



รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์
โครงการ ความพร้อมและความต้องการสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของ
ญาติผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชนเขตจังหวัดชลบุรี
The Readiness and Needs for Psychiatric Patient Care of Families Caregivers
and Community Networkers in Chonburi Province

ชื่อหัวหน้าโครงการผู้รับทุน / ผู้วิจัย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิชามญช์ ปุณโณทก

โครงการวิจัยประเภทงบประมาณเงินรายได้ (เงินอุดหนุนจากรัฐบาล) ประจำปี
งบประมาณ

พ.ศ. 2561 มหาวิทยาลัยบูรพา

รหัสโครงการ 3307
สัญญาเลขที่ 076/2561

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

โครงการ ความพร้อมและความต้องการสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลและภาคี
เครือข่ายในชุมชนเขตจังหวัดชลบุรี

The Readiness and Needs for Psychiatric Patient Care of Families Caregivers
and Community Networkers in Chonburi Province

ชื่อหัวหน้าโครงการผู้รับทุน / ผู้วิจัย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิชามณช์ ปุณโณทก
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

30 กันยายน 2562

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากงบประมาณเงินรายได้ (เงินอุดหนุนจากรัฐบาล) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 มหาวิทยาลัยบูรพา ผ่านสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ เลขที่สัญญา 076/2561

งานวิจัยนี้ได้สร้างองค์ความรู้ใหม่เกี่ยวกับบริบทการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ความพร้อมและปัจจัยทำนายความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช และของเครือข่ายที่มีสุขภาพเชิงรุก และทีมหุ้นส่วนชุมชน และความต้องการสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนของผู้ดูแล และเครือข่ายชุมชน ซึ่งจะเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีชุมชนเป็นฐาน และงานวิจัยอีกต่อไป

รายงานการวิจัยฉบับนี้สำเร็จด้วยดีเนื่องจากได้รับความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากรองศาสตราจารย์ ดร. รัชณี สรรเสริญ คณบดีสำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ที่ได้ให้คำปรึกษาและช่วยแนะนำแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ อย่างดียิ่ง คณะผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ท้ายสุดขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความกรุณาตรวจสอบเครื่องมือ และขอขอบคุณตัวอย่างญาติผู้ดูแล เครือข่ายที่มีสุขภาพเชิงรุก และหุ้นส่วนชุมชน ที่อำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ ในครั้งนี้

ผู้วิจัย

2562

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร (Executive Summary)

ข้าพเจ้า ผศ.ดร. พิชามญชุ์ ปุณโณทก ได้รับทุนสนับสนุนโครงการวิจัยจากมหาวิทยาลัยบูรพา
ประเภทงบประมาณเงินรายได้ (เงินอุดหนุนจากรัฐบาล) มหาวิทยาลัยบูรพา
โครงการวิจัยเรื่อง

(ภาษาไทย) ความพร้อมและความต้องการสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลและภาคีเครือข่าย
ในชุมชนเขตจังหวัดชลบุรี

(ภาษาอังกฤษ) The Readiness and Needs for Psychiatric Patient Care of Families Caregivers
and Community Networkers in Chonburi Province

รหัสโครงการ 3307/ สัญญาเลขที่ 076/2561 ได้รับงบประมาณรวมทั้งสิ้น 475,600 บาท
(สี่แสนเจ็ดหมื่นห้าพันหก ร้อยบาทถ้วน)

ระยะเวลาการดำเนินงาน 1 ปี 11 เดือน ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2560 ถึง 15 กันยายน 2562

บทคัดย่อ

โรคจิตเวชเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประเทศไทย ญาติผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายชุมชนเป็น
ทรัพยากรที่สำคัญในระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน การวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวางนี้มีแบบ
แผนการวิจัยแบบผสมผสานคู่ขนานกัน เพื่อศึกษาความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
กับความพร้อม และความต้องการสำหรับการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชนจังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็น
ญาติผู้ดูแล จำนวน 310 คน และภาคีเครือข่ายชุมชน จำนวน 200 คน (ทีมดูแลสุขภาพเชิงรุก จำนวน
103 คน และหุ้นส่วนชุมชน จำนวน 97 คน) ได้มาจากการสุ่มแบบแบ่งกลุ่มหลายขั้นตอน ซึ่งดำเนินการ
เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน ตุลาคม 2560 ถึง เดือน มีนาคม พ.ศ. 2562 เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการเก็บ
รวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณกับญาติผู้ดูแลเป็นแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐาน ความรุนแรงของ
โรค พลังสุขภาพจิต ทักษะการรับรู้การดูแล มุมมองเชิงบวกจากการดูแล ความพร้อมในการดูแล
และ ความต้องการสำหรับการดูแล ส่วนภาคีเครือข่ายชุมชน ประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐาน ทักษะการ
พร้อมในการดูแล และความต้องการสำหรับการดูแล สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพใช้แนวคำถามการสนทนา
แบบปลายเปิดและแนวคำถามสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนาและ
สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และนำผลการวิจัยเชิง
คุณภาพและปริมาณมาสังเคราะห์และตีความร่วมกันในภาพรวม

1. ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการดูแลในชุมชนมีอายุเฉลี่ย 45.96 ปี เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง
ประมาณครึ่งหนึ่ง มีสถานภาพโสดและจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ซึ่ง
2 ใน 3 ของผู้ป่วยจิตเวชมีระยะเวลาการป่วยทางจิตเวชอยู่ในช่วง 10 ปี มากกว่า 1 ใน 3 มีโรคร่วมกับ
การป่วยทางจิตเวช ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับการจัดการอย่างต่อเนื่องและสามารถควบคุมโรคร่วมได้ ญาติผู้ดูแล
รับรู้ถึงความรุนแรงของโรคภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ

2. ผู้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนมี 2 ส่วนสำคัญ ประกอบด้วย

1) ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีอายุเฉลี่ยสูงกว่าผู้ป่วยจิตเวช ส่วนมากเป็นเพศหญิง มีสถานภาพคู่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา และประกอบอาชีพ ซึ่งบางส่วนระบุว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเวชส่งผลกระทบต่อ การประกอบอาชีพและสถานะทางการเงิน ญาติผู้ดูแลเกือบครึ่งมีโรคประจำตัว ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับการจัดการ อย่างต่อเนื่อง สามารถควบคุมโรคร่วมได้ และมีการรับรู้ภาวะสุขภาพภาพรวมในระดับปานกลาง ญาติ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุราและไม่สูบบุหรี่ แต่ขาดการออกกำลังกาย ไม่ได้ตรวจสุขภาพ และมีปัญหาเรื่อง การนอนหลับ ทั้งนี้ญาติผู้ดูแลมากกว่าครึ่งมีพลังสุขภาพจิตภาพรวมอยู่ในระดับต่ำเกณฑ์ปกติ ญาติผู้ดูแลมี ความสัมพันธ์เป็นบิดา/มารดาที่ทำหน้าที่ดูแลบุตร และพี่/น้องมากที่สุด ส่วนใหญ่มีเหตุผลของการเป็น ผู้ดูแลคือ เป็นหน้าที่ และรู้สึกยอมรับกับบทบาทผู้ดูแลภาพรวมในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่ไม่เคยมี ประสบการณ์ในการทำหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วย และยังไม่ได้รับการเตรียมก่อนการดูแลจากโรงพยาบาล ส่วนมากมีจำนวนชั่วโมงในการดูแลเฉลี่ย 1-6 ชั่วโมง ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยน้อยกว่า 10 ปี นอกจากนี้ บางส่วนยังต้องดูแลบุคคลในครอบครัวนอกเหนือจากผู้ป่วยจิตเวช และมากกว่าครึ่งไม่มีผู้ช่วย เหลือในการดูแล

2) ภาครีหรือข่ายการดูแลในชุมชน ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยจิต เวชของญาติผู้ดูแลในชุมชน ได้แก่ ทีมดูแลสุขภาพเชิงรุกซึ่งเป็นพยาบาลมากที่สุด อายุเฉลี่ย 38.69 ปี ส่วน ใหญ่เป็นเพศหญิง จบการศึกษาระดับปริญญาตรี และเป็นข้าราชการ/พนักงานของรัฐ ในขณะที่ทีม ฟื้นฟูส่วนชุมชน ประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) มากที่สุด มีอายุเฉลี่ยมากกว่าทีมดูแลสุขภาพ เชิงรุก ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง โดยจบการศึกษาระดับประถมศึกษาและประกอบอาชีพเป็นรับจ้างมากที่สุด ส่วนมากของทีมดูแลสุขภาพเชิงรุกและฟื้นฟูส่วนชุมชนไม่เคยมีประสบการณ์ในการทำหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วย และไม่เคยได้รับการอบรมเพื่อการดูแล

3. ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างต่อเนื่องในชุมชน

1) ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลพบว่า ญาติผู้ดูแลมีการรับรู้ความ พร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีความพร้อมด้านการ ตอบสนองความต้องการของตนเองมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยจิต เวช และด้านข้อมูลข่าวสาร แหล่งสนับสนุน และเครือข่าย ซึ่งตัวแปรทัศนคติเกี่ยวกับผู้ป่วยและการดูแล ปัญหาสุขภาพกายผู้ดูแล อายุของผู้ดูแล มุมมองเชิงบวกเกี่ยวกับการดูแล และการได้รับการเตรียมก่อน ดูแล สามารถอธิบายความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลภาพรวมได้ร้อยละ 40.2

2) ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของทีมดูแลสุขภาพเชิงรุกพบว่า ทีมดูแลสุขภาพเชิง รุกมีการรับรู้ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางและรายด้านอยู่ในระดับ ปานกลาง โดยมีความพร้อมด้านการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ดูแลมากที่สุด รองลงมาคือ ด้าน การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยจิตเวชใกล้เคียงกับด้านข้อมูลข่าวสาร แหล่งสนับสนุน และ เครือข่ายซึ่งตัวแปรทัศนคติเกี่ยวกับผู้ป่วยและการดูแล และการยอมรับบทบาท สามารถอธิบายความ พร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของทีมดูแลสุขภาพเชิงรุกภาพรวมได้ร้อยละ 21.4

3) ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของทีมฟื้นฟูส่วนชุมชนพบว่า ทีมฟื้นฟูส่วนชุมชนมีการรับรู้ ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดย มีความพร้อมด้านการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ดูแลมากที่สุดใกล้เคียงกับด้านข้อมูลข่าวสาร

แหล่งสนับสนุน และเครือข่าย ส่วนด้านสุดท้ายคือ ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งตัวแปรทัศนคติเกี่ยวกับผู้ป่วยและการดูแล และการยอมรับบทบาท สามารถอธิบายความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของทีมหุ่นส่วนชุมชนภาพรวมได้ร้อยละ 36.1

4. ความต้องการสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างต่อเนื่องในชุมชน

4.1 ความต้องการสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลพบว่า ญาติผู้ดูแลมีความต้องการภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยในด้านการสร้างแรงจูงใจในการเป็นผู้ดูแล ผู้ดูแลต้องการการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจของผู้ดูแลและครอบครัวให้พร้อมเผชิญกับอาการทางจิตของผู้ป่วย ครอบครัวเข้าใจและยอมรับผู้ป่วย และต้องการกำลังใจจากคนในครอบครัว ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารและการสนับสนุน ผู้ดูแลต้องการการเตรียมด้านความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเวช ทักษะการดูแลผู้ป่วย และทักษะในการจัดการความเครียดของตนเอง

4.2 ความต้องการสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายชุมชน พบว่า ทีมดูแลสุขภาพเชิงรุกมีความต้องการสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในภาพรวมอยู่ในระดับสูง และรายด้านที่มีระดับสูงคือด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารและการสนับสนุน ส่วนด้านการสร้างแรงจูงใจในการเป็นผู้ดูแล และด้านการเตรียมศักยภาพในการเป็นผู้ดูแล มีความต้องการระดับปานกลาง ส่วนทีมหุ่นส่วนชุมชน มีความต้องการภาพรวม และรายด้านทั้ง 3 ด้าน อยู่ในระดับปานกลาง โดยความต้องการด้านสร้างแรงจูงใจในการเป็นผู้ดูแลนั้น เครือข่ายชุมชนต้องการเข้าใจในขอบเขตบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ชัดเจน การลดช่องว่างระหว่างครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชกับชุมชน ด้านการเตรียมศักยภาพในการเป็นผู้ดูแล เครือข่ายต้องการด้านความรู้ และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และการรู้จักครอบครัวของผู้ป่วย ส่วนด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารและการสนับสนุน เครือข่ายต้องการให้มีการพัฒนาระบบการทำงานของภาคีเครือข่ายชุมชน โดยให้มีศูนย์เครือข่ายผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน มีศูนย์ส่งต่อที่รวดเร็วและมีระบบรองรับผู้ป่วยที่ไม่มีญาติ

ผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลเวชปฏิบัติ บุคลากรด้านสุขภาพ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องควรพัฒนาโปรแกรมพัฒนาความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยในญาติผู้ดูแล ทีมดูแลสุขภาพเชิงรุก และทีมหุ่นส่วนชุมชน โดยกลวิธีสำคัญในการพัฒนากลุ่มญาติผู้ดูแล ได้แก่ การส่งเสริมทัศนคติเกี่ยวกับผู้ป่วยและการดูแลดูแลสุขภาพญาติผู้ดูแล เพิ่มมุมมองเชิงบวกเกี่ยวกับการดูแล และเตรียมก่อนการดูแล กลวิธีสำคัญในการพัฒนาภาคีเครือข่ายในชุมชนทั้งทีมดูแลสุขภาพเชิงรุกและทีมหุ่นส่วนชุมชน ได้แก่ การเพิ่มทัศนคติเกี่ยวกับผู้ป่วยและการดูแล และส่งเสริมแรงจูงใจการยอมรับบทบาทการดูแล ตลอดจนพิจารณาวิธีให้ตอบสนองต่อความต้องการ เพื่อให้ภาคีการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนมีความพร้อมในการดูแล นำไปสู่ประสิทธิภาพการดูแล และผลลัพธ์ที่ดีทั้งต่อตัวผู้ป่วยจิตเวช และภาคีการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

Output / Outcome

1. ได้ข้อมูลคุณภาพเกี่ยวกับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของครอบครัว และภาคีเครือข่ายในชุมชน และได้ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแล และความต้องการเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช และของภาคีเครือข่ายชุมชน

2. เตรียมนำผลงานวิจัยที่ได้ไปเป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบ ระบบ และกลไกการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยมีชุมชนเป็นฐานในระยะยาว และทำการวิจัยต่อไป

3. เตรียมเสนอผลการวิจัยไปเผยแพร่ โดยการลงตีพิมพ์ในวารสารวิชาการระดับชาติ นานาชาติ และที่ประชุมวิชาการระดับชาติและนานาชาติ ซึ่งตอบสนองยุทธศาสตร์ของในมหาวิทยาลัยบูรพาและคณะพยาบาลศาสตร์ ในมหาวิทยาลัยบูรพา

ข้อเสนอแนะ

ควรทำการวิจัยพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน และติดตามผลการดำเนินงาน ดังนี้

1. เตรียมความพร้อมสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชทั้งในระดับครอบครัว และชุมชน ผ่านการอบรมให้ความรู้แก่ทั้งผู้ดูแล และเครือข่ายชุมชนเกี่ยวกับโรคทางจิตเวช แนวทางการดูแลและจัดการอาการทางจิต ทั้งนี้มีระดับความแตกต่างตามกลุ่มผู้รับการอบรม การเสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเวช มุมมองเชิงบวกต่อบทบาทการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแล
2. เตรียมความพร้อมของชุมชน เสริมสร้างความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยผ่านการปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเวช ด้วยการให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคทางจิตเวช การอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเวช
3. พัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่อง โดยความร่วมมือของสหวิชาชีพ และหุ้นส่วนชุมชน โดยพัฒนาให้มีระบบการส่งต่อ และระบบการเยี่ยมบ้านชัดเจนเป็นรูปธรรม และระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน

บทคัดย่อ

โรคจิตเวชเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประเทศไทย ญาติผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายชุมชนเป็นทรัพยากรที่สำคัญในระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน การวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวางนี้มีแบบแผนการวิจัยแบบผสมผสานคู่ขนานกัน เพื่อศึกษาความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อม และความต้องการสำหรับการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชนจังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแล จำนวน 310 คน และภาคีเครือข่ายชุมชน จำนวน 200 คน (ทีมดูแลสุขภาพเชิงรุก จำนวน 103 คน และหุ้นส่วนชุมชน จำนวน 97 คน) ได้มาจากการสุ่มแบบแบ่งกลุ่มหลายขั้นตอน ซึ่งดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน ตุลาคม 2560 ถึง เดือน มีนาคม พ.ศ. 2562 เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณกับญาติผู้ดูแลเป็นแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐาน ความรุนแรงของโรค พลังสุขภาพจิต ทักษะคิด การรับรู้ภาวะการดูแล มุมมองเชิงบวกจากการดูแล ความพร้อมในการดูแล และความต้องการสำหรับการดูแล ส่วนภาคีเครือข่ายชุมชน ประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐาน ทักษะคิด 3 ความพร้อมในการดูแล และความต้องการสำหรับการดูแล สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพใช้แนวคำถามการสนทนาแบบปลายเปิดและแนวคำถามสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และนำผลการวิจัยเชิงคุณภาพและปริมาณมาสังเคราะห์และตีความร่วมกันในภาพรวม

1. ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการดูแลในชุมชนมีอายุเฉลี่ย 45.96 ปี เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ประมาณครึ่งหนึ่งมีสถานภาพโสดและจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ซึ่ง 2 ใน 3 ของผู้ป่วยจิตเวชมีระยะเวลาการป่วยทางจิตเวชอยู่ในช่วง 10 ปี มากกว่า 1 ใน 3 มีโรคร่วมกับการป่วยทางจิตเวช ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับการจัดการอย่างต่อเนื่องและสามารถควบคุมโรคร่วมได้ ญาติผู้ดูแลรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ
2. ผู้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนมี 2 ส่วนสำคัญ ประกอบด้วย
 - 1) ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีอายุเฉลี่ยสูงกว่าผู้ป่วยจิตเวช ส่วนมากเป็นเพศหญิง มีสถานภาพคู่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา และประกอบอาชีพ ซึ่งบางส่วนระบุว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเวชส่งผลกระทบต่อประกอบอาชีพและสถานะทางการเงิน ญาติผู้ดูแลเกือบครึ่งมีโรคประจำตัว ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับการจัดการอย่างต่อเนื่อง สามารถควบคุมโรคร่วมได้ และมีการรับรู้ภาวะสุขภาพภาพรวมในระดับปานกลาง ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุราและไม่สูบบุหรี่ แต่ขาดการออกกำลังกาย ไม่ได้ตรวจสุขภาพ และมีปัญหาเรื่องการนอนหลับ ทั้งนี้ญาติผู้ดูแลมากกว่าครึ่งมีพลังสุขภาพจิตภาพรวมอยู่ในระดับต่ำเกณฑ์ปกติ ญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์เป็นบิดา/มารดาที่ทำหน้าที่ดูแลบุตร และพี่/น้องมากที่สุด ส่วนใหญ่มีเหตุผลของการเป็นผู้ดูแลคือ เป็นหน้าที่ และรู้สึกยอมรับกับบทบาทผู้ดูแลภาพรวมในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการทำหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วย และยังไม่ได้รับการเตรียมก่อนการดูแลจากโรงพยาบาล ส่วนมากมีจำนวนชั่วโมงในการดูแลเฉลี่ย 1-6 ชั่วโมง ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยน้อยกว่า 10 ปี นอกจากนี้ บางส่วนยังต้องดูแลบุคคลในครอบครัวนอกเหนือจากผู้ป่วยจิตเวช และมากกว่าครึ่งไม่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแล

2) ภาควิชาการดูแลในชุมชน ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลในชุมชน ได้แก่ ทีมดูแลสุขภาพเชิงรุกซึ่งเป็นพยาบาลมากที่สุด อายุเฉลี่ย 38.69 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จบการศึกษาระดับปริญญาตรี และเป็นข้าราชการ/พนักงานของรัฐ ในขณะที่ทีมหุ่นส่วนชุมชน ประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) มากที่สุด มีอายุเฉลี่ยมากกว่าทีมดูแลสุขภาพเชิงรุก ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง โดยจบการศึกษาระดับประถมศึกษาและประกอบอาชีพเป็นรับจ้างมากที่สุด ส่วนมากของทีมดูแลสุขภาพเชิงรุกและหุ่นส่วนชุมชนไม่เคยมีประสบการณ์ในการทำหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วย และไม่เคยได้รับการอบรมเพื่อการดูแล

3. ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างต่อเนื่องในชุมชน

1) ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลพบว่า ญาติผู้ดูแลมีการรับรู้ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีความพร้อมด้านการตอบสนองความต้องการของตนเองมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยจิตเวช และด้านข้อมูลข่าวสาร แหล่งสนับสนุน และเครือข่าย ซึ่งตัวแปรทัศนคติเกี่ยวกับผู้ป่วยและการดูแล ($B = .407, p < .001$) ปัญหาสุขภาพกายผู้ดูแล ($B = -.237, p < .001$) อายุของผู้ดูแล ($B = -.206, p < .001$) มุมมองเชิงบวกเกี่ยวกับการดูแล ($B = .153, p < .01$) และการได้รับการเตรียมก่อนดูแล ($B = .126, p < .01$) สามารถอธิบายความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลภาพรวมได้ร้อยละ 40.2 ($R^2 = .402, F = 40.861, p < .001$)

2) ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของทีมดูแลสุขภาพเชิงรุกพบว่า ทีมดูแลสุขภาพเชิงรุกมีการรับรู้ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีความพร้อมด้านการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ดูแลมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยจิตเวชใกล้เคียงกับด้านข้อมูลข่าวสาร แหล่งสนับสนุน และเครือข่ายซึ่งตัวแปรทัศนคติเกี่ยวกับผู้ป่วยและการดูแล ($B = .324, p < .01$) และการยอมรับบทบาท ($B = .217, p < .05$) สามารถอธิบายความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของทีมดูแลสุขภาพเชิงรุกภาพรวมได้ร้อยละ 21.4 ($R^2 = .214, F = 13.622, p < .001$)

3) ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของทีมหุ่นส่วนชุมชนพบว่า ทีมหุ่นส่วนชุมชนมีการรับรู้ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีความพร้อมด้านการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ดูแลมากที่สุดใกล้เคียงกับด้านข้อมูลข่าวสาร แหล่งสนับสนุน และเครือข่าย ส่วนด้านสุดท้ายคือ ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งตัวแปรทัศนคติเกี่ยวกับผู้ป่วยและการดูแล ($B = .422, p < .001$) และการยอมรับบทบาท ($B = .272, p < .01$) สามารถอธิบายความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของทีมหุ่นส่วนชุมชนภาพรวมได้ร้อยละ 36.1 ($R^2 = .361, F = 26.508, p < .001$)

4. ความต้องการสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างต่อเนื่องในชุมชน

4.1 ความต้องการสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลพบว่า ญาติผู้ดูแลมีความต้องการภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยในด้านการสร้างแรงจูงใจในการเป็นผู้ดูแล ผู้ดูแลต้องการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจของผู้ดูแลและครอบครัวให้พร้อมเผชิญกับอาการทางจิตของผู้ป่วย ครอบครัวเข้าใจและยอมรับผู้ป่วย และต้องการกำลังใจจากคนในครอบครัว ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสาร

และการสนับสนุน ผู้ดูแลต้องการการเตรียมด้านความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเวช ทักษะการดูแลผู้ป่วย และทักษะในการจัดการความเครียดของตนเอง

4.2 ความต้องการสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายชุมชน พบว่า ทีมดูแลสุขภาพเชิงรุกมี มีความต้องการสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในภาพรวมอยู่ในระดับสูง และรายด้านที่มีระดับสูงคือด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารและการสนับสนุน ส่วนด้านการสร้างแรงจูงใจในการเป็นผู้ดูแล และด้านการเตรียมศักยภาพในการเป็นผู้ดูแล มีความต้องการระดับปานกลาง ส่วนทีมหุ้นส่วนชุมชน มีความต้องการภาพรวม และรายด้านทั้ง 3 ด้าน อยู่ในระดับปานกลาง โดยความต้องการด้านสร้างแรงจูงใจในการเป็นผู้ดูแลนั้น เครือข่ายชุมชนต้องการเข้าใจในขอบเขตบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ชัดเจน การลดช่องว่างระหว่างครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชกับชุมชน ด้านการเตรียมศักยภาพในการเป็นผู้ดูแล เครือข่ายต้องการด้านความรู้ และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และการรู้จักครอบครัวของผู้ป่วย ส่วนด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารและการสนับสนุน เครือข่ายต้องการให้มีการพัฒนาระบบการทำงานของภาคีเครือข่ายชุมชน โดยให้มีศูนย์เครือข่ายผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน มีศูนย์ส่งต่อที่รวดเร็วและมีระบบรองรับผู้ป่วยที่ไม่มีญาติ

ผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลเวชปฏิบัติ บุคลากรด้านสุขภาพ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องควรพัฒนาโปรแกรมพัฒนาความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยในญาติผู้ดูแล ทีมดูแลสุขภาพเชิงรุก และทีมหุ้นส่วนชุมชน โดยกลวิธีสำคัญในการพัฒนากลุ่มญาติผู้ดูแล ได้แก่ การส่งเสริมทัศนคติเกี่ยวกับผู้ป่วยและการดูแลดูแลสุขภาพญาติผู้ดูแล เพิ่มมุมมองเชิงบวกเกี่ยวกับการดูแล และเตรียมก่อนการดูแล กลวิธีสำคัญในการพัฒนาภาคีเครือข่ายในชุมชนทั้งทีมดูแลสุขภาพเชิงรุกและทีมหุ้นส่วนชุมชน ได้แก่ การเพิ่มทัศนคติเกี่ยวกับผู้ป่วยและการดูแล และส่งเสริมแรงจูงใจการยอมรับบทบาทการดูแล ตลอดจนพิจารณากลวิธีให้ตอบสนองต่อความต้องการ เพื่อให้ภาคีการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนมีความพร้อมในการดูแล นำไปสู่ประสิทธิภาพการดูแล และผลลัพธ์ที่ดีทั้งต่อตัวผู้ป่วยจิตเวช และภาคีการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

Abstract

Psychiatric illness is a significant health problem in Thailand. Families caregivers and community networkers are essential resources in the long-term care system for psychiatric patients. This Cross-sectional describe research and concurrent mixed-methods research aimed to describe readiness of caregiving and determine factors influencing the readiness of caregiving for psychiatric patients among families caregivers and community networkers, and also study needs for long term psychiatric patient care in community in Chonburi Province. A multi-stage cluster random sampling was used to recruit 310 participants of family caregivers of psychitric patients and 200 community networkers (103 health care team and 97 community partners) in Chonburi province. Data were carried out from October 2018 to March 2019. Research instrument were used to collect quantitative data with family caregivers were interviews including basic information, patient' severity of disease, caregiver' resilience quotient, attitude, perception of care burden, positive caregiving aspects, care readiness, and needs for care to psychiatric patient care. Community network were cooleced using self-report questionnaires, consisting of basic information, attitudes, care readiness, and needs for care to psychiatric patient care. Qualitative data used open-ended dialogue questions and semi-structured interview questions. Descriptive statistics and stepwise multiple regression statistics were used to analyze the quantitative data. Content analysis were used to analyze the qualitative data. Qualitative and quantitative research results are synthesized and interpreted together as a whole.

1. Psychiatric patients in community have a mean of 45.96. Most of them were male. Half of them were single and had primary school education. The majority of them were unemployees. The duration of illness of two thirds of them were 10 years. One third of them had comorbidity with psychiatric illness which could be controlled. The caregivers perceived severity of the care recipients' illness at low level.

2. The community networks composd of 2 significant parts:

2.1 The family caregivers who care for psychiatric patients had more mean age than the patients. Most of them were female, were married, had primary school education, and were employees. Some of them reported that their caregiver role impacted on their carrier and financial. Half of them had physical illness which could be controlled. They perceived their overall health at moderate level. The majority of them did not use substance abused: alchohol and tobacco, but lack of having exercise, check-up and had sleep problem. More than a half of them had low level of resilience. The

majority of them were parents and sibling which considered caregiver role as their duty and accept their caregiver roles at a moderate level. Most of them had no past experience for being caregiver for psychiatric patients and had not been prepared from hospital. Most of them had a mean of caregiving hour at 1-6 hours. The duration of their caregiving role less than 10 years. Additionally, some of them were caregivers for other family members with lacking other assistances.

2.2 The community network who care for psychiatric patients and their caregivers in community composed of health care team which nurses were the majority with the mean age of 38.69. Most of them were female, had primary school education, and were government officers while the community partners were village health volunteers as the majority group. The age of them were more than those of health care teams. Most of them were female, had primary school education, and were the workers. Both health care team and community partners had no past experience for being caregiver for psychiatric patients and had not been prepared from hospital.

3. The readiness of long term caregiving for psychiatric patients in community.

3.1 The readiness in caregiving for psychiatric patients among the caregivers. The overall and all of each dimension of readiness in caregiving for psychiatric patients among the caregivers were moderate level. The highest dimension of readiness were the readiness for self care need and for caring the patient's need, and for support information help resources and network, repeatedly. The predictor model with attitude on the patient and caregiving ($B = .407, p < .001$) caregiver's health problem ($B = -.237, p < .001$) age of caregivers ($B = -.206, p < .001$) positive caregiving aspects ($B = .153, p < .01$) and preparedness for caregiving ($B = .126, p < .01$) was able to count for 40.2 percent of variance ($R^2 = .402, F = 40.861, p < .001$) of the overall care readiness.

3.2 The readiness in caregiving for psychiatric patients among the health care team. The overall and all of each dimension of readiness in caregiving for psychiatric patients among the health care team were moderate level. The highest dimension of readiness were the readiness for caring caregiver's needs, for caring the patient's needs, and for support information help resources and network, repeatedly. The predictor model with attitude on the patient and caregiving ($B = .324, p < .01$) role acceptance ($B = .217, p < .05$) was able to count for 21.4 percent of variance ($R^2 = .214, F = 13.622, p < .001$) of the overall care readiness.

3.3 The readiness in caregiving for psychiatric patients among the community partners. The overall and all of each dimension of readiness in caregiving for psychiatric patients among the community partners were moderate level. The highest dimension of readiness were the readiness for caring caregiver's needs, for support

information help, resources and network, and for caring the patient's needs repeatedly. The predictor model with attitude on the patient and caregiving ($B = .422, p < .001$) and role acceptance ($B = .272, p < .01$) was able to account for 36.1 percent of variance ($R^2 = .361, F = 26.508, p < .001$) of the overall care readiness.

4. The needs for long term psychiatric patient care in community.

4.1 The needs for long term psychiatric patient care in community among caregiver. The overall and all of each dimension of caregiver's needs were moderate level. In the dimension of motivation in caregiving role, the caregiver needed mental preparing for both of them and their families to face with psychotic symptoms. They needed their families to accept the patients and provided psychological support to them. They also needed information supports regarding the psychiatric illness caregiving skills and stress management skills for themselves.

4.2 The needs for long term psychiatric patient care in community among community network. The overall of health care team's need were high level. The highest dimension were the need of support information, help resources, and network. The need of motivation in caregiving role and preparing competency of caregiver were moderate level. The overall and all of each dimension of community partners' needs were moderate level. In the dimension of motivation in caregiving role, the community partners needed to understand more clearly about their role in caring for psychiatric patients in community. In addition, community partners needed information about psychiatric illness, caregiving skills, and understanding the families they cared to enhance their caregiving competency. Moreover, they needed the network system in caring for psychiatric patients and families, including caregivers network center, referring system, and system for support homeless patients.

A major contribution of this study is that it offers nurse practitioners, health care providers, and stakeholders a new understanding about the caregiving context for psychiatric patients in community, caregivers and community network's care readiness, factors influencing their readiness, and needs for caring to psychiatric patients and their caregivers in community. The findings can be used as basis information for developing a program to enhance the readiness among caregivers through promoting their attitude to psychiatric patients and caregiving, and positive aspects of caregiving. The findings also guide the strategies to develop the readiness among the health care team and community partners via enhancing their attitude to psychiatric patients and caregiving and promoting their motivation to care and accept their caregiving role, as well as the strategies to help the community network team to meet their caregiving needs. The readiness of caregivers, health care team, and community partners is an essential for

caregiving efficiency and caregiving outcomes of the psychiatric patients and caregiving network teams.

