
|-------------------|----------------------|
| 0-11 คะแนน (60%)  | คือ มีความรู้น้อย    |
| 12-15 คะแนน (70%) | คือ มีความรู้ปานกลาง |

16-20 คะแนน (80%) คือ มีความรู้มาก

ส่วนที่ 3 ทักษะคิดของคนในชุมชนต่อผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด จำนวน 15 ข้อ สร้างตามมาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert Scale) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคำตอบ

ข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนนคำตอบดังนี้ (ข้อ 1, 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14,

15)

เห็นด้วยมากที่สุด ให้ 5 คะแนน

เห็นด้วยมาก ให้ 4 คะแนน

ไม่แน่ใจ ให้ 3 คะแนน

ไม่เห็นด้วย ให้ 2 คะแนน

ไม่เห็นด้วยที่สุด ให้ 1 คะแนน

ข้อคำถามเชิงลบให้คะแนนคำตอบดังนี้ (ข้อ 2, 5, 8, 10, 11)

เห็นด้วยมากที่สุด ให้ 1 คะแนน

เห็นด้วยมาก ให้ 2 คะแนน

ไม่แน่ใจ ให้ 3 คะแนน

ไม่เห็นด้วย ให้ 4 คะแนน

ไม่เห็นด้วยที่สุด ให้ 5 คะแนน

เกณฑ์การแปลความหมาย เพื่อจัดระดับคะแนนเฉลี่ย ในช่วงคะแนน

ดังต่อไปนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00 แปลความว่า ทักษะคิดในทางบวก

คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66 แปลความว่า ไม่แสดงออกทางทักษะคิดหรือมี  
ทักษะคิดเฉยๆ

คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 แปลความว่า ทักษะคิดในทางลบ

ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด สร้างตามมาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert Scale) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคำตอบดังนี้

ปฏิบัติสม่ำเสมอ ให้ 5 คะแนน

ปฏิบัติบ่อยครั้ง ให้ 4 คะแนน

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ให้ 3 คะแนน

ส่วนใหญ่ไม่ปฏิบัติ ให้ 2 คะแนน

ไม่เคยปฏิบัติเลย ให้ 1 คะแนน

เกณฑ์การแปลความหมาย เพื่อจัดระดับคะแนนเฉลี่ย ในช่วงคะแนนดังต่อไปนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00 แปลความว่า มีส่วนร่วมมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66 แปลความว่า มีส่วนร่วมปานกลาง  
 คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 แปลความว่า มีส่วนร่วมน้อย

### 3.4 การตรวจสอบเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ศึกษานำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จเรียบร้อยแล้วเสนออาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ตรงตามเนื้อหา ความตรงตามโครงสร้าง ความครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมด้านภาษา รวมทั้งเกณฑ์การให้คะแนน และการแปลผลของคะแนน จากนั้นนำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และประสบการณ์การทำงานเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชไม่น้อยกว่า 10 ปี จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพ(จิตเวช) 1 ท่าน นักจิตวิทยาคลินิก 1 ท่าน และนักสังคมสงเคราะห์ (จิตเวช) 2 ท่าน ทำหน้าที่ตรวจสอบความครอบคลุมความเหมาะสมของเนื้อหาแบบสอบถาม รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะแล้วนำมาหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) จากนั้นนำไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนที่จะนำแบบสอบถามไปหาความเชื่อมั่นเพื่อหาค่าความสอดคล้อง (Item Objective Congruence - IOC) แล้วนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้มีความถูกต้องชัดเจนของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษา ก่อนที่จะนำแบบสอบถามไปใช้

### 3.5 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง โดยแจกแบบสอบถาม ตามบ้านเลขที่ที่ได้จากการสุ่มประชากรกลุ่มตัวอย่าง และให้ตัวแทนของครัวเรือนที่ตรงตามเกณฑ์การคัดเลือก และสมัครใจตอบแบบสอบถาม ครัวเรือนละ 1 คน ตอบแบบสอบถามให้ครบถ้วนสมบูรณ์

### 3.6 จริยธรรมการศึกษาวิจัยในคน

คณะกรรมการจริยธรรมพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน จังหวัดนครพนม ได้พิจารณาอนุมัติจริยธรรมการศึกษาวิจัยในคนให้กับโครงการวิจัยเรื่อง การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้อม อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม ลงวันที่ 13 มีนาคม 2561 เลขที่โครงการ HE610017

### 3.7 วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อรวบรวมข้อมูลและตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้ว ประมวลผลทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ (SPSS) โดยใช้สถิติดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ค่าสูงสุด (Maximum) ค่าต่ำสุด (Minimum)

2. สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การหาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล กับ การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด โดยใช้สถิติวิเคราะห์ ทดสอบความเป็นอิสระต่อกันของสองประชากร (Pearson Chi-square Test) และระหว่างระดับความรู้เรื่องโรคจิตเวชสารเสพติดและระดับทัศนคติของคนในชุมชนต่อผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด กับระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด โดยใช้สถิติวิเคราะห์ ทดสอบสมมติฐานโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient)

### 3.8 การนำเสนอข้อมูล

การนำเสนอผลการศึกษประกอบด้วย ตารางค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ค่าสูงสุด (Maximum) ค่าต่ำสุด (Minimum) การบรรยายประกอบตาราง การวิเคราะห์ค่าทางสถิติ สรุปผลจากการศึกษา ดังรายละเอียดที่จะ นำเสนอในบทที่ 4 และบทที่ 5 ต่อไป

## บทที่ 4

### ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การศึกษาเรื่อง “การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้อม อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้และทัศนคติของคนในชุมชนต่อผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดของคนในชุมชน โดยเก็บข้อมูล จากประชาชนในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้อม อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม ซึ่งมีอายุ 18 ปีขึ้นไป เป็นตัวแทนครัวเรือนละ 1 คน จำนวน 290 คน ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามไปจำนวนทั้งสิ้น 290 ชุด และได้รับแบบสอบถามคืนมาทั้งหมด โดยผลการศึกษาซึ่งวิเคราะห์จากแบบสอบถาม จำนวน 290 ชุด นำเสนอได้ 6 ส่วน ดังนี้

- 4.1 ปัจจัยส่วนบุคคล
- 4.2 ความรู้เรื่องโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด
- 4.3 ทัศนคติของคนในชุมชนต่อผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด
- 4.4 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด
- 4.5 การเปรียบเทียบความสัมพันธ์ของตัวแปร
- 4.6 การอภิปรายผลการศึกษา

#### 4.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด การดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด และตำแหน่งหน้าที่ในชุมชน ผลการศึกษาปรากฏ ดังนี้

เพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 157 คน ร้อยละ 54.10 และเพศชายรองลงมาจำนวน 133 คน ร้อยละ 45.90

อายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 40-61 ปี จำนวน 175 คน ร้อยละ 60.30 รองลงมาคืออายุ 18-39 ปี จำนวน 86 คน ร้อยละ 29.66 และอายุ 61-82 ปี จำนวน 29 คน ร้อยละ 10.00 โดยมีค่าเฉลี่ยอายุของกลุ่มตัวอย่าง ประมาณ 46 ปี

ระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา จำนวน 176 คน ร้อยละ 60.70 รองลงมาคือระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 62 คน ร้อยละ

21.40 ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. จำนวน 44 คน ร้อยละ 15.2 และระดับการศึกษาอนุปริญญา/ปวส. จำนวน 8 คน ร้อยละ 2.80

สถานภาพสมรส พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ สมรส จำนวน 204 คน ร้อยละ 70.30 รองลงมาคือโสด จำนวน 54 คน ร้อยละ 18.60 หม้าย จำนวน 23 คน หรือร้อยละ 7.90 และหย่าร้าง จำนวน 9 คน ร้อยละ 3.10

อาชีพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอาชีพเกษตรกรกรรม จำนวน 152 คน ร้อยละ 52.4 รองลงมาคือรับจ้างทั่วไป จำนวน 114 คน ร้อยละ 39.30 ค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว จำนวน 12 คน ร้อยละ 4.10 รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ จำนวน 7 คน ร้อยละ 2.40 และประกอบอาชีพอื่นๆ จำนวน 5 คน ร้อยละ 1.70

รายได้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีรายได้เฉลี่ย 600-4,480 บาท จำนวน 213 คน ร้อยละ 73.40 รองลงมาคือ รายได้เฉลี่ย 4,481-8,361 บาท จำนวน 51 คน ร้อยละ 17.60 รายได้เฉลี่ย 8,362-12,242 บาท จำนวน 23 คน ร้อยละ 7.90 รายได้เฉลี่ย 12,243-16,122 บาท จำนวน 2 คน ร้อยละ 0.70 และ รายได้เฉลี่ย 16,123-20,003 บาท จำนวน 1 คน ร้อยละ 0.30 โดยมีค่าเฉลี่ยรายได้เท่ากับ 3455.51 บาท

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีญาติหรือบุคคลใกล้ชิดเป็นผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด จำนวน 281 คน ร้อยละ 96.90 และมีญาติหรือบุคคลใกล้ชิดเป็นผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด จำนวน 9 คน ร้อยละ 3.10

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด จำนวน 284 คน ร้อยละ 97.9 และเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด จำนวน 6 คน ร้อยละ 2.10

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีตำแหน่งหน้าที่ในชุมชน จำนวน 242 คน ร้อยละ 83.40 และมีตำแหน่งหน้าที่ในชุมชน จำนวน 48 คน ร้อยละ 16.60 โดยส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นผู้นำชุมชน จำนวน 281 คน ร้อยละ 96.90 และเป็นผู้นำชุมชน จำนวน 9 คน ร้อยละ 3.10 นอกจากนั้นส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นอาสาสมัคร จำนวน 251 คน ร้อยละ 86.6 และเป็นอาสาสมัคร จำนวน 39 คน ร้อยละ 13.40 ดังปรากฏในตารางที่ 4.1



## ตารางที่ 4.1

จำนวน ร้อยละ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลของประชาชนในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้อม

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	133	45.90
หญิง	157	54.10
รวม	290	100.00
<b>อายุ</b>		
18-39 ปี	86	29.66
40-61 ปี	175	60.34
61-82 ปี	29	10.00
ค่าเฉลี่ยอายุเท่ากับ 46 ปี		
รวม	290	100.00
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ประถมศึกษา	176	60.70
มัธยมศึกษาตอนต้น	62	21.40
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	44	15.20
อนุปริญญา/ปวส.	8	2.80
รวม	290	100.00
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	54	18.60
สมรส	204	70.30
หม้าย	23	7.90
หย่าร้าง	9	3.10
รวม	290	100.00

## ตารางที่ 4.1

จำนวน ร้อยละ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลของประชาชนในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้อม (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>อาชีพ</b>		
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	7	2.40
รับจ้างทั่วไป	114	39.30
ค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว	12	4.10
เกษตรกรกรรม	152	52.40
อื่นๆ	5	1.70
รวม	290	100.00
<b>รายได้</b>		
600-4,480 บาท	213	73.40
4,481-8,361 บาท	51	17.60
8,362-12,242 บาท	23	7.90
12,243-16,122 บาท	2	0.70
16,123-20,003 บาท	1	0.30
ค่าเฉลี่ยรายได้เท่ากับ 3,455.51 บาท		
รวม	290	100.00
<b>มีญาติหรือบุคคลใกล้ชิดเป็นผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด</b>		
ติด	281	96.90
ไม่ติด	9	3.10
รวม	290	100.00
<b>เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด</b>		
ไม่ใช้	284	97.90
ใช้	6	2.10
รวม	290	100.00

## ตารางที่ 4.1

จำนวน ร้อยละ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลของประชาชนในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้อม (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>ตำแหน่งหน้าที่ในชุมชน</b>		
ไม่มี	242	83.40
มี	48	16.60
รวม	290	100.00
<b>ผู้นำชุมชน</b>		
ไม่เป็น	281	96.90
เป็น	9	3.10
รวม	290	100.00
<b>อาสาสมัคร</b>		
ไม่เป็น	251	86.60
เป็น	39	13.40
รวม	290	100.00

## 4.2 ความรู้เรื่องโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด

ความรู้เรื่องโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด ประกอบด้วย ความรู้ทั่วไปเรื่องโรคจิตเวช ความรู้เกี่ยวกับสารเสพติด และความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผลการศึกษาปรากฏดังนี้

ผู้วิจัยได้แบ่งระดับความรู้เรื่องโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด โดยแบ่งช่วงคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 0-11 คะแนน (ร้อยละ 60.00) คือ มีความรู้น้อย 12-15 คะแนน (ร้อยละ 70.00) คือ มีความรู้ปานกลาง 16-20 คะแนน (ร้อยละ 80.00) คือ มีความรู้มาก พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้เรื่องโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 181 คน ร้อยละ 62.40 รองลงมาคืออยู่ในระดับความรู้มาก จำนวน 98 คน ร้อยละ 33.80 และอยู่ในระดับน้อย จำนวน 11 คน ร้อยละ 3.80 โดยเฉลี่ยแล้วกลุ่มตัวอย่างตอบคำถามถูกต้อง ประมาณ 15 ข้อ ร้อยละ 70.00 ของข้อคำถามทั้งหมด ดังปรากฏในตารางที่ 4.2

## ตารางที่ 4.2

จำนวน ร้อยละ จำแนกตามระดับความรู้เรื่องโรคจิตเวชสารเสพติด ของประชาชนในเขต  
ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห่อม

ระดับความรู้เรื่องโรคจิตเวชสารเสพติด	จำนวน	ร้อยละ
มาก	98	33.80
ปานกลาง	181	62.40
น้อย	11	3.80
รวม	290	100