สารบัญเรื่อง

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อ.....	ฉ
ABSTRACT.....	ฅ
สารบัญเรื่อง.....	ฐ
สารบัญตาราง.....	จ
สารบัญรูป	ช
คำย่อ	ซ
บทที่ 1: บทนำ.....	1
ความสำคัญและที่มาของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	3
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	9
วิธีดำเนินการวิจัย	9
การนำเสนอผลการวิจัย.....	9
บทที่ 2: วิธีการดำเนินการวิจัย.....	10
รูปแบบการวิจัย	10
วิธีวิจัยเชิงปริมาณ	10
วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ.....	22
บทที่ 3: การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน.....	25
ส่วนที่ 1 ผู้ป่วยจิตเวชที่อาศัยในชุมชน	25
ส่วนที่ 2 ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน.....	29
ส่วนที่ 3 เครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน	41
ส่วนที่ 4 มุมมองการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน.....	45
บทที่ 4: ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน	50
ส่วนที่ 1 ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแล	50
ส่วนที่ 2 ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของทีมดูแลสุขภาพเชิงรุก	58
ส่วนที่ 3 ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของหุ้นส่วนชุมชน	64

	หน้า
บทที่ 5: ความต้องการสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน	71
ส่วนที่ 1 ความต้องการสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของผู้ดูแล	71
ส่วนที่ 2 ความต้องการสำหรับการดูแลของภาคีเครือข่ายชุมชน	80
บทที่ 6: สรุป อภิปราย และให้ข้อเสนอแนะ	90
สรุป	90
อภิปรายผล	94
ข้อเสนอแนะ	106
ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการวิจัยในขั้นตอนต่อไป	106
การประยุกต์ของผลการวิจัย	107

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชจำแนกตามข้อมูลพื้นฐาน	26
ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำแนกตามข้อมูลพื้นฐาน	31
ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเวช จำแนกตามข้อมูลบริบทการดูแลผู้ป่วยจิตเวช.....	36
ตารางที่ 4 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยจิตเวช จำแนกตามกิจกรรมการดูแล	38
ตารางที่ 5 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยจิตเวช จำแนกตามข้อจำกัดในการดูแล...	40
ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของภาคีเครือข่ายชุมชนจำแนกตามข้อมูลพื้นฐาน	42
ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเวช จำแนกตามข้อมูลบริบทการดูแลของเครือข่ายในชุมชน	43
ตารางที่ 8 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของเครือข่าย จำแนกตามกิจกรรมการดูแล	44
ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ยของคะแนนการยอมรับในบทบาทและทัศนคติของญาติผู้ดูแล ทีมดูแลสุขภาพเชิงรุก และ หุ้นส่วนชุมชนภาพรวม รายด้าน และรายข้อ	47
ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ยของคะแนนการยอมรับในบทบาทของญาติผู้ดูแล ทีมดูแลสุขภาพเชิงรุก และหุ้นส่วน ชุมชนภาพรวม และรายด้าน	48
ตารางที่ 11 คะแนนจริง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแปลผลมุมมองเชิงบวกจากการดูแลของญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช.....	49
ตารางที่ 12 คะแนนจริง ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ยปรับฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแปลผลความพร้อมในการ ดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลภาพรวม รายด้าน และรายข้อ	51
ตารางที่ 13 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลของตัวแปร ปัญหาสุขภาพกายและการได้รับการเตรียมก่อนการดูแล	53
ตารางที่ 14 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชผู้ป่วยภาพรวม และรายด้าน	54
ตารางที่ 15 ค่าการวิเคราะห์การถดถอยระหว่างตัวทำนายความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแล	56
ตารางที่ 16 คะแนนจริง ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ยปรับฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแปลผลความพร้อมในการ ดูแลผู้ป่วยจิตเวชของทีมดูแลสุขภาพเชิงรุกในภาพรวม รายด้าน และรายข้อ	58
ตารางที่ 17 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของทีมดูแลสุขภาพเชิงรุก ตามตัวแปรการได้รับการอบรมเพื่อการดูแล	60
ตารางที่ 18 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของทีมดูแล สุขภาพเชิงรุกภาพรวมและรายด้าน	61

ตารางที่ 19 ค่าการวิเคราะห์การถดถอยระหว่างตัวทำนายความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของทีมดูแล สุขภาพเชิงรุก	62
ตารางที่ 20 คะแนนจริง ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ยปรับฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแปลผลความพร้อมในการ ดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลของทีมหุ่นส่วนชุมชนภาพรวม รายด้าน และรายข้อ	65
ตารางที่ 21 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของทีมหุ่นส่วนชุมชนระหว่าง ตัวแปรการได้รับการอบรม	67
ตารางที่ 22 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของทีมหุ่นส่วน ชุมชนภาพรวมและรายด้าน.....	67
ตารางที่ 23 ค่าการวิเคราะห์การถดถอยระหว่างตัวทำนายความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของทีมหุ่นส่วน ชุมชน.....	69
ตารางที่ 24 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลความต้องการสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของ ญาติผู้ดูแล รายข้อ รายด้าน และโดยรวม	78
ตารางที่ 25 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลความต้องการสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของ ทีมดูแลสุขภาพเชิงรุกและหุ่นส่วนชุมชน รายข้อ รายด้าน และโดยรวม	89

สารบัญรูป

รูปที่ 1 แนวคิดนวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง.....	5
รูปที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย: กลุ่มญาติผู้ดูแล.....	8
รูปที่ 3 กรอบแนวคิดการวิจัย: กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน.....	8

คำย่อ

อสม.	อาสาสมัครสาธารณสุข
M	Mean (ค่าเฉลี่ย)
M _{adj}	Adjusted mean (ค่าเฉลี่ยปรับฐาน)
n	Number (จำนวนกลุ่มตัวอย่าง)
SD	Standard deviation (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)
SD _{adj}	Adjusted standard deviation (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานปรับฐาน)
WHO	World Health Organization (องค์การอนามัยโลก)

บทที่ 1: บทนำ

ความสำคัญและที่มาของปัญหา

โรคจิตเวชเป็นโรคที่มีความรุนแรงและเรื้อรังมากที่สุด สำหรับประเทศไทย จากรายงานกรมสุขภาพจิตพบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่รับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลมีจำนวนระหว่างปีงบประมาณ 2556-2558 จาก 42,733 ในปี 2556 เป็น 44,556 และ 46,837 ในปี 2557 และ 2558 ตามลำดับ และจำนวนผู้ป่วยที่ถูกจำหน่าย ก็มีจำนวนเพิ่มขึ้น จาก 42,861 ในปี 2556 เป็น 42,895 และ 46,799 ในปี 2557 และ 2558 ตามลำดับ (Department of Mental Health, 2558) ซึ่งอาจเป็นตัวเลขที่สะท้อนการกลับมาเป็นซ้ำที่เพิ่มจำนวนขึ้น เนื่องจากโรงพยาบาลจิตเวชมีนโยบายลดจำนวนผู้ป่วยและจำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาล เพื่อผลักดันให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตในสังคมจริงได้ จากรายงานวิจัย พบว่าผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่ (98%) ต้องกลับไปอยู่กับครอบครัวในขณะที่ยังมีอาการทางจิตเวชเหลืออยู่ (Phanthunane, Whiteford, Bertram, & Udomratn, 2010; Thongkhamrod, 2006)

ผู้ป่วยส่วนมากจะมีอาการของโรคกลับเป็นซ้ำสลับกับช่วงที่หายหรือทุเลา (Pearson, 2006) โดยอัตราการกลับเป็นซ้ำในปีที่ 5 สูงถึง 70-82% (Lieberman, 1999; Linszen, de Hann, Dingemans, & Wouters, 2006; Pearson, 2006) สาเหตุสำคัญของการกลับเป็นซ้ำคือการไม่รับประทานยาการรักษาอาการทางจิตเวชอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ (ณัฐติกา ชูรัตน์, 2559) เนื่องจากผู้ป่วยไม่ยอมรับว่าตนเองเจ็บป่วย คิดว่าตนเองหายแล้วไม่จำเป็นต้องรับการรักษา รักษาแล้วอาการทางจิตไม่ดีขึ้น (Schultz, North, & Shields, 2007; ณัฐติกา ชูรัตน์, 2559) หรือมีความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยา (Lambert, Conus, Lambert, & McGorry, 2003) จากรายงานการวิจัยพบว่า หลังจากการกลับเป็นซ้ำ ผู้ป่วยจะมีการตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาไม่ดี ต้องใช้เวลาในการรักษานานขึ้น และการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจะบกพร่องอย่างมาก นำไปสู่การดำเนินโรคที่เรื้อรัง (Lieberman, 1999; ณัฐติกา ชูรัตน์, 2559) ดังนั้นความพร้อมในการดูแล และประสิทธิภาพของการดูแลอย่างต่อเนื่องจึงเป็นสิ่งสำคัญมาก ในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของอาการทางจิตเวช และป้องกันภาวะเรื้อรังของโรค

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านมีความยุ่งยากและซับซ้อน ต้องการทักษะเฉพาะในการดูแล ผู้ดูแลและครอบครัว ต้องมีความพร้อมในการดูแล ทั้งนี้ด้วยผู้ป่วยจะมีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ พฤติกรรม และอารมณ์ และมีการดำเนินโรคแบบเรื้อรัง ในระยะเฉียบพลันของโรค ผู้ป่วยมักมีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อทั้งตนเอง ผู้อื่นและทรัพย์สิน จากการที่มีอาการหูแว่วและ/หรือประสาทหลอน (Poonnotok, Thampanichawat, Patoomwan, & Sangon, 2016) นอกจากนั้น ผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาอื่นๆ ได้แก่ การนอนกลางวันและตื่นกลางคืน การพูดจាក้าวร้าวและมีการกระทำที่รุนแรง (Ferriter & Huband, 2003; Poonnotok, Pratoomsri, Kaewmart, Asarath, 2019) ความรู้ที่ได้จากงานวิจัยที่ผ่านมาสะท้อนว่า ผู้ดูแลต้องตื่นรับต่อสู้อุ้มนำความปกติกลับคืนมาตลอดเวลา โดยในระยะก่อนรับการวินิจฉัยโรค ต้องพยายาม

อย่างยิ่งที่จะทำความเข้าใจในความผิดปกติของบุตรที่เริ่มสังเกตเห็น จนแน่ใจว่าไม่ปกติจึงพาไปพบแพทย์ หลังจากรับการวินิจฉัยแล้ว ต้องเผชิญความยุ่งยากในการดั้นร่นจัดการกับอาการทางจิตที่ไม่คงที่ เช่นการให้ได้รับยาอย่างต่อเนื่อง การเฝ้าติดตามและจัดการกับอาการทางจิตต่างๆ รวมถึงการป้องกันอาการกำเริบซ้ำ นอกจากนี้ยังต้องจัดการกับผลกระทบจากโรค ได้แก่ การตัดสินใจที่ไม่ดีของผู้ป่วย ตราบาป การความรู้สึกสูญเสียของตนเอง (Poonnotok, Thampanichawat, Patoomwan, & Sangon, 2016; Poonnotok, Pratoomsri, Kaewmart, Asarath, 2019; Tungpunkom, Napa, Srihachin, & Chaniang, 2013) ดังนั้นความพร้อมในการดูแลซึ่งประกอบด้วยความรู้ความเข้าใจ ทักษะในการจัดการกับอาการทางจิต และการได้รับการสนับสนุนจากทุกภาคส่วนจึงมีความสำคัญยิ่ง หากผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือที่ไม่เพียงพอในการเผชิญกับความยุ่งยากในการดูแลผู้ป่วยดังที่กล่าวมา จะส่งผลต่อผู้ดูแลในทุกมิติ ทั้งสุขภาพกาย เศรษฐกิจ สังคม รวมถึงคุณภาพการดูแลผู้ป่วย (Chaffey & Fossey, 2004; Seloilwe, 2006)

การดูแลผู้ป่วยจิตเวช มีความจำเป็นที่ต้องอาศัยความร่วมมือของทุกภาคส่วนตั้งแต่ระดับนโยบาย จนถึงการปฏิบัติ โดยภาคีเครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ ทีมสุขภาพ ผู้นำท้องถิ่น ชุมชน ครอบครัวและญาติผู้ดูแล ที่จะร่วมมือกัน ชุมชนหรือภาคีเครือข่ายต้องพร้อมให้การสนับสนุนครอบครัว ร่วมหาแนวทางแก้ไขปัญหาย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำและลดปัญหาของผู้ป่วยในภาวะวิกฤติช่วงอาการกำเริบรุนแรง (ณัฐติกา ชูรัตน์, 2559) สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพให้สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมในสังคม แต่การศึกษาเกี่ยวกับความพร้อม และความต้องการในการดูแลของ ครอบครัว และภาคีเครือข่ายในชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชายังได้รับความสนใจน้อย

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 ในยุทธศาสตร์ที่ 3 ที่มุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพของคน และหนึ่งในนโยบายของรัฐคือพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนตั้งแต่ในช่วงตั้งครรภ์ วัยเด็ก วัยเจริญพันธุ์ วัยบรรลุนิติภาวะ วัยชรา และผู้พิการ (Life-course Approach) ดังนั้นการสร้างรูปแบบบริการใหม่และสร้างความเข้มแข็งของบริการระดับปฐมภูมิที่มีพื้นที่เป็นฐานประชาชนเป็นศูนย์กลาง เชื่อมโยงผสมผสานทุกภาคีเครือข่ายจึงเป็นสิ่งที่จำเป็น เพื่อสร้างโอกาสและความเท่าเทียมแก่กลุ่มผู้พิการด้านจิตใจและผู้ดูแล ให้เข้าถึงบริการสุขภาพที่ต่อเนื่อง เพื่อเป้าหมายคุณภาพชีวิตดี จึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อตอบสนองนโยบายประเทศ

คณะผู้วิจัยจึงจำเป็นต้องทำการศึกษานี้ เพื่อนำความรู้ดังกล่าวมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนระยะยาว ซึ่งจะเป็นการช่วยเหลือและสนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแล โดยเฉพาะพยาบาลจิตเวชในชุมชน อสม.ผู้นำชุมชน และพระสงฆ์ เพื่อให้มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนตามบทบาทของตนเองอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับทั้งญาติผู้ดูแล ครอบครัว และการดำเนินโรคของผู้ป่วย นอกจากนี้ ความรู้นี้ดังกล่าวยังอาจใช้เป็นข้อมูลสำหรับนักวิจัย ในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในประเด็นอื่นหรือในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายชุมชนในจังหวัดชลบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายชุมชนในจังหวัดชลบุรี
3. เพื่อศึกษาความต้องการสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายชุมชนเขตจังหวัดชลบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการดูแล (Caregiving) แนวคิดนวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของเมลิส (Meleis, 2010) และผลการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมาสังเคราะห์เป็นกรอบคิดในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

การดูแล

การดูแล (caregiving) เป็นกระบวนการช่วยเหลือบุคคลที่มีภาวะพร่องความสามารถทางร่างกาย และจิตใจตามความต้องการ โดยครอบคลุมทุกด้านไม่ว่าด้วยเหตุผลใดๆก็ตาม ซึ่งต้องมีกิจกรรมการดูแล (caregiving activities) กลวิธี และเทคนิคต่างๆ ตามลักษณะของงานดูแลที่แตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับความต้องการการดูแล (caregiving demands) ของผู้รับการดูแล (care recipient) กล่าวคือ กิจกรรมการดูแลขึ้นอยู่กับข้อจำกัดหรือระดับความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้น (Gaugler, Kane, & Langlois, 2000, p. 321) การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังต้องมีกระบวนการที่ครอบคลุม ทั้งการดูแลแบบองค์รวม (holistic care) การดูแลแบบต่อเนื่อง (continuing care) การดูแลแบบเบ็ดเสร็จ (comprehensive care) การดูแลแบบบูรณาการ (integrative care) ที่เป็นผลมาจากการประสานความร่วมมือของทุกฝ่าย โดยไม่คำนึงถึงขอบเขตขององค์กร สถาบัน หรือเขตปกครอง แบบไร้รอยต่อจากมุมมองของผู้มีภาวะเรื้อรังและครอบครัว และที่สำคัญต้องเป็นการดูแลโดยใช้ครอบครัว และชุมชนเป็นฐาน (family and community based care) ที่สร้างความตระหนัก และพัฒนาศักยภาพบุคคลให้สามารถอยู่ร่วมกับประชากรอื่นในสังคมได้ตามปกติ ภายใต้บริบทความร่วมมือ และสนับสนุนจากบุคคลรอบตัว ทั้งสมาชิกในครอบครัว และชุมชน (วรรณรัตน์ ลาวัง, 2561)

บุคคลผู้ทำหน้าที่ดูแลในบริบทการดูแลผู้มีภาวะเรื้อรังในชุมชนนั้นมีความสำคัญยิ่ง โดยมีผู้ดูแลทั้งที่ไม่เป็นแบบทางการ (informal caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล เช่น สมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อน เป็นต้น โดยมุ่งเน้นเฉพาะการให้การดูแลโดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล (unpaid caregiver) และ ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (formal caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่ไม่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล เช่น ลูกจ้างดูแล พยาบาล ทีมสุขภาพ องค์กรต่างๆ โดยอาจจะไม่รับหรือรับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัลก็ได้ ตามข้อตกลง (paid caregiver) (วรรณรัตน์ ลาวัง, 2561)

นอกจากนี้ผู้ดูแลยังสามารถเป็นได้ทั้งบุคคลเพียงคนเดียว (individual caregiver) หรือกลุ่มผู้ดูแล (group caregiver)

นวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

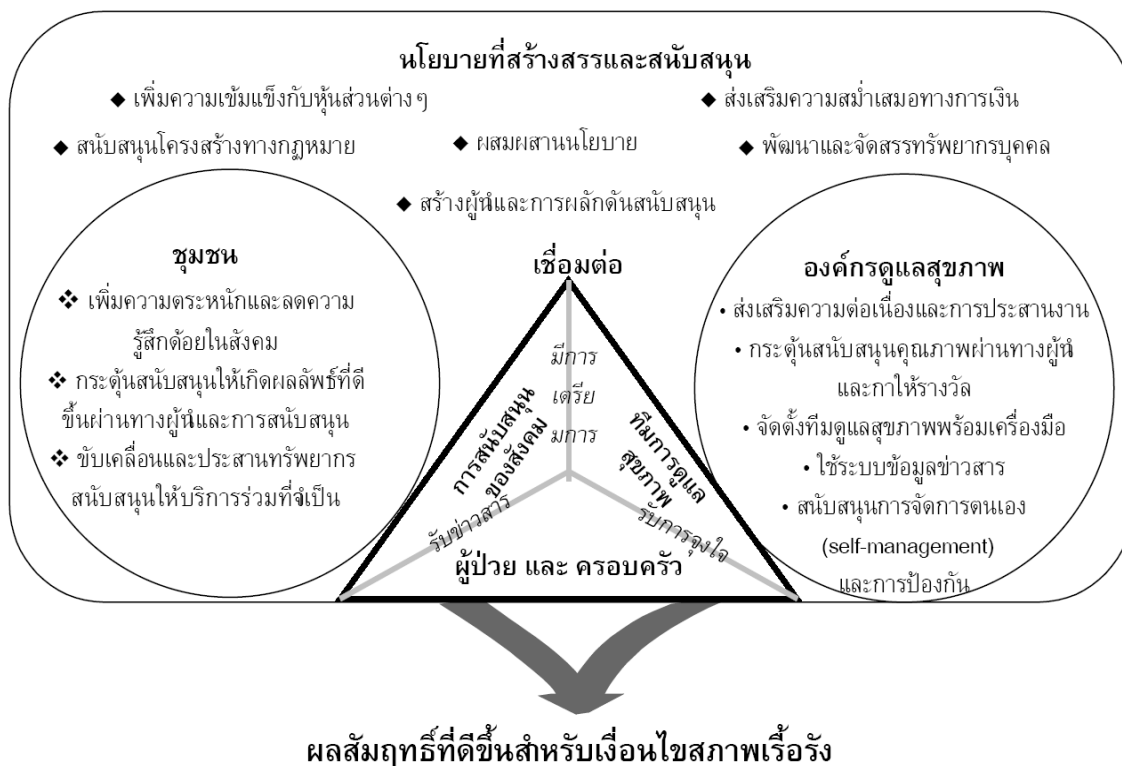
นวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Innovative Care for Chronic Conditions: ICC) ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO, 2002) เป็นกรอบแนวคิดสำคัญที่ปรับระบบแนวคิดการดูแลสุขภาพหรือการจัดการระบบการดูแลสุขภาพมีภาวะเรื้อรังภายใต้บริบทของชุมชน จึงได้อธิบายถึง การมีปฏิสัมพันธ์เชิงระบบในการดูแลผู้มีภาวะเรื้อรัง เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ครอบครัว และเครือข่ายที่มีอยู่ในชุมชน โดยผลลัพธ์ที่คาดหวังคือคุณภาพของชีวิตของผู้มีภาวะเรื้อรังและครอบครัว ซึ่งมีโครงสร้างศูนย์กลางของการดูแลร่วมกัน (concentric structures) และมีระบบแวดล้อมการดูแลที่สำคัญ 3 ระบบ ได้แก่ ระบบเล็ก (micro system) ระบบกลาง (meso system) และระบบใหญ่ (macro system) ของระบบการดูแลสุขภาพ โดยมีรายละเอียดคือ

1) ระบบเล็ก (micro system) เป็นระบบของการมีปฏิสัมพันธ์โดยตรงในระดับบุคคลและ/หรือกลุ่มบุคคล เปรียบเสมือนแก่นแท้ของการดูแลผู้มีภาวะเรื้อรัง 3 ส่วน ได้แก่ ผู้มีภาวะเรื้อรังและสมาชิกในครอบครัว (patients and families) ทีมดูแลสุขภาพเชิงรุก (health care team) และทีมหุ้นส่วนชุมชน (community partners) ซึ่งบุคคลและ/หรือกลุ่มบุคคลเหล่านี้จะมีปฏิสัมพันธ์เชื่อมโยงกันในลักษณะหุ้นส่วนการดูแล (care partner) กล่าวคือ การสร้างความเป็นหุ้นส่วนในการดูแลระหว่าง 3 ภาคี เพื่อยกระดับบทบาทของผู้มีภาวะเรื้อรังและครอบครัวให้สามารถจัดการภาวะเรื้อรัง โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพของตนเองภายใต้การสนับสนุนของทีมสุขภาพและทีมชุมชนของเขาเอง ซึ่งการดำเนินงานร่วมกันจะเกิดประสิทธิภาพสูงสุดได้นั้นทั้งสามภาคีจำเป็นต้องได้รับ 1) การกระตุ้น/สร้างแรงจูงใจในการดูแล (motivated) 2) การได้รับการเตรียม (prepared) และ 3) การได้รับข้อมูลข่าวสาร (informed) โดยมีเป้าหมายคือ การที่ผู้มีภาวะเรื้อรัง ครอบครัว ทีมดูแลสุขภาพ และทีมหุ้นส่วนชุมชนมีแรงจูงใจ ได้รับการเตรียมความรู้และทักษะที่จำเป็น ตลอดจนมีข้อมูลและเครือข่ายที่เพียงพอในการดูแลร่วมกัน

2) ระดับกลาง (meso level) เป็นระบบของการมีปฏิสัมพันธ์หรือการบริหารจัดการหน่วยงานองค์กรและชุมชนที่ให้บริการสุขภาพและการเชื่อมโยงกับทรัพยากรในชุมชน ซึ่งองค์กรการดูแลสุขภาพ (health care organization) ดำเนินการส่งเสริมความต่อเนื่องและการประสานความร่วมมือทุกระดับของการให้บริการ ส่งเสริมคุณภาพการดูแลผ่านการสร้างภาวะผู้นำและสิ่งกระตุ้น จัดการและการจัดหาอุปกรณ์ในทีมสุขภาพ สนับสนุนการจัดการตนเองและการป้องกัน ตลอดจนพัฒนาและใช้ประโยชน์จากระบบข้อมูลข่าวสาร ในขณะที่ชุมชน (community) ดำเนินการสร้างทัศนคติที่ถูกต้องและลดความรู้สึกเป็นปมด้อย/ตราบาปของผู้มีภาวะเรื้อรัง ส่งเสริมผลลัพธ์ที่ดีผ่านการสนับสนุนจากผู้นำ สร้างความพร้อมและความร่วมมือของทรัพยากรในชุมชน และเตรียมบริการที่เสริม/สนับสนุนการดูแล โดยมีเป้าหมายคือ การดูแลต่อเนื่อง (continuity care) มีความถูกต้องตามหลักการ (consistency) มีประสิทธิภาพ (effectiveness) และมีความเชื่อมโยง (co-ordination)

3) ระบบใหญ่ (macro system) เป็นระบบของการมีปฏิสัมพันธ์หรือการบริหารจัดการระดับรัฐบาล หรือผู้กำหนดนโยบายที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาแนวนโยบายระดับชาติ ที่ส่งผลกระทบต่อระดับกลาง และลงสู่ระดับเล็ก ซึ่งมีการดำเนินงานเตรียมภาวะผู้นำและการสร้างกระแสทางสังคม บูรณาการนโยบาย สนับสนุนงบประมาณสม่ำเสมอ พัฒนาและการจัดสรรทรัพยากรบุคคล กำหนดกฎหมาย/กฎระเบียบ และสร้างหุ้นส่วนที่เข้มแข็ง โดยมีเป้าหมายคือ นโยบายปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลโรคเรื้อรัง (positive policy environment) นโยบายในหน่วยงานต่างๆ ไม่จำกัดแต่กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกันวางแผนพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานที่เอื้อต่อคุณภาพชีวิตที่ดี (integrate policies) มีกำลังคนในระบบการดูแลสุขภาพ (human resource) ความต่อเนื่องของนโยบายงบประมาณ (consistent financing) มาตรการทางกฎหมาย (Support legislative framework) รวมทั้งองค์กรเครือข่ายมีความเข้มแข็งเพื่อสุขภาพของตนเอง (strengthen partnerships)

(รายละเอียดดังภาพที่ 1)



รูปที่ 1 แนวคิดนวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

ที่มา: WHO. (2002). Innovative care for chronic conditions: Building blocks for action. Geneva: World Health Organization. p. 65.

ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน

ตามแนวคิดที่สำคัญของทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของเมลิส (Meleis, 2010) ในแต่ละช่วงของชีวิตแต่ละคนจะมีการเปลี่ยนผ่านจากสภาวะหนึ่งไปยังสภาวะหนึ่ง อาจมีทั้งเปลี่ยนผ่านตามระยะพัฒนาการ เปลี่ยนผ่านตามสถานการณ์ เปลี่ยนผ่านตามสุขภาพ-การเจ็บป่วย หรือเปลี่ยนแปลงตามระบบขององค์กร เช่นเดียวกัน การทำบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยถือเป็นการเปลี่ยนผ่านตามสถานการณ์ ซึ่งแต่ละคนจะมีรูปแบบการตอบสนองกับสถานการณ์แตกต่างกัน เปรียบเสมือนความพร้อมในการดำเนินการเปลี่ยนผ่านไปได้ด้วยดีหรือไม่นั้นแตกต่างกัน แต่ผลลัพธ์ที่คาดหวังคือ การจัดการตนเองตาม (mastery) คือมีพฤติกรรมที่สามารถจัดการกับสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมใหม่ โดยเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านมีทั้งเงื่อนไขที่เอื้ออำนวย และเงื่อนไขที่ยับยั้ง แต่อย่างไรก็ตาม เมลิสและคณะ (Meleis, Sawyer, Messias, & Schumacher, 2000) ได้อธิบายว่า เงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนของบุคคล (personal) ส่วนของชุมชน (community) และ ส่วนของสังคม (society)

1) เงื่อนไขส่วนของบุคคล เป็นคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย การให้ความหมาย ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (meaning) ซึ่งการที่ผู้ดูแลให้ความหมายต่อการเจ็บป่วยของญาติและต่อบทบาทการเป็นผู้ดูแลของตนเองอย่างไรนั้นอาจมีผลต่อทั้งในแง่ของการเอื้อต่อการเปลี่ยนผ่านหรืออาจเป็นอุปสรรคก็ได้ ต่อมาเป็นวัฒนธรรม ความเชื่อ และทัศนคติ ต่อการเปลี่ยนผ่านนั้น (cultural beliefs and attitudes) ซึ่งเป็นการตระหนักรู้ที่ต่างกันทั้งแง่บวกและลบ และปัจจัยด้านสถานภาพทางสังคมเศรษฐกิจ (socioeconomic status) เป็นอีกเงื่อนไขหนึ่งที่จะส่งเสริม หรือขัดขวางให้การเปลี่ยนผ่านของบุคคลดำเนินไปได้ นอกจากนี้ การได้รับการเตรียมความพร้อมและความรู้ (preparation and knowledge) ซึ่งเป็นกลวิธีที่สามารถจะจัดการกับการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้นให้ดำเนินไปได้ด้วยดี ในทางตรงข้ามหากขาดการเตรียมความพร้อมและความรู้ สามารถ ก็จะเป็นเป็นอุปสรรคต่อกระบวนการเปลี่ยนผ่านได้เช่นกัน

2) เงื่อนไขส่วนของชุมชน เป็นการได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกครอบครัว จากแหล่งที่เชื่อถือได้ เช่น พยาบาล บุคลากรทางสุขภาพ และบุคคลอื่นๆ ตลอดจนแหล่งที่ไว้วางใจก็จะเอื้อต่อการเปลี่ยนผ่าน ในทางตรงข้ามหากได้รับการสนับสนุนที่ไม่เพียงพอ หรือสิ่งลบจากบุคคลอื่น จะเป็นเป็นอุปสรรคต่อกระบวนการเปลี่ยนผ่านได้เช่นกัน

3) เงื่อนไขส่วนของสังคม เป็นเงื่อนไขหนึ่งที่สามารถเอื้อหรือเป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนผ่านได้ หากสังคมมองว่าสถานการณ์นั้นว่าเป็นการตีตราจากสังคม ซึ่งการมีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช มักจะเป็นการตราบาปของครอบครัวและผู้ดูแลด้วย ซึ่งเมลิสและคณะอธิบายว่า (Meleis et al. 2000) จะเป็นปัจจัยที่ทำให้การเปลี่ยนผ่านดำเนินไปไม่ได้

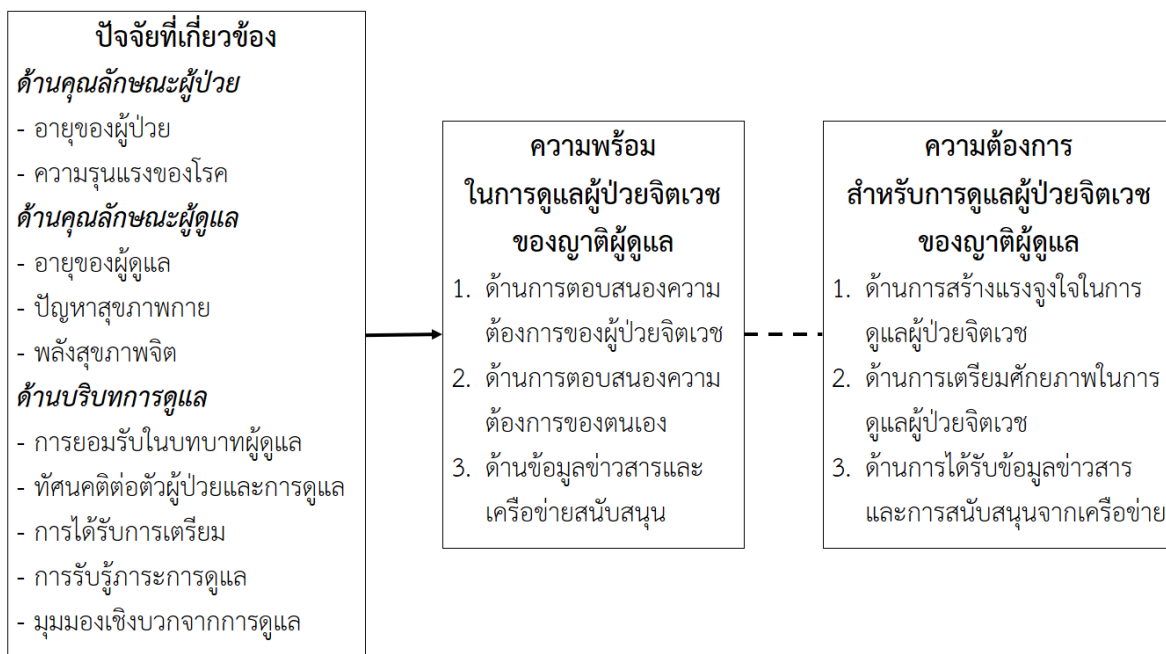
สำหรับการวิจัยนี้เป็นการศึกษาความพร้อมและความต้องการสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติ ผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชนเขตจังหวัดชลบุรี ที่ให้ความสำคัญกับบริบทการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ซึ่งผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชถือเป็นผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชในฐานะผู้รับการดูแลนั้นมีความต้องการดูแลและมีกิจกรรมการดูแลที่เฉพาะเจาะจง ที่แตกต่างจากผู้มีภาวะเรื้อรังกลุ่มอื่น (อิติรัตน์ คณิงเพียร, 2556; พิชามณูชู่ ปุณโณทก, ธนวรรณ อาจารย์รัฐ, นุชนาด แก้วมาตร, และ

เวทิส ประทุมศรี, 2561) ซึ่งบริบทการดูแลในชุมชนจึงแตกต่างกัน โดยใช้นวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเป็นฐานในการพิจารณากลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชคือ ระบบของการมีปฏิสัมพันธ์โดยตรงในระดับบุคคลและ/หรือกลุ่มบุคคลในระดับเล็ก (micro system) ซึ่งภาคีการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ 1) ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งเป็นผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน 2) ภาคีเครือข่ายการดูแลในชุมชน ซึ่งเป็นผู้ดูแลที่เป็นทางการทำหน้าที่สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลในชุมชน ประกอบด้วย ทีมดูแลสุขภาพเชิงรุก ได้แก่ บุคลากรทางด้านสุขภาพในระดับตำบล (พยาบาล และบุคลากรสุขภาพอื่น ๆ) และทีมหุ้นส่วนชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และผู้นำชุมชน ซึ่งภาคีเหล่านี้จะมีปฏิสัมพันธ์เชื่อมโยงกันในลักษณะหุ้นส่วนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

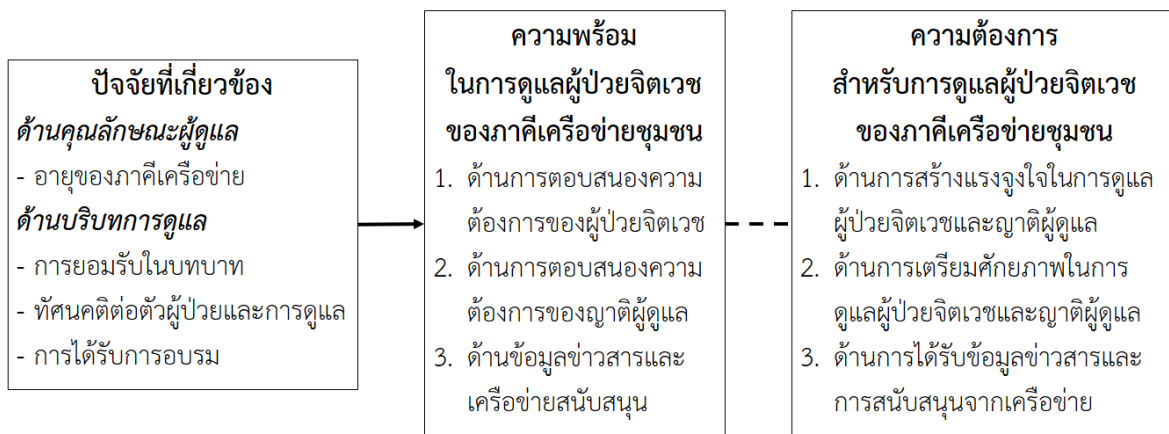
กลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้ศึกษาถึงความพร้อมการดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และปัจจัยที่เกี่ยวข้องตามฐานแนวคิดที่สำคัญของทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน ได้แก่ ปัจจัยคุณลักษณะผู้ป่วยจิตเวช (อายุของผู้ป่วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค) ปัจจัยคุณลักษณะญาติผู้ดูแล (อายุของผู้ดูแล ปัญหาสุขภาพกาย และพลังสุขภาพจิต) และปัจจัยบริบทการดูแล (การยอมรับในบทบาทผู้ดูแล ทักษะติดต่อตัวผู้ป่วยจิตเวชและการดูแล การได้รับการเตรียมเพื่อการดูแล การรับรู้ภาวะการดูแล และมุมมองเชิงบวกจากการดูแล) ที่จะเป็นปัจจัยเอื้อหรือเป็นอุปสรรคต่อความพร้อมในการปฏิบัติ นอกจากนี้ในกลุ่มภาคีเครือข่ายได้มีการศึกษาในส่วนของคุณลักษณะ (อายุของภาคีเครือข่าย) และปัจจัยบริบทการดูแล (การยอมรับในบทบาท ทักษะติดต่อตัวผู้ป่วยจิตเวชและการดูแล และการได้รับการอบรมเพื่อการดูแล)

สำหรับความต้องการสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนพิจารณาตามแนวทางการส่งเสริมภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย 1) การกระตุ้น/สร้างแรงจูงใจเพื่อการเปลี่ยนแปลงในการดูแล 2) การได้รับการเตรียมการเกี่ยวกับความรู้และทักษะจำเป็นในการบทบาทการดูแล และ 3) การได้รับข้อมูลข่าวสารและเครือข่ายสนับสนุนระหว่างการทำบทบาทการดูแล

(รายละเอียดดังรูปที่ 2 และ 3)



รูปที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย: กลุ่มญาติผู้ดูแล



รูปที่ 3 กรอบแนวคิดการวิจัย: กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ได้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน สภาพความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และความต้องการสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนอย่างต่อเนื่องทั้งของญาติผู้ดูแลและของภาคีเครือข่ายที่มีเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ข้อมูลเกี่ยวกับความพร้อมและความต้องการนี้ จะเป็นพื้นฐานที่สำคัญในการพัฒนารูปแบบการดูแล ให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชทั้งในระยะแรกและระยะเรื้อรัง ทั้งในกลุ่มที่เป็นผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการ (informal caregivers) ที่เป็นทางการ (formal caregivers) และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจัดเป็นประโยชน์ด้านสังคมและชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) ที่มีแบบแผนการวิจัยแบบผสมผสานคู่ขนานกัน (Concurrent mixed-methods research) ที่ใช้วิธีวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative method) และวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative method) เพื่อให้ได้คำตอบเรื่องความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อม และความต้องการสำหรับการดูแลอย่างต่อเนื่องของญาติผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายชุมชนในเขตชลบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ประกอบด้วย ญาติผู้ดูแล จำนวน 310 คน และภาคีเครือข่ายชุมชน จำนวน 200 คน (ที่มดูแลสุขภาพเชิงรุก จำนวน 103 คน และหุ้นส่วนชุมชน จำนวน 97 คน) ซึ่งได้มาจากการสุ่มแบบแบ่งกลุ่มหลายขั้นตอน (multi-stage cluster sampling) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน ตุลาคม 2560 ถึง เดือน มีนาคม พ.ศ. 2562

การนำเสนอผลการวิจัย

งานวิจัยนี้แบ่งผลการนำเสนอเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เพื่อสะท้อนภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่มีคุณลักษณะเฉพาะแตกต่างจากผู้มีภาวะเจ็บป่วยทางกาย 2) ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัยเกี่ยวกับการศึกษาความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายชุมชนในจังหวัดชลบุรี และศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายชุมชนในจังหวัดชลบุรี และ 3) ความต้องการสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายชุมชนในจังหวัดชลบุรี ซึ่งจะนำเสนอผลการวิจัยผ่านการผสมผสานข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพแต่ละส่วน

บทที่ 2: วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) ที่มีแบบแผนการวิจัยแบบผสมผสานคู่ขนานกัน (Concurrent mixed-methods research) ที่ใช้วิธีวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative method) และวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative method) โดยให้ความสำคัญกับทั้งสองวิธีอย่างเท่าเทียมกัน และทำไปพร้อมๆกัน นั่นคือการผนวกเชิงทฤษฎี (Positivism) กับเชิงปรากฏการณ์นิยม (Phenomenologism) เข้าด้วยกันเพื่อให้ทราบถึงความพร้อมในการดูแลและความต้องการเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชระยะยาว โดยวิธีเชิงคุณภาพจะเป็นการสนทนากลุ่มเฉพาะและสัมภาษณ์เจาะลึกเพื่อเติมเต็มข้อเท็จจริงที่ยังตอบไม่ได้ด้วยข้อมูลเชิงปริมาณเกี่ยวกับความต้องการที่ผู้ดูแลเหล่านี้ต้องการเพิ่มเติมเพื่อให้มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมากขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ โดยรายละเอียดของวิธีการดำเนินการวิจัยทั้ง 2 วิธีวิจัย มีดังนี้

วิธีวิจัยเชิงปริมาณ

วิธีวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative method research) เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ โดยการสำรวจ (Survey) รวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัว (face-to-face interview) ในกลุ่มญาติผู้ดูแล และการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (self-report) ในกลุ่มภาคีเครือข่าย เป็นวิธีที่มุ่งหาข้อเท็จจริงและข้อสรุปเชิงปริมาณเกี่ยวกับความพร้อมในการดูแล และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการดูแลของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งรายละเอียดวิธีเชิงปริมาณจะกล่าวในประเด็น ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล การรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้มี 2 กลุ่ม ประกอบด้วย 1) กลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน 2) กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน

กลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน หมายถึง สมาชิกครอบครัว หรือใครก็ตามที่รู้จัก ทำหน้าที่เป็นนผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) ของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเวช (ได้แก่ โรคจิตเภท และโรคจิตชนิดอื่นๆ ยกเว้นกลุ่มโรคทางอารมณ์) และไม่รับค่าตอบแทน ซึ่งประมาณการจำนวนญาติผู้ดูแลจากจำนวน

ผู้ป่วยจิตเวช โดยยึดเขตบริการสุขภาพ จังหวัดชลบุรี มีทั้งสิ้น 1,874 คน (สำนักงานส่งเสริมสุขภาพจังหวัดชลบุรี, 2558)

กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ 1) ทีมดูแลสุขภาพเชิงรุก ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) บุคลากรอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น และ 2) ทีมหุ้นส่วนชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และ ผู้นำชุมชน ได้แก่ ผู้นำที่เป็นทางการ (ได้แก่นายกองคการบริหารส่วนท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่ สมาชิก อบต. เป็นต้น) และผู้นำที่ไม่เป็นทางการ (พระสงฆ์ อีหม่าม หรือผู้ที่ได้รับการนับถือในชุมชน เป็นต้น)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้มี 2 กลุ่ม ประกอบด้วย 1) กลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน 2) กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน มีรายละเอียด ดังนี้

1. กลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน หมายถึง สมาชิกครอบครัว หรือใครก็ตามที่รู้จัก ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) ของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเวช (ได้แก่ โรคจิตเภท และโรคจิตชนิดอื่นๆ ยกเว้นกลุ่มโรคทางอารมณ์) และไม่รับค่าตอบแทน โดยยึดเขตบริการสุขภาพ จังหวัดชลบุรี

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้มีการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างให้เพียงพอต่อการหาอิทธิพลโดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณ (Regression analysis) ผู้วิจัยคำนึงถึงการควบคุมความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Alpha) ที่ .05 ค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ .80 และเนื่องจากยังไม่มีการวิจัยที่ศึกษาปัจจัยการทำนายที่คล้ายคลึงมาก่อน ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) ระหว่างขนาดเล็กถึงขนาดกลางคือ .06 (Polit & Beck 2012; p 423) เมื่อเปิดตารางสำเร็จรูปสำหรับสถิติถดถอยพหุคูณของ Polit and Beck (2012; p. 442) ที่จำนวนตัวแปรทั้งหมด 10 ตัวแปร ได้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 262 คน เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ และความคลาดเคลื่อนของข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 20% ของที่คำนวณได้ (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร, 2555) การศึกษานี้จึงมีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 310 ราย

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลได้มาจากวิธีสุ่มตัวอย่าง โดยทำการสุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็นลำดับขั้นต่างๆ แบบลดหลั่นตาม อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน/ชุมชน เพื่อกระจายทั่วถึงและเป็นตัวแทนประชากรซึ่งมีขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสุ่มใน 11 อำเภอของจังหวัดชลบุรี นำทุกอำเภอในจังหวัดชลบุรีมาสุ่มอย่างง่าย โดยวิธีจับฉลากแบบไม่ใส่คืน (without replacement) โดยกำหนดให้ได้ทั้งหมด 4 อำเภอ ได้แก่ อำเภอศรีราชา อำเภอบ้านบึง อำเภอบางละมุง และอำเภอเมือง

ขั้นตอนที่ 2 การสุ่มโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แต่ละอำเภอที่สุ่มได้ นำมาสุ่มอย่างง่าย โดยวิธีจับฉลากแบบไม่ใส่คืนอำเภอละ 5 ตำบล ทั้งหมด 20 ตำบล ดังนี้

1) อำเภอศรีราชา ได้แก่ ตำบลสุรศักดิ์ ตำบลบาลพระ ตำบลหนองขาม ตำบลศรีราชา และตำบลทุ่งสุขา

2) อำเภอบ้านบึง ได้แก่ ตำบลบ้านบึง ตำบลคลองกิว ตำบลมาบไผ่ ตำบลหนองบอนแดง และตำบลหนองซาก

3) อำเภอบางละมุง ได้แก่ ตำบลนาจอมเทียน ตำบลบางละมุง ตำบลหนองหัวแรด ตำบลหนองสมอ และตำบลบ้านเกาะล้าน

4) อำเภอเมือง ได้แก่ ตำบลเหมือง ตำบลแสนสุข ตำบลบ้านสวน ตำบลหนองรี และตำบลบ้านปึก

ขั้นตอนที่ 3 การสุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ตามทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยจิตเวชทั้งที่ขึ้นทะเบียนและไม่ได้ขึ้นทะเบียน ตามสัดส่วนพื้นที่ ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ จนได้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 310 คน

2. กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่

1) ทีมดูแลสุขภาพเชิงรุก หมายถึง พยาบาลวิชาชีพ ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) และบุคลากรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ที่ทำงานมาอย่างน้อย 1 ปี โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ

2) ทีมหุ้นส่วนชุมชน ประกอบด้วย อสม.ผ่านหลักสูตรอบรม อสม.และทำงานมาอย่างน้อย 2 ปี ผ่านทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ ผู้นำชุมชน ได้แก่ ผู้นำที่เป็นทางการ (นายกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่) และผู้นำที่ไม่เป็นทางการ (พระสงฆ์ ผู้ที่ได้รับการนับถือในชุมชน) ที่อาศัยอยู่ในชุมชนมาแล้วอย่างน้อย 2 ปี

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้มีการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างให้เพียงพอต่อการหาอิทธิพลโดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณ (Regression analysis) ผู้วิจัยคำนึงถึงการควบคุมความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Alpha) ที่ .05 ค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ .80 และเนื่องจากยังไม่มีงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยการทำนายที่คล้ายคลึงมาก่อน ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) ระหว่างขนาดเล็กถึงขนาดกลางคือ .06 (Polit & Beck 2012; p 423) เมื่อเปิดตารางสำเร็จรูปสำหรับสถิติถดถอยพหุคูณของ Polit and Beck (2012; p. 442) ที่จำนวนตัวแปรทั้งหมด 4 ตัวแปร ได้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 190 คน เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ และความคลาดเคลื่อนของข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างของที่คำนวณได้ (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2555) การศึกษานี้จึงมีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 200 ราย

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มภาคีเครือข่ายได้มาจากวิธีสุ่มตัวอย่าง เช่นเดียวกับกับขั้นตอนของกลุ่มญาติผู้ดูแล ได้จำนวน 20 ตำบล พื้นที่ ละ 10 คน รวมทั้งสิ้น 200 คน ครอบคลุม 1) ทีมดูแลสุขภาพเชิงรุก (พยาบาลวิชาชีพ บุคลากรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น) 2) ทีมหุ้นส่วนชุมชน

รวมกลุ่มตัวอย่าง ญาติผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายทั้งสิ้น จำนวน 510 คน

เครื่องมือรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

เครื่องมือสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็นแบบสัมภาษณ์ คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลพื้นฐาน

1.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลญาติผู้ดูแล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ สถานะทางการเงินของครอบครัว ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ

1.2 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลของผู้ป่วยจิตเวชที่รับการดูแล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล และปัญหาสุขภาพอื่นๆ

1.3 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลบริบทการดูแล ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้รับการดูแล เหตุผลของการดูแล ประสบการณ์การดูแล การอาศัยอยู่บ้านเดียวกัน จำนวนชั่วโมงในการดูแล/วัน จำนวนวันในการดูแล/สัปดาห์ ระยะเวลาในการดูแล หน้าที่ผู้รับผิดชอบอื่น ผู้ช่วยเหลือในการดูแล กิจกรรมการดูแล ข้อจำกัดในการดูแล การรับรู้การยอมรับบทบาทผู้ดูแลของตนเอง และการรับรู้การยอมรับผู้ป่วยจิตเวชของคนในชุมชน

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

2.1 แบบประเมินความรุนแรงของโรค เป็นการประเมินตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแล ซึ่งคณะผู้วิจัยขออนุญาตใช้แบบวัดการรับรู้พฤติกรรมและอาการทางจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของรจนา ปุณโณทก (2545) ที่พัฒนามาจากแบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรคของภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์ (2544) นำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.87 มีข้อคำถามทั้งหมด 29 ข้อ ครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมที่เป็นปัญหาและอาการ 5 กลุ่ม คือ 1) อาการซึมเศร้า 2) การปฏิบัติตัวไม่เหมาะสม 3) อาการทางจิต 4) สมาธิและความจำ และ 5) พฤติกรรมติดสารเสพติด ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า (rating Scale) 4 ระดับ กำหนดคะแนนตั้งแต่ 0 - 3 คะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- | | | |
|-------------------|---------|--|
| 0 = ไม่เกิดเลย | หมายถึง | ผู้ดูแลมีความเห็นว่า พฤติกรรมและอาการทางจิตข้อนั้นไม่เคยเกิดเลย |
| 1 = เกิดเล็กน้อย | หมายถึง | ผู้ดูแลมีความเห็นว่า พฤติกรรมและอาการทางจิตข้อนั้น เกิดขึ้นบ้างเล็กน้อยหรือเกิดขึ้นไม่บ่อย |
| 2 = เกิดมาก | หมายถึง | ผู้ดูแลมีความเห็นว่า พฤติกรรมและอาการทางจิตข้อนั้น เกิดมากขึ้นหรือเกิดขึ้นบ่อย |
| 3 = เกิดมากที่สุด | หมายถึง | ผู้ดูแลมีความเห็นว่า พฤติกรรมและอาการทางจิตข้อนั้น เกิดขึ้นเป็นประจำหรือบ่อยมาก |

คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 ถึง 87 คะแนน การแปลผลถ้าคะแนนสูง แสดงว่า ญาติผู้ดูแลมีการรับรู้ ความรุนแรงของโรคของผู้ป่วยจิตเภทสูง ส่วนการแปลผลเพื่อการบรรยายแบ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็น 3 ระดับ (รจนา ปุณโณทก, 2545) ดังนี้

คะแนนอยู่ในช่วง 0-29 หมายถึง ญาติผู้ดูแลมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ ต่ำ

คะแนนอยู่ในช่วง 29.1-58 หมายถึง ญาติผู้ดูแลมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ ปานกลาง

คะแนนอยู่ในช่วง 58.1-87 หมายถึง ญาติผู้ดูแลมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ มาก

2.2 แบบประเมินพลังสุขภาพจิตญาติผู้ดูแล คณะผู้วิจัยใช้แบบวัดพลังสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต (2552) ครอบคลุม 3 ด้าน คือ ด้านความทนทานทางอารมณ์ ด้านการมีขวัญและกำลังใจ และด้านการจัดการกับ ปัญหา มีจำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า (rating Scale) 4 ระดับ กำหนดคะแนน ตั้งแต่ 1 - 4 คะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- 1 = ไม่จริง หมายถึง ผู้ดูแลเห็นว่า สถานการณ์ ความคิด ความรู้สึกนั้นไม่เป็นความจริงเลย
- 2 = จริงบางครั้ง หมายถึง ผู้ดูแลเห็นว่า สถานการณ์ ความคิด ความรู้สึกนั้นเกิดขึ้นบางครั้ง
- 3 = ค่อนข้างจริง หมายถึง ผู้ดูแลเห็นว่า สถานการณ์ ความคิด ความรู้สึกนั้นเกิดขึ้นบ่อย ๆ
- 4 = จริงมาก หมายถึง ผู้ดูแลเห็นว่า สถานการณ์ ความคิด ความรู้สึกนั้นเกิดขึ้นเป็นประจำ

คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20 - 88 คะแนน การแปลผลถ้าคะแนนสูง แสดงว่า ญาติผู้ดูแลมีพลัง สุขภาพจิตอยู่ในระดับมาก ส่วนการแปลผลเพื่อการบรรยาย ดังนี้

องค์ประกอบ	ค่าคะแนน		
	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	เกณฑ์ปกติ	สูงกว่าเกณฑ์ปกติ
1. ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ (ข้อ 1-6 เต็ม 40 คะแนน)	<27	27-34	>34
2. ด้านกำลังใจ (ข้อ 11-15 เต็ม 20 คะแนน)	<14	14-19	>19
3. ด้านการจัดการกับปัญหา (ข้อ 16-20 เต็ม 20 คะแนน)	<13	13-18	>18
รวมทุกด้าน (คะแนนเต็ม 80 คะแนน)	<55	55 - 69	>69

2.3 แบบประเมินทัศนคติเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชและการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งคณะผู้วิจัยได้สร้าง เครื่องมือนี้จากการทบทวนวรรณกรรม มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ครอบคลุม 2 ด้าน ได้แก่ 1) ทัศนคติ เกี่ยวกับตัวผู้ป่วยจิตเวช และ 2) ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณ

ค่า (rating Scale) 5 ระดับ กำหนดคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน (ทัศนคติด้านบวก) และ 5-1 คะแนน (ทัศนคติด้านลบ) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- | | | |
|------------------------|---------|--|
| 1 = เห็นด้วยน้อยที่สุด | หมายถึง | ผู้ดูแลเห็นด้วยกับข้อความดังกล่าว น้อยที่สุด หรือไม่เห็นด้วยเลย |
| 2 = เห็นด้วยน้อย | หมายถึง | ผู้ดูแลเห็นด้วยกับข้อความดังกล่าว น้อย |
| 3 = เห็นด้วยปานกลาง | หมายถึง | ผู้ดูแลเห็นด้วยกับข้อความดังกล่าว ปานกลาง |
| 4 = เห็นด้วยมาก | หมายถึง | ผู้ดูแลเห็นด้วยกับข้อความดังกล่าว มาก |
| 5 = เห็นด้วยมากที่สุด | หมายถึง | ผู้ดูแลเห็นด้วยกับข้อความดังกล่าว มากที่สุด |

คะแนนรวม อยู่ในช่วง 10-50 คะแนน การแปลผลถ้าคะแนนสูง แสดงว่า ญาติผู้ดูแลมีทัศนคติเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชและการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ในระดับสูง การแปลผลเพื่อการบรรยายแบ่งเป็น 3 ระดับ (Best & Khan, 2006) คือ

- | | | |
|---------------------------------|---------|--|
| คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1.00-2.33 | แสดงว่า | ผู้ดูแลมีทัศนคติเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในระดับ น้อย |
| คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 2.34-3.67 | แสดงว่า | ผู้ดูแลมีทัศนคติเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชและการดูแลผู้ป่วยจิตเวช อยู่ในระดับ ปานกลาง |
| คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 3.68-5.00 | แสดงว่า | ผู้ดูแลมีทัศนคติเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชและการดูแลผู้ป่วยจิตเวช อยู่ในระดับ มาก |

2.4 แบบประเมินการรับรู้ภาระการดูแล คณะผู้วิจัยขออนุญาตใช้แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของโดยชนัญชิตาคุณุณี พูลศิริ รัชณี สรรเสริญ และวรรณรัตน์ ลาวัณ (2554) ที่พัฒนาเป็นฉบับภาษาไทยจากแบบวัดภาระในการดูแล (Zarit Burden Interview) ของ Zarit (1990) นำมาใช้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในจังหวัดชลบุรี จำนวน 501 ราย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ .92 มีข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อ ครอบคลุม 4 ด้าน คือ 1) ความตึงเครียดส่วนบุคคล 2) ความขัดแย้งในตนเอง 3) ความรู้สึกผิด และ 3) เจตคติที่ไม่แน่นอน ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า (rating Scale) 5 ระดับ กำหนดคะแนนตั้งแต่ 0 - 4 คะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- | | | |
|----------------|---------|---|
| 0 = ไม่เคยเลย | หมายถึง | ญาติผู้ดูแล ไม่ มีความรู้สึกตามข้อนั้นเลย |
| 1 = นานๆ ครั้ง | หมายถึง | ญาติผู้ดูแล มี ความรู้สึกตามข้อนั้นเกิดขึ้น น้อย ครั้ง (ร้อยละ 1-25) |
| 2 = บางครั้ง | หมายถึง | ญาติผู้ดูแล มี ความรู้สึกตามข้อนั้นเกิดขึ้นและ ไม่ เกิดขึ้น ใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 26-50) |
| 3 = บ่อยครั้ง | หมายถึง | ญาติผู้ดูแล มี ความรู้สึกตามข้อนั้นเกิดขึ้นเป็น ส่วน มาก (ร้อยละ 51-75) |
| 4 = ประจำ | หมายถึง | ญาติผู้ดูแล มี ความรู้สึกตามข้อนั้นเกิดขึ้นเป็น ประจำ สม่ำเสมอ (ร้อยละ 76-100) |

คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 - 88 คะแนน การแปลผลถ้าคะแนนสูง แสดงว่า ญาติผู้ดูแล มีการรับรู้ การการดูแลอยู่ในระดับมาก ส่วนการแปลผลเพื่อการบรรยายแบ่งภาระในการดูแลเป็น 4 ระดับ (Zarit, 1990) คือ

คะแนนรวม < 21	แสดงว่า	ญาติผู้ดูแลรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระอยู่ในระดับน้อยถึงไม่เป็นภาระเลย
คะแนนรวมอยู่ในช่วง 21-40	แสดงว่า	ญาติผู้ดูแลรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง
คะแนนรวมอยู่ในช่วง 41-60	แสดงว่า	ญาติผู้ดูแลรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง
คะแนนรวมอยู่ในช่วง 61-88	แสดงว่า	ญาติผู้ดูแลรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระอยู่ในระดับรุนแรง

2.5 แบบประเมินมุมมองด้านบวกจากการดูแล คณะผู้วิจัยขออนุญาตใช้แบบประเมินมุมมองด้านบวกในการดูแลของอรวรรณ แผนคง และคณะ (2559) พัฒนาเป็นฉบับภาษาไทยจากแบบมุมมองด้านบวกในการดูแล (Positive Aspect of Caregiving Scale) ของ Tarlow et al. (2004) นำมาใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม จำนวน 72 ราย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ .76 มีข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ ครอบคลุม 2 ด้าน ได้แก่ 1) การยืนยันความรู้สึกเชิงบวกจากการดูแล และ 2) การมองชีวิตเชิงบวก ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า (rating Scale) 5 ระดับ กำหนดคะแนน ตั้งแต่ 1-5 คะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ญาติผู้ดูแลไม่รู้สึกเช่นเดียวกับข้อความดังกล่าวเลย
2 = ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ญาติผู้ดูแลรู้สึกเช่นเดียวกับข้อความดังกล่าวน้อย
3 = ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ญาติผู้ดูแลไม่รู้สึกทั้งไม่เห็นด้วยและเห็นด้วยกับข้อความ
4 = เห็นด้วย	หมายถึง	ญาติผู้ดูแลรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความดังกล่าวมาก
5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ญาติผู้ดูแลรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความดังกล่าวมากที่สุด

คะแนนรวม อยู่ในช่วง 9-45 คะแนน การแปลผลถ้าคะแนนสูง แสดงว่า ญาติผู้ดูแลมีมุมมองเชิงบวกจากการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในระดับสูง การแปลผลเพื่อการบรรยายแบ่งความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็น 3 ระดับ (Best & Khan, 2006) คือ

คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1.00-2.33	แสดงว่า	ญาติผู้ดูแลมีมุมมองเชิงบวกจากการดูแลอยู่ในระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 2.34-3.67	แสดงว่า	ญาติผู้ดูแลมีมุมมองเชิงบวกจากการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 3.68-5.00	แสดงว่า	ญาติผู้ดูแลมีมุมมองเชิงบวกจากการดูแลอยู่ในระดับมาก

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแล

คณะผู้วิจัยสร้างเครื่องมือแบบสัมภาษณ์ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลจากแบบประเมินการเตรียมความพร้อมสำหรับบทบาทผู้ดูแล (Lawang, 2013) และการทบทวนวรรณกรรม มีข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ ครอบคลุมความพร้อม 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยจิตเวช 2) ด้านการตอบสนองความต้องการของตนเอง และ 3) ด้านข้อมูลข่าวสารและเครือข่ายสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ลักษณะคำตอบเป็นมาตราวัดประมาณค่า (rating Scale) 5 ระดับ กำหนดคะแนน ตั้งแต่ 1-5 คะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

1 = พร้อมน้อยที่สุด	หมายถึง	ผู้ดูแลเห็นว่า มีความพร้อมในเรื่องดังกล่าวน้อยที่สุดหรือไม่เลย
2 = พร้อมน้อย	หมายถึง	ผู้ดูแลเห็นว่า มีความพร้อมในเรื่องดังกล่าวน้อย
3 = พร้อมปานกลาง	หมายถึง	ผู้ดูแลเห็นว่า มีความพร้อมในเรื่องดังกล่าวปานกลาง
4 = พร้อมมาก	หมายถึง	ผู้ดูแลเห็นว่า มีความพร้อมในเรื่องดังกล่าวมาก
5 = พร้อมมากที่สุด	หมายถึง	ผู้ดูแลเห็นว่า มีความพร้อมในเรื่องดังกล่าวมากที่สุดหรือเต็มที่

คะแนนรวมอยู่ในช่วง 24 - 120 คะแนน การแปลผลถ้าคะแนนสูง แสดงว่า ญาติผู้ดูแลความพร้อมในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในระดับสูง การแปลผลเพื่อการบรรยายแบ่งความพร้อมในการดูแลเป็น 3 ระดับ (Best & Khan, 2006) คือ

คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1.00-2.33	แสดงว่า	ผู้ดูแลมีความพร้อมอยู่ในระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 2.34-3.67	แสดงว่า	ผู้ดูแลมีความพร้อมอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 3.68-5.00	แสดงว่า	ผู้ดูแลมีความพร้อมอยู่ในระดับมาก

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ความต้องการสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแล

คณะผู้วิจัยสร้างเครื่องมือแบบสัมภาษณ์ความต้องการสำหรับดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลโดยประยุกต์กรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะโรคเรื้อรัง (WHO, 2002) และแบบประเมินการเตรียมความพร้อมสำหรับบทบาทผู้ดูแล (Lawang, 2013) มีข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ ครอบคลุมความพร้อม 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านแรงจูงใจการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช 2) ด้านความรู้และทักษะการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช และ 2) ด้านข้อมูลข่าวสาร แหล่งสนับสนุน และเครือข่ายการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ลักษณะคำตอบเป็นมาตราวัดประมาณค่า (rating Scale) 5 ระดับ กำหนดคะแนน ตั้งแต่ 1-5 คะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

1 = ต้องการน้อยที่สุด	หมายถึง	ผู้ดูแลมีความต้องการในเรื่องนั้น ๆ น้อยมากหรือไม่มีเลย
2 = ต้องการน้อย	หมายถึง	ผู้ดูแลมีความต้องการในเรื่องนั้น ๆ น้อย
3 = ต้องการปานกลาง	หมายถึง	ผู้ดูแลมีความต้องการในเรื่องนั้น ๆ ปานกลาง
4 = ต้องการมาก	หมายถึง	ผู้ดูแลมีความต้องการในเรื่องนั้น ๆ มาก
5 = ต้องการมากที่สุด	หมายถึง	ผู้ดูแลมีความต้องการในเรื่องนั้น ๆ มากที่สุด

คะแนนรวมอยู่ในช่วง 16 - 80 คะแนน การแปลผลถ้าคะแนนสูง แสดงว่า ญาติผู้ดูแลมีความต้องการการเตรียมความพร้อมในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในระดับสูง การแปลผลเพื่อการบรรยายแบ่งความต้องการเป็น 3 ระดับ (Best & Khan, 2006) คือ

คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1.00-2.33 แสดงว่า ผู้ดูแลมีความต้องการการเตรียมความพร้อมอยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 2.34-3.67 แสดงว่า ผู้ดูแลมีความต้องการการเตรียมความพร้อมอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 3.68-5.00 แสดงว่า ผู้ดูแลมีความต้องการการเตรียมความพร้อมอยู่ในระดับมาก

2. เครื่องมือสำหรับภาคีเครือข่ายในชุมชน

เครื่องมือสำหรับภาคีเครือข่ายผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนเป็นแบบสอบถามที่ให้กลุ่มตัวอย่างตอบเอง (self-report) คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน

คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ บทบาทในชุมชน ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย การได้รับการเตรียมความพร้อม ระยะเวลาที่มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ กิจกรรมการดูแล การรับรู้การยอมรับบทบาทของตนเอง และการรับรู้การยอมรับผู้ป่วยจิตเวชของคนในชุมชน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชและการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

2.2 แบบประเมินทัศนคติเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชและการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งคณะผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือนี้จากการทบทวนวรรณกรรม มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ครอบคลุม 2 ด้าน ได้แก่ 1) ทัศนคติเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยจิตเวช และ 2) ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ลักษณะคำตอบเป็นมาตราวัดประมาณค่า (rating Scale) 5 ระดับ กำหนดคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน (ทัศนคติด้านบวก) และ 5-1 คะแนน (ทัศนคติด้านลบ) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

1 = เห็นด้วยน้อยที่สุด หมายถึง ภาคีเครือข่ายเห็นด้วยกับข้อความดังกล่าว *น้อยที่สุด หรือไม่เห็นด้วยเลย*

2 = เห็นด้วยน้อย หมายถึง ภาคีเครือข่ายเห็นด้วยกับข้อความดังกล่าว *น้อย*

3 = เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ภาคีเครือข่ายเห็นด้วยกับข้อความดังกล่าว *ปานกลาง*

4 = เห็นด้วยมาก หมายถึง ภาคีเครือข่ายเห็นด้วยกับข้อความดังกล่าว *มาก*

5 = เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง ภาคีเครือข่ายเห็นด้วยกับข้อความดังกล่าว *มากที่สุด*

คะแนนรวม อยู่ในช่วง 10-50 คะแนน การแปลผลถ้าคะแนนสูง แสดงว่า ญาติภาคีเครือข่ายมีทัศนคติเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชและการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ในระดับสูง การแปลผลเพื่อการบรรยายแบ่งเป็น 3 ระดับ (Best & Khan, 2006) คือ

คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1.00-2.33	แสดงว่า	ภาคีเครือข่ายมีทัศนคติเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช และการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 2.34-3.67	แสดงว่า	ภาคีเครือข่ายมีทัศนคติเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช และการดูแลผู้ป่วยจิตเวช อยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 3.68-5.00	แสดงว่า	ภาคีเครือข่ายมีทัศนคติเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช และการดูแลผู้ป่วยจิตเวช อยู่ในระดับมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของภาคีเครือข่าย

คณะผู้วิจัยสร้างเครื่องมือแบบสัมภาษณ์ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของภาคีเครือข่ายจากแบบประเมินการเตรียมความพร้อมสำหรับบทบาทผู้ดูแล (Lawang, 2013) และการทบทวนวรรณกรรม มีข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อ ครอบคลุมความพร้อม 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยจิตเวช 2) ด้านการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ดูแล และ 3) ด้านข้อมูลข่าวสารและเครือข่ายสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า (rating Scale) 5 ระดับ กำหนดคะแนน ตั้งแต่ 1-5 คะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

1 = พร้อมน้อยที่สุด	หมายถึง	ภาคีเครือข่ายเห็นว่า มีความพร้อมในเรื่องดังกล่าวน้อยที่สุดหรือไม่เลย
2 = พร้อมน้อย	หมายถึง	ภาคีเครือข่ายเห็นว่า มีความพร้อมในเรื่องดังกล่าวน้อย
3 = พร้อมปานกลาง	หมายถึง	ภาคีเครือข่ายเห็นว่า มีความพร้อมในเรื่องดังกล่าวปานกลาง
4 = พร้อมมาก	หมายถึง	ภาคีเครือข่ายเห็นว่า มีความพร้อมในเรื่องดังกล่าวมาก
5 = พร้อมมากที่สุด	หมายถึง	ภาคีเครือข่ายเห็นว่า มีความพร้อมในเรื่องดังกล่าวมากที่สุดหรือเต็มที่

คะแนนรวมอยู่ในช่วง 24 - 120 คะแนน การแปลผลถ้าคะแนนสูง แสดงว่า ภาคีเครือข่ายความพร้อมในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในระดับสูง การแปลผลเพื่อการบรรยายแบ่งความพร้อมในการดูแล เป็น 3 ระดับ (Best & Khan, 2006) คือ

คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1.00-2.33	แสดงว่า	ภาคีเครือข่ายมีความพร้อมอยู่ในระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 2.34-3.67	แสดงว่า	ภาคีเครือข่ายมีความพร้อมอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 3.68-5.00	แสดงว่า	ภาคีเครือข่ายมีความพร้อมอยู่ในระดับมาก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความต้องการสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของภาคีเครือข่าย

คณะผู้วิจัยสร้างเครื่องมือแบบสัมภาษณ์ความต้องการสำหรับดูแลผู้ป่วยจิตเวชของภาคีเครือข่าย โดยประยุกต์กรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะโรคเรื้อรัง (WHO, 2002) และแบบประเมินการเตรียมความพร้อมสำหรับบทบาทภาคีเครือข่าย (Lawang, 2013) มีข้อคำถามทั้งหมด 17 ข้อ ครอบคลุมความพร้อม 3

ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการสร้างแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและญาติผู้ดูแล 2) ด้านการเตรียมศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและญาติผู้ดูแล และ 3) ด้านข้อมูลข่าวสาร แหล่งสนับสนุน และเครือข่าย ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า (rating Scale) 5 ระดับ กำหนดคะแนน ตั้งแต่ 1-5 คะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