การศึกษาจำแนกระดับความรู้เรื่องโรคจิตเวชสารเสพติดรายข้อ พบประเด็นที่น่าสนใจ  
อย่างยิ่ง คือ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีความรู้ที่ถูกต้อง ว่าอาการหลงผิด ระวัง คิดว่าจะมีคนอื่นมาทำ  
ร้าย คือ อาการอย่างหนึ่งของผู้ป่วยจิตเวช (ข้อคำถามที่ 2) ดังปรากฏได้จากการที่กลุ่มตัวอย่าง  
ทั้งหมด จำนวน 290 คน สามารถตอบคำถามได้ถูกต้อง ร้อยละ 100.00 รองลงมาคือ ผู้ดูแลผู้ป่วย  
จิตเวชควรนับจำนวนเม็ดยาที่ผู้ป่วยรับประทานให้ตรงตามที่แพทย์สั่ง เพื่อป้องกันการขาดยาหรือ  
กินยาเกินขนาด (ข้อคำถามที่ 16) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถตอบคำถามได้ถูกต้อง จำนวน 283 คน  
ร้อยละ 97.60 และตอบได้ถูกต้องใกล้เคียงกัน จำนวน 282 คน ร้อยละ 97.20 ในความรู้ที่ว่า  
หากผู้ป่วยไม่รับประทานยา สามารถบดยาจิตเวชบางชนิดใส่อาหารให้รับประทานได้ (ข้อคำถามที่  
15)

ในทางตรงกันข้าม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ที่ไม่ถูกต้องว่า สุราและกัญชาจัดเป็น  
สารเสพติดชนิดอ่อน ไม่ทำให้ป่วยด้วยโรคจิตเวชสารเสพติด (ข้อคำถามที่ 12) ดังปรากฏได้จาก  
การที่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 242 คน ร้อยละ 83.40 ตอบคำถามในข้อนี้ไม่ถูกต้อง รองลงมาคือ ความรู้  
ที่ไม่ถูกต้องว่า คนในสังคมไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตเวชสารเสพติดได้ ต้องรักษาด้วย  
ยาจิตเวชเท่านั้น (ข้อคำถามที่ 20) ซึ่งมีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 196 คน ร้อยละ 67.60 ที่ตอบคำถาม  
ข้อนี้ไม่ถูกต้อง ท้ายที่สุดกลุ่มตัวอย่างอีก จำนวน 179 คน ก็มีความรู้ที่ไม่ถูกต้องที่ว่า การเสพสาร  
เสพติดในปริมาณน้อยอย่างต่อเนื่อง ไม่ทำให้ป่วยเป็นโรคจิตเวช (ข้อคำถามที่ 8) ร้อยละ 61.70  
ที่ตอบคำถามไม่ถูกต้องในข้อนี้

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ทั่วไปเรื่องโรคจิตเวชใน  
ระดับมาก ดังปรากฏจากที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบคำถามได้ถูกต้องร้อยละ 81.12 แต่ในด้าน  
ความรู้เกี่ยวกับสารเสพติดซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับน้อย ดังปรากฏจากที่

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบคำถามได้ถูกต้องร้อยละ 68.13 และด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบคำถามได้ถูกต้องร้อยละ 70.53 แปลผลได้ว่ามีความรู้ในระดับปานกลาง ดังปรากฏในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3

จำนวน ร้อยละ จำแนกตามระดับความรู้เรื่องโรคจิตเวชสารเสพติดรายข้อ ของประชาชนในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้อม

คำถามความรู้เรื่องโรคจิตเวชสารเสพติด	ตอบไม่ถูกต้อง		ตอบถูกต้อง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>ความรู้ทั่วไปเรื่องโรคจิตเวช</b>				
1. โรคจิตเวช คือ กลุ่มอาการทางจิตใจหรือพฤติกรรมที่ทำให้บุคคลนั้นเกิดความทุกข์ทรมาน หรือมีความบกพร่องในกิจวัตรต่างๆ	18	6.20	272	93.80
2. อาการหลงผิด ระแวง คิดว่าจะมีคนอื่นมาทำร้าย คืออาการอย่างหนึ่งของผู้ป่วยจิตเวช	0	0.00	290	100.00
3. หูแว่วโดยไม่เห็นตัวคนพูด เป็นอาการอย่างหนึ่งของโรคจิตเวช	10	3.40	280	96.60
4. เมื่อรักษาโรคทางจิตเวชจนหายแล้ว จะไม่มีโอกาสกลับมาเป็นโรคจิตเวชซ้ำได้อีก	99	34.10	191	65.90
5. ยารักษาโรคจิตเวชไม่ได้ออกฤทธิ์เร่งเหมือนยาแก้ปวด อาจจะใช้เวลาเป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือนกว่าจะเห็นผล	70	24.10	220	75.90
6. อาการมือสั่น ตัวแข็ง น้ำลายไหลมาก เป็นอาการที่เกิดจากผลข้างเคียงของยาจิตเวชไม่สามารถแก้ไขได้	132	45.50	158	54.50
รวม	54.83	18.88	235.17	81.12
<b>ความรู้เกี่ยวกับสารเสพติด</b>				
7. ผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดคือผู้ป่วยที่ป่วยโรคจิตเวชและมีการใช้สารเสพติดร่วมด้วย	23	7.90	267	92.10

## ตารางที่ 4.3

จำนวน ร้อยละ จำแนกตามระดับความรู้เรื่องโรคจิตเวชสารเสพติดรายข้อ ของประชาชนในเขต  
ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห่อม (ต่อ)

คำถามความรู้เรื่องโรคจิตเวชสารเสพติด	ตอบไม่ถูกต้อง		ตอบถูกต้อง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
8. การเสพสารเสพติดในปริมาณน้อยอย่าง ต่อเนื่อง ไม่ทำให้ป่วยเป็นโรคจิตเวช	179	61.70	111	38.30
9. การหยุดสารเสพติดอย่างเดี่ยวสามารถทำให้ หายจากโรคจิตเวชได้	107	36.90	183	63.10
10. สารเสพติดจะทำให้สารสื่อประสาทใน สมองผิดปกติ ทำให้เกิดภาวะสมองตึดยา	57	19.70	233	80.30
11. สิ่งสำคัญในการรักษาผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสาร เสพติดคือการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยใช้สารเสพติดซ้ำ	20	6.90	270	93.10
12. สุราและกัญชาจัดเป็นสารเสพติดชนิดอ่อน ไม่ทำให้ป่วยด้วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด	242	83.40	48	16.60
13. ผู้ใช้สารเสพติดมักมีอาการก้าวร้าว หงุดหงิด ง่าย ขาดเหตุผลและทำทุกทางเพื่อให้ได้ใช้ สารเสพติดมากขึ้น	19	6.60	271	93.40
รวม	92.43	31.87	197.57	68.13
<b>ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช</b>				
14. หากผู้ป่วยไม่ยอมนอนติดต่อกัน 3 วัน ญาติ ควรพาไปปรึกษาโรงพยาบาลใกล้บ้านหรือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก่อนไป โรงพยาบาลจิตเวช	60	20.70	230	79.30
15. หากผู้ป่วยไม่รับประทานยา สามารถบดยา จิตเวชบางชนิดใส่อาหารให้รับประทานได้	8	2.80	282	97.20
16. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชควรนับจำนวนเม็ดยาที่ ผู้ป่วยรับประทานให้ตรงตามที่แพทย์สั่ง เพื่อป้องกันการขาดยาหรือกินยาเกินขนาด	7	2.40	283	97.60

## ตารางที่ 4.3

จำนวน ร้อยละ จำแนกตามระดับความรู้เรื่องโรคจิตเวชสารเสพติดรายข้อ ของประชาชนในเขต  
ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้อม (ต่อ)

คำถามความรู้เรื่องโรคจิตเวชสารเสพติด	ตอบไม่ถูกต้อง		ตอบถูกต้อง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
17. หากผู้ป่วยมีอาการกำเริบ คนในชุมชนควรซึ่ง ผู้ป่วยไว้จนกว่าอาการจะทุเลาลงเอง	160	55.20	130	44.80
18. หากผู้ป่วยคิดว่าตนเองหายจากโรคจิตเวชแล้ว สามารถหยุดกินยาได้ด้วยตนเอง	74	25.50	216	74.50
19. ยารักษาโรคจิตเวชทำให้อาการหวาดระแวง ก้าวร้าว วุ่นวาย อดอยากเดินไปเรื่อยเปื่อย ของผู้ป่วยลดน้อยลง	93	32.10	197	67.90
20. คนในสังคมไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยโรคร่วม จิตเวชสารเสพติดได้ ต้องรักษาด้วยยาจิตเวช เท่านั้น	196	67.60	94	32.40
รวม	85.43	29.47	204.57	70.53

#### 4.3 ทักษะของคนในชุมชนต่อผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด

ทักษะของคนในชุมชนต่อผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด ประกอบด้วย ด้านสติและ  
เหตุผล ด้านความรู้สึก และด้านพฤติกรรม ผลการศึกษาปรากฏดังนี้

ผู้วิจัยได้แบ่งระดับทักษะของคนในชุมชนต่อผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด ออกเป็น  
3 ระดับ ตามเกณฑ์การแปลความหมาย เพื่อจัดระดับคะแนนเฉลี่ย คือ คะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00  
แปลความว่า ทักษะดีในทางบวก คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66 แปลความว่า ไม่แสดงออกทางทักษะดี  
หรือมีทักษะดีเฉยๆ คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 แปลความว่า ทักษะดีในทางลบ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง  
ส่วนใหญ่มี ระดับทักษะดีต่อผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด แบบไม่แสดงออกทางทักษะดีหรือ  
มีทักษะดีเฉยๆ จำนวน 187 คน ร้อยละ 64.50 รองลงมาคือทักษะดีในทางบวก จำนวน 103 คน  
ร้อยละ 35.50 และไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีทักษะดีในทางลบ ดังปรากฏในตารางที่ 4.4



## ตารางที่ 4.4

จำนวน ร้อยละ จำแนกตามระดับทัศนคติของคนในชุมชนต่อผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดของประชาชนในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้อม

ทัศนคติของคนในชุมชนต่อผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด	จำนวน	ร้อยละ
ทัศนคติในทางบวก	103	35.50
ไม่แสดงออกทางทัศนคติหรือมีทัศนคติเฉยๆ	187	64.50
ทัศนคติในทางลบ	0	0.00
รวม	290	100

การศึกษาจำแนกทัศนคติของคนในชุมชนต่อผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติทางบวกด้วยค่าเฉลี่ย 4.08 ว่าสามารถแจ้งให้ญาตินำผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดไปรับการรักษาได้เมื่ออาการกำเริบ (ข้อคำถามที่ 14) ดังปรากฏจากการที่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 116 คน ตอบว่าเห็นด้วยอย่างยิ่ง ร้อยละ 40.00 รองลงมาคือตอบว่าเห็นด้วย จำนวน 86 คน ร้อยละ 29.70 ตอบว่าไม่แน่ใจ จำนวน 85 คน ร้อยละ 29.30 ไม่เห็นด้วย จำนวน 2 คน ร้อยละ 0.70 และตอบว่าไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวนเพียง 1 คน ร้อยละ 0.30 และยังมีทัศนคติทางบวก เชื่อว่าการใช้สารเสพติดทำให้เกิดโรคจิตเวชได้ (ข้อคำถามที่ 4) ด้วยค่าเฉลี่ย 3.99 จากการที่กลุ่มตัวอย่างตอบว่าเห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 106 คน ร้อยละ 36.60 รองลงมาคือตอบว่าไม่แน่ใจ จำนวน 105 คน ร้อยละ 36.20 ตอบว่าเห็นด้วย จำนวน 78 คน ร้อยละ 26.90 และและตอบว่าไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวนเพียง 1 คน ร้อยละ 0.30 และมีกลุ่มตัวอย่างที่ค่าเฉลี่ย 3.90 แสดงว่ามีทัศนคติทางบวก คือ รู้สึกว่าผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดต้องการที่จะมีความสุขเช่นเดียวกับคนอื่น ๆ ในชุมชน (ข้อคำถามที่ 9) ดังปรากฏจากการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบว่าเห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 102 คน ร้อยละ 35.20 รองลงมาคือ ตอบว่าไม่แน่ใจ จำนวน 96 คน ร้อยละ 33.10 ตอบว่าเห็นด้วย จำนวน 76 คน ร้อยละ 26.20 ตอบว่าไม่เห็นด้วย จำนวน 15 คน ร้อยละ 5.20 และจำนวนเพียง 1 คน ร้อยละ 0.30 ที่ตอบว่าไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ทั้งนี้ ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่แสดงออกทางทัศนคติหรือมีทัศนคติเฉยๆ คือ รู้สึกว่าผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด สร้างปัญหาให้แก่ชุมชนของตนเอง (ข้อคำถามที่ 10) ด้วยค่าเฉลี่ย 2.85 ดังปรากฏจากการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบว่าไม่แน่ใจ จำนวน 102 คน ร้อยละ 35.20 รองลงมาคือ ตอบว่าไม่เห็นด้วย จำนวน 94 คน ร้อยละ 32.40 ตอบว่าเห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 47 คน ร้อยละ 16.20 ตอบว่าเห็นด้วย จำนวน 46 คน ร้อยละ 15.90 และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 1 คน ร้อยละ

0.30 และมีค่าเฉลี่ยที่ใกล้เคียงกัน 2.88 คือรู้สึกว่าการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษายังสถานบำบัดไม่ใช่หน้าที่โดยตรง ควรให้ญาติหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขดำเนินการเท่านั้น (ข้อคำถามที่ 11) ดังปรากฏจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบว่าไม่แน่ใจ จำนวน 117 คน ร้อยละ 40.30 รองลงมาคือ ตอบว่าไม่เห็นด้วย จำนวน 81 คน ร้อยละ 27.90 ตอบว่าเห็นด้วย 69 คน ร้อยละ 23.80 ตอบว่าเห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 23 คน ร้อยละ 7.90 และไม่มีกลุ่มตัวอย่างตอบว่าไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างไม่แสดงออกทางทัศนคติหรือมีทัศนคติเฉยๆ ในข้อนี้

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติด้านสติและเหตุผล ในระดับไม่แสดงออกทางทัศนคติหรือมีทัศนคติเฉยๆ ดังปรากฏจากคะแนนเฉลี่ย 3.48 ในด้านความรู้สึก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่แสดงออกทางทัศนคติหรือมีทัศนคติเฉยๆ ด้วยคะแนนเฉลี่ย 3.46 และในด้านพฤติกรรม มีคะแนนเฉลี่ย 3.62 คือไม่แสดงออกทางทัศนคติหรือมีทัศนคติเฉยๆ เช่นเดียวกัน ดังปรากฏในตารางที่ 4.5

#### ตารางที่ 4.5

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามระดับทัศนคติของคนในชุมชนต่อผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดรายข้อ ของประชาชนในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้อม