- | | | |
|-----------------------|---------|--|
| 1 = ต้องการน้อยที่สุด | หมายถึง | ผู้ดูแลมีความต้องการในเรื่องนั้น ๆ น้อยมากหรือไม่มีเลย |
| 2 = ต้องการน้อย | หมายถึง | ผู้ดูแลมีความต้องการในเรื่องนั้น ๆ น้อย |
| 3 = ต้องการปานกลาง | หมายถึง | ผู้ดูแลมีความต้องการในเรื่องนั้น ๆ ปานกลาง |
| 4 = ต้องการมาก | หมายถึง | ผู้ดูแลมีความต้องการในเรื่องนั้น ๆ มาก |
| 5 = ต้องการมากที่สุด | หมายถึง | ผู้ดูแลมีความต้องการในเรื่องนั้น ๆ มากที่สุด |

คะแนนรวมอยู่ในช่วง 16 - 80 คะแนน การแปลผลถ้าคะแนนสูง แสดงว่า ญาติผู้ดูแลมีความต้องการการเตรียมความพร้อมในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในระดับสูง การแปลผลเพื่อการบรรยายแบ่งความต้องการเป็น 3 ระดับ (Best & Khan, 2006) คือ

- | | | |
|---------------------------------|---------|--|
| คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1.00-2.33 | แสดงว่า | ผู้ดูแลมีความต้องการการเตรียมความพร้อมอยู่ในระดับน้อย |
| คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 2.34-3.67 | แสดงว่า | ผู้ดูแลมีความต้องการการเตรียมความพร้อมอยู่ในระดับปานกลาง |
| คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 3.68-5.00 | แสดงว่า | ผู้ดูแลมีความต้องการการเตรียมความพร้อมอยู่ในระดับมาก |

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

1. การตรวจสอบความตรง (validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุม ความสอดคล้อง และความชัดเจนของเนื้อหา หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์มาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และนำข้อมูลที่ได้มาหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index [CVI]) พบว่า มีค่าความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภูร, 2555) ดังนี้

เครื่องมือ	ค่า CVI
- แบบประเมินทัศนคติเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชและการดูแลผู้ป่วยจิตเวช	1
- แบบสัมภาษณ์ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแล	0.96
- แบบสัมภาษณ์ความต้องการสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแล	0.94
- แบบสอบถามความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของของภาคีเครือข่าย	0.94
- แบบสอบถามความต้องการสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของภาคีเครือข่าย	0.91

2. การตรวจความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้งหมดไปทดลองใช้ (Try out) ในกลุ่มญาติผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวนกลุ่มละ 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่า มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2555) ดังนี้

เครื่องมือ	ค่าความเชื่อมั่น
- แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค	0.96
- แบบประเมินทัศนคติเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชและการดูแลผู้ป่วยจิตเวช	0.71 (ผู้ดูแล) 0.78 (ภาคี)
- แบบประเมินการรับรู้การดูแล	0.96
- แบบประเมินพลังสุขภาพจิต	0.85
- แบบประเมินมุมมองด้านบวกจากการดูแล	0.92
- แบบสัมภาษณ์ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแล	0.93
- แบบสัมภาษณ์ความต้องการสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแล	0.94
- แบบสอบถามความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของของภาคีเครือข่าย	0.96
- แบบสอบถามความต้องการสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของภาคีเครือข่าย	0.97

วิธีการรวบรวมข้อมูล

กระบวนการนี้ดำเนินการในเดือนตุลาคม 2561 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2562

1. คณะผู้วิจัยประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลในพื้นที่ เพื่อชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย
2. พยาบาลหรือบุคลากรที่รับผิดชอบสำรวจทะเบียนผู้ป่วยจิตเวช จากทะเบียนรายชื่อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และติดต่อโทรศัพท์ประสานงานพื้นที่ ช่วงเวลา เพื่อสัมภาษณ์และสังเกตแต่ละคนในเบื้องต้น
3. คณะผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยออกเก็บข้อมูลภาคสนามร่วมกับการนำของอาสาสมัครสาธารณสุขหรือจิตอาสา ซึ่งมีแนวทางดังนี้
 - คณะผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ตามเวลาที่ได้นัดหมาย แนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมชี้แจงข้อมูลก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล อธิบายเกี่ยวกับแบบสัมภาษณ์ และชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ รวมทั้งตอบข้อสงสัยของกลุ่มตัวอย่าง
 - เมื่อกลุ่มตัวอย่างสอบถามทำความเข้าใจ และลงนามยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย จึงดำเนินการให้ตอบแบบสัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง (Interview) ที่เป็นญาติผู้ดูแลใช้ระยะเวลาประมาณ 45 นาที - 1 ชั่วโมง สำหรับทีมสุขภาพให้ตอบด้วยตนเอง ใช้ระยะเวลาประมาณ 30 - 45 นาที

สถิติและวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. การวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่อแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
2. วิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยทำนาย ด้วยสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (multiple regression analysis) กำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ก่อนการวิเคราะห์ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิตินี้พบว่า เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น

วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ

วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative method research) เป็นการวิจัยที่เก็บรวบรวมเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่มแบบเฉพาะ (Focus group discussion) และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) เป็นวิธีที่มุ่งหาปรากฏการณ์ (Phenomenologism) หรือหลักฐานที่ซ่อนเร้น (tacit knowledge) อยู่ในผู้มีประสบการณ์เรื่องนั้นโดยตรง ซึ่งเชื่อว่าจะเป็นผู้ที่มีความรู้รอบรู้ในประเด็นที่ต้องการศึกษามากที่สุด เพื่อมาอธิบายมากขึ้นและยืนยันอีกครั้งหนึ่ง

ผู้ส่วนร่วมในการวิจัย

จากคุณสมบัติข้างต้นผู้ที่มีประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช จึงเหมาะสมที่จะนำมาสืบค้นต่อในเรื่องของความต้องการเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ดังนี้

1. การสนทนากลุ่มเฉพาะ คุณลักษณะของผู้รู้ต้องเป็นคนมีคุณลักษณะเดียวกัน เช่น เพศ การศึกษา อาชีพ โรคของผู้ป่วยในความดูแล ระยะเวลาการดูแลใกล้เคียงกัน กำหนดจำนวนผู้เข้าร่วมกลุ่มสนทนา โดยวางแผนจะสนทนากลุ่ม 6 กลุ่ม คือ กลุ่มญาติผู้ดูแลจำนวน 4 กลุ่ม (กลุ่มละ 10 คน โดยมาจากแต่ละตำบล ตำบลละ 2 คน จาก 4 อำเภอ) กลุ่มเครือข่ายจำนวน 2 กลุ่ม (กลุ่มละ 10 คน โดยมาจากแต่ละตำบล ตำบลละ 1 คน จาก 4 อำเภอ) รวมผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มทั้งสิ้น 60 คน ซึ่งวิธีการได้มาซึ่งผู้รู้ในการสนทนากลุ่มคือ ดึงคุณลักษณะที่ได้จากการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณเป็นเกณฑ์คัดเลือกผู้ที่จะเข้าร่วมการสนทนากลุ่มแบบเฉพาะ กล่าวได้ว่า ผลการวิจัยจากข้อมูลเชิงปริมาณออกมาอย่างไร ผู้ดูแลไหนที่มีคุณลักษณะตามที่ต้องการสืบค้นก็จะเจาะจงผู้ดูแลคนนั้น ใช้เวลาในการสนทนากลุ่มเฉพาะประมาณ 60-120 นาที

2. การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก คุณลักษณะเฉพาะที่ต้องการศึกษาถึงต้นตอปรากฏการณ์จากการบอกเล่าจากปาก จำนวน 12 คน คือ กลุ่มญาติผู้ดูแลจำนวน 8 คน กลุ่มเครือข่ายจำนวน 4 คน ซึ่งวิธีการได้มาซึ่งผู้รู้ในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก คือ ดึงคุณลักษณะที่ได้จากการสนทนากลุ่มมาเป็นเกณฑ์คัดเลือกผู้ที่จะเข้าร่วมสัมภาษณ์แบบเจาะลึก กล่าวคือ ผู้ดูแลคนไหนที่มีคุณลักษณะตามที่ต้องการสืบค้นจะสัมภาษณ์ผู้ดูแลคนนั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวคำถาม

การสนทนากลุ่มเฉพาะ เครื่องมือเป็นแนวการสนทนากลุ่มแบบปลายเปิดเกี่ยวกับความต้องการเพื่อการดูแลระยะยาวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เป็นประเด็นต่างๆ อาทิเช่น ความต้องการเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้านการจัดการอาการทางจิต ความต้องการเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้านการจัดการเรื่องยา ความต้องการเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้านการจัดการผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช และความต้องการเพื่อการดูแลตนเองในบทบาทผู้ดูแล เป็นต้น

การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เครื่องมือเป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview) โดยแนวคำถามจะได้จากประเด็นการสนทนากลุ่มเฉพาะ

2. อุปกรณ์ภาคสนาม

แบบจดบันทึกและการบันทึกเสียงเป็นอุปกรณ์ที่ใช้ในการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เจาะลึก เพื่อให้มีการเก็บข้อมูลอย่างครบถ้วน

วิธีการรวบรวมข้อมูล

กระบวนการนี้ดำเนินการ ดังนี้

1. คณะผู้วิจัยประสานงานกับโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพประจำตำบลในพื้นที่ เพื่อชี้แจงข้อมูลและนัดวัน เวลา และสถานที่ในการสนทนากลุ่ม
2. คณะผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการสนทนากลุ่มตามประเด็นคำถามที่เตรียมไว้ โดยสถานที่จัดสนทนากลุ่ม ในที่ที่ผู้ดูแลมีความสะดวกในการเข้าถึง ใช้เวลาการสนทนากลุ่มประมาณ 60-120 นาที
3. ในระหว่างการสนทนากลุ่ม คณะผู้วิจัยสังเกตและคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่ต้องการสัมภาษณ์เชิงลึกตามประเด็นที่สนใจ
4. ภายหลังจากสิ้นสุดการสนทนากลุ่ม คณะผู้วิจัยได้ติดต่อผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มที่มีคุณสมบัติตามต้องการเพื่อนัดวัน เวลา และสถานที่ เพื่อสัมภาษณ์เชิงลึก
5. คณะผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์เจาะลึกตามเครื่องมือที่เตรียมไว้ ใช้เวลาการสัมภาษณ์ประมาณ 45-60 นาที

วิธีการตรวจสอบและวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากที่ได้ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกแล้ว นำมาตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) ตามระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อจะได้ข้อมูลมีความแม่นยำ และมีความเชื่อถือของข้อมูล (Trustworthiness) ดังนี้

1. คณะผู้วิจัยสร้างความสัมพันธ์อันดีต่อผู้ให้ข้อมูลเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ซึ่งจะมีผลต่อความเป็นจริงของข้อมูล

2. การยืนยันความถูกต้องของข้อมูล (Member Checking) โดยการนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ที่ได้จัดบันทึกอย่างละเอียดและอธิบายอย่างชัดเจนนำกลับไปให้ผู้ให้สัมภาษณ์ยืนยันความถูกต้องของข้อมูลว่าข้อมูลเป็นจริงตรงกับความรู้สึกของผู้ให้สัมภาษณ์หรือไม่

การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยเริ่มจากการถอดเทปการสนทนาและสัมภาษณ์เจาะลึก จัดระเบียบข้อมูล จัดกลุ่มข้อมูล สังเคราะห์ข้อมูล หารูปแบบจากข้อมูล กำหนดคำสำคัญที่ใช้ในการจัดหมวดหมู่ข้อเท็จจริง สรุปประเด็นและแปลความหมาย

ภายหลังการแยกวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพแบบคู่ขนานแล้ว คณะผู้วิจัยนำชุดข้อมูลผลการวิจัยเชิงคุณภาพและปริมาณเข้าสู่ขั้นตอนการสังเคราะห์และตีความร่วมกันในภาพรวม (Östlund et al. 2011) เพื่ออธิบายถึงความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและและความต้องการสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนทั้งของญาติผู้ดูแลและและภาคีเครือข่าย

บทที่ 3: การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

บทนี้จะนำเสนอเกี่ยวกับบริบทการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เพื่อให้เห็นภาพรวมทั้งในส่วนข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช และเครือข่ายผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยจะนำเสนอการศึกษาแบบบรรยายประกอบตาราง 3 ส่วน ได้แก่ 1) ผู้ป่วยจิตเวชที่อาศัยในชุมชน 2) ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน 3) เครือข่ายผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ผู้ป่วยจิตเวชที่อาศัยในชุมชน

ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการดูแลในชุมชนมีอายุระหว่าง 11-90 ปี เฉลี่ย 45.96 ปี ($SD = 16.19$) อยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นมากที่สุด (20-44 ปี) (ร้อยละ 43.9) รองลงมาคือช่วงวัยกลางคน (45-59 ปี) (ร้อยละ 29.4) วัยผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) (ร้อยละ 22.9) และวัยรุ่น (น้อยกว่า 20 ปี) (ร้อยละ 3.9) เป็นเพศชาย (ร้อยละ 57.1) มากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 42.9) มีสถานภาพโสดมากที่สุด (ร้อยละ 55.5) รองลงมาเป็นสถานภาพคู่ (ร้อยละ 31.6) และสถานภาพหม้าย/หย่าร้าง/ แยกกันอยู่ (ร้อยละ 12.9) ตามลำดับ สำหรับการศึกษ ผู้ป่วยจิตเวชจบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 49.7) รองลงมาคือ มัธยมศึกษา (ร้อยละ 27.4) และอนุปริญญา/ปริญญาตรีขึ้นไป (ร้อยละ 12.3) ตามลำดับ มีเพียง 1 ใน 10 (ร้อยละ 10.1) ที่ไม่ได้รับการศึกษา มีผู้ป่วยจิตเวชเพียง 1 ใน 5 ที่ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 21.6) ซึ่งได้แก่ รับจ้างชั่วคราว (ร้อยละ 43.3) รองลงมาคือ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 31.3) รับจ้างประจำ (ร้อยละ 14.9) และอื่น ๆ (เกษตรกร/รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ) (ร้อยละ 10.5) ทั้งนี้ส่วนมากประกอบอาชีพนอกบ้าน (ร้อยละ 64.2)

ในด้านของระยะเวลาในการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเวช พบว่า มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 8 เดือน - 45 ปี เฉลี่ย 11.56 ปี ($SD = 9.68$) 2 ใน 3 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 10 ปี คือ ช่วง 1-5 ปี (ร้อยละ 32.6) และช่วง 6-10 ปี (ร้อยละ 32.9) ตลอดระยะเวลาที่เจ็บป่วยส่วนใหญ่เคยเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาล (ร้อยละ 88.5) อยู่ในช่วง 1 - 18 ครั้ง โดยเป็น 1 - 5 ครั้งมากที่สุด (ร้อยละ 47.4) รองลงมาเป็น 6 - 10 ครั้ง (ร้อยละ 28.4) และ มากกว่า 10 ครั้ง (ร้อยละ 18.7) ตามลำดับ ผู้ป่วยจิตเวชมากกว่า 1 ใน 3 มีโรคร่วมกับการป่วยทางจิตเวช (ร้อยละ 38.1) โดย 3 อันดับแรกคือ เป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 44.9) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 28.0) และโรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 24.6) ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับการจัดการอย่างต่อเนื่อง (ร้อยละ 85.6) และสามารถควบคุมโรคร่วมได้ (ร้อยละ 78.8) สำหรับความรุนแรงของโรคตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแลพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชมีความรุนแรงภาพรวมมีค่าเฉลี่ย 16.40 คะแนน ($SD = 6.84$) โดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 77.7) รองลงมาคือ อยู่ระดับปานกลาง (ร้อยละ 20.0) และอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 2.3) (รายละเอียดดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชจำแนกตามข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลพื้นฐาน (n = 310)	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
วัยรุ่น (13-19)	12	3.9
วัยผู้ใหญ่ตอนต้น (20-44)	136	43.9
วัยกลางคน (45-59)	91	29.4
ผู้สูงอายุตอนต้น (60-69)	71	22.9
(Min = 11, Max = 90, M= 45.96, SD = 16.19)		
เพศ		
ชาย	177	57.1
หญิง	133	42.9
สถานภาพสมรส		
โสด	172	55.5
คู่	98	31.6
หม้าย	21	6.8
หย่า/แยกกันอยู่	19	6.1
การศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	33	10.6
ประถมศึกษา	154	49.7
มัธยมศึกษา	85	27.4
อนุปริญญา/ปริญญาตรีขึ้นไป	38	12.3
การประกอบอาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/ แม่บ้าน	243	78.4
ประกอบอาชีพ	67	21.6
ชนิดของอาชีพ (n = 67)		
รับจ้างชั่วคราว	29	43.3
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	21	31.4
รับจ้างประจำ	10	14.9
อื่น ๆ (เกษตรกร/รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ)	7	2.4

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน	ร้อยละ
สถานที่ประกอบอาชีพ (n = 67)		
นอกบ้าน	43	64.2
ในบ้าน	24	35.8
ระยะเวลาการเจ็บป่วย (ปี)		
1 - 5	101	32.6
6 - 10	102	32.9
11 - 15	41	13.2
16 - 20	41	13.2
มากกว่า 20	25	8.1
(Min = 8 เดือน, Max = 45 ปี, M = 11.27, SD = 9.68)		
การเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล		
ไม่เคย	17	11.5
1 - 5 ครั้ง	147	47.4
6 - 10 ครั้ง	88	28.4
มากกว่า 10 ครั้ง	58	18.7
(Min = ไม่เคย, Max = 18 ครั้ง, M = 5.79, SD = 4.67)		
การโรคประจำตัว		
ไม่มี	192	61.9
มี	118	38.1
ชนิดของโรคประจำตัว* (n = 118)		
ความดันโลหิตสูง	53	44.9
เบาหวาน	33	28.0
ไขมันในเลือดสูง	29	24.6
กระดูกและกล้ามเนื้อ	18	15.3
ภูมิแพ้	9	7.6
มะเร็ง	6	5.1
อื่น ๆ (หัวใจ ภาวะอาหาร, ต้อหิน, เกาต์, รูมาตอยด์, เอตส์)	9	7.6

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน	ร้อยละ
การจัดการโรคประจำตัว (n = 118)		
ได้รับการจัดการอย่างต่อเนื่อง	101	85.6
ไม่ได้รับการจัดการอย่างไม่ต่อเนื่อง	15	14.4
การควบคุมอาการของโรคร่วม (n = 118)		
สามารถควบคุมอาการของโรคประจำตัวได้	93	78.8
ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคประจำตัวได้	25	21.2
ความรุนแรงของโรคตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแล		
ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับต่ำ	241	77.7
ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลาง	62	20.0
ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับมาก	7	2.3
(Min = 0, Max = 73 ครั้ง, M = 16.40, SD = 6.84)		

* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ส่วนที่ 2 ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

ข้อมูลญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ประกอบด้วย 1) ข้อมูลพื้นฐานญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช และ 2) ข้อมูลพื้นฐานบริบทการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

2.1 ข้อมูลพื้นฐานญาติผู้ดูแล

ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 18-85 ปี เฉลี่ย 53.24 ปี ($SD = 14.19$) อยู่ในช่วงวัยกลางคนมากที่สุด (45-59 ปี) (ร้อยละ 39.4) รองลงมาคือช่วงสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) (ร้อยละ 34.8) และช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (20-44 ปี) (ร้อยละ 25.8) ตามลำดับ มากกว่า 2 ใน 3 เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70.6) ส่วนมากมีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 61.9) ที่เหลือเป็นสถานภาพโสด (ร้อยละ 19.0) และสถานภาพหม้าย/หย่าร้าง/ แยกกันอยู่ (ร้อยละ 19.0)

สำหรับการศึกษา ญาติผู้ดูแลเกือบทั้งหมดได้รับการศึกษา (ร้อยละ 95.2) โดยจบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 52.3) รองลงมาคือ มัธยมศึกษา (ร้อยละ 22.6) และอนุปริญญา/ปริญญาตรีขึ้นไป (ร้อยละ 20.3) ตามลำดับ ญาติผู้ดูแลเกือบ 2 ใน 3 ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 61.3) ซึ่งได้แก่ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 36.3) รองลงมาคือ รับจ้างชั่วคราว (ร้อยละ 27.4) รับจ้างประจำ (ร้อยละ 17.8) เกษตรกร (ร้อยละ 11.1) และอื่น ๆ (รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ) (ร้อยละ 11.1) ทั้งนี้ส่วนมากประกอบอาชีพนอกบ้าน (ร้อยละ 73.7) ซึ่งประมาณ 1 ใน 3 ระบุว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเวชส่งผลต่อการประกอบอาชีพ (ร้อยละ 32.1) คือ การดูแลทำให้ต้องลดจำนวนชั่วโมง/หยุดทำงาน (ร้อยละ 20.5) และการดูแลทำให้ต้องเพิ่มชั่วโมงทำงาน (ร้อยละ 11.6) ในส่วนของสถานะทางการเงินพบว่า ผู้ดูแลมีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บมากที่สุด (ร้อยละ 39.4) รองลงมาคือ รายได้เพียงพอและเหลือเก็บ (ร้อยละ 31.3) และรายได้ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย (ร้อยละ 29.3) ซึ่งมากกว่า 1 ใน 3 ระบุว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเวชส่งผลต่อสถานะทางการเงิน (ร้อยละ 36.8) คือ การดูแลทำให้ไม่มีเงินออม (ร้อยละ 26.5) และการดูแลทำให้มีหนี้สิน/มีหนี้สินเพิ่มมากขึ้น (ร้อยละ 10.3)

ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเกือบครึ่งมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 48.7) โดย 3 อันดับแรกคือ เป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 52.3) โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ (ร้อยละ 24.5) และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 21.2) ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับการจัดการอย่างต่อเนื่อง (ร้อยละ 83.4) ที่ไม่ได้รับการจัดการอย่างต่อเนื่อง (ร้อยละ 16.6) เนื่องจาก ไม่มีเวลา (ทำงาน ไม่มีคนดูแลผู้ป่วย) (ร้อยละ 56.0) คิดว่าไม่จำเป็น/ไม่สำคัญ (ร้อยละ 36.0) และมีข้อจำกัดด้านการเงิน (ร้อยละ 16.0) ทั้งนี้ส่วนใหญ่สามารถควบคุมโรคร่วมได้ (ร้อยละ 86.8) โดยญาติผู้ดูแลมีการรับรู้ภาวะสุขภาพภาพรวมในระดับปานกลาง ($M = 6.95$, $SD = 1.12$) โดยอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 52.8) รองลงมาคือ ระดับแข็งแรง/ดี (ร้อยละ 43.2) แต่มีบางส่วนที่รับรู้ว่ามีสุขภาพไม่แข็งแรง/ไม่ดี/แย่มาก (ร้อยละ 7.0)

สำหรับพฤติกรรมสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุรา (ร้อยละ 88.7) และไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 83.2) แต่ส่วนใหญ่ไม่เคยออกกกำลังกาย (ร้อยละ 88.4) ตรวจสุขภาพเพียงครั้งเดียว (ร้อยละ 50.0) และมากกว่า 1 ใน 3 มีปัญหาเรื่องการนอนหลับ (ร้อยละ 35.5) (รายละเอียดดังตารางที่ 2)

สำหรับพลังสุขภาพจิตพบว่า ญาติผู้ดูแลพลังสุขภาพจิตภาพรวมมีค่าเฉลี่ย 54.2 คะแนน (SD. = 10.6) โดยมากกว่าครึ่งอยู่ในระดับต่ำเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 51.3) รองลงมาคือ อยู่ระดับเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 39.4) และมีเพียงส่วนน้อยอยู่ในระดับสูงกว่าเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 9.4) (รายละเอียดดังตารางที่ 2)

ในส่วนของญาติผู้ดูแลผู้ให้ข้อมูลสำคัญในการสนทนากลุ่มมีจำนวน 40 คน มีอายุเฉลี่ยของผู้ดูแลทั้งหมด 58.65 ปี (SD=10.66) มากกว่าครึ่งหนึ่งมีอายุมากกว่า 60 ปี (55%) โดย ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษา ระดับประถมศึกษา (65%) รองลงมาคือระดับมัธยมปลาย (25%)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำแนกตามข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลพื้นฐาน (n = 310)	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
วัยผู้ใหญ่ (20-44)	80	25.8
วัยกลางคน (45-59)	122	39.4
ผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)	108	34.8
(Min = 18 ปี, Max = 85 ปี, M= 53.24, SD = 14.29)		
เพศ		
หญิง	219	70.6
ชาย	91	29.4
สถานภาพสมรส		
คู่	192	61.9
โสด	59	19.0
หม้าย	40	12.9
หย่า/แยกกันอยู่	19	6.1
การศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	15	4.8
ประถมศึกษา	162	52.3
มัธยมศึกษา	70	22.6
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	31	10.0
อนุปริญญา/ปริญญาตรีขึ้นไป	32	10.3
การประกอบอาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/ แม่บ้าน	120	38.7
ประกอบอาชีพ	190	61.3

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน	ร้อยละ
ชนิดของอาชีพ (n = 190)		
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	69	36.3
รับจ้างชั่วคราว	52	27.4
รับจ้างประจำ	34	17.8
ทำไร่/ ทำสวน	21	11.1
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	14	7.4
สถานที่ประกอบอาชีพ (n = 190)		
นอกบ้าน	140	73.7
ในบ้าน	50	26.3
ผลของการดูแลต่อการประกอบอาชีพ (n = 190)		
การดูแลไม่กระทบต่อการทำงาน	129	67.9
การดูแลทำให้ต้องลดจำนวนชั่วโมง/หยุดทำงาน	39	20.5
การดูแลทำให้ต้องเพิ่มชั่วโมงทำงาน	22	11.6
สถานะทางการเงินของผู้ดูแล		
รายได้เพียงพอ แต่ไม่เหลือเก็บ	122	39.4
รายได้เพียงพอ และเหลือเก็บออม	97	31.3
รายได้ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย	81	29.3
ผลของการดูแลต่อสถานภาพทางการเงิน		
การดูแลไม่กระทบต่อสถานภาพทางการเงิน	196	63.2
การดูแลทำให้ไม่มีเงินออม	82	26.5
การดูแลทำให้มีหนี้สิน/มีหนี้สินเพิ่มมากขึ้น	32	10.3
การมีโรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	159	51.3
มีโรคประจำตัว	151	48.7

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน	ร้อยละ
ชนิดของโรคประจำตัว (n = 151)		
ความดันโลหิตสูง	79	52.3
กระดูกและกล้ามเนื้อ	37	24.5
เบาหวาน	33	21.9
ไขมันในเลือดสูง	32	21.2
ภูมิแพ้	13	8.6
กระเพาะอาหาร	11	7.3
หัวใจ	9	6.0
อื่น ๆ (มะเร็ง, ต้อหิน, วัณโรค, เกาต์, รูมาตอยด์,)	11	7.3
การจัดการโรคประจำตัว (n = 151)		
ได้รับการจัดการอย่างต่อเนื่อง	126	83.4
ไม่ได้รับการจัดการอย่างไม่ต่อเนื่อง*	25	16.6
ไม่มีเวลา (ทำงาน ไม่มีคนดูแลผู้ป่วย)	14	56.0
ไม่จำเป็น/ไม่สำคัญ	9	36.0
ข้อจำกัดด้านการเงิน	4	16.0
การควบคุมอาการของโรคประจำตัว (n = 151)		
สามารถควบคุมอาการของโรคประจำตัวได้	131	86.813.2
ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคประจำตัวได้	20	
การรับรู้ภาวะสุขภาพ		
ไม่แข็งแรง/ไม่ดี/แย่ (คะแนน 0 -3)	22	7.0
ปานกลาง (คะแนน 4 - 7)	164	52.8
แข็งแรง/ดี (คะแนน 8 - 10)	134	43.2
(Min = 0, Max = 10, M= 6.95, SD = 1.12)		

ตารางที่ 2 (ต่อ)

	ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา			
ไม่เคย		274	88.4
บางครั้ง		14	4.5
ประจำ		21	6.8
พฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่			
ไม่เคย		258	83.2
บางครั้ง		45	14.5
ประจำ		7	2.2
พฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย			
ไม่เคย		101	32.6
บางครั้ง		136	43.9
ประจำ		73	23.5
พฤติกรรมกรรมการตรวจสอบสุขภาพประจำปี			
ไม่ได้รับการตรวจสอบสุขภาพ		155	50.0
ได้รับการตรวจสอบสุขภาพ		155	50.0
พฤติกรรมกรรมการนอนหลับ			
นอนหลับปกติ		197	63.5
มีปัญหาการนอนหลับบางครั้ง		77	24.8
มีปัญหาการนอนหลับ		35	11.3
พลังสุขภาพจิต			
ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ		159	51.3
เกณฑ์ปกติ		122	39.4
สูงกว่าเกณฑ์ปกติ		29	9.4
(Min = 33, Max = 80, M = 54.23, SD = 10.68)			

2.2 ข้อมูลบริบทการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแล

ญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์เป็นบิดา/มารดาที่ทำหน้าที่ดูแลบุตรมากที่สุด (ร้อยละ 37.1) รองลงมาคือ พี่/น้องดูแลกัน (ร้อยละ 37.1) บุตรที่ทำหน้าที่ดูแลบิดา/มารดา (ร้อยละ 19.7) สามเณร/ภรรยา (ร้อยละ 13.9) และญาติ เช่น หลาน/ลุง-ป้า/แม่ยาย-พ่อตา/พี่สะใภ้/พี่เขย (ร้อยละ 4.5) ซึ่งเหตุผลของการรับบทบาทผู้ดูแลส่วนใหญ่ระบุว่า เป็นหน้าที่ (ร้อยละ 82.3) รองลงมาคือ มีความสะดวกในการดูแล (ร้อยละ 22.0) มีศักยภาพ/ความสามารถ (ร้อยละ 10.3) และ รู้สึกผูกพัน/ตอบแทนบุญคุณ (ร้อยละ 8.1) แต่มีญาติผู้ดูแลบางส่วนระบุว่า ไม่มีทางเลือกในการทำหน้าที่ผู้ดูแล (ร้อยละ 6.1) โดยญาติผู้ดูแลรู้สึกยอมรับกับบทบาทผู้ดูแลภาพรวมในระดับปานกลาง ($M = 7.86$, $SD = 1.84$) โดยอยู่ในระดับยอมรับ/ยินดี (ร้อยละ 53.9) รองลงมาคือ ระดับยอมรับ/ยินดีปานกลาง (ร้อยละ 41.0) แต่มีบางส่วนที่รู้สึกไม่ยอมรับ/ไม่ยินดี (ร้อยละ 5.1) ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการทำหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วย (ร้อยละ 86.5) แต่ยังได้รับการเตรียมจากสถานบริการสุขภาพจากโรงพยาบาล (ร้อยละ 82.3)

สำหรับจำนวนชั่วโมงในการดูแลเฉลี่ย พบว่า อยู่ระหว่าง 1-24 ชั่วโมงต่อวัน ($M = 9.17$, $SD = 5.08$) โดยมากกว่าครึ่งดูแลเฉลี่ย 1-6 ชั่วโมง (ร้อยละ 57.4) ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยอยู่ระหว่าง 10 เดือน – 45 ปี ($M = 9.83$, $SD = 7.99$) โดยประมาณ 2 ใน 3 ดูแลน้อยกว่า 10 ปี (ร้อยละ 66.1) ที่เหลือจะเป็นมากกว่า 10 ปี (ร้อยละ 33.9) นอกจากนี้มากกว่า 1 ใน 5 ของญาติผู้ดูแลที่ต้องดูแลบุคคลในครอบครัวนอกเหนือจากผู้ป่วยจิตเวช (ร้อยละ 21.0) โดยน้อยกว่าครึ่ง (ร้อยละ 42.6) มีผู้ช่วยเหลือในการดูแล ได้แก่ พี่/น้องบุตร บุตร คู่สมรส บิดา/มารดา ตามลำดับ (รายละเอียดดังตารางที่ 3)

นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลผู้ให้ข้อมูลสำคัญในการสนทนากลุ่ม ส่วนใหญ่เป็นมารดา (62.5%) รองลงมาคือ ญาติพี่น้อง (32.5%) ที่เหลือเป็นบิดา (1%) และคู่สมรส (1%) ผู้ดูแลเกือบครึ่งหนึ่ง (40%) มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมากกว่า 20 ปี โดยมีระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ย 16.32 ปี ($SD = 6.07$)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเวช จำแนกตามข้อมูลบริบทการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ข้อมูลพื้นฐาน (<i>n</i> = 310)	จำนวน	ร้อยละ
ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย		
บิดา/มารดา	115	37.1
พี่/น้อง	61	19.7
บุตร	53	17.1
สามี/ ภรรยา	43	13.9
อื่นๆ (หลาน/ลุง-ป้า/แม่ยาย-พ่อตา/พี่สะใภ้-พี่เขย)	24	7.73
เหตุผลของการดูแล*		
เป็นหน้าที่	255	82.3
มีความสะดวกในการดูแล	69	22.0
มีความสามารถ	32	10.3
ผูกพัน/ตอบแทนบุญคุณ	25	8.1
ไม่มีทางเลือก	19	6.1
ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวช		
ไม่มี	268	86.5
มี	42	13.5
ได้รับการเตรียมความพร้อม		
ไม่เคยได้รับ	255	82.3
เคยได้รับ (จากโรงพยาบาล)	55	17.7
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย (ปี)		
น้อยกว่า 5 ปี	99	31.9
6 - 10 ปี	106	34.2
11 - 15 ปี	27	8.7
16 - 20 ปี	32	10.3
มากกว่า 20 ปี	29	9.4
(Min = 10 เดือน, Max = 45 ปี, <i>M</i> = 9.83, <i>SD</i> = 7.99)		

ตารางที่ 3

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนชั่วโมงในการดูแลเฉลี่ยต่อวัน		
1-6 ชั่วโมง	178	57.4
6-12 ชั่วโมง	46	14.8
13-18 ชั่วโมง	19	6.1
19-24 ชั่วโมง	67	21.6
(Min = 1 ชั่วโมง, Max = 24 ชั่วโมง, $M = 9.17$, $SD = 5.08$)		
บุคคลในครอบครัวที่ต้องดูแลนอกเหนือจากผู้ป่วย		
ไม่มี	245	79.0
มี	65	21.0
บิดา/มารดา	22	33.8
บุตร/หลาน	27	40.5
น้อง	6	9.2
คู่สมรส	4	6.2
อื่น ๆ (ย่า/ยาย/เขย/สะใภ้)	6	9.2
ผู้ช่วยเหลือในการดูแล		
ไม่มี	168	57.4
มี*	132	42.6
พี่/น้องบุตร	61	46.2
บุตร	40	30.3
คู่สมรส	29	22.0
บิดา/มารดา	23	17.4
ญาติอื่นๆ	12	9.1

กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแล 5 อันดับแรกคือ กิจกรรมดูแลทางการเงิน-ค่าใช้จ่ายประจำวัน ($M= 2.24, SD =0.74$) ดูแลให้ได้รับยา และจัดการอาการข้างเคียง ($M= 2.22, SD =0.74$) ประเมินตรวจสอบ และเฝ้าระวังอาการผิดปกติ ($M= 2.21, SD =0.62$) ดูแลการรับประทานอาหาร ($M= 2.10, SD =0.79$) ($M= 2.24, SD =0.740$) และดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล ($M= 2.05, SD =0.79$) (ดังรายละเอียดในตารางที่ 4) ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึกกับรายบุคคลที่ผู้ดูแลเกือบครึ่งหนึ่งกล่าวถึงบางประเด็นที่เกี่ยวข้องเรื่องการเงิน โดยอธิบายว่าต้องดูแลเรื่องการใช้จ่ายเงินเพราะผู้ป่วยจะมีความต้องการมาก ซึ่งต้องตอบสนองความต้องการเพื่อให้ผู้ป่วยพอใจ โดยในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยนั้นส่วนใหญ่ต้องใช้เงิน ดังตัวอย่าง “ต้องจัดการเรื่องเงินคือต้องมีเงิน คือเวลาเขาต้องการอะไรเราจะ support เขาได้ ใช่มั้ยล่ะ” (CG₇ ศรีราชา L.3)

ตารางที่ 4 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยจิตเวช จำแนกตามกิจกรรมการดูแล

กิจกรรมการดูแล ($n = 310$)	ร้อยละ			ค่าเฉลี่ย	SD
	ไม่เคย	บางครั้ง	ประจำ		
1. ดูแลทางการเงิน-ค่าใช้จ่ายประจำวัน	18.1	39.5	42.4	2.24	0.74
2. ดูแลให้ได้รับยา และจัดการอาการข้างเคียง	18.4	41.1	40.3	2.22	0.74
3. ประเมิน ตรวจสอบ และเฝ้าระวังอาการผิดปกติ	11.0	57.0	32.0	2.21	0.62
4. ดูแลการรับประทานอาหาร	26.5	37.2	36.2	2.10	0.79
5. ดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล	29.1	38.5	32.4	2.05	0.79
6. ดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย	23.3	50.2	26.5	2.03	0.71
7. ดูแลจัดการอาการทางจิตเวช	25.6	46.6	27.8	2.02	0.73
8. ช่วยลดความขัดแย้งกับคนอื่น	30.1	42.1	27.8	1.98	0.76
9. สนับสนุนการทำกิจกรรมทางศาสนา	28.8	57.7	30.6	1.92	0.70
10. สนับสนุนการทำกิจกรรมทางสังคม	28.5	50.2	21.0	1.91	0.69

ญาติผู้ดูแลมีข้อจำกัดหรือปัญหาในการทำกิจกรรมการดูแลหลายประการ โดย 5 อันดับแรกคือ ความรู้ไม่เพียงพอสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ($M=2.38, SD=0.70$) ภาวะการเงิน ($M=2.32, SD=0.72$) ภาวะความรับผิดชอบอื่นๆ ($M=2.19, SD=0.62$) ขาดเครือข่าย/แหล่งประโยชน์สนับสนุนการดูแล ($M=2.08, SD=0.79$) และปัญหาสุขภาพจิต/อารมณ์ของญาติผู้ดูแล ($M=2.05, SD=0.79$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 5 ซึ่งบางประการมีความสอดคล้องกับข้อมูลจากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกกับรายบุคคล ได้แก่ การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเวชซึ่งทำให้มีผลกระทบต่อคุณภาพการดูแล ผู้ดูแลอธิบายว่าการมีความรู้ว่ามีผู้ป่วยจะมีการอะไร อย่างเป็นบ้าง จะช่วยให้สามารถสังเกตเพื่อให้การดูแลที่เหมาะสมแต่ต้นได้ เพราะผู้ดูแลส่วนใหญ่จะมาเรียนรู้ภายหลัง ดังตัวอย่าง “เราต้องสังเกตอาการของคนไข้ถ้าเรารู้แต่แรกตอนที่

เราเริ่มต้นเดินทางนะว่าเราต้องสังเกต อะไรบ้างที่จะช่วยให้เราพร้อมมากขึ้น” (FC.CG เหมือน L.270-271) นอกจากนี้ผู้ดูแลยังอธิบายเพิ่มเติมว่าการไม่รู้ทำให้ต้องลองผิดลองถูก ซึ่งทำให้เกิดความเสียหายเกิดขึ้นกับผู้ป่วย มีการตอบสนองผู้ป่วยอย่างไม่เหมาะสมจะทำให้การดูแลเพิ่มความยุ่งยาก เพราะผู้ป่วยจะไม่ไวใจ ผู้ดูแลรายหนึ่งอธิบายถึงความจำเป็นที่ผู้ดูแลควรได้ทราบแนวทางปฏิบัติต่อผู้ป่วยแต่ต้นว่า “จำเป็นค่ะ จะทำให้เขาสนใจเรามากขึ้น ตอนนีเขามองไม่ไวใจใครเลย ไม่มีคนที่อยู่ในใจเขา ที่จะดึงเขามาสู่โลกภายนอก” (FC.CG ศรีราชา L.62-63) และอีกตัวอย่างจากผู้ดูแลอีกรายหนึ่ง “อยากจะทำให้เด็กประเภทนี้ควรดูแลอย่างไร หรือคนไข้จิตเวชประมาณนี้ต้องดูแลอย่างไร คือไม่อยากลองผิดลองถูกทำให้เขาโมโห คือเราอยากจะมีวิธีการช่วยเราได้ไหม” (FC.CG ศรีราชา L.240-242)

นอกจากนี้ เป็นที่ที่น่าสนใจว่าเรื่องภาระการเงินเป็นส่วนหนึ่งที่ผู้ดูแลกล่าวถึงว่าเป็นเรื่องสำคัญที่จะเป็นปัจจัยเกื้อหนุนหรือเป็นอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้ป่วยบางคนที่เคยมีงานทำมีรายได้ก่อนป่วย พอป่วยทางจิตก็ทำงานไม่ได้ ต้องอยู่ในการดูแลของผู้ดูแลทั้งหมด ผู้ดูแลบางรายก็ต้องออกจากงาน หรือทำงานไม่ได้เต็มที่ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณ ดังแสดงในตารางที่ 2 ที่พบว่าการทำบทบาทผู้ดูแลทำให้กระทบต่องานอาชีพที่ทำ ทั้งต้องลดชั่วโมงการทำงานหรือหยุดงาน หรือต้องเพิ่มชั่วโมงการทำงานรวมแล้วถึง 32% และเมื่อต้องเปลี่ยนบทบาทมาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย หากการเงินไม่เพียงพอ จะยิ่งเพิ่มภาระ และความเครียดในการดูแลมากขึ้น ผู้ดูแลบางรายถึงกับคิดทำร้ายตัวเอง ดังตัวอย่างมารดาคนหนึ่งที่ต้องดูแลบุตรสาวลำพัง เล่าว่า

“ปัจจัย (เงิน) ก็สำคัญคือถ้าไม่มีตั้งค์ก็ดูแลไม่ได้มันก็จะยิ่งเครียด ตอนแรกกินเงินเก่าหมดเลยไม่ได้ทำงานปีนึงตอนแรกก็ยอมรับเลยว่ามีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย เพราะว่ามันไม่มีใครเอาเขา” (FC.CG เหมือน L.355-358)

และตัวอย่างจากบิดารายหนึ่ง:

“ถ้าพร้อมจริงๆอย่างน้อยเราก็ต้องมีเงินมีทอง พอจะจับจ่ายใช้สอยที่ว่าเราจะทำอะไรก็ยังมันได้อยู่ ระหว่างเราดูแลเขาเราก็ต้องไปทำงานยิ่งพะวงหนักเข้าไปอีก งานการก็พอจะเสียไปอีก เพราะใจมันพะวงถึงแต่เขา อยู่บ้านจะทำอะไร ทำยังไงใจมันไปถึงนู่น” (FC.CG บ้านบึง L. 40-43)

ผู้ดูแลส่วนหนึ่งอธิบายเพิ่มเติมว่า ความพร้อมด้านการเงินสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าความรักความจริงใจที่จะมีผลต่อสภาพจิตใจผู้ดูแลและผู้ป่วยด้วย ดังที่ผู้ดูแลที่เป็นสามีรายหนึ่งอธิบาย “เราต้องมีการทำที่เป็นหลักฐาน ในขณะที่เราต้องดูแลเขาด้วย ไม่ให้เขาคิดว่าไม่มีตั้งค์มันก็จะเครียด ก็มีส่วน...เพราะว่าถ้าเราจริงใจอย่างเดียวเราไม่มีรายได้อะไรขึ้นมาก็อดๆอยากๆ ถึงเวลาที่เขาหัวเราไม่มีตั้งให้เขา จะกินอะไร.” (CG₃ เหมือน L.158)

ในส่วนของการขึ้นทะเบียนผู้พิการที่มีเบี้ยยังชีพจากรัฐบาล ผู้ดูแลบางคนยังไม่ทราบขั้นตอนในการขอขึ้นทะเบียน ไม่ทราบรายละเอียดสิทธิประโยชน์ และแ่งมุมทางกฎหมาย ดังตัวอย่าง “บางคนเขาก็ไม่รู้เขาไม่รู้ว่าจะต้องทำยังไง หมอเข้าใจไหม” (FC.CG เหมือน L.376) ส่วนผู้ดูแลที่ผู้ป่วยขึ้นทะเบียนและได้รับเบี้ยยังชีพแล้วก็ให้ข้อมูลว่าการเงินยังไม่เพียงพอ ดังตัวอย่าง

“ไม่พอค่ะแค่ข้าวกระเพราไข่ดาวพิเศษก็ไม่รู้ละ 50 บาท บางวันเขาไม่ได้กินมือเดียวนะมีไอติม วันนี้ขอบัวลอยไข่หวานด้วยได้ไหม และไหนจะต้องตัดผม เรื่องตามร่างกายของเขาด้วยอีกอย่างเนี่ยคือ 800 ถ้ารวมเสื้อผ้าทุกอย่างนะไม่พอ นี่เราพูดกันตามความจริงนะ” (FC.CG เหมือน L.400-404)

ตารางที่ 5 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยจิตเวช จำแนกตามข้อจำกัดในการดูแล

ข้อจำกัดในการดูแล ($n = 310$)	ร้อยละ			ค่าเฉลี่ย	SD
	ไม่เคย	บางครั้ง	ประจำ		
1. ความรู้ไม่เพียงพอสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช	12.9	36.1	51.0	2.38	0.70
2. ภาระการเงินของคุณ	15.2	37.7	47.1	2.32	0.72
3. ภาระความรับผิดชอบอื่นๆ	11.6	57.7	30.6	2.19	0.62
4. ขาดเครือข่าย/แหล่งประโยชน์สนับสนุนการดูแล	27.7	36.8	35.5	2.08	0.79
5. ปัญหาสุขภาพจิต/อารมณ์ของผู้ดูแล	29.4	36.8	34.0	2.05	0.79
6. ภาระการทำงานของผู้ดูแล	27.7	42.0	30.3	2.03	0.76
7. ปัญหาสุขภาพกายของผู้ดูแล	31.3	38.7	30.0	1.99	0.78

ส่วนที่ 3 เครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

ข้อมูลญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ประกอบด้วย 1) ข้อมูลพื้นฐานเครือข่ายการดูแลในชุมชน และ 2) ข้อมูลพื้นฐานบริบทการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายการดูแลในชุมชน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

3.1 ข้อมูลพื้นฐานเครือข่ายการดูแลในชุมชน

ในส่วนของข้อมูลพื้นฐานเครือข่ายการดูแลในชุมชน พิจารณาแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทีมดูแลสุขภาพเชิงรุก และกลุ่มหุ้นส่วนชุมชน ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1) ข้อมูลพื้นฐานเครือข่ายทีมดูแลสุขภาพเชิงรุก

เครือข่ายทีมดูแลสุขภาพเชิงรุกที่เป็นกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย พยาบาลมากที่สุด รองลงมาคือนักวิชาการสาธารณสุข และเจ้าพนักงานสาธารณสุข ตามลำดับ โดยทีมดูแลสุขภาพเชิงรุกมีอายุระหว่าง 22 - 59 ปี เฉลี่ย 38.69 ปี (SD = 10.92) อยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (20-44 ปี) (ร้อยละ 63.1) และผู้ใหญ่ตอนปลาย (45-59 ปี) (ร้อยละ 36.9) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 84.5) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 71.8) รองลงมาคืออนุปริญญา (ร้อยละ 13.6) และปริญญาโท (ร้อยละ 9.3) สำหรับการประกอบอาชีพเป็นข้าราชการ/พนักงานของรัฐมากที่สุด (ร้อยละ 75.72) รองลงมาคือ (ร้อยละ 22.3) ลูกจ้างประจำ (ร้อยละ 22.3) ตามลำดับ (รายละเอียดดังตารางที่ 6)

2) ข้อมูลพื้นฐานเครือข่ายหุ้นส่วนชุมชน

เครือข่ายหุ้นส่วนชุมชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขมากที่สุด รองลงมาคือ ผู้นำที่เป็นทางการ (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน นายกองคกรปกครองส่วนท้องถิ่น กรรมการชุมชน) ผู้นำที่ไม่เป็นทางการ (พระ อีหม่าม ปราชญ์ชาวบ้าน) และบุคลากรสนับสนุน (นักสังคมสงเคราะห์) กลุ่มหุ้นส่วนเครือข่ายมีอายุระหว่าง 20 - 78 ปี เฉลี่ย 50.1238.69 ปี (SD = 13.17) อยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (45-59 ปี) มากที่สุด (ร้อยละ 25.8) รองลงมาคือ วัยผู้ใหญ่ตอนต้น (20-44 ปี) (ร้อยละ 25.8) และวัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) (ร้อยละ 24.7) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 71.1) จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 30.9) รองลงมาคือ มัธยมศึกษา (ร้อยละ 27.8) ปริญญาตรี (ร้อยละ 16.5) ตามลำดับ ประกอบอาชีพเป็นรับจ้างมากที่สุด (ร้อยละ 37.1) รองลงมาคือ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 26.2) และข้าราชการ/พนักงานของรัฐ (ร้อยละ 8.25) ตามลำดับ ส่วนที่เหลือ (ร้อยละ 16.5) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (รายละเอียดดังตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของภาคีเครือข่ายชุมชนจำแนกตามข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลพื้นฐาน	ทีมดูแลสุขภาพเชิงรุก (n = 103)		หุ้นส่วนชุมชน (n = 97)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)				
ผู้ใหญ่ตอนต้น (20-44)	65	63.1	25	25.8
ผู้ใหญ่ตอนปลาย (45-59)	38	36.9	48	49.5
ผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)	-	-	24	24.7
	(Min = 22, Max = 59, M= 38.69, SD = 10.92)		(Min = 20, Max = 78, M= 50.12, SD = 13.77)	
เพศ				
หญิง	87	84.5	69	71.1
ชาย	16	15.5	28	28.9
การศึกษา				
ไม่ได้รับการศึกษา	-	-	2	2.1
ประถมศึกษา	-	-	30	30.9
มัธยมศึกษา	-	-	27	27.8
อนุปริญญา	16	13.6	13	13.4
ปริญญาตรี	74	71.8	16	16.5
ปริญญาโทขึ้นไป	13	12.6	9	9.3
การประกอบอาชีพ				
ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ	78	60.2 15.5	8	8.2
รับจ้างประจำ	23	22.3	36	37.1
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	-	-	27	26.2
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	-	-	16	16.5

3.2 บริบทการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่าย

1) บริบทการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของทีมดูแลสุขภาพเชิงรุก

เครือข่ายทีมดูแลสุขภาพเชิงรุกที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการทำหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วย (ร้อยละ 55.3) แต่ยังไม่ได้รับการเตรียมจากสถานบริการสุขภาพจากโรงพยาบาล (ร้อยละ 58.3) ทั้งนี้ เครือข่ายทีมดูแลสุขภาพเชิงรุกครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 49.5) ระบุว่า ตนเองรู้จักคนส่วนใหญ่ในชุมชน (รายละเอียดดังตารางที่ 7)

เครือข่ายทีมสุขภาพมีกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและญาติที่บ้าน 5 อันดับแรก ได้แก่ ช่วยเหลือญาติผู้ดูแลสุขภาพด้านจิตใจ ($M=1.99$, $SD=0.63$) ให้ข้อมูลข่าวสารที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล ($M=1.89$, $SD=0.61$) ประเมินและตรวจสอบอาการผิดปกติของผู้ป่วย ($M=1.86$, $SD=0.63$) ดูแลรักษาผู้ป่วยทางจิต/ให้ยา ($M=1.77$, $SD=0.63$) และดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้านร่างกาย ($M=1.70$, $SD=0.59$) (รายละเอียดดังตารางที่ 8)

2) บริบทการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของทีมหุ้นส่วนชุมชน

เครือข่ายหุ้นส่วนชุมชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างประมาณ 2 ใน 3 ไม่เคยมีประสบการณ์ในการทำหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วย (ร้อยละ 63.9) และไม่เคยได้รับการเตรียมจากสถานบริการสุขภาพจากโรงพยาบาล (ร้อยละ 70.1) ทั้งนี้ เครือข่ายหุ้นส่วนชุมชนส่วนใหญ่ (ร้อยละ 62.9) ระบุว่า ตนเองรู้จักคนส่วนใหญ่ รายละเอียดดังตารางที่ 7

เครือข่ายหุ้นส่วนชุมชนมีกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและญาติที่บ้าน 5 อันดับแรก ได้แก่ ช่วยเหลือญาติผู้ดูแลสุขภาพด้านจิตใจ ($M=1.81$, $SD=0.70$) ให้ข้อมูลข่าวสารที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล ($M=1.72$, $SD=0.73$) ช่วยเหลือญาติผู้ดูแลสุขภาพด้านสังคม ($M=1.62$, $SD=0.71$) ช่วยเหลือญาติผู้ดูแลสุขภาพด้านร่างกาย ($M=1.66$, $SD=0.67$) และประเมินภาวะสุขภาพญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ($M=1.52$, $SD=0.65$) (รายละเอียดดังตารางที่ 8)

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเวช จำแนกตามข้อมูลบริบทการดูแลของเครือข่ายในชุมชน

ข้อมูลพื้นฐาน	ทีมดูแลสุขภาพเชิงรุก		หุ้นส่วนชุมชน	
	(n = 103)		(n = 97)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวช				
ไม่มี	57	55.3	62	63.9
มี	46	44.7	35	36.1
ได้รับการอบรมเพื่อการดูแลผู้ป่วย				
ไม่เคยได้รับ	60	58.3	63	67.74
เคยได้รับ (จากโรงพยาบาล)	43	41.7	34	32.26

ข้อมูลพื้นฐาน	ทีมดูแลสุขภาพเชิงรุก (n = 103)		หุ้นส่วนชุมชน (n = 97)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน (ปี)				
1-5	82	79.6	83	85.6
6-10	16	15.5	8	8.2
มากกว่า 10	5	4.9	6	6.2
รู้จักคนในชุมชน				
ทั้งชุมชน	7	6.8	20	20.6
ส่วนใหญ่ในชุมชน	51	49.5	61	62.9
รู้จักเฉพาะที่ติดต่อ/น้อยมาก	45	43.7	16	16.5

ตารางที่ 8 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของเครือข่าย จำแนกตามกิจกรรมการดูแล

กิจกรรมการดูแล	ทีมดูแลสุขภาพเชิงรุก (n = 103)		หุ้นส่วนชุมชน (n = 97)	
	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD
1. ช่วยเหลือญาติผู้ดูแลสุขภาพด้านจิตใจ	1.99	.634	1.81	.697
2. ให้ข้อมูลข่าวสารที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล	1.89	.609	1.72	.732
3. ประเมินและตรวจสอบอาการผิดปกติของผู้ป่วย	1.86	.627	1.43	.576
4. ดูแลรักษาผู้ป่วยทางจิต/ให้ยา	1.77	.629	1.38	.549
5. ดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้านร่างกาย	1.76	.585	1.38	.620
6. ประเมินภาวะสุขภาพญาติผู้ดูแลผู้ป่วย	1.74	.610	1.52	.647
7. ช่วยเหลือญาติผู้ดูแลสุขภาพด้านร่างกาย	1.70	.591	1.66	.675
8. สนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเวชได้มีส่วนร่วมในกิจกรรม ด้านสังคม	1.66	.587	1.53	.663
9. ช่วยเหลือญาติผู้ดูแลสุขภาพด้านสังคม	1.62	.596	1.71	.706
10. จัดการอาการของผู้ป่วยจิตเวช	1.48	.521	1.33	.554

ส่วนที่ 4 มุมมองการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

4.1 ทศนคติต่อผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายชุมชน

ญาติผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายชุมชนมีมุมมองที่หลากหลายต่อผู้ป่วยจิตเวช ทั้งหลากหลายในแต่ละคน และหลากหลายในคนๆเดียว ขึ้นอยู่กับระยะเวลาการเจ็บป่วยและระดับอาการทางจิตของผู้ป่วย ประกอบด้วยผู้ป่วยจิตเวชน่ากลัว ผู้ป่วยจิตเวชเป็นภาระ ผู้ป่วยจิตเวชน่าสงสาร และผู้ป่วยจิตเวชเป็นผู้ที่ควรได้รับการช่วยเหลือ

ผู้ป่วยจิตเวชน่ากลัว

ในมุมมองของผู้ดูแลที่มองว่าผู้ป่วยจิตเวชเป็นบุคคลที่น่ากลัวนั้นขึ้นอยู่กับระยะเวลาการเจ็บป่วยและการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต ผู้ดูแลบางคนรู้สึกกลัวผู้ป่วยในช่วงเจ็บป่วยใหม่ๆ เพราะยังไม่เข้าใจในอาการทางจิตของผู้ป่วยและวิธีการตอบสนอง ความกลัวจะมีมากหากผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรงที่ทำให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าเป็นการคุกคามต่อความปลอดภัย เพราะผู้ดูแลมองว่าผู้ป่วยจะควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมตัวเองไม่ได้ และไม่สามารถคาดเดาได้ ดังตัวอย่างผู้ดูแลรายหนึ่งกล่าวว่า “กลัว ยิ่งบางที่เราไปเห็นเขา เค้าไม่ฟังเราเค้าดื้อ เค้ามองตาเขียวใส่เรานะ เราก็กลัวนะ ถ้าเกิดมีอะไรขึ้นมาเขาปา เขาทุบอะไรอย่างเนี่ย ก็กลัว” (FC.CG บ้านบึง L. 20-22)

อย่างไรก็ตาม เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น หรือเมื่อดูแลระยะเวลายาวนานขึ้น ผู้ดูแลรับรู้ ผู้ป่วยจิตเวชไม่น่ากลัว เป็นเหมือนคนปกติทั่วไปที่ยังสามารถทำหน้าที่ต่างๆได้ ดังตัวอย่างผู้ดูแลรายหนึ่งที่ดูแลผู้ป่วยมา 2 ปี และอาการผู้ป่วยดีขึ้นแล้ว กล่าวว่า “รู้สึกดีนะ ทำอะไรได้ ทำงานบ้านอะไรได้ทุกอย่าง” (FC.CG บ้านบึง L. 26)

สำหรับภาคีเครือข่ายชุมชนผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมองว่าผู้ป่วยจิตเวชน่ากลัว เนื่องจากรับรู้ผู้ป่วยจิตเวชเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมและอารมณ์ที่ผิดปกติไปจากคนทั่วไป ควบคุมไม่ค่อยได้ ทำนายไม่ได้ ดังตัวอย่างเครือข่ายฯ รายหนึ่ง

“ความรู้สึกแรกของคนในชุมชนเมื่อเห็นผู้ป่วยจิตเวชเลยก็คือกลัว เขาก็กลัวกลัวว่าวันใดวันหนึ่งเขาไม่สามารถที่จะควบคุมระงับอารมณ์ของตนเองได้ ก็จะทำร้ายคนในชุมชน ครั้นนี้ก็ คือความรู้สึกของคนของเราเมื่อเจอ” (FC. N. ศรีราชา L.98-101)

นอกจากนี้ สาเหตุความกลัวในภาคีเครือข่ายชุมชนเกิดจากการรับรู้ที่ตนเองไม่สามารถประเมินได้ว่าผู้ป่วยกำลังมีอาการทางจิตหรือไม่ เนื่องจากมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการทางจิตไม่เพียงพอ และไม่สามารถทราบได้ว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาอยู่หรือไม่ ดังคำพูดของเครือข่ายฯ รายหนึ่ง

ความรู้สึกแรกที่เราคิด เขาจะป่วยหรือเปล่าไม่รู้เพราะว่าเราบอกไม่ได้ เราไม่ได้เป็นบุคลากรทางการแพทย์ และเขาก็อาจจะไม่ได้รับการรักษาอาจจะไม่ได้อะไร เพียงแต่ว่าพฤติกรรมที่เรามองเห็นทุกๆวันเนี่ย เขี่ยเขาเป็นแบบนี้ เราก็ไม่รู้สิกว่าเขาเป็นผู้ป่วยเขาได้ กินยาหรือเปล่า เขาได้ทำการรักษาไหม มันเลยน่ากลัว (FC. N. ศรีราชา L.106-109)

ผู้ป่วยจิตเวชน่าสงสาร

เป็นมุมมองของทั้งผู้ดูแลในครอบครัว ความรู้สึกและมุมมองต่อผู้ป่วยจิตเวชว่าเป็นคนที่น่าสงสาร มักเกิดขึ้นมากกับผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด หรือมีความสัมพันธ์ทางสายเลือด ได้แก่ บิดา มารดา บุตร และสามี ภรรยา ทั้งนี้ เพราะรับรู้ว่าเป็นการเจ็บป่วยที่แตกต่างจากการเจ็บป่วยทางกาย และอาจจะไม่หาย และมักจะมีบุคลิกภาพ พฤติกรรมเปลี่ยนไปจากคนเดิมที่เคยรู้จัก ดังที่ผู้ดูแลที่เป็นสามีรายหนึ่งบอกเล่าว่า “ใช้มันก็เป็นแบบที่ว่าอาการเขาเวลาที่เขาเป็นเขาจะชอบเด่นชอบสนุกเหมือนเป็นคนทรง มั่นนำสงสาร เขาไม่เหมือนเดิม” (CG เหมือน L. 9-10)

ความรู้สึกสงสารบางครั้งมาจากการที่ผู้ดูแลรับรู้ที่มาหรือสาเหตุของปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วย เช่น การที่ผู้ป่วยได้รับความกดดันความเครียดจากสถานการณ์ในชีวิตที่ผ่านมา เป็นต้น ความสงสารทำให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจ ยอมรับผู้ป่วย สามารถอดทนและใจเย็นได้ ดังตัวอย่างผู้ดูแลที่เป็นยายของผู้ป่วยรายหนึ่งเล่าว่า “...เพราะแม่เขาทิ้งไป แต่พี่ไม่เคยทิ้งหลานไม่เคยทิ้งให้เขาทำนู่นทำนี่ เราจะไม่เครียดกับเด็ก สงสาร” (CG ศรีราชา L. 56-57)

ผู้ป่วยจิตเวชเป็นผู้ที่ต้องได้รับการช่วยเหลือ

เป็นมุมมองของภาคีเครือข่ายชุมชนต่อผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว โดยเครือข่ายชุมชนมองว่าผู้ป่วยจิตเวชเป็นผู้ที่ต้องได้รับการช่วยเหลือ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชเป็นผู้ที่มีความผิดปกติของพฤติกรรม อารมณ์ และความคิด ซึ่งส่งผลต่อการดำเนินชีวิตที่เสียหน้าที่ และมีผลต่อครอบครัว และบุคคลอื่นในชุมชน ทั้งนี้ภาคีเครือข่ายชุมชนยังมองว่า ผู้ป่วยจิตเวชเองไม่ยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง ควบคุมตัวเองไม่ได้อาจเป็นอันตรายต่อคนอื่น ซึ่งเป็นบทบาทหน้าที่ของภาคีเครือข่ายชุมชนที่ต้องให้การช่วยเหลือ ดังตัวอย่างคำพูดของภาคีเครือข่ายชุมชน รายหนึ่ง “คือมันเป็นความไม่ปกติ แล้วมันก็จะทำให้สิ่งต่างๆในชีวิต รวมทั้งครอบครัว เพื่อน แล้วก็สังคมของเขาก็จะไม่ปกติไปด้วย คือทั้งครอบครัวและผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือ และต้องได้รับการช่วยเหลือ” (FC. N. ศรีราชา L. 62-64)

สรุปเรื่องมุมมองต่อผู้ป่วยจิตเวชและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของผู้ดูแลและเครือข่ายชุมชนมีหลากหลาย ทั้งมุมมองเชิงบวกและเชิงลบ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณ ที่พบว่าญาติผู้ดูแล หุ้นส่วนชุมชน มีทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเวชและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในระดับปานกลาง ส่วนทีมดูแลสุขภาพเชิงรุกมีอยู่ในระดับสูง และมีการยอมรับในบทบาทของตนเองในระดับปานกลางทุกกลุ่ม (รายละเอียดดังตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ยของคะแนนการยอมรับในบทบาทและทัศนคติของญาติผู้ดูแล ทีมดูแลสุขภาพเชิงรุก และ
 หุ้นส่วนชุมชนภาพรวม รายด้าน และรายข้อ

ข้อมูล	ญาติผู้ดูแล (n=310)			ทีมดูแลสุขภาพเชิงรุก (n=103)			หุ้นส่วนชุมชน (n=97)		
	ค่าเฉลี่ย	SD	แปลผล	ค่าเฉลี่ย	SD	แปลผล	ค่าเฉลี่ย	SD	แปลผล
ภาพรวม	33.39 (3.33)	5.99	ต่ำ	39.93 (3.99)	4.15	สูง	35.72 (3.57)	4.81	ปานกลาง
ด้านผู้ป่วยจิตเวช	9.50 (3.17)	3.88 (1.06)	ต่ำ	10.91 (3.63)	2.57 (0.85)	ปานกลาง	9.55 (3.18)	2.44 (0.92)	ปานกลาง
1. เมื่อพูดถึงผู้ป่วยจิตเวชจะไม่นึกถึง การอาละวาด/โวยวาย/ทำร้าย	3.12	1.12	ต่ำ	3.25	.96	ต่ำ	2.94	.95	ต่ำ
2. ผู้ป่วยจิตเวชเป็นบุคคลที่ไม่ต้อง ระวังอย่าเข้าใกล้หรือพูดคุยด้วย	3.29	1.05	ต่ำ	3.79	.88	ปานกลาง	3.31	.99	ต่ำ
3. ผู้ป่วยจิตเวชสามารถทำกิจกรรม หรืออยู่ร่วมกับผู้อื่นได้	3.09	1.01	ต่ำ	3.87	.73	ปานกลาง	3.30	.84	ต่ำ
ด้านการดูแล	23.76 (3.36)	7.73 (1.10)	ปานกลาง	29.08 (4.15)	4.92 (0.77)	0	25.93 (3.77)	6.91 (0.99)	ปานกลาง
4. ผู้ป่วยจิตเวชควรได้รับการดูแลเอา ใจใส่	3.60	1.08	ปานกลาง	4.41	.70	ปานกลาง	4.08	.92	ปานกลาง
5. ผู้ป่วยจิตเวชควรได้รับการดูแลที่ บ้านเหมาะสมที่สุด	2.90	1.18	ต่ำ	3.26	.97	ปานกลาง	2.64	1.05	ต่ำ
6. ครอบครัวมีความสำคัญในการ ดูแลผู้ป่วยจิตเวช	3.63	1.11	ปานกลาง	4.67	.53	ปานกลาง	4.11	1.05	ปานกลาง
7. คนในชุมชนมีส่วนช่วยดูแลผู้ป่วย	3.12	1.07	ต่ำ	4.07	.69	ปานกลาง	3.65	1.00	ปานกลาง
8. พื้นฐานสำคัญของการดูแลผู้ป่วย จิตเวชคือความเข้าใจ	3.76	1.07	ปานกลาง	4.60	.53	ปานกลาง	4.04	.95	ปานกลาง
9. การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็นสิ่งที่ไม่ น่ากลัว	3.21	1.13	ต่ำ	3.61	.91	ปานกลาง	3.41	.98	ปานกลาง
10. การดูแลผู้ป่วยจิตเวชควรเน้นให้ ผู้ป่วยกลับสู่สังคมได้	3.51	1.09	ปานกลาง	4.46	.59	ปานกลาง	4.00	.96	ปานกลาง

4.2 การยอมรับในบทบาทการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายชุมชน

ทั้งญาติผู้ดูแลและเครือข่ายชุมชนมองว่า เนื่องจากผู้ป่วยมีความเสื่อมถอยในการทำหน้าทางสังคมหลังจากการเจ็บป่วย ผู้ดูแลและครอบครัวจะรับรู้ต่อการมีผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัวว่าเป็นภาระ ทั้งทางความรู้สึกที่เป็นห่วงผู้ป่วย กังวลต่ออนาคตของผู้ป่วย และการที่ต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง ดังที่ผู้ดูแลรายหนึ่งอธิบาย:

“... แต่พอมีเข้ามาเราจะนึกถึงเป็นห่วงเค้า กินยายัง กินข้าวยัง เป็นกังวลตลอด อายุขนาดนี้แล้วปวดหัวเรื่อยเลย ถึงเดือนก็ต้องไปเอายาให้ ถึงวันฉีดยาก็ต้องพาไปฉีดยา มันเหมือนสร้างภาระให้มันเกิดขึ้นมาจริงๆไปรอยามเหมือนอย่างเดี๋ยวนะ ครึ่งก่อนวัน รอดตั้งแต่เช้า 6 โมง กว่า จะได้รับยาก็งุ่นเลย บ่าย 2 บ่าย 3 กว่าจะได้กลับบ้านมันก็ไม่ไหวแล้วนะ คนดีก็อยากจะไปด้วยเหมือนกัน ไปนั่งเฝ้าเค้าอีกนะ ไอ้โห...ทรมานๆ ไปสายนะหาที่จอดรถอู้หู...เยอะมาก จิตเวชมีเป็นร้อย” (FC.CG บ้านบึง L. 30-34)

แต่อย่างไรก็ตาม ด้วยผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบิดามารดาและเป็นพี่น้องในสายเลือด ความรักความผูกพันทำให้ปฏิเสธการดูแลไม่ได้ และยังมีความห่วงใยอาทรเมื่อเห็นคนที่รักเจ็บป่วยทางจิต ดังในตารางที่ 10 ที่พบว่าผู้ดูแลมีการยอมรับในบทบาทในระดับปานกลาง ส่วนเครือข่ายชุมชนที่มสุขภาพเชิงรุกและหุ้นส่วนชุมชน ก็มีการยอมรับในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในระดับกลางเช่นกัน