คำถามวัดทัศนคติของ คนในชุมชนต่อผู้ป่วยโรคร่วม จิตเวชสารเสพติด	ทัศนคติ (จำนวน/ร้อยละ)					$\bar{X}$	S.D.	การ แปล ผล
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็นด้วย	ไม่ เห็นด้วย อย่างยิ่ง			
<b>ด้านสติและเหตุผล</b>								
1. เชื่อว่าโรคร่วมจิตเวช สารเสพติดสามารถรักษา ให้หายขาดได้	76 (26.20)	55 (19.00)	152 (52.40)	7 (2.40)	0 (0.00)	3.68	0.88	บวก
2. เชื่อว่าการป่วยโรคร่วม จิตเวชสารเสพติดไม่ต้อง ได้รับการรักษา เพราะ ผู้ป่วยไปใช้สารเสพติด จนเกิดโรคจิตเวชเอง	34 (11.70)	51 (17.60)	107 (36.90)	38 (13.10)	60 (20.70)	3.13	1.26	เฉยๆ

ตารางที่ 4.5

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามระดับทัศนคติของคนในชุมชนต่อผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดรายข้อ ของประชาชนในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้อม (ต่อ)

คำถามวัดทัศนคติของคน ในชุมชนต่อผู้ป่วยโรคร่วม จิตเวชสารเสพติด	ทัศนคติ (จำนวน/ร้อยละ)					$\bar{X}$	S.D.	การ แปล ผล
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่ เห็นด้วย	ไม่ เห็นด้วย อย่างยิ่ง			
3. เชื่อว่าท่านสามารถอยู่ ร่วมกับผู้ป่วยโรคร่วม จิตเวชสารเสพติดใน ชุมชนได้	48 (16.60)	87 (30.00)	145 (50.00)	10 (3.40)	0 (0.00)	3.59	0.80	บวก
4. เชื่อว่าการใช้สารเสพติด ทำให้เกิดโรคจิตเวชได้	106 (36.60)	78 (26.90)	105 (36.20)	1 (0.30)	0 (0.00)	3.99	0.86	บวก
5. เชื่อว่าคนที่ใช้สารเสพติด และมีอาการทางจิตเวช ไม่สามารถกลับมาเป็น ปกติได้	12 (4.1)	59 (20.30)	140 (48.30)	76 (26.20)	3 (1.00)	2.99	0.82	เฉยๆ
รวม	57.60 (19.86)	66.00 (22.76)	129.80 (44.76)	26.40 (9.10)	12.60 (4.34)	3.48	0.92	เฉยๆ
<b>ด้านความรู้สึก</b>								
6. รู้สึกเห็นใจผู้ป่วยที่ใช้ สารเสพติดและมีอาการ ทางจิตเวชร่วมด้วย	20 (6.90)	188 (64.80)	77 (26.60)	5 (1.70)	0 (0.00)	3.77	0.59	บวก
7. รู้สึกว่าผู้ป่วยโรคร่วมจิต เวชสารเสพติดสามารถทำ ประโยชน์ให้แก่ชุมชนได้	12 (4.10)	165 (56.90)	106 (36.60)	6 (2.10)	1 (0.30)	3.63	0.62	เฉยๆ

## ตารางที่ 4.5

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามระดับทัศนคติของคนในชุมชนต่อผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดรายข้อ ของประชาชนในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้อม (ต่อ)

คำถามวัดทัศนคติของคน ในชุมชนต่อผู้ป่วยโรคร่วม จิตเวชสารเสพติด	ทัศนคติ (จำนวน/ร้อยละ)					$\bar{X}$	S.D.	การ แปล ผล
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่ เห็นด้วย	ไม่ เห็นด้วย อย่างยิ่ง			
8. รู้สึกอับอายที่มีคนป่วย โรคร่วมจิตเวชสารเสพติด อยู่ในชุมชน	5 (1.70)	65 (22.40)	108 (37.20)	102 (35.20)	10 (3.40)	3.16	0.87	เฉยๆ
9. รู้สึกว่าผู้ป่วยโรคร่วมจิต เวชสารเสพติดต้องการที่ จะมีความสุขเช่นเดียวกับ คนอื่นๆ ในชุมชน	102 (35.20)	76 (26.20)	96 (33.10)	15 (5.20)	1 (0.30)	3.90	0.95	บวก
10. รู้สึกว่าผู้ป่วยโรคร่วม จิตเวชสารเสพติด สร้างปัญหาให้แก่ชุมชน	47 (16.20)	46 (15.90)	102 (35.20)	94 (32.40)	1 (0.30)	2.85	1.06	เฉยๆ
รวม	37.20 (12.82)	108.00 (37.24)	97.80 (33.74)	44.40 (15.32)	2.60 (0.86)	3.46	0.82	เฉยๆ
<b>ด้านพฤติกรรม</b>								
11. รู้สึกว่าการส่งต่อผู้ป่วย ไปรับการรักษายังสถาน บำบัดไม่ใช่หน้าที่โดยตรง ของท่าน ควรให้ญาติหรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดำเนินการเท่านั้น	23 (7.90)	69 (23.80)	117 (40.30)	81 (27.90)	0 (0.00)	2.88	0.90	เฉยๆ

## ตารางที่ 4.5

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามระดับทัศนคติของคนในชุมชนต่อผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดรายข้อ ของประชาชนในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้อม (ต่อ)

คำถามวัดทัศนคติของคน ในชุมชนต่อผู้ป่วยโรคร่วม จิตเวชสารเสพติด	ทัศนคติ (จำนวน/ร้อยละ)					$\bar{X}$	S.D.	การ แปล ผล
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่ เห็นด้วย	ไม่ เห็นด้วย อย่างยิ่ง			
12. สามารถทำกิจกรรม ประจำวัน เช่น การรับ ประทานอาหาร ร่วมกับ ผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวช สารเสพติดได้อย่างปกติ	47 (16.20)	105 (36.20)	135 (46.60)	3 (1.00)	0 (0.00)	3.66	0.75	บวก
13. สามารถทำกิจกรรมทาง สังคม เช่น งานประเพณี ต่างๆ ร่วมกับผู้ป่วยโรค ร่วมจิตเวชสารเสพติดได้ อย่างปกติ	50 (17.20)	114 (39.30)	123 (42.40)	2 (0.70)	1 (0.30)	3.72	0.76	บวก
14. สามารถแจ้งให้ญาตินำ ผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวช สารเสพติดไปรับการรักษา ได้เมื่ออาการกำเริบ	116 (40.00)	86 (29.70)	85 (29.30)	2 (0.70)	1 (0.30)	4.08	0.86	บวก
15. ปฏิบัติตัวต่อผู้ป่วยโรคร่วม จิตเวชสารเสพติด เช่นเดียวกับสมาชิก คนอื่นๆ ในชุมชน เหมือน เป็นส่วนหนึ่งของชุมชน	55 (19.00)	118 (40.70)	115 (39.70)	0 (0.00)	2 (0.70)	3.77	0.77	บวก
รวม	58.20 (20.06)	98.40 (33.93)	115 (39.65)	17.60 (6.07)	0.80 (0.27)	3.62	0.81	เฉยๆ

#### 4.4 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในระดับข้อมูลข่าวสาร การมีส่วนร่วมในระดับให้ความคิดเห็น การมีส่วนร่วมในระดับเข้ามามีบทบาท การมีส่วนร่วมในระดับสร้างความร่วมมือ และการมีส่วนร่วมในระดับการเสริมพลังอำนาจ

ผู้วิจัยได้แบ่งระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด ออกเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์การแปลความหมาย เพื่อจัดระดับคะแนนเฉลี่ย คือ คะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00 แปลความว่า มีส่วนร่วมระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66 แปลความว่า มีส่วนร่วมระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 แปลความว่า มีส่วนร่วมระดับน้อย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด ในระดับมาก จำนวน 128 คน ร้อยละ 44.10 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง จำนวน 91 คน ร้อยละ 31.40 และระดับน้อย จำนวน 71 คน ร้อยละ 24.50 ดังปรากฏในตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดของประชาชนในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้อม

ระดับการมีส่วนร่วม	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
ระดับข้อมูลข่าวสาร	3.98	0.91	มาก
ระดับให้ความคิดเห็น	3.39	1.24	ปานกลาง
ระดับเข้ามามีบทบาท	3.13	1.24	ปานกลาง
ระดับสร้างความร่วมมือ	2.98	1.20	ปานกลาง
ระดับเสริมอำนาจ	2.92	1.48	ปานกลาง

การศึกษาจำแนกตามการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในระดับปานกลางมากที่สุด จำนวน 14 ข้อ โดยคิดเห็นว่าเป็นข้อที่คนในชุมชนควรมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด (ข้อคำถามที่ 5) เป็นข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ 3.66 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบว่าปฏิบัติสม่ำเสมอ จำนวน 120 คน ร้อยละ 41.40 รองลงมาคือ ปฏิบัติบางครั้ง จำนวน 55 คน ร้อยละ 19.00 ส่วนใหญ่ไม่ปฏิบัติ จำนวน 52 คน

ร้อยละ 17.90 ปฏิบัติบ่อยครั้ง จำนวน 43 คน ร้อยละ 14.80 และจำนวน 20 คน ร้อยละ 6.90 ตอบว่าไม่เคยปฏิบัติเลย นอกจากนั้นกลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในระดับมาก จำนวน 3 ข้อ โดยทราบว่า มีผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดในชุมชน (ข้อคำถามที่ 1) เป็นข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ 4.36 ดังปรากฏจากการที่กลุ่มตัวอย่างกว่า 183 คน ร้อยละ 63.10 ปฏิบัติบ่อยครั้ง รองลงมาคือ ปฏิบัติสม่ำเสมอ จำนวน 105 คน ร้อยละ 36.20 และปฏิบัติบางครั้ง จำนวน 2 คน ร้อยละ 0.70 ทั้งนี้ไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่ตอบว่าส่วนใหญ่ไม่ปฏิบัติและไม่เคยปฏิบัติเลย ทั้งนี้ประเด็นที่น่าสนใจคือไม่มีข้อใดที่กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมน้อยเลย

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า การมีส่วนร่วมระดับข้อมูลข่าวสาร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีส่วนร่วมระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 3.98 การมีส่วนร่วมระดับให้ความคิดเห็น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีส่วนร่วมระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.39 การมีส่วนร่วมระดับเข้ามามีบทบาท กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.13 การมีส่วนร่วมระดับสร้างความร่วมมือ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีส่วนร่วมระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 2.98 ซึ่งใกล้เคียงกับการมีส่วนร่วมระดับเสริมพลังอำนาจให้แก่ประชาชน คะแนนเฉลี่ย 2.92 ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในระดับปานกลาง ดังปรากฏในตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดรายข้อ ของประชาชนในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห่อม

คำถามวัดการมีส่วนร่วม ของชุมชนในการดูแล ผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวช สารเสพติด	การมีส่วนร่วม (จำนวน/ร้อยละ)					$\bar{X}$	S.D.	การ แปล ผล
	ปฏิบัติ สม่ำเสมอ	ปฏิบัติ บ่อย ครั้ง	ปฏิบัติ บาง ครั้ง	ส่วนใหญ่ ไม่ ปฏิบัติ	ไม่เคย ปฏิบัติ เลย			
<b>ระดับข้อมูลข่าวสาร</b>								
1. ทราบว่ามีผู้ป่วยโรคร่วม จิตเวชสารเสพติดใน ชุมชนของท่าน	105 (36.20)	183 (63.10)	2 (0.70)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.36	0.49	มาก



ตารางที่ 4.7

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดรายข้อ ของประชาชนในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้อม (ต่อ)

คำถามวัดการมีส่วนร่วม ของชุมชนในการดูแล ผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวช สารเสพติด	การมีส่วนร่วม (จำนวน/ร้อยละ)					$\bar{X}$	S.D.	การ แปล ผล
	ปฏิบัติ สม่ำเสมอ	ปฏิบัติ บ่อย ครั้ง	ปฏิบัติ บาง ครั้ง	ส่วนใหญ่ ไม่ ปฏิบัติ	ไม่เคย ปฏิบัติ เลย			
2. ทราบว่ามีสถาน พยาบาลที่สามารถ รักษาผู้ป่วยโรคร่วม จิตเวชสารเสพติดได้	104 (35.9)	178 (61.40)	8 (2.8)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.33	0.52	มาก
3. ทราบว่าจะสามารถหา ข้อมูลเกี่ยวกับโรคร่วม จิตเวชสารเสพติดได้ จากที่ไหน แหล่งใด หรือจากใคร	87 (30.00)	66 (22.80)	68 (23.40)	49 (16.90)	20 (6.90)	3.52	1.27	ปาน กลาง
4. เข้าร่วมรับทราบข้อมูล ในการประชาสัมพันธ์เพื่อให้ ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย โรคร่วมจิตเวชสารเสพติด ในชุมชนของท่าน	120 (41.40)	54 (18.60)	47 (16.20)	49 (16.90)	20 (6.90)	3.71	1.34	มาก
รวม	104.00 (35.86)	120.25 (41.47)	31.25 (10.78)	24.50 (8.45)	10.00 (3.45)	3.98	0.91	มาก
<b>ระดับให้ความคิดเห็น</b>								
5. คิดเห็นว่าคนในชุมชน ควรมีส่วนร่วมใน การดูแลผู้ป่วยโรคร่วม จิตเวชสารเสพติด	120 (41.40)	43 (14.80)	55 (19.00)	52 (17.90)	20 (6.90)	3.66	1.35	ปาน กลาง

ตารางที่ 4.7

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดรายข้อ ของประชาชนในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้อม (ต่อ)