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ยของคะแนนการยอมรับในบทบาทของญาติผู้ดูแล ทีมดูแลสุขภาพเชิงรุก และหุ้นส่วนชุมชนภาพรวม และรายด้าน

ข้อมูล	ญาติผู้ดูแล (n=310)			ทีมดูแลสุขภาพเชิงรุก (n=103)			หุ้นส่วนชุมชน (n=97)		
	ค่าเฉลี่ย	SD	แปลผล	ค่าเฉลี่ย	SD	แปลผล	ค่าเฉลี่ย	SD	แปลผล
การยอมรับในบทบาทการดูแล									
ของตนเอง	7.86	1.84	ปานกลาง	6.96	2.77	ปานกลาง	6.44	2.27	ปานกลาง
ของคนชุมชน	6.73	2.12	ปานกลาง	5.56	1.87	ปานกลาง	5.76	2.45	ปานกลาง

มุมมองเชิงบวกจากการดูแล พบว่า ญาติผู้ดูแลมีคะแนนมุมมองเชิงบวกจากการดูแลอยู่ระหว่าง 600-1,493 คะแนน โดยภาพรวมญาติผู้ดูแลมีมุมมองเชิงบวกจากการดูแลอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยภาพรวม 67.87) (ดังรายละเอียดในตารางที่ 11) ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบจากข้อมูลเชิงคุณภาพที่ผู้ดูแลอธิบายว่า บางครั้งก็มีความรู้สึกว่าการทำบทบาทผู้ดูแลเป็นสิ่งที่ทำให้ตนเองรู้สึกดีต่อตนเองที่ได้ทำหน้าที่ในฐานะบิดามารดา หรือพี่น้อง ดังที่ผู้ดูแลที่เป็นน้องสาวของผู้ป่วยรายหนึ่งพูดว่า “เราอยู่ด้วยกันมาตลอดตั้งแต่เล็กก็รักเค้า เราผูกพันกัน เราเข้าใจเขาที่สุด เราเลยดูแลเขาได้ และเราก็รู้สึกดีที่ได้ดูแลเค้า ได้ทำหน้าที่ของเรา” (CG

ศรีราชา L. 396-397) และตั้งที่บิตารายหนึ่งที่ต้องลาออกจากงานมาดูแลลูกชายที่บ้าน อธิบายถึงการเห็นข้อดีที่มีผู้ป่วยอยู่ในบ้านว่า “งานในบ้านนี้ก็เขา...ก็ช่วยผมเลี้ยงหลานอยู่ ช่วยแทนผมได้มากมาย ก็เหมือนทำงานในบ้านล้างจานทำอะไรไป” (CG เหมือน L. 310-311)

ตารางที่ 11 คะแนนจริง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแปลผลมุมมองเชิงบวกจากการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

มุมมองเชิงบวกจากการดูแล (n = 310)	คะแนน จริง	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	แปลผล
ภาพรวม	11 – 45	33.18 (3.68)	7.15 (0.79)	ปานกลาง
1. ได้ดูแล/ตอบแทนคนที่รัก	1-5	3.78	0.99	ปานกลาง
2. มีสัมพันธภาพกับผู้อื่นดีขึ้น	1-5	3.75	0.96	ปานกลาง
3. ตนเองมีความเข้มแข็ง	1-5	3.75	1.00	ปานกลาง
4. ตนเองมีประโยชน์มากขึ้น	1-5	3.73	0.89	ปานกลาง
5. ตนเองมีความสำคัญ	1-5	3.67	1.02	ปานกลาง
6. ได้รับการชื่นชมกับชีวิตมากขึ้น	1-5	3.66	1.01	ปานกลาง
7. ตนเองมีคนที่ต้องการ	1-5	3.66	0.95	ปานกลาง
8. พัฒนาทัศนคติด้านบวกในชีวิต	1-5	3.63	1.00	ปานกลาง
9. ได้รับการขอบคุณอย่างซาบซึ้ง	1-5	3.51	0.98	ปานกลาง

บทที่ 4: ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

ในบทนี้เป็นการนำเสนอความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัยเกี่ยวกับการศึกษาความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายชุมชน และศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายชุมชนในจังหวัดชลบุรี ซึ่งจะนำเสนอผลการวิจัยที่ผ่านการผสมผสานข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพแบบบรรยายประกอบตาราง 3 ส่วนแยกตามกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแล 2) ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของทีมดูแลสุขภาพเชิงรุก และ 3) ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของหุ้นส่วนชุมชน รายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแล

1.1 ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแล

ญาติผู้ดูแลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอยู่ระหว่าง 24 - 120 คะแนน ค่าเฉลี่ย 67.06 คะแนน ($SD = 16.83$) โดยญาติผู้ดูแลมีการรับรู้ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M_{adj} = 2.79, SD_{adj} = 0.70$)

เมื่อพิจารณาความพร้อมรายด้านพบว่า ญาติผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีความพร้อมด้านการตอบสนองความต้องการของตนเองมากที่สุด ($M_{adj} = 2.87, SD_{adj} = 0.81$) รองลงมาคือ ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยจิตเวช ($M_{adj} = 2.78, SD_{adj} = 0.75$) และด้านข้อมูลข่าวสารและเครือข่ายสนับสนุน ($M_{adj} = 2.71, SD_{adj} = 0.83$)

สำหรับข้อมูลความพร้อมรายข้อพบว่า ญาติผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชรายข้อส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง แต่ก็มีบางข้อที่มีความพร้อมในระดับต่ำ โดยความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคะแนนสูงสุด 5 อันดับแรกคือ ความพร้อมในการจัดการให้ผู้ป่วยได้รับประทานยา ($M = 3.45, SD = 1.06$) การสร้างสัมพันธ์ภาพ/ลดความขัดแย้งตนเองกับคนอื่น ($M = 3.37, SD = 1.02$) การส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลสุขอนามัยด้วยตนเอง ($M = 3.15, SD = 1.09$) การมีสมาชิกในครอบครัวที่เข้าใจและพร้อมช่วยเหลือ ($M = 3.13, SD = 1.03$) และการมีบุคลากรทางด้านสุขภาพที่เข้าใจและพร้อมช่วยเหลือ ($M = 3.08, SD = 1.05$) ในขณะที่ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคะแนนต่ำสุด 5 อันดับแรกคือ ความพร้อมในเรื่องข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการทำหน้าที่ผู้ดูแล ($M = 2.29, SD = 1.06$) เรื่องข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับกฎหมาย และสิทธิคุ้มครองผู้ป่วย ($M = 2.30, SD = 1.0$) การจัดกิจกรรม/ส่งเสริมให้เข้าร่วมกิจกรรมจิต

วิญญาณ (M = 2.32, SD = .84) เรื่องโรคจิตเวช สาเหตุ และรักษาผู้ป่วยจิตเวช (M = 2.33, SD = .84) และการจัดหรือเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมของตนเอง (M = 2.35, SD = 1.05) (รายละเอียดดังตารางที่ 12)

ตารางที่ 12 คะแนนจริง ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ยปรับฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแปลผลความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลภาพรวม รายด้าน และรายข้อ

ความพร้อมในการดูแลของญาติผู้ดูแล (n = 310)	คะแนน จริง	คะแนน เฉลี่ย	SD	แปลผล ภาพรวม
ความพร้อมภาพรวม	24 - 120	67.06(2.79)	16.83(0.70)	ปานกลาง
ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยจิตเวช	10-50	27.82(2.78)	7.51(0.75)	ปานกลาง
1. จัดการให้ผู้ป่วยได้รับประทานยา	1-5	3.45	1.06	ปานกลาง
2. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลสุขอนามัยด้วยตนเอง	1-5	3.15	1.09	ปานกลาง
3. ส่งเสริมสัมพันธ์ภาพ/ลดความขัดแย้งผู้ป่วยกับคนอื่น	1-5	2.90	1.09	ปานกลาง
4. ประเมินอาการผิดปกติของโรค	1-5	2.82	.94	ปานกลาง
5. จัดการพฤติกรรมก้าวร้าว ทำร้ายผู้อื่น/ตนเอง	1-5	2.77	1.07	ปานกลาง
6. ประเมินอาการข้างเคียงของยาและการช่วยเหลือ	1-5	2.75	1.02	ปานกลาง
7. จัดการอาการหลงผิด/ประสาทหลอน/ซึมเศร้า	1-5	2.72	1.03	ปานกลาง
8. จัดกิจกรรม/ส่งเสริมให้เข้าร่วมกิจกรรมในสังคม	1-5	2.67	1.04	ปานกลาง
9. ความรู้เรื่องโรคจิตเวช สาเหตุ และรักษาผู้ป่วย	1-5	2.33	.84	ต่ำ
10. จัดกิจกรรม/ส่งเสริมให้เข้าร่วมกิจกรรมจิตวิญญาณ	1-5	2.32	.84	ต่ำ
ด้านการตอบสนองความต้องการของตนเอง	8-40	22.99(2.87)	6.51(0.81)	ปานกลาง
11. สร้างสัมพันธ์ภาพ/ลดความขัดแย้งตนเองกับคนอื่น	1-5	3.37	1.02	ปานกลาง
12. จัดหรือเข้าร่วมกิจกรรมด้านจิตวิญญาณ	1-5	2.95	.99	ปานกลาง
13. ดูแลจัดการปัญหาสุขภาพตนเอง	1-5	2.89	1.00	ปานกลาง
14. ป้องกันตนเอง เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง	1-5	2.87	1.02	ปานกลาง
15. ดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเอง	1-5	2.85	1.04	ปานกลาง
16. จัดการอารมณ์/ผ่อนคลาย/กิจกรรมสันทนาการ ตนเอง	1-5	2.79	.97	ปานกลาง
17. ประเมินภาวะสุขภาพ	1-5	2.45	1.05	ปานกลาง
18. จัดหรือเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม	1-5	2.35	1.05	ปานกลาง

ตารางที่ 12 (ต่อ)

ความพร้อมในการดูแลของญาติผู้ดูแล (n = 310)	คะแนน จริง	คะแนน เฉลี่ย	SD	แปลผล ภาพรวม
ด้านข้อมูลข่าวสาร แหล่งสนับสนุน และเครือข่าย	6 - 30	16.25(2.71)	4.99(0.83)	ปานกลาง
19. มีสมาชิกในครอบครัวเข้าใจและพร้อมช่วยเหลือ	1-5	3.13	1.03	ปานกลาง
20. มีบุคลากรทางด้านสุขภาพเข้าใจและพร้อมช่วยเหลือ	1-5	3.08	1.05	ปานกลาง
21. มีเครือข่ายคนในชุมชนเข้าใจและพร้อมช่วยเหลือ	1-5	2.78	1.11	ปานกลาง
22. มีกลุ่มเพื่อนผู้ดูแลเข้าใจและพร้อมช่วยเหลือ	1-5	2.64	1.05	ปานกลาง
23. มีข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับกฎหมาย สิทธิ คุ้มครอง	1-5	2.32	1.07	ต่ำ
24. มีข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการทำหน้าที่ผู้ดูแล	1-5	2.30	1.06	ต่ำ

1.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแล

ข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแล ได้แก่ ปัจจัยคุณลักษณะผู้ป่วยจิตเวช (อายุของผู้ป่วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค) ปัจจัยคุณลักษณะญาติผู้ดูแล (อายุของผู้ดูแล ปัญหาสุขภาพกาย และพลังสุขภาพจิต) และปัจจัยบริบทการดูแล (การยอมรับในบทบาทผู้ดูแล ทักษะติดต่อตัวผู้ป่วยจิตเวชและการดูแล การได้รับการเตรียมเพื่อการดูแล การรับรู้ภาวะการดูแล และมุมมองเชิงบวกจากการดูแล) ดังนี้

ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลภาพรวมทางบวก ได้แก่ การไม่มีปัญหาสุขภาพ ($t = 5.020, p < .001$) การได้รับการเตรียมก่อนการดูแล ($t = 4.328, p < .001$) พลังสุขภาพจิต ($r = .417, p < .001$) การยอมรับในบทบาทผู้ดูแล ($r = .310, p < .001$) ทักษะติดต่อตัวผู้ป่วยและการดูแล ($r = .554, p < .001$) และมุมมองเชิงบวก ($r = .432, p < .001$) ในขณะที่มุมมองเชิงลบมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมภาพรวม ($r = -.140, p < .01$)

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลด้านการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยจิตเวชทางบวก ได้แก่ การไม่มีปัญหาสุขภาพ ($t = 5.290, p < .001$) การได้รับการเตรียมก่อนการดูแล ($t = 4.387, p < .001$) พลังสุขภาพจิต ($r = .338, p < .001$) การยอมรับในบทบาทผู้ดูแล ($r = .291, p < .001$) ทักษะติดต่อตัวผู้ป่วยและการดูแล ($r = .474, p < .001$) และมุมมองเชิงบวก ($r = .375, p < .001$) ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลด้านการตอบสนองความต้องการของตัวเองในทางบวก ได้แก่ การไม่มีปัญหาสุขภาพ ($t = 4.404, p < .001$) การได้รับการเตรียมก่อนการดูแล ($t = 2.764, p < .001$) พลังสุขภาพจิต ($r = .474, p < .001$) การยอมรับในบทบาทผู้ดูแล ($r = .336, p < .01$) ทักษะติดต่อตัวผู้ป่วยและการดูแล ($r = .580, p < .001$) และมุมมองเชิงบวก ($r = .456, p < .001$) ในขณะที่มุมมองเชิงลบมีความสัมพันธ์ทางลบกับความ

พร้อมภาพรวม ($r = -.180, p < .01$) สุดท้ายความพร้อมของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลด้านข้อมูล ข่าวสารและเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยในทางบวก ได้แก่ การไม่มีปัญหาสุขภาพ ($t = 3.090, p < .001$) การได้รับการเตรียมก่อนการดูแล ($t = 4.387, p < .001$) พลังสุขภาพจิต ($r = .276, p < .001$) การยอมรับในบทบาทผู้ดูแล ($r = .167, p < .001$) ทศนคติเกี่ยวกับผู้ป่วยและการดูแล ($r = .393, p < .001$) และมุมมองเชิงบวก ($r = .293, p < .001$) และตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ในทางลบคือ อายุของผู้ดูแล ($r = -.119, p < .05$) และมุมมองเชิงลบ ($r = -.235, p < .01$) (รายละเอียดดังตารางที่ 13 และ 14)

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลของตัวแปร ปัญหาสุขภาพกายและการได้รับการเตรียมก่อนการดูแล

ตัวแปร	Mean (SD)	ค่าเฉลี่ย	SD	df	t
ความพร้อมในการดูแลภาพรวม					
ปัญหาสุขภาพกาย	ไม่มี (n=159)	71.80	15.890	308	5.020***
	มี (n=151)	62.56	16.493		
การได้รับการอบรม	ไม่เคย (n=65)	65.40	15.980	308	-4.328***
	เคย (n=245)	76.82	18.486		
ความพร้อมด้านการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยจิตเวช					
ปัญหาสุขภาพกาย	ไม่มี (n=159)	30.05	7.147	308	5.290***
	มี (n=151)	25.70	7.294		
การได้รับการอบรม	ไม่เคย (n=65)	27.07	7.203	308	-4.387***
	เคย (n=245)	32.24	7.978		
ความพร้อมด้านการตอบสนองความต้องการของตนเอง					
ปัญหาสุขภาพกาย	ไม่มี (n=159)	24.62	6.186	308	4.404***
	มี (n=151)	21.45	6.470		
การได้รับการอบรม	ไม่เคย (n=65)	22.46	6.217	308	-3.124**
	เคย (n=245)	26.11	7.408		
ความพร้อมด้านข้อมูลและเครือข่าย					
ปัญหาสุขภาพกาย	ไม่มี (n=159)	17.14	4.942	308	3.090***
	มี (n=151)	15.41	4.915		
การได้รับการอบรม	ไม่เคย (n=65)	15.88	4.720	308	-2.764**
	เคย (n=245)	18.47	5.980		

ตารางที่ 14 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชผู้ป่วยภาพรวม และรายด้าน

ตัวแปร	X1	X2	X3	X4	X5	X6	X7	X8	Y0	Y1	Y2	Y3
อายุผู้ป่วย(X ₁)	1											
พฤติกรรมผู้ป่วย(X ₂)	-.242**	1										
อายุผู้ดูแล(X ₃)	-.051	.117*	1									
พลังสุขภาพจิต(X ₄)	-.031	.034	.065	1								
การยอมรับบทบาท(X ₅)	-.130*	-.114*	.026	.376**	1							
ทัศนคติ(X ₆)	.002	-.055	.047	.590**	.370**	1						
มุมมองเชิงลบ(X ₇)	-.145*	.629**	.089	-.100	-.097	-.186**	1					
มุมมองเชิงบวก(X ₈)	.022	-.113*	.054	.610**	.338**	.551**	-.157**	1				
ความพร้อมภาพรวม(Y₀)	.045	-.008	-.073	.417**	.310**	.554**	-.140*	.432**	1			
ด้านดูแลผู้ป่วย(Y ₁)	.013	.080	-.044	.338**	.291**	.474**	.001	.375**	.907**	1		
ด้านดูแลตนเอง(Y ₂)	.059	-.050	-.047	.474**	.336**	.580**	-.180**	.456**	.914**	.744**	1	
ด้านข้อมูลเครือข่าย(Y ₃)	.056	-.081	-.119*	.276**	.167**	.393**	-.235**	.293**	.808**	.577**	.652**	1

$p < .05^*$, $p < .01^{**}$, $p < .001^{***}$

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงทำนายระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแล โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Regression analysis) ดังนี้

1. ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลภาพรวม พบว่า ตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าสมการทำนายความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลภาพรวมมี 5 ตัวแปร ได้แก่ ทัศนคติเกี่ยวกับผู้ป่วยและการดูแล ($B = .407, p < .001$) ปัญหาสุขภาพกายผู้ดูแล ($B = -.237, p < .001$) อายุของผู้ดูแล ($B = -.206, p < .001$) มุมมองเชิงบวกเกี่ยวกับการดูแล ($B = .153, p < .01$) และการได้รับการเตรียมก่อนดูแล ($B = .126, p < .01$) ซึ่งสามารถอธิบายความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลภาพรวมได้ร้อยละ 40.2 ($R^2 = .402, F = 40.861, p < .001$) โดยสามารถเขียนเป็นสมการถดถอยในรูปของคะแนนมาตรฐานของความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลภาพรวมได้ดังนี้ (รายละเอียดดังตารางที่ 15)

$$Z_{\text{ความพร้อมของญาติผู้ดูแลภาพรวม}} = .407 (Z_{\text{ทัศนคติของญาติผู้ดูแล}}) - .237 (Z_{\text{ปัญหาสุขภาพกายผู้ดูแล}}) - .206 (Z_{\text{อายุของผู้ดูแล}}) + .153 (Z_{\text{มุมมองเชิงบวกจากการดูแล}}) + .126 (Z_{\text{การได้รับการเตรียมก่อนดูแล}})$$

2. ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลด้านการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยจิตเวช พบว่า ตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าสมการทำนายความพร้อมฯ ของญาติผู้ดูแลด้านการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยจิตเวชมี 5 ตัวแปร ได้แก่ ทัศนคติเกี่ยวกับผู้ป่วยและการดูแล ($B = .331, p < .001$) ปัญหา

สุขภาพกายผู้ดูแล ($B = -.259, p < .001$) อายุของผู้ดูแล ($B = -.183, p < .001$) การได้รับการเตรียมก่อนดูแล ($B = .145, p < .01$) และมุมมองเชิงบวกเกี่ยวกับการดูแล ($B = .129, p < .01$) ซึ่งสามารถอธิบายความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลภาพรวมได้ร้อยละ 32.4 ($R^2 = .324, F = 29.098, p < .001$) โดยสามารถเขียนเป็นสมการถดถอยในรูปของคะแนนมาตรฐานของความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลด้านการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยจิตเวชได้ดังนี้ (รายละเอียดดังตารางที่ 15)

$$Z_{\text{ความพร้อมของญาติผู้ดูแลด้านการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยจิตเวช}} = .331 (Z_{\text{ทัศนคติของญาติผู้ดูแล}}) - .259 (Z_{\text{ปัญหาสุขภาพกายผู้ดูแล}}) - .183 (Z_{\text{อายุของผู้ดูแล}}) + .145 (Z_{\text{การได้รับการเตรียมก่อนดูแล}}) + .129 (Z_{\text{มุมมองเชิงบวกจากการดูแล}})$$

3. ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลด้านการตอบสนองความต้องการของตนเอง พบว่า ตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าสมการทำนายความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลด้านการตอบสนองความต้องการของตนเองมี 5 ตัวแปร ได้แก่ ทัศนคติเกี่ยวกับผู้ป่วยและการดูแล ($B = .395, p < .001$) มุมมองเชิงบวกเกี่ยวกับการดูแล ($B = .129, p < .05$) ปัญหาสุขภาพกายผู้ดูแล ($B = -.180, p < .001$) อายุของผู้ดูแล ($B = -.151, p < .01$) และพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแล ($B = .144, p < .05$) ซึ่งสามารถอธิบายความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลภาพรวมได้ร้อยละ 40.7 ($R^2 = .407, F = 41.743, p < .001$) โดยสามารถเขียนเป็นสมการถดถอยในรูปของคะแนนมาตรฐานของความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลด้านการตอบสนองความต้องการของตนเองได้ดังนี้ (รายละเอียดดังตารางที่ 15)

$$Z_{\text{ความพร้อมของญาติผู้ดูแลด้านการตอบสนองความต้องการของตนเอง}} = .395 (Z_{\text{ทัศนคติของญาติผู้ดูแล}}) + .129 (Z_{\text{มุมมองเชิงบวกจากการดูแล}}) - .180 (Z_{\text{ปัญหาสุขภาพกายผู้ดูแล}}) - .151 (Z_{\text{อายุของผู้ดูแล}}) + .144 (Z_{\text{พลังสุขภาพจิตของผู้ดูแล}})$$

4. ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลด้านข้อมูลและเครือข่ายการดูแล พบว่า ตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าสมการทำนายความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลด้านข้อมูลและเครือข่ายการดูแล 5 ตัวแปร ได้แก่ ทัศนคติเกี่ยวกับผู้ป่วยและการดูแล ($B = .296, p < .001$) มุมมองเชิงบวกเกี่ยวกับการดูแล ($B = -.199, p < .001$) ปัญหาสุขภาพกายผู้ดูแล ($B = -.209, p < .001$) อายุของผู้ดูแล ($B = -.211, p < .001$) และการได้รับการเตรียมก่อนดูแล ($B = .142, p < .01$) ซึ่งสามารถอธิบายความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลด้านข้อมูลและเครือข่ายการดูแลได้ร้อยละ 25.0 ($R^2 = .250, R^2_{adj} = .2380, F = 20.321, p < .001$) โดยสามารถเขียนเป็นสมการถดถอยในรูปของคะแนนมาตรฐานของความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลภาพรวมได้ดังนี้ (รายละเอียดดังตารางที่ 15)

$$Z_{\text{ความพร้อมของญาติผู้ดูแลด้านข้อมูลและเครือข่ายการดูแล}} = .296 (Z_{\text{ทัศนคติของญาติผู้ดูแล}}) - .209 (Z_{\text{ปัญหาสุขภาพกายผู้ดูแล}}) - .211 (Z_{\text{อายุของผู้ดูแล}}) + .129 (Z_{\text{มุมมองเชิงบวกจากการดูแล}}) + .144 (Z_{\text{พลังสุขภาพจิตของผู้ดูแล}})$$

ข้อมูลดังกล่าวมา สอดคล้องกับข้อค้นพบจากข้อมูลเชิงคุณภาพ กล่าวคือผู้ดูแลที่มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย และมีมุมมองเชิงบวกในการดูแล ทำให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการตอบสนอง คือไม่ทุกข์กับการรับบทบาทการเป็นผู้ดูแล ดังตัวอย่างผู้ดูแลที่เป็นสามีของผู้ป่วยรายหนึ่ง ที่รับผู้ป่วยมาเป็นภรรยาแม้จะทราบว่า เป็นผู้ป่วยทางจิต และดูแลผู้ป่วยจนมีบุตรด้วยกัน และดูแลกว่า 10 ปี เล่าว่า:

ผมไม่ได้คิดอะไร ผมคิดว่าเอาความจริงใจที่เรามีต่อเขาเป็นที่ตั้งของเรา อย่างอื่นมันก็เป็นเรื่องเล็กไปหมด ถ้าเราไม่คิดจริงจังอย่างอื่นมันก็ทำไม่ได้...คือถ้าเขาปกติแล้ว เขาจะทำงานบ้านเก็บกวาดบ้านซักผ้าเอาลูกไปโรงเรียนรีดผ้า คือว่าเขาไม่ได้เป็นคนขี้เกียจเขาทำตัวเสมอต้นเสมอปลายไม่ทำให้เราโดนดูหมิ่นว่าไม่ดี เวลาเขามีอาการอันนั้นเราคิดว่าคือความสนุกของเขา เราก็พลอยสนุกกับเขาไปด้วย เราไม่ได้คิดว่าบ้าหรืออะไรแบบนั้น คิดในสิ่งที่ดี ๆ ไว้ (CG เหมือน; L108-119)

ตารางที่ 15 ค่าการวิเคราะห์การถดถอยระหว่างตัวทำนายความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแล

ตัวแปรที่เข้าสมการ	b	Beta	t	p-value
ความพร้อมภาพรวม				
ทัศนคติเกี่ยวกับผู้ป่วยและการดูแล	1.142	.407	7.546	.000
ปัญหาสุขภาพผู้ดูแล	7.980	-.237	4.835	.000
อายุของผู้ดูแล	-.242	-.206	-4.264	.000
มุมมองเชิงบวกเกี่ยวกับการดูแล	.360	.153	2.860	.005
การได้รับการเตรียมก่อนดูแล	6.016	.126	2.752	.006
ค่าคงที่	25.081		4.672	.000
$R = .634, R^2 = .402, R^2_{adj} = .392, F = 40.861, p < .001$				
ความพร้อมด้านการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยจิตเวช				
ทัศนคติเกี่ยวกับผู้ป่วยและการดูแล	.417	.331	5.783	.000
ปัญหาสุขภาพผู้ดูแล	3.898	-.259	4.962	.000
อายุของผู้ดูแล	-.096	-.183	-3.558	.000
การได้รับการเตรียมก่อนดูแล	3.091	.145	2.971	.003
มุมมองเชิงบวกเกี่ยวกับการดูแล	.136	.129	2.268	.024
ค่าคงที่	12.158		4.757	.000
$R = .569, R^2 = .324, R^2_{adj} = .313, F = 29.098, p < .001$				

ตารางที่ 15 (ต่อ)

ตัวแปรที่เข้าสมการ	<i>b</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p-value</i>
ความพร้อมด้านการตอบสนองความต้องการของตนเอง				
ทัศนคติเกี่ยวกับผู้ป่วยและการดูแล	.430	.395	6.855	.000
มุมมองเชิงบวกเกี่ยวกับการดูแล	.117	.129	2.203	.028
ปัญหาสุขภาพผู้ดูแล	2.345	-.180	3.683	.000
อายุของผู้ดูแล	-.069	-.151	-3.150	.002
พลังสุขภาพจิต	.088	.144	2.381	.018
ค่าคงที่	2.479		1.192	.234
$R = .638, R^2 = .407, R^2_{adj} = .397, F = 41.743, p < .001$				
ความพร้อมด้านข้อมูลและเครือข่ายการดูแล				
ทัศนคติเกี่ยวกับผู้ป่วยและการดูแล	.247	.296	5.583	.000
การรับรู้ภาวะการดูแล	-.057	-.199	-3.851	.000
ปัญหาสุขภาพผู้ดูแล	2.089	-.209	3.774	.000
อายุของผู้ดูแล	-.074	-.211	-3.905	.000
การได้รับการเตรียมก่อนดูแล	2.010	.142	2.769	.006
ค่าคงที่	12.045		6.583	.000
$R = .500, R^2 = .250, R^2_{adj} = .2380, F = 20.321, p < .001$				

ส่วนที่ 2 ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของทีมดูแลสุขภาพเชิงรุก

2.1 ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของทีมนดูแลสุขภาพเชิงรุก

ทีมนดูแลสุขภาพเชิงรุกที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอยู่ระหว่าง 23-85 คะแนน ค่าเฉลี่ย 51.12 คะแนน ($SD = 10.72$) โดยทีมนดูแลสุขภาพเชิงรุกมีการรับรู้ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M_{adj} = 3.19, SD_{adj} = 0.67$)

เมื่อพิจารณาความพร้อมรายด้านพบว่า ทีมนดูแลสุขภาพเชิงรุกกลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีความพร้อมด้านการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ดูแลมากที่สุด ($M_{adj} = 3.27, SD_{adj} = 0.73$) รองลงมาคือ ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยจิตเวช ($M_{adj} = 3.15, SD_{adj} = 0.68$) ซึ่งใกล้เคียงกับด้านข้อมูลข่าวสารและเครือข่ายสนับสนุน ($M_{adj} = 3.14, SD_{adj} = 0.81$)

สำหรับข้อมูลความพร้อมรายข้อพบว่า ทีมนดูแลสุขภาพเชิงรุกกลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชรายข้อทุกข้ออยู่ในระดับปานกลาง โดยความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคะแนนสูงสุด 5 อันดับแรกคือ ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยทางด้านร่างกาย ($M = 3.49, SD = 0.73$) การส่งเสริมผู้ดูแลดูแลสุขภาพตนเองด้านจิตใจ ($M = 3.44, SD = 0.84$) การส่งเสริมผู้ดูแลดูแลสุขภาพตนเองด้านร่างกาย ($M = 3.39, SD = 0.79$) การส่งเสริมผู้ดูแลดูแลสุขภาพตนเองด้านจิตวิญญาณ ($M = 3.31, SD = 0.89$) และการดูแลผู้ป่วยทางด้านสังคม ($M = 3.26, SD = 0.75$) ในขณะที่ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคะแนนต่ำสุด 5 อันดับแรกคือ ความพร้อมในเรื่องการจัดกิจกรรมเสริมสร้างจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยจิตเวช ($M = 3.00, SD = 0.92$) เรื่องความรู้โรคจิตเวช สาเหตุ และการรักษาผู้ป่วย ($M = 3.01, SD = 0.78$) การประเมินอาการผิดปกติที่แสดงถึงการกำเริบของโรค ($M = 3.03, SD = 0.87$) ข้อมูลข่าวสาร กฎหมาย สิทธิ และความคุ้มครอง ($M = 3.07, SD = 0.93$) และการสร้างแรงจูงใจผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ($M = 3.10, SD = 0.78$) (รายละเอียดดังตารางที่ 16)

ตารางที่ 16 คะแนนจริง ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ยปรับฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแปลผลความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของทีมนดูแลสุขภาพเชิงรุกในภาพรวม รายด้าน และรายข้อ

ความพร้อมในการดูแลของทีมนดูแลสุขภาพเชิงรุก (n = 103)	คะแนน จริง	คะแนน เฉลี่ย	SD	แปลผล ภาพรวม
ภาพรวม	23-85	51.12(3.19)	10.72(0.67)	ปานกลาง
ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยจิตเวช	7-30	18.91(3.15)	4.08(0.68)	ปานกลาง
1. ดูแลผู้ป่วยทางด้านร่างกาย	1-5	3.49	0.73	ปานกลาง

ความพร้อมในการดูแลของทีมดูแลสุขภาพเชิงรุก (n = 103)	คะแนน จริง	คะแนน เฉลี่ย	SD	แปลผล ภาพรวม
2. ช่วยเหลือผู้ป่วยทางด้านสังคม	1-5	3.26	0.75	ปานกลาง
3. ดูแลผู้ป่วยทางด้านจิตใจ	1-5	3.13	0.82	ปานกลาง
4. ประเมินอาการผิดปกติที่แสดงถึงการกำเริบของโรค	1-5	3.03	0.87	ปานกลาง
5. ความรู้เรื่องโรคจิตเวช สาเหตุ และการรักษาผู้ป่วย	1-5	3.01	0.78	ปานกลาง
6. จัดกิจกรรมเสริมสร้างจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยจิตเวช	1-5	3.00	0.92	ปานกลาง
ด้านการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ดูแล	9-30	19.63(3.27)	4.35(0.73)	ปานกลาง
7. ส่งเสริมผู้ดูแลให้ดูแลสุขภาพตนเองด้านจิตใจ	1-5	3.44	0.84	ปานกลาง
8. ส่งเสริมผู้ดูแลให้ดูแลสุขภาพตนเองด้านร่างกาย	1-5	3.39	0.79	ปานกลาง
9. ส่งเสริมผู้ดูแลดูแลสุขภาพตนเองด้านจิตวิญญาณ	1-5	3.31	0.89	ปานกลาง
10. ส่งเสริมผู้ดูแลให้ดูแลสุขภาพตนเองด้านสังคม	1-5	3.25	0.82	ปานกลาง
11. ประเมินความพร้อมของผู้ดูแล	1-5	3.15	0.82	ปานกลาง
12. สร้างแรงจูงใจผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช	1-5	3.10	0.78	ปานกลาง
ด้านข้อมูลข่าวสาร แหล่งสนับสนุน และเครือข่าย	4-20	12.57(3.14)	3.26(0.81)	ปานกลาง
13. เครือข่ายกลุ่มทีมดูแลสุขภาพเชิงรุกที่พร้อมช่วยเหลือ	1-5	3.24	0.96	ปานกลาง
14. เครือข่ายกลุ่มหุ้นส่วนชุมชนที่พร้อมช่วยเหลือ	1-5	3.15	1.03	ปานกลาง
15. ข้อมูลข่าวสารการทำหน้าที่เครือข่ายสุขภาพ	1-5	3.12	0.83	ปานกลาง
16. ข้อมูลข่าวสาร กฎหมาย สิทธิ และความคุ้มครอง	1-5	3.07	0.93	ปานกลาง

2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของทีมดูแลสุขภาพเชิงรุก

ข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของทีมดูแลสุขภาพเชิงรุก ได้แก่ ปัจจัยคุณลักษณะ (อายุของภาคีเครือข่าย) และปัจจัยบริบทการดูแล (การยอมรับในบทบาท ทักษะติดต่อตัวผู้ป่วยจิตเวชและการดูแล และการได้รับการอบรมเพื่อการดูแล) พบว่า ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของทีมสุขภาพเชิงรุกภาพรวมทางบวก ได้แก่ การยอมรับในบทบาทผู้ดูแล ($r = .359, p < .001$) และทัศนคติเกี่ยวกับผู้ป่วยและการดูแล ($r = .420, p < .001$)

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของทีมดูแลสุขภาพเชิงรุกด้านการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยจิตเวชในทางบวก ได้แก่ การยอมรับในบทบาท