คำถามวัดการมีส่วนร่วม ของชุมชนในการดูแล ผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวช สารเสพติด	การมีส่วนร่วม (จำนวน/ร้อยละ)					$\bar{X}$	S.D.	การ แปล ผล
	ปฏิบัติ สม่ำเสมอ	ปฏิบัติ บ่อย ครั้ง	ปฏิบัติ บาง ครั้ง	ส่วนใหญ่ ไม่ ปฏิบัติ	ไม่เคย ปฏิบัติ เลย			
6. ร่วมแสดงความคิดเห็น ในการทำประชาคม เกี่ยวกับการให้ความ ช่วยเหลือผู้ป่วยโรคร่วม จิตเวชสารเสพติดใน ชุมชนของท่าน	108 (37.20)	40 (13.80)	72 (24.80)	49 (16.90)	21 (7.20)	3.57	1.33	ปาน กลาง
7. ร่วมเสนอแนะแนวทาง ในการจัดการปัญหาที่ เกิดจากผู้ป่วยโรคร่วม จิตเวชสารเสพติดใน ชุมชนของท่าน	54 (18.60)	87 (30.00)	70 (24.10)	55 (19.00)	24 (8.30)	3.32	1.21	ปาน กลาง
8. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย โรคร่วมจิตเวชสารเสพติด ในชุมชนและบริบทของ ชุมชนของท่านให้แก่ ผู้เกี่ยวข้องในการดูแล ผู้ป่วย	21 (7.20)	70 (24.10)	117 (40.30)	54 (18.60)	28 (9.70)	3.01	1.05	ปาน กลาง
รวม	75.75 (26.12)	60.00 (20.69)	78.50 (27.07)	52.50 (18.10)	23.25 (8.02)	3.39	1.24	ปาน กลาง

ตารางที่ 4.7

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดรายข้อ ของประชาชนในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้อม (ต่อ)

คำถามวัดการมีส่วนร่วม ของชุมชนในการดูแล ผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวช สารเสพติด	การมีส่วนร่วม (จำนวน/ร้อยละ)					$\bar{X}$	S.D.	การ แปล ผล
	ปฏิบัติ สม่ำเสมอ	ปฏิบัติ บ่อย ครั้ง	ปฏิบัติ บาง ครั้ง	ส่วนใหญ่ ไม่ ปฏิบัติ	ไม่เคย ปฏิบัติ เลย			
<b>ระดับเข้ามามีบทบาท</b>								
9. มีส่วนร่วมในการแจ้ง ญาติหรือผู้นำชุมชน เพื่อนำผู้ป่วยโรคร่วม จิตเวชสารเสพติดใน ชุมชนของท่านไปเข้า รับการรักษา	80 (27.60)	22 (7.60)	102 (35.20)	57 (19.70)	29 (10.00)	3.23	1.31	ปาน กลาง
10. มีส่วนร่วมในการร่วม คิดร่วมวางแผน ให้ ความช่วยเหลือผู้ป่วย โรคร่วมจิตเวชสารเสพติด ในชุมชนของท่าน	20 (6.90)	71 (24.5)	117 (40.30)	53 (18.30)	29 (10.00)	3.00	1.05	ปาน กลาง
11. ให้ความช่วยเหลือ เจ้าหน้าที่ในขณะที่ กำลังควบคุมพฤติกรรม ของผู้ป่วยที่อาจจะเป็น อันตรายต่อตัวผู้ป่วย เองหรือคนอื่น	64 (22.10)	54 (18.60)	82 (28.30)	42 (14.50)	48 (16.60)	3.15	1.36	ปาน กลาง
รวม	54.67 (18.85)	49.00 (16.90)	100.33 (34.60)	50.67 (17.47)	26.50 (9.14)	3.13	1.24	ปาน กลาง

ตารางที่ 4.7

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดรายข้อ ของประชาชนในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้อม (ต่อ)

คำถามวัดการมีส่วนร่วม ของชุมชนในการดูแล ผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวช สารเสพติด	การมีส่วนร่วม (จำนวน/ร้อยละ)					$\bar{X}$	S.D.	การ แปล ผล
	ปฏิบัติ สม่ำเสมอ	ปฏิบัติ บ่อย ครั้ง	ปฏิบัติ บาง ครั้ง	ส่วนใหญ่ ไม่ ปฏิบัติ	ไม่เคย ปฏิบัติ เลย			
<b>ระดับสร้างความร่วมมือ</b>								
12 เป็นผู้เข้าไปให้ความ ช่วยเหลือนำผู้ป่วยส่ง โรงพยาบาลเมื่ออาการ โรคร่วมจิตเวชสาร เสพติดของผู้ป่วยกำเริบ	16 (5.50)	72 (24.80)	114 (39.30)	40 (13.80)	48 (16.60)	2.89	1.12	ปาน กลาง
13 ชักชวนให้ผู้ป่วยโรค ร่วมจิตเวชสารเสพติด ร่วมทำกิจกรรมต่างๆ กับคนในชุมชนเพื่อ เข้ามาเป็นส่วนหนึ่ง ของชุมชน	20 (6.90)	80 (27.60)	101 (34.80)	57 (19.70)	32 (11.00)	3.00	1.09	ปาน กลาง
14 มีส่วนร่วมในการเป็น เครือข่ายเฝ้าระวังและ ติดตามดูแลผู้ป่วยโรค ร่วมจิตเวชสารเสพติด ในชุมชนของท่าน	68 (23.40)	30 (10.30)	96 (33.10)	44 (15.20)	52 (17.90)	3.06	1.38	ปาน กลาง
รวม	34.67 (11.95)	60.67 (20.92)	103.67 (35.75)	47.00 (16.21)	44.00 (15.17)	2.98	1.20	ปาน กลาง

ตารางที่ 4.7

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดรายข้อ ของประชาชนในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้อม (ต่อ)

คำถามวัดการมีส่วนร่วม ของชุมชนในการดูแล ผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวช สารเสพติด	การมีส่วนร่วม (จำนวน/ร้อยละ)					$\bar{X}$	S.D.	การ แปล ผล
	ปฏิบัติ สม่ำเสมอ	ปฏิบัติ บ่อย ครั้ง	ปฏิบัติ บาง ครั้ง	ส่วนใหญ่ ไม่ ปฏิบัติ	ไม่เคย ปฏิบัติ เลย			
<b>ระดับเสริมอำนาจ</b>								
15. สามารถเสริมสร้างแรงจูงใจ ให้แก่คนอื่นในชุมชนให้หัน มาร่วมกันดูแลผู้ป่วยโรค ร่วมจิตเวชสารเสพติดใน ชุมชนของท่าน (การเป็น วิทยากรให้ความรู้ การเป็น ผู้นำกลุ่ม/เครือข่ายใน การดูแลผู้ป่วย)	64 (22.1)	35 (12.10)	96 (33.10)	14 (4.80)	81 (27.90)	2.96	1.47	ปาน กลาง
16. มีส่วนร่วมในการริเริ่ม ระบบการช่วยเหลือดูแล ผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสาร เสพติดในชุมชนของท่าน	62 (21.40)	17 (5.90)	107 (36.90)	17 (5.90)	87 (30.00)	2.82	1.47	ปาน กลาง
17. มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อน นโยบายเกี่ยวกับการดูแล ผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวช สารเสพติดในชุมชน ของท่าน	56 (19.30)	65 (22.40)	65 (22.40)	19 (6.60)	85 (29.30)	2.96	1.50	ปาน กลาง
รวม	60.67 (11.11)	39 (13.45)	89.33 (30.80)	16.67 (5.75)	84.33 (29.08)	2.92	1.48	ปาน กลาง

#### 4.5 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปร

ในการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์ กับระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวช สารเสพติด โดยเลือกปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ และการมีตำแหน่งหน้าที่ในชุมชน มาเปรียบเทียบ ซึ่งสามารถเขียนเป็นสมมติฐานทางสถิติ และทดสอบสมมติฐานโดยการทดสอบความเป็นอิสระต่อกัน ของสองประชากร (Pearson Chi-square Test) และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างตัวแปรอิสระ และตัวแปรตาม ระหว่างระดับความรู้เรื่องโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดและระดับทัศนคติของคนในชุมชนต่อผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด กับระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวช สารเสพติด ซึ่งสามารถเขียนเป็นสมมติฐานทางสถิติ และทดสอบสมมติฐานโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) ได้ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 เพศมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วม จิตเวชสารเสพติด

$H_0$ : เพศไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวช สารเสพติด

$H_1$ : เพศมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวช สารเสพติด

#### ตารางที่ 4.8

จำนวน ร้อยละ และความเป็นอิสระต่อกันของสองประชากร (Pearson Chi-square test) ทดสอบ ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดกับเพศ

เพศ	ระดับการมีส่วนร่วม						รวม		$\chi^2$	p-value
	น้อย		ปานกลาง		มาก		จำนวน	ร้อยละ		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
ชาย	25	8.62	38	13.10	70	24.14	133	45.86	7.877	0.019*
หญิง	46	15.86	53	18.28	58	20.00	157	54.14		
รวม	71	24.48	91	31.38	128	44.14	290	100.00		

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 4.8 พบว่า ค่า p-value = 0.019 ระดับนัยสำคัญ ( $\bar{X}$ ) = 0.05

ดังนั้น เมื่อค่า p-value น้อยกว่า ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ( $\bar{X}$ ) จึงปฏิเสธ  $H_0$  ยอมรับ  $H_1$  สรุปได้ว่าเพศมีความสัมพันธ์กับระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สมมติฐานที่ 2 การมีตำแหน่งหน้าที่ในชุมชนมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด

$H_0$ : การมีตำแหน่งหน้าที่ในชุมชนไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด

$H_1$ : การมีตำแหน่งหน้าที่ในชุมชนมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด

#### ตารางที่ 4.9

จำนวน ร้อยละ และความเป็นอิสระต่อกันของสองประชากร (Pearson Chi-square test) ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดกับการมีตำแหน่งหน้าที่ในชุมชน

การมีตำแหน่งหน้าที่ในชุมชน	ระดับการมีส่วนร่วม						รวม		$\chi^2$	p-value
	น้อย		ปานกลาง		มาก		จำนวน	ร้อยละ		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
ไม่มี	65	22.41	90	31.03	87	30.00	242	83.45	41.312	0.000*
มี	6	2.07	1	0.34	41	14.14	48	16.55		
รวม	71	24.48	91	31.37	128	44.14	290	100.00		

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากตารางที่ 4.9 พบว่า ค่า p-value = 0.000 ระดับนัยสำคัญ ( $\bar{X}$ ) = 0.01

ดังนั้น เมื่อค่า p-value น้อยกว่า ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ( $\bar{X}$ ) จึงปฏิเสธ  $H_0$  ยอมรับ  $H_1$  สรุปได้ว่า การมีตำแหน่งหน้าที่ในชุมชนมีความสัมพันธ์กับระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01



สมมติฐานที่ 3 ระดับความรู้เรื่องโรคจิตเวชสารเสพติดและระดับทัศนคติของคนในชุมชนต่อผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดมีความสัมพันธ์กับระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด

$H_0$ : ระดับความรู้เรื่องโรคจิตเวชสารเสพติดและระดับทัศนคติของคนในชุมชนต่อผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด

$H_1$ : ระดับความรู้เรื่องโรคจิตเวชสารเสพติดและระดับทัศนคติของคนในชุมชนต่อผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด มีความสัมพันธ์กับระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด

#### ตารางที่ 4.10

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) ทดสอบระหว่างระดับความรู้เรื่องโรคจิตเวชสารเสพติดและระดับทัศนคติของคนในชุมชนต่อผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด กับระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด

ระดับความรู้เรื่องโรคจิตเวชสารเสพติดและระดับทัศนคติของคนในชุมชนต่อผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด	ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p-value
ระดับความรู้	0.135	0.021*
ระดับทัศนคติ	0.186	0.001**

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

\*\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากตารางที่ 4.10 พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r) ของระดับความรู้  $r = 0.135$  และระดับทัศนคติ  $r = 0.186$  ค่า p-value ของระดับความรู้  $p = 0.021$  และระดับทัศนคติ  $p = 0.001$  ระดับนัยสำคัญ ( $\bar{X}$ ) ของระดับความรู้  $\bar{X} = 0.05$  และระดับทัศนคติ  $\bar{X} = 0.01$

ดังนั้น เมื่อระดับความรู้เรื่องโรคจิตเวชสารเสพติดและระดับทัศนคติของคนในชุมชนต่อผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด มีค่า p-value น้อยกว่า ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ( $\bar{X}$ ) จึงปฏิเสธ  $H_0$  ยอมรับ  $H_1$  สรุปได้ว่าระดับความรู้เรื่องโรคจิตเวชสารเสพติด มีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกันกับ

ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และระดับทัศนคติของคนในชุมชนต่อผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด มีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกันกับระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

#### 4.6 การอภิปรายผลการศึกษา

การศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้อม อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม เป็นการศึกษาระดับความรู้และทัศนคติของคนในชุมชนต่อผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดของคนในชุมชน ซึ่งมีข้อมูลที่เป็นประเด็นสำคัญ ที่นำมาอภิปรายผลการศึกษาดังนี้

##### 4.6.1 การศึกษาระดับความรู้และทัศนคติของคนในชุมชนต่อผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด

จากการศึกษา กลุ่มตัวอย่างจากประชาชนในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้อม อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด และระดับอนุปริญาหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) น้อยที่สุด มีสถานภาพสมรสและมีอาชีพเกษตรกรกรรมเป็นส่วนใหญ่ โดยมีค่าเฉลี่ยรายได้เท่ากับ 3,455.51 บาท มีจำนวน 9 คน ที่เป็นญาติหรือบุคคลใกล้ชิดผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด และมีเพียง 6 คนเท่านั้นที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด ในขณะที่มีผู้มีตำแหน่งหน้าที่ในชุมชน 48 คน โดยแบ่งเป็นผู้นำชุมชน จำนวน 9 คน และอาสาสมัคร จำนวน 39 คน

ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนในเขตพื้นที่ที่ใกล้เคียงกับโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ ซึ่งเป็นหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เป็นโรงพยาบาลที่มีการให้บริการเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช โดยบริการหลักประการหนึ่งที่สำคัญคือบริการสุขภาพจิตชุมชน เช่น การเผยแพร่เอกสารความรู้ประกอบการอบรมเสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม โดยเฉพาะความรู้เบื้องต้นที่ประชาชนทั่วไปควรทราบ ได้แก่ อาการของโรคจิตเวช ประกอบด้วย อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน และมีพฤติกรรมเปลี่ยนไปจากเดิมอย่างมาก ซึ่งจากการลงพื้นที่ไปให้ความรู้ และทำกิจกรรมเชิงรุกกับชุมชนอย่างต่อเนื่อง ทำให้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีความรู้ที่ถูกต้องว่า อาการหลงผิด ระวัง คิดว่าจะมีคนอื่น

มาทำร้าย คือ อาการอย่างหนึ่งของผู้ป่วยจิตเวช และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 62.40 มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง หรือร้อยละ 70 ของข้อคำถามทั้งหมด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ภาวดี เหมทานนท์ และคณะ (2553) ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคจิตเวชและทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเวชของประชาชนในเขตตำบลปากพูน อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคจิตเวชอยู่ในระดับปานกลาง โดยส่วนใหญ่มีความรู้ที่ผู้ป่วยจิตเวชมักมีอาการแปรปรวนเปลี่ยนแปลงง่าย เช่น หัวเราะ ยิ้มคนเดียว ร้องไห้โดยไม่มีสาเหตุ ซึ่งเป็นอาการของโรคจิตเวช แต่อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้อม อำเภอเมือง จังหวัดนครพนมกลับมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องว่า สุราและกัญชาจัดเป็นสารเสพติดชนิดอ่อน ไม่ทำให้ป่วยด้วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด ถึงร้อยละ 83.40 อาจเพราะบริบทของชุมชนชนบทที่มีการใช้สารเสพติดบางชนิดอย่างทั่วไป ทำให้คนในชุมชนไม่ตระหนักว่าการใช้สารเสพติดดังกล่าว เป็นรูปแบบปัจจัยรองของความผิดปกติทางจิต (Secondary Psychiatric Disorder Model) คือการเกิดโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดจากฤทธิ์ของสารเสพติดทำให้เกิดความผิดปกติทางจิต กระตุ้นอาการทางจิตทำให้เสพติดและต้องการเสพอยู่เรื่อยๆ ซึ่งเป็นประเด็นท้าทายให้โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ต้องให้ความรู้เรื่องสารเสพติดที่ทำให้เกิดโรคทางจิตเวชในประเด็นนี้ เพื่อให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาความเป็นเลิศด้านโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดระดับประเทศของโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์อีกด้วย

ในด้านระดับทัศนคติของคนในชุมชนต่อผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด ซึ่งการจะเกิดทัศนคติได้ต้องประกอบด้วย ปัจจัยพื้นฐานของแต่ละบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม และกระบวนการสร้างบุคลิกภาพ (Newsom & Carrell, 2001) โดยทัศนคตินี้มีลักษณะเป็นนามธรรม ทำให้ต้องวัดในภาพรวม พิจารณาจากการตอบสนองต่อสิ่งเร้าของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งด้านสติและเหตุผล ด้านความรู้สึก และด้านพฤติกรรม โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีทัศนคติต่อผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดอยู่ในระดับไม่แสดงออกทางทัศนคติหรือมีทัศนคติเฉยๆ กว่าร้อยละ 64.50 โดยเห็นด้วยว่าสามารถแจ้งให้ญาตินำผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดไปรับการรักษาได้เมื่ออาการกำเริบมากที่สุด ซึ่งเป็นข้อคำถามในด้านพฤติกรรม มีความต่อเนื่องมาจากการใช้สติและเหตุผล และความรู้สึก แล้วจึงเปลี่ยนเป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออก สะท้อนให้เห็นแนวโน้มที่ดีของคนในชุมชนในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้อม ว่ามีทัศนคติโดยภาพรวมส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมในการให้ความดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดในชุมชนร่วมกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ สดุดี น้อยภรณ์ (2552) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการลดพฤติกรรม การดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุรา พบว่าทัศนคติของครอบครัวต่อผู้ป่วย สามารถทำนายการมีส่วนร่วมของครอบครัวได้ กล่าวคือทัศนคติที่ดีของสมาชิกในครอบครัวต่อผู้ป่วยติดสุรา มีแนวโน้มทำให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการลดพฤติกรรมดื่มสุราของผู้ป่วยติดสุรามากขึ้น ซึ่งจากการศึกษาพบประเด็น

ที่น่าสนใจในเรื่องที่กลุ่มตัวอย่าง ไม่แสดงออกทางทัศนคติว่า ผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด สร้างปัญหาให้แก่ชุมชนของตนเอง อาจเกิดจากการที่คนในชุมชนไม่แน่ใจว่าปัญหานั้นเป็นปัญหาของตนเองหรือไม่ ซึ่งสอดคล้องกับการที่กลุ่มตัวอย่างไม่แสดงออกทางทัศนคติในเรื่องการส่งต่อผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษา ที่เห็นว่าเป็นเรื่องของญาติและเจ้าหน้าที่ที่เข้ามาให้ความดูแล สะท้อนให้เห็นว่าคนในชุมชนยังไม่ได้มองว่าปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นปัญหาของส่วนรวมที่ทุกคนควรเข้ามามีบทบาทในการแก้ไขปัญหา ทั้งนี้ทั้งนั้นแม้ว่าไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่มีทัศนคติไปในทางบวก แต่ก็เป็นที่น่าพอใจที่ไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติทางลบเลย ซึ่งเป็นสัญญาณที่ดีที่จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถนำไปปรับใช้ในการทำงานและกระตุ้นให้คนในชุมชนเปลี่ยนทัศนคติไปในทางบวกต่อไป

#### 4.6.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดของคนในชุมชน

จากการศึกษา กลุ่มตัวอย่างจากประชาชนในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้อม อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม ด้านการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 44.10 เมื่อพิจารณาระดับการมีส่วนร่วมในระดับต่างๆ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีส่วนร่วมมาก ในระดับให้ข้อมูลข่าวสาร (Inform) ซึ่งถึงแม้ว่าจะเป็นการมีส่วนร่วมในระดับต่ำที่สุด คือ เป็นการรับข้อมูลข่าวสารเท่านั้น แต่ก็ป็นระดับที่มีความสำคัญที่สุดเช่นกัน เพราะเป็นก้าวแรกที่ประชาชนจะได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดในชุมชนของตนเอง และยังพบอีกว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีส่วนร่วมปานกลาง ในระดับรับฟังความคิดเห็น (Consult) เป็นการรับข้อมูลข่าวสาร ข้อเท็จจริง ประกอบการตัดสินใจ ซึ่งมักกำหนดให้ประชาชนมีส่วนร่วมในระดับนี้เป็นอย่างน้อย ในส่วนการมีส่วนร่วมในระดับเข้ามามีบทบาท (Involve) การมีส่วนร่วมในระดับสร้างความร่วมมือ (Collaboration) และการมีส่วนร่วมในระดับเสริมอำนาจให้ประชาชน (Empower) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในระดับปานกลางในจำนวนที่ลดหลั่นกันลงไป สะท้อนถึงการมีส่วนร่วมในระดับสูง จะมีประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมน้อยลง สอดคล้องกับ ตัวแบบระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน ที่นำเสนอโดยสมาคมนานาชาติด้านการมีส่วนร่วมของประชาชน (International Association of Public Participation-IAP2) มีหลักการที่ว่า ยิ่งระดับการมีส่วนร่วมที่สูงขึ้น ยิ่งสะท้อนอำนาจและอิทธิพลของประชาชนในการเข้ามามีบทบาทหรือตัดสินใจมากขึ้นด้วย การที่ประชาชนจะเข้ามามีส่วนร่วมในระดับเสริมอำนาจให้ประชาชน ซึ่งเป็นการมีส่วนร่วมระดับสูงที่สุดจึงมีไม่มากนัก (อรรถัย กักผล, 2552)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดในชุมชน ผู้วิจัยได้ศึกษาทั้งด้านปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดในชุมชน โดยกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อธิบายได้ตามแนวคิดที่ว่า ปัจจุบันผู้หญิงเข้ามามีบทบาทในสังคมมากยิ่งขึ้น แต่ก็ยังไม่สามารถก้าวข้ามความคิดความเชื่อในเรื่องบทบาทหน้าที่ระหว่างเพศหญิงกับเพศชาย ที่ว่าเพศหญิงถูกกำหนดให้ต้องได้รับความช่วยเหลือได้ (ไพลิน ภูจินาพันธุ์, 2561) และในสถานการณ์จริง เพศหญิงมักเข้าร่วมในการเป็นอาสาสมัคร เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข ก็มีจำนวนเพศหญิงเข้าร่วมที่มากกว่า เนื่องจากเพศหญิงมีความใส่ใจทุกข์สุขของคนในชุมชนตนเอง และสามารถเข้าถึงผู้รับบริการได้มากกว่า สะดวกกว่าเพศชาย ประกอบกับมักเป็นอาสาสมัครเพศหญิงที่ค้นพบปัญหาและใส่ใจในการแก้ไขปัญหา แต่ในด้านตำแหน่งหน้าที่ จะพบว่าเพศชายมักได้รับตำแหน่งผู้นำชุมชนมากกว่าเพศหญิง แม้ปัญหาจะถูกค้นพบโดยเพศหญิง แต่ก็มักจะเป็นผู้นำเพศชายที่เข้ามามีส่วนร่วมมากกว่าในด้านการจัดการกับปัญหาที่พบ สอดคล้องกับระดับการมีส่วนร่วม ที่พบว่า เพศชายแม้จะมีจำนวนน้อยกว่า แต่ก็มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดที่มากกว่าเพศหญิง ดังผลการศึกษาคำถามที่ตำแหน่งหน้าที่ในชุมชนมีความสัมพันธ์กับระดับการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด ทั้งนี้การมีตำแหน่งหน้าที่ของคนในชุมชนทั้งสองเพศ ต่างทำงานต่อเนื่องกัน เช่น เมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขเพศหญิงค้นพบปัญหาเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดในชุมชน ก็จะประสานงานให้ผู้นำชุมชนซึ่งมักเป็นเพศชายให้เข้ามาจัดการกับปัญหา เช่น การควบคุมพฤติกรรมผู้ป่วยก่อนพาไปบำบัดรักษายังโรงพยาบาล สะท้อนการมีส่วนร่วมของผู้มีตำแหน่งหน้าที่ในชุมชนซึ่งสอดคล้องกับ ปรีนธร บุญเนตร (2546) ที่ได้ศึกษา การมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลผู้มีความเครียด ศึกษาเฉพาะกรณี ชุมชนผักแว่น ตำบลยางซิ่น อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าสถานภาพในชุมชนเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมด้านการสนับสนุนทางสังคมภายในชุมชน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้นำ กล่าวคือผู้นำหรืออาสาสมัครมักมีบทบาททางสังคมในด้านการให้ความดูแลและร่วมมือกับหน่วยงาน เพื่อให้ความช่วยเหลือคนในชุมชนที่ประสบปัญหา ให้ได้รับการบรรเทาปัญหา ซึ่งเป็นจุดประสงค์สำคัญที่บุคคลหนึ่งจะอาสาเข้ามาทำงานเพื่อสังคมโดยรวม

ปัจจัยด้านระดับความรู้เรื่องโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด เป็นปัจจัยหนึ่งที่โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชชนครินทร์ได้ส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจในโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดมากยิ่งขึ้น เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมที่มากขึ้น โดยสอดคล้องการศึกษาของ นุรินยา แผละหมัด (2561) และ ปรีนธร บุญเนตร (2546) ว่าเมื่อประชาชนมีความรู้ความเข้าใจโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด จะเกิดการเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยในชุมชนของตนมากขึ้น จากการศึกษาพบว่าระดับความรู้ของคนในชุมชนมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด ซึ่งสอดคล้องกับ ซึ่งจะสอดคล้องกับ บัลดอย แสนละมุล และปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์



(2561) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยผลการวิจัยพบว่าผู้ที่ได้รับโปรแกรมให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างถูกต้องมากขึ้น สามารถสังเกตอาการและควบคุมการกินยา เป็นผลดีในการป้องกันการกำเริบของอาการได้ อันจะส่งผลดีต่อตัวผู้ป่วยในชุมชน ให้คนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวช สารเสพติดมากขึ้นต่อไป

และปัจจัยอีกด้านที่มีความน่าสนใจคือ ปัจจัยด้านระดับทัศนคติของคนในชุมชน ต่อผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด ด้วยว่าผู้ป่วยจิตเวชนั้นมักถูกประทุษร้ายจากสังคม อันเนื่องมาจากการที่คนในชุมชนเกิดความกลัว หวาดระแวง จากพื้นฐานภูมิหลังที่เข้าใจว่าผู้ป่วยจิตเวช มักควบคุมตนเองไม่ได้ ก่อความเดือดร้อน และเป็นอันตรายต่อคนในชุมชน ตามที่ ชัยพร อุโฆษจันทร์ (2558) ได้อธิบายไว้ในเรื่อง มลทินประทุษร้ายในช่วงหลังจำหน่าย (Post-discharged Phase) ซึ่งเป็นช่วงที่ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนของตนเอง เป็นช่วงเวลาที่ยากลำบากของทุกฝ่าย เนื่องจากแนวคิดที่ว่าผู้ป่วย คือ ตัวอันตราย และผู้ป่วยคือสิ่งที่ควบคุมเอาแน่เอานอนไม่ได้ ทำให้ต้องเผชิญกับการเบียดขับทางสังคม (Social Exclusion) หลากหลายรูปแบบในบริบทต่างๆ ซึ่งการศึกษาพบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด กล่าวคือหากประชาชนมีทัศนคติต่อผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดทางบวก ก็จะส่งผลให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ นริศรา ฉัพพรรณรังสี (2549) ศึกษาเรื่อง เจตคติของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้วยวิธีล่ามขัง ศึกษาเฉพาะพื้นที่จังหวัดขอนแก่น พบว่า เมื่อทีมจิตเวชเข้ามามีบทบาทในเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับโรคร่วมจิตเวชและวิธีการดูแลที่ถูกต้อง ตามนโยบายการปลดโซ่ตรวนผู้ป่วยจิตที่ถูกล่ามขังในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่มีเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเวช โดยยอมรับว่าผู้ป่วยจิตเวชสามารถพัฒนา เปลี่ยนแปลงตนเองได้ จึงทำให้ผู้ดูแลเข้ามามีบทบาทให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างเหมาะสมมากยิ่งขึ้น ซึ่งโอกาสพัฒนาของชุมชนในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้อมนั้นถือว่าดีมากเนื่องจากไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติทางลบกับผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดเลย และทำให้ทราบว่า การลงชุมชนของโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ ได้ผลเป็นที่น่าพึงพอใจในระดับหนึ่ง แม้ว่าจะยังไม่สามารถผลักดันให้ประชาชนส่วนใหญ่มีทัศนคติทางบวกได้ แต่เมื่อประชาชนมีทัศนคติแบบไม่แสดงออกก็ใดๆ ก็มีแนวโน้มที่ดีที่จะพัฒนาไปสู่การมีทัศนคติในทางบวกได้ในอนาคต

จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เรื่องโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด ทัศนคติของคนในชุมชนต่อผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด ล้วนมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด แจ่ม กรกระโทก และคณะ (2561) ได้ศึกษาเรื่อง แนวทางที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชร่วมกัน ระหว่างทีมสุขภาพ ครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาล

เสิงสาง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า แนวทางที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชคือการมีส่วนร่วมของ ทั้งทีมสุขภาพ ครอบครัว และชุมชน โดยมีเป้าหมายคือการดูแลต่อเนื่องและผู้ป่วยสามารถอยู่ในสังคม ได้ ซึ่งผู้ปฏิบัติงานสามารถนำผลการศึกษาไปใช้ในการเพิ่มระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนได้ คือ การเพิ่มความรู้ความเข้าใจแก่ประชาชน การส่งเสริมให้ประชาชนมีทัศนคติทางบวกแก่ผู้ป่วยจิตเวช สารเสพติด อันจะนำไปสู่การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดในชุมชนอย่างยั่งยืนต่อไป





## บทที่ 5

### สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

#### 5.1 สรุปผลการศึกษา

การศึกษาเรื่อง “การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห่อม อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม” เพื่อศึกษาระดับความรู้และทัศนคติของคนในชุมชนต่อผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดของคนในชุมชน เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) ที่สร้างขึ้นมาเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไป ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห่อม อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม ซึ่งเป็นตัวแทนครัวเรือนละ 1 คน จำนวน 290 คน การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ค่าสูงสุด (Maximum) ค่าต่ำสุด (Minimum) การหาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล กับ การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด ซึ่งสามารถเขียนเป็นสมมติฐานทางสถิติ ทดสอบสมมติฐานโดยการทดสอบความเป็นอิสระต่อกันของสองประชากร (Pearson Chi-square Test) และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม ระหว่างระดับความรู้เรื่องโรคจิตเวชสารเสพติด และระดับทัศนคติของคนในชุมชนต่อผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด กับระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด ซึ่งสามารถเขียนเป็นสมมติฐานทางสถิติ และทดสอบสมมติฐานโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) ผลการศึกษา ดังนี้

##### 5.1.1 ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ประชาชนในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห่อม อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.10 ซึ่งมีจำนวนใกล้เคียงกับเพศชาย ร้อยละ 45.90 มีค่าเฉลี่ยอายุ ประมาณ 46 ปี โดยมีช่วงอายุเฉลี่ย 40-61 ปีมากที่สุด ร้อยละ 60.30 ระดับการศึกษาประถมศึกษามากที่สุดร้อยละ 60.70 มีเพียง ร้อยละ 2.80 ที่มีระดับการศึกษานุปริญญาหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 70.30 มีอาชีพเกษตรกร หรือร้อยละ 52.4 มีเพียง ร้อยละ 2.40 ที่ประกอบอาชีพรับราชการหรือพนักงาน

รัฐวิสาหกิจ มีรายได้เฉลี่ย 600-4,480 บาท ร้อยละ 73.40 ซึ่งมากที่สุด และมีค่าเฉลี่ยรายได้เท่ากับ 3455.51 บาท เป็นญาติหรือบุคคลใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด ร้อยละ 3.10 และเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด เพียงร้อยละ 2.10 มีตำแหน่งหน้าที่ในชุมชน ร้อยละ 16.60 แบ่งเป็นผู้นำชุมชน ร้อยละ 3.10 และเป็นอาสาสมัคร ร้อยละ 13.40

### 5.1.2 ความรู้เรื่องโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด ทักษะคติของคนในชุมชนต่อผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด

ความรู้เรื่องโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.40 รองลงมาคือ ระดับความรู้มาก ร้อยละ 33.80 และระดับน้อย ร้อยละ 3.80 โดยเฉลี่ยตอบคำถามถูกต้อง ร้อยละ 70.00 ของข้อคำถามทั้งหมด เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีความรู้ที่ถูกต้อง ว่าอาการหลงผิด ระแวง คิดว่าจะมีคนอื่นมาทำร้าย คือ อาการอย่างหนึ่งของผู้ป่วยจิตเวช ร้อยละ 100.00 ในทางตรงกันข้าม กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องว่า สุราและกัญชาจัดเป็นสารเสพติดชนิดอ่อน ไม่ทำให้ป่วยด้วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด ร้อยละ 83.40 จำแนกรายด้าน กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ทั่วไปเรื่องโรคร่วมจิตเวชในระดับมาก ร้อยละ 81.12 แต่กลับมีความรู้เกี่ยวกับสารเสพติด ร้อยละ 68.13 และมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในระดับปานกลาง ร้อยละ 70.53

ทัศนคติต่อผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติแบบไม่แสดงออกทางทัศนคติหรือมีทัศนคติเฉยๆ ร้อยละ 64.50 รองลงมาคือ ทัศนคติในทางบวก ร้อยละ 35.50 และไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติในทางลบ เมื่อจำแนกรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติทางบวกมากที่สุด ว่าสามารถแจ้งให้ญาตินำผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดไปรับการรักษาได้เมื่ออาการกำเริบ ด้วยค่าเฉลี่ย 4.08 ในทางตรงกันข้ามกลุ่มตัวอย่าง รู้สึกว่าผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด สร้างปัญหาให้แก่ชุมชนของท่าน โดยระดับทัศนคติน้อยที่สุด คะแนนเฉลี่ย 2.85 แปลความได้ว่า กลุ่มตัวอย่างไม่แสดงออกทางทัศนคติหรือมีทัศนคติเฉยๆ จำแนกรายด้าน กลุ่มตัวอย่างมีระดับทัศนคติด้านสติและเหตุผล ระดับไม่แสดงออกทางทัศนคติหรือมีทัศนคติเฉยๆ คะแนนเฉลี่ย 3.48 เช่นเดียวกับด้านความรู้สึก คะแนนเฉลี่ย 3.46 และด้านพฤติกรรม คะแนนเฉลี่ย 3.62

การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในระดับมาก ร้อยละ 44.10 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 31.40 และระดับน้อย ร้อยละ 24.50 เมื่อจำแนกรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างทราบว่า มีผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดในชุมชน มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ 4.36 ในทางตรงกันข้าม การมีส่วนร่วมในการเป็นเครือข่ายเฝ้าระวังและติดตามดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดในชุมชน กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในระดับน้อย โดยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 3.06 จำแนกรายด้าน การมีส่วนร่วมระดับข้อมูลข่าวสาร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีส่วนร่วมระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 3.98 การมีส่วนร่วมระดับให้ความคิดเห็น กลุ่มตัวอย่าง

ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.39 การมีส่วนร่วมระดับเข้ามืบทบาท กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.13 การมีส่วนร่วมระดับสร้างความร่วมมือ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีส่วนร่วมระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 2.98 ซึ่งใกล้เคียงกับการมีส่วนร่วมระดับเสริมพลังอำนาจให้แก่ประชาชน คะแนนเฉลี่ย 2.92 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในระดับปานกลาง

### 5.1.3 การเปรียบเทียบความสัมพันธ์ของตัวแปร

จากการศึกษา การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวช สารเสพติด ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้อม อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด โดยเลือกปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ และการมีตำแหน่งหน้าที่ในชุมชน โดยการทดสอบความเป็นอิสระต่อกันของสองประชากร (Pearson Chi-square test) และระหว่างระดับความรู้เรื่องโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดและระดับทัศนคติของคนในชุมชนต่อผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด กับระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) ที่ระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ผลการทดสอบสรุปได้ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 เพศมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีเพศหญิงและเพศชาย มีระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

สมมติฐานที่ 2 การมีตำแหน่งหน้าที่ในชุมชนมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีตำแหน่งหน้าที่ในชุมชน กับกลุ่มตัวอย่างที่มีตำแหน่งหน้าที่ในชุมชน มีระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

สมมติฐานที่ 3 ระดับความรู้เรื่องโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดและระดับทัศนคติของคนในชุมชนต่อผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดมีความสัมพันธ์กับระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด พบว่า ระดับความรู้เรื่องโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด มีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกันกับระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และระดับทัศนคติของคนในชุมชนต่อผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด มีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกันกับระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

สรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดของคนในชุมชน คือ ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศและตำแหน่งหน้าที่ในชุมชน) ระดับความรู้เรื่องโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด และระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด

## 5.2 ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

การศึกษาเรื่อง “การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้อม อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม” มีข้อเสนอแนะดังนี้

### 5.2.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. กรมสุขภาพจิต ควรปรับบทบาทภาพรวมของโรงพยาบาลในสังกัด จากการศึกษาวิจัยภายใต้โครงการมาปรับเป็นแผนยุทธศาสตร์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เน้นกระบวนการทำให้ความรู้แก่คนในชุมชน พร้อมทั้งเสริมสร้างทัศนคติที่ดี เพื่อให้เกิดภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดต่อเนื่องกันไปตั้งแต่ระดับประเทศ ไปยังส่วนภูมิภาค จนถึงระดับท้องถิ่น

2. โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ ควรใช้ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยนี้ประกอบการทำแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการ เพื่อให้เกิดการผลักดันในเชิงนโยบายให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ที่จะเป็นเลิศด้านจิตเวชสารเสพติดในระดับประเทศ

### 5.2.2 ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1. โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ ควรนำเอาผลการวิจัยในครั้งนี้ที่มีความสอดคล้องกับการปฏิบัติงานในด้านความเป็นเลิศด้านโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด ไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการจัดอบรมเสริมสร้างความรู้และทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดในชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้ในเรื่องสารเสพติด เพราะยังมีประชาชนที่ยังขาดความรู้ที่ถูกต้องในเรื่องยาเสพติดและการเกิดโรคจิตเวชอยู่มาก ทั้งนี้อาจมีการเผยแพร่ชุดความรู้ในรูปแบบที่เข้าถึงได้ง่ายแก่ประชาชน เช่น การเผยแพร่สื่อออนไลน์ การเผยแพร่เอกสารแผ่นพับ เป็นต้น

2. ผู้มีตำแหน่งหน้าที่ในชุมชน ไม่ว่าจะเป็นผู้นำชุมชน หรืออาสาสมัคร เป็นผู้มีส่วนร่วมสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดในชุมชน ดังนั้นจึงควรมีการเสริมสร้างศักยภาพของผู้มีตำแหน่งหน้าที่ในชุมชนด้วยการจัดอบรมเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจ ตลอดจนกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างทัศนคติที่ดี รวมถึงการลดมายาคติเกี่ยวกับการเข้ามาบำบัดของเพศชายและ

เทศหญิง เพื่อให้ผู้มีตำแหน่งในชุมชนทุกเพศเข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวช สารเสพติดมากขึ้น

3. การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด เป็นกระบวนการที่สำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปสู่ครอบครัว และอยู่ร่วมกับคนในชุมชนได้ การสร้างทัศนคติที่ดีแก่คนในชุมชน จะทำให้ผู้ป่วยเป็นที่ยอมรับมากขึ้น และยังนำไปสู่ส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวช สารเสพติดในชุมชน

### 5.2.3 ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวช สารเสพติดเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างในเขตเทศบาลเมือง เป็นตัวแทนของชุมชนในตัวเมือง เพื่อเป็นข้อมูลที่เป็นภาพรวมในระดับจังหวัดนครพนม และขยายผลการศึกษาไปยังพื้นที่อื่นๆ เพื่อให้ศึกษาความสอดคล้องหรือแตกต่างของแต่ละพื้นที่

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด ในรูปแบบการสนทนากลุ่ม (Focus Group) เพื่อการวิเคราะห์ที่ลึกซึ้งมากยิ่งขึ้น

3. ควรมีการเพิ่มความละเอียดของการวัดผล โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 1-10 เพื่อให้ได้ผลการศึกษาที่ละเอียดและสามารถวิเคราะห์ข้อมูลได้ถูกต้องแม่นยำมากขึ้น

## รายการอ้างอิง

### หนังสือ

- กระทรวงสาธารณสุข, กรมสุขภาพจิต, โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์. (2558).  
*รายงานการปฏิบัติงานประจำปี พ.ศ.2555-2557*. นครพนม: โรงพยาบาลจิตเวชนครพนม  
 ราชนครินทร์.
- กระทรวงสาธารณสุข, กรมสุขภาพจิต, โรงพยาบาลศรีธัญญา. (2557). *คู่มือความรู้ การเสริมสร้าง  
 ความเข้มแข็งของเครือข่ายคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม สำหรับบุคลากรสาธารณสุข*.  
 (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2557). *รายงานภาระโรค  
 และการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ.2554*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์  
 สงเคราะห์องค์การทหารผ่านศึก.
- กระทรวงสาธารณสุข, สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2559).  
*บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับประเทศไทย อังกฤษ-ไทย เวอร์ชัน 2016 เล่มที่ 1  
 ตารางการจัดกลุ่มโรค*. กรุงเทพฯ: บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด.
- เชิดศักดิ์ โฆษณาสินธุ์. (2520). *การวัดทัศนคติและบุคลิกภาพ*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัย  
 ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- นงลักษณ์ เทพสวัสดิ์. (2549). *สังคมสงเคราะห์จิตเวช*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- บวรศักดิ์ อุวรรณโณ, และ ถวิลวดี บุรีกุล. (2548). *ประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม (Participatory  
 Democracy)*. กรุงเทพฯ: สถาบันพระปกเกล้า.
- บุญศิริ จันศิริมงคล, สาวิตรี สุริยะฉาย, หทัยชนนี บุญเจริญ, กนกกาญจน์ วิโรจน์อุไรเรือง,  
 สรสรรพ จวงษ์, และ อุ๋นจิตร คุณารักษ์. (2556). *โรคร่วมจิตเวชของผู้ป่วยในจิตเวชที่มีปัญหา  
 การดื่มสุรา*. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต.
- พันธุ์นภา กิตติรัตน์ไพบุลย์, ธรณินทร์ กองสุข, วชิระ เพ็งจันทร์, จินตนา ลีจิงเพิ่มพูน,  
 วรวรรณ จุฑา, และ เกษราภรณ์ เคนบุปผา. (2551). *ระบาดวิทยาโรคจิตเวชร่วมในคนไทย:  
 การศึกษาระดับชาติ 2551*. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต.