ผู้ดูแล ($r = .394, p < .001$) และทัศนคติเกี่ยวกับผู้ป่วยและการดูแล ($r = .399, p < .001$) ความพร้อมด้าน
 การตอบสนองความต้องการของญาติผู้ดูแลในทางบวก ได้แก่ การยอมรับในบทบาทผู้ดูแล ($r = .308, p$
 $< .001$) และทัศนคติเกี่ยวกับผู้ป่วยและการดูแล ($r = .453, p < .001$) และด้านข้อมูลข่าวสาร แหล่ง
 สนับสนุน และเครือข่ายในทางบวก ได้แก่ การยอมรับในบทบาทผู้ดูแล ($r = .280, p < .001$) และทัศนคติ
 เกี่ยวกับผู้ป่วยและการดูแล ($r = .277, p < .001$) (รายละเอียดดังตารางที่ 17 และ 18)
 ตารางที่ 17 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของทีมดูแลสุขภาพเชิงรุก
 ตามตัวแปรการได้รับการอบรมเพื่อการดูแล

ตัวแปร (n = 310)	Mean (SD)	ค่าเฉลี่ย	SD	df	t
ความพร้อมในการดูแลภาพรวม					
การได้รับการอบรม	เคย (n=60)	52.09	10.408	101	.781
	ไม่เคย (n=43)	50.42	10.972		
ความพร้อมด้านการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยจิตเวช					
การได้รับการอบรม	เคย (n=60)	19.72	4.137	101	1.723
	ไม่เคย (n=43)	18.33	3.952		
ความพร้อมด้านการตอบสนองความต้องการของตนเอง					
การได้รับการอบรม	เคย (n=60)	19.67	4.357	101	.085
	ไม่เคย (n=43)	19.60	4.385		
ด้านข้อมูลข่าวสาร แหล่งสนับสนุน และเครือข่าย					
การได้รับการอบรม	เคย (n=60)	12.70	2.972	101	.328
	ไม่เคย (n=43)	12.48	3.467		

ตารางที่ 18 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของ تیمดูแล
สุขภาพเชิงรุกภาพรวมและรายด้าน

ตัวแปร ($n = 310$)	X1	X2	X3	Y0	Y1	Y2	Y3
อายุผู้ป่วย(X1)	1						
การยอมรับบทบาท(X2)	.012	1					
ทัศนคติ(X3)	.028	.439***	1				
ความพร้อมภาพรวม(Y0)	.020	.359***	.420***	1			
ด้านดูแลผู้ป่วย(Y1)	.074	.394***	.399***	.922***	1		
ด้านดูแลตนเอง(Y2)	.057	.308***	.453***	.942***	.806***	1	
ด้านข้อมูลเครือข่าย(Y3)	-.104	.280***	.277***	.881***	.710***	.758***	1

$p < .05^*$, $p < .01^{**}$, $p < .001^{***}$

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงทำนายระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของ تیمดูแลสุขภาพเชิงรุก โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Regression analysis) ดังนี้

1. ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของ تیمดูแลสุขภาพเชิงรุกภาพรวม พบว่า ตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าสมการทำนายความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของ تیمดูแลสุขภาพเชิงรุกภาพรวมมี 2 ตัวแปร ได้แก่ ทัศนคติเกี่ยวกับผู้ป่วยและการดูแล ($B = .324$, $p < .01$) และการยอมรับบทบาท ($B = .217$, $p < .05$) ซึ่งสามารถอธิบายความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลภาพรวมได้ร้อยละ 21.4 ($R^2 = .214$, $R^2_{adj} = .198$, $F = 13.622$, $p < .001$) โดยสามารถเขียนเป็นสมการถดถอยในรูปของคะแนนมาตรฐานของความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของ تیمสุขภาพเชิงรุกภาพรวม ได้ดังนี้ (รายละเอียดดังตารางที่ 19)

$$Z_{\text{ความพร้อมของ تیمดูแลสุขภาพเชิงรุกภาพรวม}} = .324 (Z_{\text{ทัศนคติของ تیمดูแลสุขภาพเชิงรุก}}) + .217 (Z_{\text{การยอมรับบทบาท}})$$

2. ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของ تیمดูแลสุขภาพเชิงรุกด้านการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยจิตเวช พบว่า ตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าสมการทำนายความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของ تیمดูแลสุขภาพเชิงรุกด้านการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยจิตเวชมี 2 ตัวแปร ได้แก่ ทัศนคติเกี่ยวกับผู้ป่วยและการดูแล ($B = .280$, $p < .01$) และการยอมรับบทบาท ($B = .271$, $p < .05$) ซึ่งสามารถอธิบายความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลภาพรวมได้ร้อยละ 21.9 ($R^2 = .219$, $R^2_{adj} = .203$, $F = 13.999$, $p < .001$) โดยสามารถเขียนเป็นสมการถดถอยในรูปของคะแนนมาตรฐานของความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของ تیمสุขภาพเชิงรุกภาพรวม ได้ดังนี้ (รายละเอียดดังตารางที่ 19)

$$Z_{\text{ความพร้อมของ تیمดูแลสุขภาพเชิงรุกด้านการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยจิตเวช}} = .280 (Z_{\text{ทัศนคติของ تیمดูแลสุขภาพเชิงรุก}}) + .271 (Z_{\text{การยอมรับบทบาท}})$$

3. ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของ تیمดูแลสุขภาพเชิงรุกด้านการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ดูแล พบว่า พบว่า ตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าสมการทำนายความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของ تیمดูแลสุขภาพเชิงรุก**ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้ดูแล**มี 1 ตัวแปร ได้แก่ทัศนคติเกี่ยวกับผู้ป่วยและการดูแล ($B = .453, p > .001$) ซึ่งสามารถอธิบายความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลภาพรวมได้ร้อยละ 21.4 ($R^2 = .214, R^2_{adj} = .198, F = 13.622, p < .001$) โดยสามารถเขียนเป็นสมการถดถอยในรูปของคะแนนมาตรฐานของความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของ تیمสุขภาพเชิงรุกภาพรวม ได้ดังนี้ (รายละเอียดดังตารางที่ 19)

$$Z_{\text{ความพร้อมของ تیمดูแลสุขภาพเชิงรุกด้านการตอบสนองความต้องการของตนเอง}} = .453 \text{ (} Z_{\text{ทัศนคติของ تیمดูแลสุขภาพเชิงรุก}} \text{)}$$

4. ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของ تیمดูแลสุขภาพเชิงรุกด้านข้อมูลและเครือข่ายการดูแล พบว่า ตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าสมการทำนายความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของ تیمดูแลสุขภาพเชิงรุก**ด้านข้อมูลข่าวสาร แหล่งสนับสนุน และเครือข่าย**มี 1 ตัวแปร ได้แก่ และการยอมรับบทบาท ($B = .280, p < .01$) ซึ่งสามารถอธิบายความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลภาพรวมได้ร้อยละ 28.0 ($R^2 = .078, R^2_{adj} = .069, F = 8.566, p < .01$) โดยสามารถเขียนเป็นสมการถดถอยในรูปของคะแนนมาตรฐานของความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของ تیمสุขภาพเชิงรุกภาพรวม ได้ดังนี้ (รายละเอียดดังตารางที่ 19)

$$Z_{\text{ความพร้อมของ تیمดูแลสุขภาพเชิงรุกด้านข้อมูลและเครือข่ายการดูแล}} = .217 \text{ (} Z_{\text{การยอมรับบทบาท}} \text{)}$$

ตารางที่ 19 ค่าการวิเคราะห์การถดถอยระหว่างตัวทำนายความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของ تیمดูแลสุขภาพเชิงรุก

ตัวแปรที่เข้าสมการ	<i>b</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p-value</i>
ความพร้อมทีมสุขภาพภาพรวม				
ทัศนคติเกี่ยวกับผู้ป่วยและการดูแล	8.602	.324	3.288	.001
การยอมรับบทบาท	.838	.217	2.201	.030
ค่าคงที่	8.602		.935	.352
$R = .463, R^2 = .214, R^2_{adj} = .198, F = 13.622, p < .001$				
ความพร้อมด้านการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยจิตเวช				
ทัศนคติเกี่ยวกับผู้ป่วยและการดูแล	.275	.280	2.849	.005
การยอมรับบทบาท	.622	.271	2.757	.007
ค่าคงที่	3.649		1.048	.297
$R = .468, R^2 = .219, R^2_{adj} = .203, F = 13.999, p < .001$				

ตารางที่ 19 (ต่อ)

ตัวแปรที่เข้าสมการ	<i>b</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p-value</i>
ความพร้อมด้านการตอบสนองความต้องการของทีมดูแลสุขภาพเชิงรุก				
ทัศนคติเกี่ยวกับผู้ป่วยและการดูแล	.475	.453	5.106	.000
ค่าคงที่	.662		.177	.860
$R = .453, R^2 = .205, R^2_{adj} = .197, F = 26.071, p < .001$				
ความพร้อมด้านข้อมูลข่าวสาร แหล่งสนับสนุน และเครือข่าย				
การยอมรับบทบาท	.513	.280	2.927	.004
ค่าคงที่	9.031		7.229	.000
$R = .280, R^2 = .078, R^2_{adj} = .069, F = 8.566, p < .01$				

ส่วนที่ 3 ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของหุ้นส่วนชุมชน

3.1 ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของทีมหุ้นส่วนชุมชน

ทีมหุ้นส่วนชุมชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอยู่ระหว่าง 16-80 คะแนน ค่าเฉลี่ย 49.79 คะแนน ($SD = 12.92$) โดยทีมหุ้นส่วนชุมชนมีการรับรู้ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M_{adj} = 3.11$, $SD_{adj} = 0.81$)

เมื่อพิจารณาความพร้อมรายด้านพบว่า ทีมหุ้นส่วนชุมชนกลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีความพร้อมด้านการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ดูแลมากที่สุด ($M_{adj} = 3.17$, $SD_{adj} = 0.89$) ซึ่งใกล้เคียงกับด้านข้อมูลข่าวสารและเครือข่ายสนับสนุน ($M_{adj} = 3.16$, $SD_{adj} = 0.93$) ส่วนด้านสุดท้ายคือ ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยจิตเวช ($M_{adj} = 3.01$, $SD_{adj} = 0.81$)

สำหรับข้อมูลความพร้อมรายข้อพบว่า ทีมหุ้นส่วนชุมชนกลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชรายข้อทุกข้ออยู่ในระดับปานกลาง โดยความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคะแนนสูงสุด 5 อันดับแรกคือ ความพร้อมในการช่วยเหลือผู้ป่วยทางด้านสังคม ($M = 3.75$, $SD = 0.97$) การดูแลผู้ป่วยทางด้านร่างกาย ($M = 3.39$, $SD = 0.97$) การส่งเสริมผู้ดูแลดูแลสุขภาพตนเองด้านจิตใจ ($M = 3.29$, $SD = 1.05$) การส่งเสริมผู้ดูแลดูแลสุขภาพตนเองด้านจิตวิญญาณ ($M = 3.29$, $SD = 0.98$) การมีเครือข่ายบุคลากรทางด้านสุขภาพที่พร้อมช่วยเหลือ ($M = 3.33$, $SD = 1.05$) และการมีเครือข่ายในชุมชนที่พร้อมช่วยเหลือ ($M = 3.25$, $SD = 1.05$) ในขณะที่ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคะแนนต่ำสุด 5 อันดับแรกคือ เรื่องความรู้โรคจิตเวช สาเหตุ และการรักษาผู้ป่วย ($M = 2.69$, $SD = 0.94$) การประเมินอาการผิดปกติที่แสดงถึงการกำเริบของโรค ($M = 2.30$, $SD = 0.93$) การดูแลผู้ป่วยทางด้านจิตใจ ($M = 2.97$, $SD = 0.94$) การจัดกิจกรรมเสริมสร้างจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยจิตเวช ($M = 2.98$, $SD = 1.05$) การประเมินความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ($M = 3.03$, $SD = 0.97$) และข้อมูลข่าวสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ผู้ดูแล ($M = 3.03$, $SD = 1.04$) (รายละเอียดดังตารางที่ 20)

ตารางที่ 20 คะแนนจริง ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ยปรับฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแปลผลความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลของทีมหุ่นส่วนชุมชนภาพรวม รายด้าน และรายข้อ

ความพร้อมในการดูแลของทีมหุ่นส่วนชุมชน (n = 97)	คะแนน จริง	คะแนน เฉลี่ย	SD	แปลผล ภาพรวม
ภาพรวม	16-80	49.79(3.11)	12.92(0.81)	ปานกลาง
ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยจิตเวช	6-30	18.06(3.01)	4.83(0.81)	ปานกลาง
1. ช่วยเหลือผู้ป่วยทางด้านสังคม	1-5	3.75	0.97	ปานกลาง
2. ดูแลผู้ป่วยทางด้านร่างกาย	1-5	3.39	0.97	ปานกลาง
3. จัดกิจกรรมเสริมสร้างจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยจิตเวช	1-5	2.98	1.05	ปานกลาง
4. ดูแลผู้ป่วยทางด้านจิตใจ	1-5	2.97	0.94	ปานกลาง
5. ความรู้เรื่องโรคจิตเวช สาเหตุ และการรักษา	1-5	2.69	0.94	ปานกลาง
6. ประเมินอาการผิดปกติที่แสดงถึงการกำเริบของโรค	1-5	2.30	0.93	ต่ำ
ด้านการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ดูแล	6-30	19.04(3.17)	5.33(0.89)	ปานกลาง
7. ส่งเสริมผู้ดูแลให้ดูแลสุขภาพตนเองด้านจิตใจ	1-5	3.29	1.05	ปานกลาง
8. ส่งเสริมผู้ดูแลให้ดูแลสุขภาพตนเองด้านร่างกาย	1-5	3.29	0.98	ปานกลาง
9. ส่งเสริมผู้ดูแลดูแลสุขภาพตนเองด้านจิตวิญญาณ	1-5	3.22	0.99	ปานกลาง
10. ส่งเสริมผู้ดูแลให้ดูแลสุขภาพตนเองด้านสังคม	1-5	3.15	1.03	ปานกลาง
11. ประเมินความพร้อมของผู้ดูแล	1-5	3.06	1.03	ปานกลาง
12. สร้างแรงจูงใจผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช	1-5	3.03	0.97	ปานกลาง
3) ด้านข้อมูลข่าวสาร และเครือข่ายสนับสนุน	4-20	12.67(3.16)	3.70(0.93)	ปานกลาง
13. เครือข่ายบุคลากรทางด้านสุขภาพที่พร้อมช่วยเหลือ	1-5	3.33	1.05	ปานกลาง
14. เครือข่ายในชุมชนที่พร้อมช่วยเหลือ	1-5	3.25	1.05	ปานกลาง
15. ข้อมูลข่าวสาร กฎหมาย สิทธิ และความคุ้มครอง	1-5	3.06	0.96	ปานกลาง
16. ข้อมูลข่าวสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่	1-5	3.03	1.04	ปานกลาง

3.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของทีมหุ่นส่วนชุมชน

ข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของทีมดูแลสุขภาพเชิงรุก ได้แก่ ปัจจัยคุณลักษณะ (อายุของภาคีเครือข่าย) และปัจจัยบริบทการดูแล (การยอมรับในบทบาท ทักษะติดต่อตัวผู้ป่วยจิตเวชและการดูแล และการได้รับการอบรมเพื่อการดูแล) พบว่า ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของทีมหุ่นส่วนชุมชน**ภาพรวม**ทางบวก ได้แก่ การได้รับการอบรมเพื่อการดูแล ($t = 4.262, p < .001$) การยอมรับในบทบาทผู้ดูแล ($r = .472, p < .001$) และทัศนคติเกี่ยวกับผู้ป่วยและการดูแล ($r = .551, p < .001$)

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของทีมหุ่นส่วนชุมชน**ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยจิตเวช**ในทางบวก ได้แก่ การได้รับการอบรมเพื่อการดูแล ($t = 3.337, p < .001$) การยอมรับในบทบาทผู้ดูแล ($r = .462, p < .001$) และทัศนคติเกี่ยวกับผู้ป่วยและการดูแล ($r = .476, p < .001$) ความพร้อม**ด้านการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ดูแล**ในทางบวก ได้แก่ การได้รับการอบรมเพื่อการดูแล ($t = 3.789, p < .001$) การยอมรับในบทบาทผู้ดูแล ($r = .418, p < .001$) และทัศนคติเกี่ยวกับผู้ป่วยและการดูแล ($r = .534, p < .001$) และความพร้อม**ด้านข้อมูลข่าวสารและเครือข่ายการดูแลผู้ป่วย**ในทางบวก ได้แก่ การได้รับการอบรมเพื่อการดูแล ($t = 3.620, p < .001$) การยอมรับในบทบาทผู้ดูแล ($r = .441, p < .001$) และทัศนคติเกี่ยวกับผู้ป่วยและการดูแล ($r = .530, p < .001$) (รายละเอียดดังตารางที่ 21 และ 22)

ตารางที่ 21 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของทีมหุ่นส่วนชุมชนระหว่างตัวแปรการได้รับการอบรม

ตัวแปร	Mean (SD)	ค่าเฉลี่ย	SD	df	t
ความพร้อมในการดูแลภาพรวม					
การได้รับการอบรม	เคย (n=34)	56.72	9.004	95	4.262***
	ไม่เคย (n=63)	46.84	13.256		
ความพร้อมด้านการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยจิตเวช					
การได้รับการอบรม	เคย (n=34)	20.45	3.841	95	3.337**
	ไม่เคย (n=63)	17.04	4.882		
ความพร้อมด้านการตอบสนองความต้องการของตนเอง					
การได้รับการอบรม	เคย (n=34)	21.62	3.774	95	3.789***
	ไม่เคย (n=63)	17.94	5.542		
ความพร้อมด้านข้อมูลและเครือข่าย					
การได้รับการอบรม	เคย (n=34)	14.66	2.768	95	3.620***
	ไม่เคย (n=63)	11.85	3.751		

ตารางที่ 22 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของทีมหุ่นส่วนชุมชนภาพรวมและรายด้าน

ตัวแปร (n = 310)	X1	X2	X3	Y0	Y1	Y2	Y3
อายุผู้ป่วย(X1)	1						
การยอมรับบทบาท(X2)	.066	1					
ทัศนคติ(X3)	-.063	.473***	1				
ความพร้อมภาพรวม(Y0)	.000	.472***	.551***	1			
ด้านดูแลผู้ป่วย(Y1)	-.007	.462***	.476***	.935***	1		
ด้านดูแลตนเอง(Y2)	-.007	.418***	.534***	.952***	.835***	1	
ด้านข้อมูลเครือข่าย(Y3)	.020	.441***	.530***	.896***	.754***	.792***	1

$p < .05^*$, $p < .01^{**}$, $p < .001^{***}$

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงทำนายระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของหุ้นส่วนชุมชน โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Regression analysis) ดังนี้

1. ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของทีมงานหุ้นส่วนชุมชนภาพรวม พบว่า ตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าสมการทำนายความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของหุ้นส่วนชุมชนภาพรวมมี 2 ตัวแปร ได้แก่ ทัศนคติเกี่ยวกับผู้ป่วยและการดูแล ($B = .422, p < .001$) และการยอมรับบทบาท ($B = .272, p < .01$) ซึ่งสามารถอธิบายความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของทีมงานหุ้นส่วนชุมชนภาพรวมได้ร้อยละ 36.1 ($R^2 = .361, R^2_{adj} = .347, F = 26.508, p < .001$) โดยสามารถเขียนเป็นสมการถดถอยในรูปของคะแนนมาตรฐานของความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของทีมงานหุ้นส่วนชุมชนภาพรวม ได้ดังนี้ (รายละเอียดดังตารางที่ 23)

$$Z_{\text{ความพร้อมของหุ้นส่วนชุมชนภาพรวม}} = .422 (Z_{\text{ทัศนคติของหุ้นส่วนชุมชน}}) + .272 (Z_{\text{การยอมรับบทบาท}})$$

2. ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของหุ้นส่วนชุมชนด้านการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยจิตเวช พบว่า ตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าสมการทำนายความพร้อมของหุ้นส่วนชุมชนด้านการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยจิตเวชมี 2 ตัวแปร ได้แก่ ทัศนคติเกี่ยวกับผู้ป่วยและการดูแล ($B = .332, p < .001$) และการยอมรับบทบาท ($B = .305, p < .01$) ซึ่งสามารถอธิบายความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของทีมงานหุ้นส่วนชุมชนภาพรวมได้ร้อยละ 29.9 ($R^2 = .299, F = 20.016, p < .001$) โดยสามารถเขียนเป็นสมการถดถอยในรูปของคะแนนมาตรฐานของความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของทีมงานหุ้นส่วนชุมชนด้านการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยจิตเวช ได้ดังนี้ (รายละเอียดดังตารางที่ 23)

$$Z_{\text{ความพร้อมของหุ้นส่วนชุมชนด้านการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยจิตเวช}} = .440 (Z_{\text{ทัศนคติของหุ้นส่วนชุมชน}}) + .169 (Z_{\text{การยอมรับบทบาท}})$$

3. ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของหุ้นส่วนชุมชนด้านการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ดูแล พบว่า ตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าสมการทำนายความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของหุ้นส่วนชุมชนด้านการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ดูแลมี 2 ตัวแปร ได้แก่ ทัศนคติเกี่ยวกับผู้ป่วยและการดูแล ($B = .433, p < .001$) และการยอมรับบทบาท ($B = .213, p < .01$) ซึ่งสามารถอธิบายความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลด้านการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ดูแลได้ร้อยละ 32.0 ($R^2 = .320, F = 22.143, p < .001$) โดยสามารถเขียนเป็นสมการถดถอยในรูปของคะแนนมาตรฐานของความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของทีมงานหุ้นส่วนชุมชนด้านการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ดูแล ได้ดังนี้ (รายละเอียดดังตารางที่ 23)

$$Z_{\text{ความพร้อมของหุ้นส่วนชุมชนด้านการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ดูแล}} = .433 (Z_{\text{ทัศนคติของหุ้นส่วนชุมชน}}) + .213 (Z_{\text{การยอมรับบทบาท}})$$

4. ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของหุ้นส่วนชุมชนด้านข้อมูลและเครือข่ายสนับสนุนการดูแล พบว่า ตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าสมการทำนายความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของหุ้นส่วนชุมชนด้านข้อมูลและเครือข่ายสนับสนุนการดูแล มี 2 ตัวแปร ได้แก่ ทัศนคติเกี่ยวกับผู้ป่วยและการดูแล ($B = .415, p < .001$) และการยอมรับบทบาท ($B = .245, p < .01$) ซึ่งสามารถอธิบายความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลด้านข้อมูลและเครือข่ายสนับสนุนการดูแลได้ร้อยละ 32.8 ($R^2 = .328, F = 22.924, p < .001$) โดยสามารถเขียนเป็นสมการถดถอยในรูปของคะแนนมาตรฐานของความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของทีมหุ้นส่วนชุมชนด้านข้อมูลและเครือข่ายสนับสนุนการดูแลได้ดังนี้ (รายละเอียดดังตารางที่ 23)

$Z_{\text{ความพร้อมของหุ้นส่วนชุมชนด้านข้อมูลและเครือข่ายสนับสนุนการดูแล}} = .415 (Z_{\text{ทัศนคติของหุ้นส่วนชุมชน}}) + .245 (Z_{\text{การยอมรับบทบาท}})$

ตารางที่ 23 ค่าการวิเคราะห์การถดถอยระหว่างตัวทำนายความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของทีมหุ้นส่วนชุมชน

ตัวแปรที่เข้าสมการ	<i>b</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p-value</i>
ความพร้อมภาพรวม				
ทัศนคติเกี่ยวกับผู้ป่วยและการดูแล	1.133	.422	4.507	.000
การยอมรับบทบาท	1.546	.272	2.905	.005
ค่าคงที่	-.638		-.080	.937
$R = .601, R^2 = .361, R^2_{adj} = .347, F = 26.508, p < .001$				
ความพร้อมด้านการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยจิตเวช				
ทัศนคติเกี่ยวกับผู้ป่วยและการดูแล	.333	.332	3.384	.001
การยอมรับบทบาท	.649	.305	3.108	.002
ค่าคงที่	1.973		.627	.532
$R = .547, R^2 = .299, R^2_{adj} = .284, F = 20.016, p < .001$				
ความพร้อมด้านการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ดูแล				
ทัศนคติเกี่ยวกับผู้ป่วยและการดูแล	.480	.433	4.489	.000
การยอมรับบทบาท	.499	.213	2.203	.030
ค่าคงที่	-1.334		-.391	.697
$R = .566, R^2 = .320, R^2_{adj} = .306, F = 22.143, p < .001$				
ความพร้อมด้านข้อมูลและเครือข่ายการดูแล				
ทัศนคติเกี่ยวกับผู้ป่วยและการดูแล	.319	.415	4.320	.000
การยอมรับบทบาท	.399	.245	2.549	.012

ค่าคงที่	-1.277	-0.542	.589
----------	--------	--------	------

$R = .573, R^2 = .328, R^2_{adj} = .314, F = 22.924, p < .001$

จากข้อมูลเชิงปริมาณเกี่ยวกับภาพของความพร้อมของทีมสุขภาพเชิงรุกและหุ้นส่วนชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและญาติผู้ดูแลที่อยู่ในระดับปานกลางทั้งกลุ่ม และทั้งภาพรวมและรายด้าน และปัจจัยทำนายความพร้อมในด้านต่างๆ ที่มีปัจจัยด้านทัศนคติต่อผู้ป่วย และการยอมรับในบทบาทการเป็นผู้ดูแลของตนเป็นปัจจัยทำนายสูงสุดดังที่นำเสนอมานั้น มีความสอดคล้องกับข้อค้นพบจากข้อมูลเชิงคุณภาพ ที่เครือข่ายชุมชนกล่าวถึงความไม่ชัดเจนในขอบเขตบทบาทในการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลในชุมชนว่า การมีความกลัวผู้ป่วยจิตเวชและรับรู้ว่าคุณไม่มีทักษะในการเข้าถึงผู้ป่วยจึงทำให้ส่วนใหญ่แล้วจะดูแลผู้ป่วยในระดับผิวเผิน เน้นการกระตุ้นให้ผู้ดูแลผู้ป่วยให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องโดยการกล่าวเตือนผู้ดูแลโดยไม่ได้ปฏิบัติในเชิงลึกถึงปัญหาที่แท้จริง และเน้นให้ผู้ป่วยอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้ ดังที่พยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรายหนึ่งอธิบายว่า:

ในมุมมองพยาบาลนะคะ ก็คือเข้าไปดูแลเขาทำยังไงเพื่อให้เขาอยู่ร่วมกับชุมชนให้ได้ อย่างเช่นถ้าคนไข้มีพฤติกรรมที่ไม่ปกติ ก็คือดูว่าเขาเกิดขึ้นกับอะไร ขาดยาหรือเปล่า หรือขาดผู้ดูแลหรืออะไร ก็คือทำให้คนไข้สามารถอยู่ร่วมกับชุมชนได้ แล้วก็เข้าไปให้ความรู้กับครอบครัว ให้อยู่ร่วมกับคนไข้ให้สามารถดูแลคนไข้ได้ ส่วนประชาชนที่อยู่ในชุมชนนะคะ อย่างไรในส่วน of โรงพยาบาลค่ะ ก็จะมีการอบรมให้ความรู้กับพี่ๆ อสม. ว่าการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยต้องยังไง ให้ความช่วยเหลือเขาอย่างไร ก็เป็นบทบาทประมาณนี้ค่ะ (FC. N. ศรีราชา L. 157-162)

และดังตัวอย่างจากเครือข่ายที่เป็นอสม. รายหนึ่งที่เล่าถึง “เวลาเรามีข้อมูลเราก็เอากลับมาส่งที่ รพ สต. ว่าเราเห็นเขาอาการอะไร กลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในการดูแลของ อสม. ส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุ และผู้ป่วยติดเตียง” (FC. N. เหมือง L.28)

นอกจากนี้ อสม. ยังให้ข้อมูลว่า งานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนส่วนใหญ่มุ่งเน้นที่ตัวผู้ดูแล ปรึกษาปรึกษาจิตใจ โดยการถามถึงผลกระทบด้านจิตใจจากการดูแล ดังตัวอย่าง:

แบบนี้ก็เหมือนกันเราจะประเมินผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชว่าตอนนี้ผู้ดูแลมีภาวะเหนื่อย เบื่อหน่ายหรือเปล่า แล้วเราสามารถช่วยเหลืออะไรได้บ้าง... จะคอยถามไถ่คนไข้เป็นยังไงบ้าง อันนี้เขาก็จะได้รับความรู้สึกว่าเขาไม่ได้ถูกทอดทิ้งจากสังคม ก็ยังมีคนในชุมชนคอยเป็นห่วง เข้าไปดูแล ให้เขารู้สึกว่าไม่ได้ดูแลคนเดียวนะ เขาเรียกว่าอะคะ ยังมีคนรอบๆ ที่สามารถไปขอความช่วยเหลือ ไม่ได้โดดเดี่ยว (FC. N. ศรีราชา L. 308-313)

บทที่ 5:

ความต้องการสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

ในบทนี้จะนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่เป็นข้อค้นพบเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ โดยจะนำเสนอข้อมูลแบบสอดคล้องกัน เริ่มต้นที่ ความต้องการสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของผู้ดูแล ตามด้วยความต้องการสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายชุมชน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ความต้องการสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของผู้ดูแล

ความต้องการสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลพบว่า ญาติผู้ดูแลมีความต้องการภาพรวม ($M=3.00$, $SD=0.79$) และรายด้านอยู่ในระดับปานกลางได้แก่ด้านการด้านการสร้างแรงจูงใจในการเป็นผู้ดูแล ($M=3.01$, $SD=0.83$) ผู้ดูแลต้องการการเตรียมความพร้อม ($M=3.26$, $SD=0.91$) และด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารและการสนับสนุน ($M=2.84$, $SD=0.99$) ดังตารางที่ 22

ส่วนข้อค้นพบจากการสนทนากลุ่มเฉพาะและการสัมภาษณ์เชิงลึกให้รายละเอียดเกี่ยวกับความต้องการที่สนับสนุนสอดคล้องไปด้วยกัน โดยผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชอธิบายว่า การที่จะพัฒนาความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้มากขึ้น จำเป็นต้องเตรียมทั้งจิตใจของผู้ดูแลและครอบครัว และพัฒนาทั้งความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในประเด็นต่างๆ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชไปด้วยพร้อมๆ กัน ทั้งนี้ได้แยกประเด็นตามความต้องการรายด้านของความต้องการ ดังนี้

1. ความต้องการด้านการสร้างแรงจูงใจในการเป็นผู้ดูแล

1.1 การเตรียมความพร้อมด้านจิตใจของผู้ดูแลและครอบครัว

ก. การเตรียมความพร้อมด้านจิตใจของผู้ดูแล

กลุ่มผู้ดูแลส่วนใหญ่เข้าใจผ่านประสบการณ์ว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเวช หากผู้ดูแลแสดงอารมณ์อย่างไรออกไปในการตอบสนองผู้ป่วย ผู้ป่วยก็จะมีอารมณ์แบบเดียวกัน ดังนั้นการเตรียมจิตใจผู้ดูแลให้พร้อมเผชิญและจัดการกับอารมณ์ของผู้ดูแลเองเป็นสิ่งจำเป็นมาก โดยเบื้องต้นต้องมีการปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อผู้ป่วย ผู้ดูแลต้องมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย ยอมรับและเข้าใจว่าพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยที่อาจสร้างความหงุดหงิดรำคาญแก่ผู้ดูแลคือพฤติกรรมที่เป็นอาการทางจิต ที่เกิดจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยไม่เช่นนั้น ผู้ดูแลจะไม่สามารถควบคุมอารมณ์และให้การดูแลผู้ป่วยต่อไปได้ เพราะถ้าผู้ป่วยยังมีอาการอยู่ ผู้ป่วยมักจะไม่ค่อยเชื่อฟัง

นอกจากนี้ การเตรียมใจ ยังหมายถึงการที่ผู้ดูแลควรจะได้ทราบล่วงหน้าว่าตนต้องดูแลผู้ป่วยจิตเวชนั้น อาจจะต้องเผชิญกับอาการทางจิตหรือพฤติกรรมใดบ้าง เพราะเมื่อเผชิญจริงๆ ได้รู้เท่าทัน และสามารถปรับใจและอารมณ์ตนเองในการมองผู้ป่วยและให้การดูแลได้ ดังคำอธิบายของผู้ดูแลรายหนึ่ง:

อันแรกก็คือเรื่องของสภาพจิตใจของเรา แล้วก็ทำใจก็คืออยู่ในเรื่องของจิตใจต้องเตรียมใจเลย คือ ทำใจต่อการเผชิญที่เขาไม่ยอมรับอาการของเขาเพราะเขาไม่รู้ตัวว่าเขาป่วยถ้าเขารู้ว่าเขาก็คงไม่ป่วยเราก็ต้องทำใจกับอาการของเขาทำใจในการจัดการอารมณ์ของตัวเองด้วย (FC.CG เหมือน L.158-161)

หากผู้ดูแลไม่เตรียมใจไว้ก่อน เมื่อเผชิญกับอาการของผู้ป่วยที่เป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม อาจทำให้เกิดอารมณ์และตอบสนองไปในทางลบ ซึ่งผู้ดูแลเรียนรู้ว่ายิ่งทำให้ผู้ป่วยมีอาการที่รุนแรงขึ้น ซึ่งตรงกันข้าม หากผู้ดูแลตอบสนองด้วยความเข้าใจ ใจเย็น อาการผู้ป่วยก็จะดีขึ้น ดังตัวอย่าง:

ผมสังเกตเห็นเวลาผมมีอาการผมเหนื่อยถ้าเราไปพูดเขาจะทำสีหน้าหรือทำอารมณ์ทำกิริยาให้เราไม่สบายใจ ถ้าเรามีคำพูดหรืออารมณ์รุนแรงกับเขาไม่ได้เลยเขาจะตอบสนองมาทันทีถ้าเราดีด้วยเขาจะหายวันหายคืนกับการรักษาของหมอ (CG₂ เหมือน L.25-27)

ความพร้อมดังกล่าว ส่วนใหญ่เกิดขึ้นจากการที่ผู้ดูแลองผิตลอดถูกผ่านวันเวลายาวนาน แต่ผู้ดูแลบางรายสามารถเข้าใจและปรับตัวได้เร็วหากได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวจากแพทย์ หรือทีมสุขภาพตั้งแต่แรก ดังตัวอย่างของบิดารายหนึ่ง