- พันธุ์นภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, นพพร ตันติรังสี, วรวรรณ จุฑา, อธิบ ตันอารีย์, ปทานนท์ ขวัญสนิท, สาวิตรี อึ้งฉนวนกรชัย, และ สุทธา สุปัญญา. (2559). *ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต: การสำรวจระดับชาติของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ.2556*. กรุงเทพฯ: บริษัท ปิยอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.
- พิชิต วรรณราช. (2549). *รายงานการวิจัยการศึกษาทัศนคติ ของผู้นำชุมชนที่มีต่อบทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบลในการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติใน อุทยานแห่งชาติดอยหลวง*. กรุงเทพฯ: กรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่า และพันธุ์พืช.
- มูจรินทร์ พัดน้อย. (2545). *ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ* แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. กรุงเทพฯ: ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ไทย.
- วันชัย วัฒนศัพท์. (2552). *คู่มือการมีส่วนร่วมของประชาชน*. กรุงเทพฯ: สถาบันพระปกเกล้า.
- วงศ์พรรณ มาลารัตน์. (2547). *เอกสารทางวิชาการแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน*. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต.
- สนาม บินชัย. (2542). *เอกสารทางวิชาการการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจังหวัดชัยนาท*. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต.
- สุพานี สฤษฏ์วินิช. (2552). *พฤติกรรมองค์การสมัยใหม่ แนวคิดและทฤษฎี* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- อรทัย กักผล. (2552). *คู่มือการมีส่วนร่วมของประชาชน สำหรับนักบริหารท้องถิ่น*. กรุงเทพฯ: จรัญสนิทวงศ์การพิมพ์.

## บทความวารสาร

- นราสา วงศ์พนารักษ์, และ ศิรินาถ ตงศิริ. (2556). *การใช้แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ*. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*.
- ไพลิน ภูจินาพันธุ์. (2561). *บทบาทผู้หญิงในการสร้างความเสมอภาคทางการเมืองและงานอาสาสมัครพัฒนาสังคม*. *วารสารสำนักบัณฑิตอาสาสมัคร มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์*.
- สังคม นนท์พิพัฒน์, วัชรพงษ์ เรือนคำ, และ พัชรา ก้อยชูสกุล. (มกราคม-เมษายน 2557). *ความรู้ทัศนคติ พฤติกรรม และการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย*. *วารสารสาธารณสุขล้านนา*, 10(1).



## วิทยานิพนธ์

- ชัยพร อุโฆษจันทร์. (2558). *กระบวนการทำงานของมลทินประทับของผู้ป่วยจิตเวชหลังจำหน่ายผู้ดูแล และบุคคลแวดล้อมในชุมชนจังหวัดเชียงใหม่*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์, ภาควิชาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์.
- ชาติชาย ไบทัตทิม. (2547). *การดำเนินชีวิตในสังคมหลังการบำบัดของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลศรีธัญญา*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์.
- ณัฐติกา ชูรัตน์. (2559). *การศึกษาสาเหตุและแนวทางป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าเหล็กที่ประสบเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์, คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์.
- นริศรา ฉัพพรรณรังสี. (2549). *เจตคติของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้วยวิธีล่ามขัง ศึกษาเฉพาะพื้นที่จังหวัดขอนแก่น*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์.
- ปริญธร บุญเนตร. (2546). *การมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลผู้มีความเครียด ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนผักแว่น ตำบลยางซิ่นก อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดอุบลราชธานี*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์.
- ศิริลักษณ์ มาปง. (2551). *การเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการภายหลังการจดทะเบียนคนพิการ: ศึกษาเฉพาะศูนย์บริการจดทะเบียนคนพิการแบบเบ็ดเสร็จโรงพยาบาลสระบุรี*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์, ภาควิชาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์, สาขาการบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม.
- สดุติ น้อยภรณ์. (2552). *ปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการลดพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุรา*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, คณะพยาบาลศาสตร์.
- สิทธิธำ จันทน์เทศ. (2551). *การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบชุมชนมีส่วนร่วม*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, คณะพยาบาลศาสตร์.

## เอกสารอื่นๆ

- กิติพัฒน์ นนทปัทมะคุลย์. (2548). *บูรณาการทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทหลังการบำบัดรักษา การดำเนินชีวิตในสังคมของผู้ป่วยโรงพยาบาลศรีธัญญา*. เอกสารคำสอนวิชา สค.642 การวิจัยเชิงคุณภาพในงานสังคมสงเคราะห์. คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ฐิตวันต์ หงษ์กิตติยานนท์, ลักษณ์า ยอดกลกิจ และ มาลินี ชมชื่น. (2557). *รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน จังหวัดนนทบุรี*. การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ และนานาชาติ ครั้งที่ 6. มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- ปีตาพร อยู่เย็น. (2554). *แนวทางการจัดชมรมสุขภาพจิตต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัวและชุมชนของจังหวัดเชียงใหม่*. (สารนิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์, ภาควิชาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์, สาขาการบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม.
- ภาวดี เหมทานนท์, นิศารัตน์ นรสิงห์, สุทัศน์ เหมทานนท์, และ จิราภรณ์ กาญจนะ. (2553). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคจิตเวชและทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเวชของประชาชนในเขตตำบลปากพูน อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช*. นครศรีธรรมราช: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนครศรีธรรมราช.
- สิทธิโชค เดชภิบาล. (2554). *การมีส่วนร่วมของชุมชนท้องถิ่นในการจัดการและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมพื้นที่ป่าชายเลน: ศึกษาเฉพาะในชุมชนท้องถิ่นจังหวัดภูเก็ต*. (ภาคนิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, คณะรัฐศาสตร์.

## สื่ออิเล็กทรอนิกส์

- เกียรติภูมิ วงศ์รจิต, พิทักษ์พล บุญยมาลิก, สุพัฒนา สุขสว่าง, และ ศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน. (2 กรกฎาคม 2561). *รูปแบบ/กิจกรรมการพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยจิตเวช ในระดับชุมชน*. สืบค้นจาก [http://110.164.191.83/eccmh/imgs/docs/JVK\\_Docs-Aricles-วิจัยชุมชน%20ดร.พิทักษ์พล.pdf](http://110.164.191.83/eccmh/imgs/docs/JVK_Docs-Aricles-วิจัยชุมชน%20ดร.พิทักษ์พล.pdf)
- แจ่ม กรกระโทก และคณะ. (2 กรกฎาคม 2561). *แนวทางที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพ ครอบครัวและชุมชน*. สืบค้นจาก <https://www.gotoknow.org/posts/63794>

- ทศพล กองเงิน. (2 กรกฎาคม 2561). *แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช*. สืบค้นจาก <http://www.klb1.dmh.go.th/index.php?m=article&op=detail&gr=&researchId=923>
- นุรินยา แหละมัด (2 กรกฎาคม 2561). *การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด ขณะบำบัดรักษาในศูนย์บำบัดรักษาเสพติดสงขลา*. สืบค้นจาก <http://www.sdtm.in.th/upload/forum/09.pdf>
- บัวลอย แสนละมุล, และ ปัตพงษ์ เกษสมบุรณ์. (2 กรกฎาคม 2561). *ผลของโปรแกรมให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท*. สืบค้นจาก [https://home.kku.ac.th/chd/index.php?option=com\\_attachments&task=download&id=109&lang=en](https://home.kku.ac.th/chd/index.php?option=com_attachments&task=download&id=109&lang=en)
- เปรมฤดี คำรักษ์, อังคณา วังทอง, และ อนุชิต วังทอง. (2 กรกฎาคม 2561). *การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี*. สืบค้นจาก [http://www.ar.or.th/ImageData/Magazine/1/DL\\_10.pdf?t=636673375421878284](http://www.ar.or.th/ImageData/Magazine/1/DL_10.pdf?t=636673375421878284)
- พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2 กรกฎาคม 2561). *ระบาดวิทยาโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยสุราและสารเสพติด*. สืบค้นจาก [http://www.aimhc.net/new/\\_admin/download/-322-1502074093.pdf](http://www.aimhc.net/new/_admin/download/-322-1502074093.pdf)
- ไพบูลย์ ตลเฉลิมยุทธนา, และ ประนอม วรรณกุล. (2 กรกฎาคม 2561). *การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทผ่านการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่วิถีชีวิตชุมชน โดยการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลกาฬสินธุ์*. สืบค้นจาก <https://www.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/18993>
- พจนานุกรมภาษาอังกฤษฉบับออกซ์ฟอร์ด. (10 มีนาคม 2559). *ความหมายของความรู้ ทัศนคติ การมีส่วนร่วม*. สืบค้นจาก <http://www.oxforddictionaries.com/>
- มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี. (10 มีนาคม 2559). *ความรู้ Knowledge*. สืบค้นจาก <http://www.udru.ac.th/attachments/elearning/10/01.pdf>
- มาโนช หล่อตระกูล. (2 กรกฎาคม 2561). *โรคจิตและโรคจิตเภท ฉบับละเอียด*. สืบค้นจาก [https://med.mahidol.ac.th/psych/sites/default/files/public/pdf/General\\_Psychiatry/Psychotic%20and%20schizophrenia.pdf](https://med.mahidol.ac.th/psych/sites/default/files/public/pdf/General_Psychiatry/Psychotic%20and%20schizophrenia.pdf)
- รุจิราวดี ธรรมแสง. (สืบค้นวันที่ 10 มีนาคม 2559). *การจัดการความรู้ (Knowledge Management: KM)*. สืบค้นจาก <http://ac.npru.ac.th/km/km.pdf>
- โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์. (2 กรกฎาคม 2561). *ภาวะโรคร่วมทางจิตเวชสารเสพติด*. สืบค้นจาก <http://www.prdmh.com/สารสุขภาพจิต/สารที่น่ารู้สุขภาพจิต/179-“ภาวะโรคร่วมทางจิตเวชสารเสพติด”.html>

- สำนักงานราชบัณฑิตยสภา. (2 กรกฎาคม 2561). *ความหมายของความรู้*. สืบค้นจาก <http://www.royin.go.th/?knowledges=body-of-knowledge-knowledge-knowledge-management-km>
- อมราพร สุรการ, และ ณิชฎูฒิ อรินทร์. (2 กรกฎาคม 2561). *การดูแลสุขภาพจิต: การมีส่วนร่วมของชุมชน*. สืบค้นจาก <http://ejournals.swu.ac.th/index.php/SWUJournal/article/viewFile/5029/4791>

## Books

- Cohen, J. M., & Uphooff, N. T. (1977). *Rural development participation: Concept and measures for project design implementation and evolution rural development committee center for international studies*. New York: Longman.
- Clayton, James L. (2008). *คู่มือการมีส่วนร่วมของประชาชน การตัดสินใจที่ดีกว่าโดยให้ชุมชนมีส่วนร่วม*. แปลโดย วันชัย วัฒนศัพท์, ถวิลวดี บุรีกุล และ เมธิตา พงษ์ศักดิ์ศรี. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริภรณ์ ออฟเซ็ท.
- Hawkins, Rojer J. Best, and Kenneth A. Coney. (1998). *Consumer Behavior: building, Marketif strategy dell*. Boston: Mass McGraw-Hill.
- Gibson, James L., Jonh, M. Ivancevich, and James, H. Donnelly. (2000). *Organization: Behavior, Structure, Process* (10<sup>th</sup> ed). Boston: McGraw-Hill.
- Sharon, S. Brehm, and Saul, M. Kassin. (1996). *Social psychology*. Boston, Toronto: Houghton mifflin company.
- William, Erwin. (1976). *Participation Management: Concept Theory and Implementation*. Atlanta G.: Georgia State University.



ภาคผนวก

## ภาคผนวก ก

## คณะกรรมการจริยธรรมพิจารณาการศึกษาวิจัยในคนจังหวัดนครพนม

เอกสารหมายเลข ...../๒๕๖๑



คณะกรรมการจริยธรรมพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน  
จังหวัดนครพนม

โครงการวิจัย: การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด  
ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้อม อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม  
รหัสโครงการ: HE610017  
หัวหน้าโครงการ: นางสาวกิริติยา อุ่นเจริญ  
สถานที่ดำเนินการวิจัย: จังหวัดนครพนม  
เอกสารที่รับรอง:

๑. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน จังหวัดนครพนม
๒. เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย
๓. เอกสารแสดงความยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าว
๔. แบบสอบถาม/แบบสัมภาษณ์ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะกรรมการจริยธรรมพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน จังหวัดนครพนม ได้พิจารณาโครงการฉบับภาษาไทยแล้ว คณะกรรมการฯ พิจารณาอนุมัติในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ ทั้งนี้โดยยึดตามเอกสารฉบับภาษาไทยเป็นหลัก อนึ่งท่านต้องรายงานสถานะของโครงการให้คณะกรรมการฯ ทราบอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง เพื่อขออนุมัติดำเนินโครงการต่อจนกว่าจะหมดอายุโครงการ

(นายปรีดา วรหาร)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน  
จังหวัดนครพนม

วันที่ประชุมครั้งแรก ๑๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๐

รับรองตั้งแต่วันที่ ..... 13 ส.ค. 2562 ..... ถึงวันที่ .....

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

ถนน อภิบาลปัญญา ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม

โทรศัพท์ ๐ ๔๒๕๑ ๑๔๑๐ ต่อ ๑๑๑ โทรสาร ๐ ๔๒๕๑ ๒๔๖๓

**ภาคผนวก ข****รายชื่อผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย****1. นายวรท ลำไย**

ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (จิตแพทย์)  
รองผู้อำนวยการ กลุ่มภารกิจพัฒนาความเป็นเลิศ  
โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์

**2. นางปราณี ฉันทพจน์**

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
หัวหน้ากลุ่มบริการความเป็นเลิศจิตเวชสารเสพติด  
โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์

**3. นายพรเทพ แสงสุวรรณ**

ตำแหน่ง นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ  
หัวหน้ากลุ่มงานจิตวิทยา โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์

**4. นางหทัยรัฐณ์ วารินทร์**

ตำแหน่ง นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลศรีธัญญา  
เลขานุการสมาคมนักสังคมสงเคราะห์จิตเวช  
คณะกรรมการยาเสพติด กรมสุขภาพจิต

**5. นางรัชณี ไพรสวัสดิ์**

ตำแหน่ง นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ  
หัวหน้ากลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์  
คณะกรรมการยาเสพติด กรมสุขภาพจิต



## ภาคผนวก ค

## แบบสอบถาม

เรื่อง “การมีส่วนร่วมของชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด  
ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้อม  
อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม”

แบบสอบถามชุดนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาในระดับปริญญาโท หลักสูตรสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้อม อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม

แบบสอบถามประกอบไปด้วยข้อคำถามซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด จำนวน 20 ข้อ ส่วนที่ 3 ทักษะคติของคนในชุมชนต่อผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด จำนวน 15 ข้อ และส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด จำนวน 17 ข้อ รวมทั้งสิ้น 61 ข้อ ซึ่งขอความร่วมมือจากท่านตอบแบบสอบถามให้สมบูรณ์ โดยข้อมูลทั้งหมดที่ท่านตอบมาจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับงานวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณที่ท่านให้ความร่วมมือ

## ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย  ลงใน  หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านหรือเติมข้อความลงในช่องที่เว้นไว้

1. เพศ

1. ชาย

2. หญิง

2. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี

3. ท่านได้รับการศึกษาสูงสุดระดับใด

1. ประถมศึกษา

2. มัธยมศึกษาตอนต้น

3. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.

4. อนุปริญญา/ปวส.

5.ปริญญาตรี

6. สูงกว่าปริญญาตรี

7. อื่นๆ (โปรดระบุ).....

## 4. สถานภาพสมรส

1. โสด  2. สมรส
3. หม้าย  4. หย่าร้าง
5. อื่นๆ (โปรดระบุ).....

## 5. อาชีพ

1. รับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ
2. รับจ้างทั่วไป
3. ค้าขายหรือประกอบธุรกิจส่วนตัว
4. เกษตรกรรม
5. อื่นๆ (โปรดระบุ).....

## 6. รายได้เฉลี่ยของท่าน.....บาท ต่อเดือน (โดยประมาณ)

## 7. ท่านมีญาติหรือบุคคลใกล้ชิดเป็นผู้ป่วยที่ป่วยโรคจิตเวชและมีการใช้สารเสพติดร่วมด้วยใช่หรือไม่

1. ใช่  2. ไม่ใช่

## 8. ท่านเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่ป่วยโรคจิตเวชและมีการใช้สารเสพติดร่วมด้วยใช่หรือไม่

1. ใช่  2. ไม่ใช่

## 9. ท่านมีตำแหน่งหน้าที่ในชุมชนใช่หรือไม่

1. ไม่มีตำแหน่งหน้าที่ในชุมชน
2. มีตำแหน่งในชุมชน (สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)
- 2.1 ผู้นำชุมชน (เช่น นายกเทศมนตรี, อบต., ผู้ใหญ่บ้าน, กำนันฯ)
- 2.2 อาสาสมัคร (อสม./อพมก./อปพร.ฯ)
- 2.3 อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความรู้เกี่ยวกับโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดของท่าน

ที่	ความรู้เรื่องโรคร่วมจิตเวชและสารเสพติด	ถูก	ผิด
<b>ความรู้ทั่วไปเรื่องโรคร่วมจิตเวช</b>			
1.	โรคร่วมจิตเวช คือ กลุ่มอาการทางจิตใจหรือพฤติกรรมที่ทำให้บุคคลนั้นเกิดความทุกข์ทรมานหรือมีความบกพร่องในกิจวัตรต่างๆ		
2.	อาการหลงผิด ระวัง คิดว่าจะมีคนอื่นมาทำร้าย คืออาการอย่างหนึ่งของผู้ป่วยจิตเวช		
3.	หูแว่วโดยไม่เห็นตัวคนพูด เป็นอาการอย่างหนึ่งของโรคร่วมจิตเวช		
4.	เมื่อรักษาโรคทางจิตเวชจนหายแล้ว จะไม่มีโอกาสกลับมาเป็นโรคร่วมจิตเวชซ้ำได้อีก		
5.	ยารักษาโรคร่วมจิตเวชไม่ได้ออกฤทธิ์เร่งเหมือนยาแก้ปวด อาจจะใช้เวลาเป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือนกว่าจะเห็นผล		
6.	อาการมือสั่น ตัวแข็ง น้ำลายไหลมาก เป็นอาการที่เกิดจากผลข้างเคียงของยาจิตเวช ไม่สามารถแก้ไขได้		
<b>ความรู้เกี่ยวกับสารเสพติด</b>			
7.	ผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดคือผู้ป่วยที่ป่วยโรคร่วมจิตเวชและมีการใช้สารเสพติดร่วมด้วย		
8.	การเสพยาเสพติดในปริมาณน้อยอย่างต่อเนื่อง ไม่ทำให้ป่วยเป็นโรคร่วมจิตเวช		
9.	การหยุดเสพยาเสพติดอย่างเดียวสามารถทำให้หายจากโรคร่วมจิตเวชได้		
10.	สารเสพติดจะทำให้สารสื่อประสาทในสมองผิดปกติ ทำให้เกิดภาวะสมองติดยา		
11.	สิ่งสำคัญในการรักษาผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดคือการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยใช้สารเสพติดซ้ำ		
12.	สุราและกัญชาจัดเป็นสารเสพติดชนิดอ่อน ไม่ทำให้ป่วยด้วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด		
13.	ผู้ใช้สารเสพติดมักมีอาการก้าวร้าว หงุดหงิดง่าย ขาดเหตุผลและทำทุกทางเพื่อให้ได้ใช้สารเสพติดมากขึ้น		

ที่	ความรู้เรื่องโรคจิตเวชและสารเสพติด	ถูก	ผิด
<b>ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช</b>			
14.	หากผู้ป่วยไม่ยอมนอนติดต่อกัน 3 วัน ญาติควรพาไปปรึกษาโรงพยาบาล ใกล้บ้านหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก่อนไปโรงพยาบาลจิตเวช		
15.	หากผู้ป่วยไม่รับประทานยา สามารถบดยาจิตเวชบางชนิดใส่อาหารให้รับประทานได้		
16.	ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชควรนับจำนวนเม็ดยาที่ผู้ป่วยรับประทานให้ตรงตามที่แพทย์สั่ง เพื่อป้องกันการขาดยาหรือกินยาเกินขนาด		
17.	หากผู้ป่วยมีอาการกำเริบ คนในชุมชนควรขังผู้ป่วยไว้จนกว่าอาการจะทุเลาลงเอง		
18.	หากผู้ป่วยคิดว่าตนเองหายจากโรคจิตเวชแล้ว สามารถหยุดกินยาได้ด้วยตนเอง		
19.	ยารักษาโรคจิตเวชทำให้อาการหวาดระแวง ก้าวร้าว วุ่นวาย ออยากเดินไปเรื่อยเปื่อย ของผู้ป่วยลดน้อยลง		
20.	คนในสังคมไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดได้ ต้องรักษาด้วยยาจิตเวชเท่านั้น		

### ส่วนที่ 3 ทศนคติของคนในชุมชนต่อผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด

**คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดและการปฏิบัติของท่านต่อผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดในชุมชนมากที่สุด

ที่	ทศนคติ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
<b>ด้านสติและเหตุผล</b>						
1.	ท่านเชื่อว่าโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดสามารถรักษาให้หายขาดได้					
2.	ท่านเชื่อว่าการป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดไม่ต้องได้รับการรักษา เพราะผู้ป่วยไปใช้สารเสพติดจนเกิดโรคจิตเวชเอง					

ที่	ทัศนคติ	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่ เห็นด้วย อย่างยิ่ง
3.	ท่านเชื่อว่าท่านสามารถอยู่ร่วมกับผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดในชุมชนได้					
4.	ท่านเชื่อว่าการใช้สารเสพติดทำให้เกิดโรคจิตเวชได้					
5.	ท่านเชื่อว่าคนที่ใช้สารเสพติดและมีอาการทางจิตเวชไม่สามารถกลับมาเป็นปกติได้					
<b>ด้านความรู้สึก</b>						
6.	ท่านรู้สึกเห็นใจผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดและมีอาการทางจิตเวชร่วมด้วย					
7.	ท่านรู้สึกว่าผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดสามารถทำประโยชน์ให้แก่ชุมชนได้					
8.	ท่านรู้สึกอับอายที่มีคนป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดอยู่ในชุมชน					
9.	ท่านรู้สึกว่าผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดต้องการที่จะมีความสุขเช่นเดียวกับคนอื่นๆในชุมชน					
10.	ท่านรู้สึกว่าผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดสร้างปัญหาให้แก่ชุมชนของท่าน					
<b>ด้านพฤติกรรม</b>						
11.	ท่านรู้สึกว่า การส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาในสถานบำบัดไม่ใช่หน้าที่โดยตรงของท่าน ควรให้ญาติหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขดำเนินการเท่านั้น					
12.	ท่านสามารถทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร ร่วมกับผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดได้อย่างปกติ					

ที่	ทัศนคติ	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่ เห็นด้วย อย่างยิ่ง
13.	ท่านสามารถทำกิจกรรมทางสังคม เช่น งาน ประเพณีต่างๆ ร่วมกับผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวช สารเสพติดได้อย่างปกติ					
14.	ท่านสามารถแจ้งให้ญาตินำผู้ป่วยโรคร่วมจิต เวชสารเสพติดไปรับการรักษาได้เมื่ออาการ กำเริบ					
15.	ท่านปฏิบัติตัวต่อผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวช สารเสพติดเช่นเดียวกับสมาชิกคนอื่นๆ ใน ชุมชน เหมือนเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน					

#### ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด

**คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดและการปฏิบัติของท่านต่อผู้ป่วยโรคร่วม  
จิตเวชสารเสพติดในชุมชนมากที่สุด

ที่	การมีส่วนร่วม	ปฏิบัติ สม่ำเสมอ	ปฏิบัติ บ่อย ครั้ง	ปฏิบัติ บาง ครั้ง	ส่วน ใหญ่ ไม่ ปฏิบัติ	ไม่เคย ปฏิบัติ เลย
<b>การมีส่วนร่วมในระดับข้อมูลข่าวสาร</b>						
1.	ท่านทราบว่าผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดใน ชุมชนของท่าน					
2.	ท่านทราบว่า มีสถานพยาบาลที่สามารถรักษา ผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดได้					
3.	ท่านทราบว่า จะสามารถหาข้อมูลเกี่ยวกับโรค ร่วมจิตเวชสารเสพติดได้จากที่ไหน แหล่งใด หรือจากใคร					

ที่	การมีส่วนร่วม	ปฏิบัติ สม่ำเสมอ	ปฏิบัติ บ่อย ครั้ง	ปฏิบัติ บาง ครั้ง	ส่วนใหญ่ ไม่ ปฏิบัติ	ไม่เคย ปฏิบัติ เลย
4.	ท่านเข้าร่วมรับทราบข้อมูลในการประชาสัมพันธ์ เพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวช สารเสพติดในชุมชนของท่าน					
<b>การมีส่วนร่วมในระดับให้ความคิดเห็น</b>						
5.	ท่านคิดเห็นว่าคนในชุมชนควรมีส่วนร่วมใน การดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด					
6.	ท่านร่วมแสดงความคิดเห็นในการทำประชาสัมพันธ์ เกี่ยวกับการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยโรคร่วม จิตเวชสารเสพติดในชุมชนของท่าน					
7.	ท่านร่วมเสนอแนะแนวทางในการจัดการปัญหา ที่เกิดจากผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดใน ชุมชนของท่าน					
8.	ท่านให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวช สารเสพติดในชุมชนและบริบทของชุมชนของ ท่าน ให้แก่ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย					
<b>การมีส่วนร่วมในระดับเข้ามาจับตาทบทวน</b>						
9.	ท่านมีส่วนร่วมในการแจ้งญาติหรือผู้นำชุมชน เพื่อนำผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดใน ชุมชนของท่านไปเข้ารับการรักษา					
10.	ท่านมีส่วนร่วมในการร่วมคิดร่วมวางแผนให้ ความช่วยเหลือผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด ในชุมชนของท่าน					
11.	ท่านให้ความช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ในขณะที่กำลัง ควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วยที่อาจจะเป็น อันตรายต่อตัวผู้ป่วยเองหรือคนอื่น					



ที่	การมีส่วนร่วม	ปฏิบัติ สม่ำเสมอ	ปฏิบัติ บ่อย ครั้ง	ปฏิบัติ บาง ครั้ง	ส่วนใหญ่ ไม่ ปฏิบัติ	ไม่เคย ปฏิบัติ เลย
<b>การมีส่วนร่วมในระดับสร้างความร่วมมือ</b>						
12.	ท่านเป็นผู้เข้าไปให้ความช่วยเหลือนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลเมื่ออาการโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดของผู้ป่วยกำเริบ					
13.	ท่านชักชวนให้ผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดร่วมทำกิจกรรมต่างๆ กับคนในชุมชนเพื่อเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน					
14.	ท่านมีส่วนร่วมในการเป็นเครือข่ายเฝ้าระวังและติดตามดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดในชุมชนของท่าน					
<b>การมีส่วนร่วมในระดับเสริมอำนาจให้ประชาชน</b>						
15.	ท่านสามารถเสริมสร้างแรงจูงใจให้แก่คนอื่นในชุมชนให้หันมาร่วมกันดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดในชุมชนของท่าน (การเป็นวิทยากรให้ความรู้ การเป็นผู้นำกลุ่ม/เครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย)					
16.	ท่านมีส่วนร่วมในการริเริ่มระบบการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดในชุมชนของท่าน					
17.	ท่านมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนนโยบายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดในชุมชนของท่าน					

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

---

---

---

---

---

----- ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม -----



## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นางสาวกীরติยา อุ่นเจริญ
วันเดือนปีเกิด	วันที่ 16 สิงหาคม 2531
วุฒิการศึกษา	ปีการศึกษา 2553: สังคมสงเคราะห์ศาสตรบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ประวัติการทำงาน	2554-2556: นักสังคมสงเคราะห์ปฏิบัติการ โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ 2556-ปัจจุบัน: หัวหน้ากลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์