ผมก็สู้ด้วยตัวเองเข้าหาหมอ ด้วยตัวเองเหมาะก็แนะนำมาผมก็มาปฏิบัติมันก็ได้ผลแล้วก็ทำให้จิตใจเราพูดกับเขาดีเขาก็ดีขึ้นเขามีอาการพูดเล่นกับเรามีอะไรจะบอกเขาก็ดีขึ้นผมก็ดีใจ (CG₂ เหมือน L.40-42)

อย่างไรก็ตาม ผู้ดูแลบางคนอธิบายว่า ความพร้อมในการดูแลนั้นมาจากใจที่มีความจริงใจ ความรักความผูกพันกับผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนป่วย การมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ก็จะทำให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลมากขึ้น ดังตัวอย่างสามผู้ป่วยรายหนึ่ง “เรื่องที่สำคัญเลยก็คือความรักความเข้าใจบางคนไม่ชอบเกลียดเขา แต่เรารักเขา เราก็กังวลใจเขา เรารักเราเลยทำได้” (FC.CG เหมือน L.299-230) แต่สำหรับกรณีทั่วไป ผู้ดูแลมองว่าการจะสร้างความรัก ความเมตตาขึ้นมาในใจเพื่อให้ดูแลผู้ป่วยได้นั้น ผู้ดูแลต้องใช้หลักปฏิบัติของศาสนาเข้ามาช่วย เช่นการทำสมาธิ สวดมนต์ เมื่อจิตใจสงบ ก็จะเกิดพลังทางบวก มีสภาพจิตใจที่มั่นคงในการดูแล

ข. ความต้องการในการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจของครอบครัว

ผู้ดูแลมองว่าการเตรียมด้านจิตใจของครอบครัว คือการช่วยให้สมาชิกเข้าใจและยอมรับการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วย โดยเฉพาะในช่วงแรกของการเจ็บป่วย การเริ่มต้นการยอมรับต้องมาจากการที่ทราบการวินิจฉัยโรคจากจิตแพทย์ว่าญาติเป็นผู้ป่วยทางจิต การได้รับการวินิจฉัย จะเป็นการชี้ขาดความเคลือบแคลงสงสัยของสมาชิกในครอบครัวต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย และจะเป็นการเริ่มต้นที่จะดูแลผู้ป่วยด้วยความเข้าใจใหม่และยอมรับว่าพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยนั้นเกิดจากความเจ็บป่วยทางจิต การไม่ได้รับการวินิจฉัยที่แน่ชัดทำให้เกิดผลกระทบต่องานผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัว ทั้งนี้ เพราะสมาชิกบางคนมองว่าพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมนั้นเป็นการแกล้งทำของผู้ป่วยเพื่อเรียกร้องให้ได้รับการตอบสนองความ

ต้องการบางอย่าง และก่อให้เกิดความขัดแย้งกันในสมาชิกครอบครัว ในแง่วิธีการปฏิบัติต่อผู้ป่วย ดังที่ผู้ดูรายหนึ่งอธิบาย:

ผมก็รู้ว่าเขาบ้า แต่อีกคนนึงมาบอกว่าเขาไม่บ้าเขาแกล้งบ้า แล้วอย่างนี้หมอมจะลงความเห็นว่ายังไง ก็ในเมื่อเขามาแล้ว เขาก็ไม่ได้บ้า ว่าเขาแกล้งทำ จะเป็นไปได้ยังไง ที่จริงหว่านล้อมคนไข้ ต้องบอกคนข้างเคียงว่าไอ้มันบ้าแล้วนะ อย่าไปถือสาอะไร ปวดหัวอยู่เรื่อย (FC.CG บ้านบึง L.83-86)

นอกจากความขัดแย้งในแง่การปฏิบัติต่อผู้ป่วยแล้ว ยังส่งผลให้เกิดปัญหาสัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผลกระทบจากพฤติกรรมที่เป็นอาการทางจิตของผู้ป่วย ดังที่ผู้ดูแลรายหนึ่งเล่าถึงความขัดแย้งของพี่สาวและพี่ชายของผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยบอกว่าพี่ชายข่มขืนตนเอง

ใช้ถามว่าเชื่อมั๊ย ไม่ใช่ไม่เชื่อ 50 % แล้วละที่เชื่อว่าไอ้นี้ข่มขืนแต่ลูกเขยเขาจะเป็นคนไม่สูงลึงกับใครคนจะไม่มานั่งใกล้ๆน้องหรืออะไรอยู่แล้วไปไหนก็ไม่เคยไป บอกลูกสาวลูกสาวก็ไปถามจะทะเลาะเอาเรื่อง เขาก็บอกกูไม่ได้ทำอะไรมึงเชื่อคนบ้า ลูกเขยก็กลัวพอน้องมาบ้านเขาก็ไม่อยู่ในบ้าน (CG₁ เหมือน L.295-298)

นอกจากนี้ การไม่ทราบสาเหตุของพฤติกรรมของผู้ป่วยคืออาการทางจิต ทำให้ญาติและผู้ดูแลไม่ได้ดูแลผู้ป่วย และความไม่เข้าใจมีผลกระทบต่อจิตใจผู้ดูแล และต่ออาการของผู้ป่วยในที่สุดด้วย ดังตัวอย่างของผู้ดูแลรายหนึ่ง “ก็เขาไม่ไปโรงเรียน เราก็มารู้ว่าเขาต้องการอะไร เราไม่เข้าใจ เรารู้ว่าเขาคือ ปกติคือ กลุ้มใจมาก” (CG₆ ศรีราชา L.25-26)

ผลกระทบทางจิตใจและอารมณ์จะยิ่งมากขึ้น หากผู้ดูแลเป็นบิดามารดาและผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว ด่าทอ เป็นต้น ดังตัวอย่างมารดารายหนึ่งเล่าถึงความทุกข์ทรมานใจจากพฤติกรรมก้าวร้าวของบุตรที่ยังมีอยู่หลังจากที่ไปพบแพทย์แล้วไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยทางจิต และไม่ได้ยามารับประทานว่า:

เค้าก้าวร้าวมาก ของในบ้านขายหมดแม่ก็จิตตก...แม่จะฆ่าตัวตายอยู่ทุกวันขอร้องเถอะอย่ามายุ่งเพราะตอนนั้นคือตัวเองจิตคุมไม่อยู่แล้วคิดจะตายอย่างเดียวฆ่าตัวตาย 3 ครั้งแต่ก็บังเอิญโดนช่วยทุกที (CG₁ เหมือน L.74-77)

ผู้ดูแลรายเดิมกล่าวต่อถึงผลดีหากทราบว่าบุตรป่วยทางจิตเร็วกว่านี้ว่า

...ของที่เสียก็จะไม่เสียก็จะไม่ปล่อยให้ลูกอยู่คนเดียวแล้วก็ไม่ปล่อยให้เราคิดว่ามันคือลูกก้าวร้าวแม่เสียใจ ถ้ารู้ว่าลูกป่วยเราก็จะคิดว่าลูกป่วยก็ต้องดูแล ต้องถนอมให้มากกว่านี้เขาจะได้ไม่เยอะกว่านี้ไม่ขนาดนี้ (CG₁ เหมือน L.172-174)

ผู้ดูแลบางคนมองว่า การยอมรับของครอบครัว จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือสนับสนุน โดยตรง หรือผ่านทาง การคอยสนับสนุนผู้ดูแล โดยเฉพาะการดูแลด้านจิตใจให้ผู้ป่วยได้มีความอบอุ่น มีกำลังใจ เป็นส่วนหนึ่งในครอบครัว

ก็คือสิ่งแวดล้อมเราต้องดูแลสิ่งแวดล้อมในบ้านที่เราดูแลเขาสิ่งแวดล้อมในบ้านเป็น
 ยังไง ญาติพี่น้องของเขาเป็นยังไงลูกหลานของเขาเป็นยังไงก็สามารถช่วยได้นะ
 (FG.CG เหมือน L.207-209)

ผู้ดูแลรายหนึ่งกล่าวถึงความสำคัญของญาติหรือสมาชิกในครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยว่า
 คือให้สิ่งแวดล้อมเหล่านี้เข้ามาช่วยซัพพอร์ต เราประทับใจประคองเราช่วยเหลือเรา
 แล้วก็มีความเมตตาให้เรา คือเหมือนเขาเป็นนัยเขาขาดความอบอุ่นเขาต้องการ
 ความสนใจจากคนรอบข้างถ้ามองดูแล้วอารมณ์ก็จะเป็นประมาณนี้ส่วนมากที่เป็น
 นัยก็ไม่มีใครสนใจถ้าเราสนใจเขาเขาจะรู้สึกมีความสุขอันนี้ปรากฏว่าญาติพี่น้องมี
 แต่คนซ้ำเติมยังเป็นลูกเป็นเมียด้วยใจเขายังแยเลยลูกเมียนะสำคัญมาก (FC.CG
 เหมือน L.215-221)

ค. ความต้องการด้านกำลังใจ

การสนับสนุนของครอบครัวและสังคมด้านกำลังใจเป็นสิ่งสำคัญต่อความพร้อมในการดูแล
 ผู้ป่วย ผู้ดูแลมองถึงการที่สมาชิกในครอบครัว คนใกล้ชิดให้กำลังใจผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยด้วย ดังตัวอย่างของ
 มารดารายหนึ่งที่กล่าวถึงช่วงที่บุตรมีอาการรุนแรงและตนต้องดูแลบุตรเพียงลำพังว่า “ตอนนั้นตัวเองควบคุม
 อารมณ์ไม่ได้คืออยากให้มีใครสักคนมาแตะไหล่แล้วพูดว่าสู้ๆนะแค่นั้นไม่ต้องมีเงินหรือมีอะไรมาให้ทั้งนั้น”
 (CG₁ เหมือน L.1)

ผู้ดูแลรายหนึ่งกล่าวถึงความจำเป็นที่ต้องได้รับกำลังใจซึ่งเป็นองค์ประกอบของความพร้อม
 ในการดูแลผู้ป่วยว่า “จำเป็นค่ะ เราต้องได้กำลังใจ เราให้คนไข้ แต่คนไข้ไม่รู้จักให้เรา เขาไม่รู้ตัวว่าเป็น เขาไม่
 มีอะไร เราต้องคอยให้เขา” (FC.CG ศรีราชา L.83-84)

กำลังใจนอกจากที่ได้มาจากครอบครัว การมาติดตามเยี่ยมบ้านของพยาบาล บุคลากรทีม
 สุขภาพ หรือการโทรศัพท์ติดตามอาการผู้ป่วย ก็เป็นอีกหนึ่งกำลังใจที่สำคัญ ดังที่ผู้ดูแลรายหนึ่งอธิบายว่า “ผมก็
 ไม่มีอะไรอยากให้พยาบาลหรือหมอโทรมานัดก็ได้ มาถามว่าคนไข้เป็นยังไงดีขึ้นไหม มันทำให้ใจเราคิดว่ามีคน
 คอยห่วงเราอยู่” (CG₃ เหมือน 355-356)

2. ด้านการเตรียมความพร้อมสำหรับการเป็นผู้ดูแล

ข้อค้นพบสามารถแยกความต้องการของผู้ดูแลเป็นรายด้านดังนี้

2.1 ความต้องการด้านความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเวช

ผู้ดูแลอธิบายว่า การที่จะพัฒนาความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้มากขึ้น ต้องให้ความรู้
 เกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรค การรักษา และแนวทางการดูแลอาการทางจิตต่างๆโดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่าย
 ชุมชน จะนำไปปรับใช้กับบริบทการดูแลของผู้ป่วยของตนเอง ดังตัวอย่าง “อยู่ที่คุณบ่อนมาไงคือคุณจะบ่อน
 อะไรให้ เราจะปรับใช้ของเราเอง มีหนังสืออะไรให้อ่าน แล้วก็จะได้รู้ว่ามันเหมาะกับเคสกับลูกเราไหม”
 (FC.CG ศรีราชา L.316-317)

และดังตัวอย่างจากเครือข่ายฯ:

...ญาติควรได้รับการเตรียมความรู้พื้นฐาน ความเข้าใจในผู้ป่วย คือต้องรู้แล้วว่าเป็น
 ผู้ป่วยจิตเวช หมอต้องรู้ว่ามีอาการอย่างไร หมอจะต้องอธิบายให้ญาติฟังว่าผู้ป่วยจะ

มีอาการแบบนี้ แบบนี้นะ อาจจะมีอาการเหม่อลอย คลุ้มคลั่ง ซึมเศร้า พุดคนเดียว คือต้องสังเกตแล้วก็สุดท้ายแล้วญาติต้องมีความเข้าใจในพฤติกรรม อาการของผู้ป่วยไม่ใช่ว่าเป็นหลักการของคนบ้า นี่คืออาการของผู้ป่วย เหมือนกับเราเป็นโรคกระเพาะแล้วเราก็กัดท้อง คือต้องสร้างตรงนี้ให้ญาติเข้าใจให้ได้ (FC.N ศรีราชา L.251-256)

ในการให้ความรู้ต้องมีการคัดสรรความรู้ที่เหมาะสมกับระยะเวลาของการเจ็บป่วย ความเร่งด่วนของการใช้ความรู้ อะไรที่จำเป็นต้องรู้ก่อนหลัง เพราะถ้าให้ความรู้ทั้งหมดทีเดียวแต่แรกผู้ดูแลจะรับไม่ไหว และควรให้เหมาะสมกับปัญหาเฉพาะรายและติดตามปัญหาในการดูแลอย่างต่อเนื่อง

2.2 ความต้องการการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ผู้ดูแลอธิบายว่า ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีความเฉพาะ มีความแตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยทางกาย ดังนั้นจึงต้องการการฝึกทักษะที่จำเป็นต่างๆ ดังนี้

ก. ทักษะการดูแลให้กินยา

กลุ่มผู้ดูแลส่วนใหญ่พบปัญหาในการดูแลเรื่องการรับประทานยา เนื่องจากผู้ป่วยมักจะไม่ร่วมมือในการรับประทานยา และเมื่อไม่รับประทานยาผู้ป่วยก็จะมีอาการทางจิตกำเริบ ไม่สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตนเองได้ สร้างความยุ่งยากให้กับผู้ดูแลมากขึ้นในการดูแล

ผู้ดูแลบางคนเล่าว่า ผู้ป่วยจะไม่รับประทานอาหารด้วย และยังทำให้รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ในขณะที่แพทย์เองก็ย้ำเตือนให้รับประทานยาตามที่แพทย์ให้มาโดยเน้นรายละเอียดว่ายาแต่ละชนิดรับประทานเวลาไหน อย่างไร แต่ความยุ่งยากของการจัดการไม่ใช่เรื่องความเข้าใจในรายละเอียดการรับประทานยาแต่ละตัว แต่เป็นการจัดการให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรับประทานยาในแต่ละบริบทชีวิตจริงของผู้ป่วยและผู้ดูแลที่ ดังที่ผู้ดูแลรายหนึ่งอธิบาย:

“ตัวเราเองเราอยากสบายใจ ให้เขาลุกขึ้นมากินยา กินข้าว แค่นี้ก็พอใจแล้ว เรื่องเราก้จัดการของเราเองได้อยู่แล้ว เราก้ถามเขากินยายัง ยังไม่กิน กินข้าวกินน้ำยัง ยังไม่กิน ตายแล้วทำไงละทีนี้ ถ้าเกิดเขานอนแล้วเรียกเขามากินเขาจะด่าเลย เพราะเขาด่าเขาก็ไม่กินเลยจบกันเลย บางทีก็ 2 วัน 3 วันไม่กินข้าวเลย เขาก้นอนเฉยๆ แล้วก็กินแต่น้ำอยู่อย่างนั้นแหละ แล้วหมอลงมาว่าถ้าไม่กินข้าว ยังไงยาก็ต้องบังคับให้กิน มันก็บังคับให้กินยาก” (FC.CG บ้านบึง L.60-64)

นอกจากนี้ ผู้ดูแลบางรายไม่สามารถดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้ทุกมื้อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากผู้ป่วยต้องรับประทานยามื้อกลางวันผู้ดูแลต้องออกไปประกอบอาชีพ ซึ่งสะท้อนว่าการให้ความรู้ ความเข้าใจ และทักษะการจัดการให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องต้องสอดคล้องกับบริบทชีวิตจริงของผู้ป่วยและผู้ดูแล ดังที่ผู้ดูแลรายหนึ่งที่มีอาชีพ ปลูกกล้วย “คือพยาบาลก็ต้องมาคุยกับผมให้เป็นกิจจะลักษณะว่าคุณลุงทำงานอะไร เลิกงานเมื่อไร อะไรแบบนี้ เพราะความจริงของเรากับที่ทางหมอคิดมันคนละอย่าง” (CG₃ เหมือง L.260)

ข. ทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วย

ผู้ดูแลเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้ป่วยมานานหลายปีว่า ทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วยจิตเวชเป็นสิ่งที่สำคัญ เพราะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชนั้นต้องการความร่วมมือจากผู้ป่วยทั้งในเรื่องการรับประทานยา และการควบคุมพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ที่อาจเกิดอันตรายต่อทั้งผู้ป่วยและผู้อื่น

ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะทราบว่าต้องพูดดีๆ คือไม่บังคับ ชูเชิง uly หรือตำหนิ เพราะจะทำให้ผู้ป่วยมีอารมณ์มากขึ้น และไม่ร่วมมือกับผู้ดูแล ภายหลังจากการผ่านประสบการณ์มานาน เรียนรู้แบบลองผิดลองถูก ดังนั้นในการเป็นผู้ดูแลหากมีการเตรียมความในเรื่องทักษะการพูดสื่อสารก็จะช่วยให้ปรับตัวในบทบาทการเป็นผู้ดูแลได้เร็วขึ้น ผู้ดูแลรายหนึ่งพูดถึงความต้องการทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเชื่อฟังว่า “พูดถึงเราต้องคุยกับเขาอย่างไรว่าอยู่แต่บ้านไม่ไปโรงเรียนแล้วไม่ไปโรงเรียนจะสอบได้ไหม” (FC.CG ศรีราชา L.309-310)

ค. ทักษะการจัดการกับอาการทางจิต

ผู้ดูแลต้องเผชิญกับอาการทางจิตที่แตกต่างกัน ส่วนใหญ่อธิบายว่า ผู้ดูแลต้องรู้ว่าต้องตอบสนองต่ออาการทางจิตต่างๆอย่างไรจึงจะเหมาะสม กว่าจะรู้ต้องใช้เวลาและเรียนรู้แบบลองผิดลองถูก ดังที่ผู้ดูแลรายหนึ่งอธิบาย “ครั้งแรกจะไม่ค่อยเข้าใจ ก็ลองผิดลองถูก ลองไปแต่จริงแล้วต้องตามใจเขาอย่างเดียว” (FC.CG ศรีราชา L.58-59) ดังนั้น หากผู้ดูแลได้รับการเตรียมทักษะในการจัดการกับอาการทางจิตในบริบทต่างๆ ก็จะช่วยให้ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างมีประสิทธิภาพขึ้น ดังตัวอย่างจากผู้ดูแลที่เป็นสามีผู้ป่วยรายหนึ่ง “บางทีก็หัวเราะคนเดียวบ้างบางทีก็นั่งเฉยๆเฉยๆ อ้าอาการมันไม่เหมือนกัน เราก็ต้องรู้ว่าของเขาจะเป็นยังไงก่อนแล้วก็สิ่งสำคัญที่สุดต้องรู้ว่าเมื่อยมอาการแบบนี้เป็นอย่างนี้ต้องเอาใจเขายังไง” (FC.CG เหมือน L.180-183)

ในการจัดการกับอาการทางจิต ผู้ดูแลมองว่า การมีความรู้ที่ผู้ป่วยจะมีอาการอะไร อย่างไรบ้าง จะช่วยให้สามารถสังเกตเพื่อให้การดูแลที่เหมาะสมแต่ต้นได้ เพราะผู้ดูแลส่วนใหญ่จะมาเรียนรู้ภายหลัง ดังตัวอย่าง “เราต้องสังเกตอาการของคนไข้ถ้าเรารู้แต่แรกตอนที่เราริเริ่มต้นเดินทางนะว่าเราต้องสังเกตอะไรบ้างก็จะช่วยให้เราพร้อมมากขึ้น” (FC.CG เหมือน L.270-271)

ผู้ดูแลอธิบายถึงผลของการเรียนรู้แบบลองผิดลองถูกว่าทำให้เกิดความเสียหายเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ด้วยความไม่รู้ของผู้ดูแล การตอบสนองผู้ป่วยอย่างไม่เหมาะสมจะทำให้การดูแลเพิ่มความยุ่งยาก เพราะผู้ป่วยจะไม่ไว้ใจ ผู้ดูแลรายหนึ่งอธิบายถึงความจำเป็นที่ผู้ดูแลควรได้ทราบแนวทางปฏิบัติต่อผู้ป่วยแต่ต้นว่า “จำเป็นคะ จะทำให้เขาสนใจเรามากขึ้น ตอนนีเขาไม่ไว้ใจใครเลย ไม่มีคนที่อยู่ในใจเขาว่าจะดึงเขามาสู่โลกภายนอก” (FC.CG ศรีราชา L.62-63) และอีกตัวอย่างจากผู้ดูแลอีกรายหนึ่ง “อยากจะรู้ว่าเด็กประเภทนี้ควรดูแลอย่างไร หรือคนไข้จิตเวชประมาณนี้ต้องดูแลอย่างไร คือไม่ยากลองผิดลองถูกทำให้เขาโมโห คือเราอยากจะมีวิธีการช่วยเราได้ไหม” (FC.CG ศรีราชา L.240-242)

2.3 ความต้องการการฝึกทักษะในการจัดการกับความเครียดของตนเอง

ผู้ดูแลและเครือข่ายชุมชน มองว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช คือผู้ที่เผชิญกับความตึงเครียดจากการดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา โดยเฉพาะในช่วงแรกของการเจ็บป่วยที่ผู้ดูแลอาจจะยังไม่เข้าใจในพฤติกรรมของผู้ป่วย และช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตที่รุนแรง จึงต้องช่วยเหลือผู้ดูแลในเรื่องนี้ด้วยโดยเครือข่ายฯ ต้องประเมินสภาพ

จิตใจของผู้ดูแลเป็นระยะๆ และผู้ดูแลควรได้รับการฝึกทักษะการจัดการกับความเครียดด้วย ดังตัวอย่างจาก เครือข่ายฯ รายหนึ่ง:

ผู้ดูแลบางคนก็มีอาการเหมือนกัน อาจเกิดจากความเครียด ความเครียดสะสม ไม่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเวชหรอก การได้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงก็เกิดความเครียดสะสม คือ ความเครียดมันไม่ได้ใช้ชีวิตปกติแบบคนทั่วไปแล้วมาอยู่กับคนป่วย จิตมันก็หดหู่อยู่ แล้ว ถ้าคุณอยู่กับคนป่วยตลอดเวลา เพราะฉะนั้นผู้ดูแลต้องได้รับการประเมินด้วย ว่าจิตตกไหม (FC.N ศรีราชา L.276-281)

ความเครียดหรืออารมณ์ทางลบอาจเกิดจาก ความรู้สึกสงสาร กังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และจากการที่ผู้ดูแลมักจะใช้ความอดทน อดกลั้นในการเผชิญ ดังตัวอย่างจากผู้ดูแลรายหนึ่ง “คือว่า ต้องอดทนไง ถ้าไม่จำเป็นอย่าไปร้องไห้ให้ใครเห็น” (CG₄ ศรีราชา L.107)

ในการจัดการกับอารมณ์ทางลบ หรือความเครียด ผู้ดูแลมองว่าหากมีทีมสุขภาพ หรือ มีคนคอยให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลจะช่วยบรรเทาความเครียดลงได้ ดังที่บิดารายหนึ่งกล่าว “ผมคิดว่ามีอย่างเดียวที่จะช่วยผมในเรื่องอารมณ์หรืออะไรก็ตามที่ถามว่าผมเป็นที่ปรึกษา ให้คำชี้แนะ ให้ปฏิบัติตาม ทำให้อารมณ์ของเราลงเย็นลงกับผู้ป่วยได้” (CG₄ เหมือน L.83-84)

3. ด้านการได้รับข้อมูล ข่าวสารและการสนับสนุน

ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความต้องการการสนับสนุนด้านการเงิน ผู้ดูแลอธิบายว่า ความเครียดของผู้ดูแลมีความเกี่ยวข้องกับด้านเศรษฐกิจการเงินเพราะเป็นเรื่องสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยบางรายที่เคยมีงานทำมีรายได้ก่อนป่วย พอป่วยทางจิตก็ทำงานไม่ได้ ต้องอยู่การดูแลของผู้ดูแลทั้งหมด ผู้ดูแลบางรายก็ต้องออกจากงาน หรือทำงานไม่ได้เต็มที่ เมื่อต้องเปลี่ยนบทบาทมาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย หากการเงินไม่เพียงพอ จะยิ่งเพิ่มภาระ และความเครียดในการดูแลมากขึ้น ดังตัวอย่างมารดารายหนึ่งที่ต้องดูแลบุตรสาวลำพังเล่าว่า:

ปัจจัยที่สำคัญคือถ้าไม่มีตั้งค์ก็ดูแลไม่ได้มันก็จะยิ่งเครียดปัจจัยที่สำคัญคือถ้าไม่มีตั้งค์ก็ดูแลไม่ได้มันก็จะยิ่งเครียด ตอนแรกกินเงินเก่าหมดเลยไม่ได้ทำงานปิ้ง ...ตอนแรกก็ยอมรับเลยว่ามีความคิดที่จะฆ่าตัวตายเพราะว่ามันไม่มีใครเอาเขา” (FC.CG เหมือน L.355-358)

และตัวอย่างจากบิดารายหนึ่ง:

“ถ้าพร้อมจริงๆ อย่างน้อยเราก็ต้องมีเงินมีทอง พอจะจับจ่ายใช้สอยที่ว่าเราจะทำอะไรก็ยังมันได้อยู่ ระหว่างเราดูแลเขาเราก็ต้องไปทำงานยังพะวงหนักเข้าไปอีก งานการก็พอจะเสียไปอีก เพราะใจมันพะวงถึงแต่เขา อยู่บ้านจะทำอะไร ทำยังไง ใจมันไปถึงนู่น” (FC.CG บ้านบึง L. 40-43)

เป็นเรื่องที่น่าประหลาดใจ ที่ผู้ดูแลเกือบครึ่งหนึ่ง ให้เหตุผลว่าการเงินจำเป็นเพราะเขาต้องตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยที่ต้องใช้เงินแลกมา ดังตัวอย่าง “คือเวลาเขาต้องการอะไรเราจะ support เขาได้ ใช่มั้ยละ ก็ต้องใช้เงินซื้อให้เขา” (CG₇ ศรีราชา L.3)

ความพร้อมด้านการเงินยังสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปจากความต้องการกำลังใจ ความรักความจริงใจ เพราะจะมีผลต่อสภาพความมั่นคงทางจิตใจทั้งของผู้ป่วยและผู้ดูแล ดังที่ผู้ดูแลที่เป็นสามีรายหนึ่งอธิบาย “เราต้องมีงานทำที่เป็นหลักฐาน ไม่ให้เขาคิดว่าไม่มีตั้งไข่มั่นก็จะเครียดก็มีส่วน...เพราะว่าถ้าเราจริงใจอย่างเดียวเราไม่มีรายได้อะไรขึ้นมาทีไรก็อดๆอยากๆ ถึงเวลาที่เขากินเราไม่มีตั้งให้เขาจะกินอะไร.” (CG₃ เหมือน L.158)

ในส่วนของ การขึ้นทะเบียนผู้พิการที่มีเบี้ยยังชีพจากรัฐบาล ผู้ดูแลบางคนยังไม่ทราบขั้นตอนในการขอขึ้นทะเบียน ไม่ทราบรายละเอียดสิทธิประโยชน์ และแง่มุมทางกฎหมาย ดังตัวอย่าง “บางคนเขาก็ไม่รู้ เขาไม่รู้ว่าจะต้องทำยังไงหมดเข้าใจไหม” (FC.CG เหมือน L.376) ส่วนผู้ดูแลที่ผู้ป่วยขึ้นทะเบียนและได้รับเบี้ยยังชีพแล้วก็ให้ข้อมูลว่าการเงินยังไม่เพียงพอ ดังตัวอย่าง

“ไม่พอค่ะแค่ข้าวกระเพราะไข่ดาวพิเศษก็ไม่รู้ละ 50 บาทบางวันเสาร์เขาไม่ได้กินมือเดียวนะ หมอนัดหมอมือเอดิมนวันนี้ขอบัวลอยไข่หวานด้วยได้ไหมและไหนจะต้องตัดผมไปด้วยตามร่างกายของเขาด้วยอีกอย่างเนี่ยคือ 800 อยู่ในร่างกายของเขาหน่อยจะได้เสื้อผ้าทุกอย่างนะ ไม่พอแต่เนี่เราพูดถึงเราพูดกันไปตามความจริง” (FC.CG เหมือน L.400-404)

ตารางที่ 24 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลความต้องการสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแล รายข้อ รายด้าน และโดยรวม

ความต้องการ	ค่าเฉลี่ย	SD	การแปลผล
ภาพรวม	3.00	0.79	ปานกลาง
ด้านการสร้างแรงจูงใจในการเป็นผู้ดูแล	3.01	0.83	ปานกลาง
1. ความสำคัญของ “ผู้ดูแล”	3.30	0.96	ปานกลาง
2. ความจำเป็นในการดูแล/ข้อจำกัดของผู้ป่วย	3.25	0.96	ปานกลาง
3. บทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้ป่วย	3.24	0.96	ปานกลาง
ด้านการเตรียมศักยภาพในการเป็นผู้ดูแล	3.26	0.91	ปานกลาง
1. การประเมินความรู้และทักษะในการดูแล	3.08	1.00	ปานกลาง
2. ความรู้เรื่องโรค สาเหตุ และการรักษา	3.15	1.05	ปานกลาง
3. ความรู้และฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยด้านจิตใจและพฤติกรรม	3.21	1.06	ปานกลาง
4. ความรู้และฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกาย	3.06	1.03	ปานกลาง
5. ความรู้และฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยด้านสังคม	2.98	1.08	ปานกลาง
6. ความรู้และฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยด้านด้านจิตวิญญาณ	2.95	1.02	ปานกลาง
7. การประเมินภาวะสุขภาพของตนเอง	2.99	0.96	ปานกลาง
8. การประเมินความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง	2.96	0.97	ปานกลาง
9. ความรู้และฝึกทักษะ ในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต	2.95	1.04	ปานกลาง

ตารางที่ (ต่อ)

ความต้องการ	ค่าเฉลี่ย	SD	การแปลผล
10. ความรู้และฝึกทักษะ ในการดูแลตนเองด้านร่างกาย	3.01	0.98	ปานกลาง
11. ความรู้และฝึกทักษะ ในการดูแลตนเองด้านสังคม	2.91	1.02	ปานกลาง
12. ความรู้และฝึกทักษะ ในการดูแลตนเองด้านจิตวิญญาณ	2.87	1.03	ปานกลาง
ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารและการสนับสนุน	2.84	0.99	ปานกลาง
13. ข้อมูลเกี่ยวกับกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสิทธิ ความคุ้มครองต่อผู้ป่วย	2.87	1.09	ปานกลาง
14. ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนและแนวทางการขอความช่วยเหลือ	2.93	1.10	ปานกลาง
15. ข้อมูลเกี่ยวกับเครือข่าย (กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน)	2.78	1.11	ปานกลาง

ส่วนที่ 2 ความต้องการสำหรับการดูแลของภาคีเครือข่ายชุมชน

ความต้องการสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายชุมชน พบว่า ทีมดูแลสุขภาพเชิงรุกมี มีความต้องการสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($M=3.61$, $SD=0.796$) และรายด้านที่มีระดับสูงคือด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารและการสนับสนุน ($M=3.65$, $SD=0.864$) ส่วนด้านการสร้างแรงจูงใจในการเป็นผู้ดูแล และด้านการเตรียมศักยภาพในการเป็นผู้ดูแล มีความต้องการระดับปานกลาง ($M=3.70$, 3.56 ตามลำดับ; $SD=0.730$, 0.928 ตามลำดับ) ส่วนทีมหุ้นส่วนชุมชน มีความต้องการภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M=3.27$, $SD=0.98$) และรายด้านทั้ง 3 ด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ($M=3.41$, 3.20 , 3.37 ตามลำดับ, $SD=0.93$, 1.01 , 1.02 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 23 ส่วนข้อค้นพบจากการสนทนากลุ่มเฉพาะและการสัมภาษณ์เชิงลึกให้รายละเอียดเกี่ยวกับความต้องการที่สนับสนุนสอดคล้องไปด้วยกัน ดังนี้

2.1 ความต้องการด้านการสร้างแรงจูงใจในการเป็นผู้ดูแล

นอกจากนี้ ความยากในการให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวยังเกี่ยวข้องกับการรับรู้ขอบเขตบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวที่ไม่ชัดเจน ทั้งนี้ทั้งนั้น ภาคีเครือข่ายชุมชนได้เสนอแนวทางในการส่งเสริมความพร้อมของกลุ่มนี้ ดังนี้

2.1.1 การทำความเข้าใจในขอบเขตบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวที่ชัดเจน

ภาคีเครือข่ายชุมชนส่วนใหญ่ ได้แก่ อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข งานทันตกรรม ผู้นำชุมชน มักจะไม่ทราบขอบเขตบทบาทของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ส่วนใหญ่รับรู้ว่าจะช่วยกระตุ้นหรือแนะนำให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง แนะนำญาติผู้ดูแลให้เอาใจใส่ผู้ป่วย เมื่อพบอาการที่ผิดปกติจะรายงานเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพที่รพสต. ไม่ค่อยได้เข้าไปดูแลผู้ป่วยและครอบครัวในเชิงลึกกว่านี้ ดังตัวอย่างเครือข่ายที่เป็นอสม.รายหนึ่งเล่าว่า “เวลาเรามีข้อมูลเราก็เอากลับมาส่งที่ รพสต. ว่าเราเห็นเขาอาการอะไร แต่เราจะไม่ค่อยได้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุ และผู้ป่วยติดเตียง” (FC. N. เหมือน L.28-30)

และดังตัวอย่างการบอกเล่าของเครือข่ายงานด้านทันตกรรม “ก็จะออกไปฉีดยา แนะนำให้กินยาให้ตรงเวลา ดูเรื่องวันที่ฉีดยาให้ตรงวัน เราจะรู้ว่าคนไข้ฉีดยายังไง” (FC. N. เหมือน L.21)

ส่วนผู้นำชุมชน รับรู้ว่ามีบทบาทในด้านการช่วยเหลือสนับสนุนสิ่งของ หรือเงินสนับสนุนในบางครั้ง หรือประสานกันในชุมชนหากพบผู้ป่วยจิตเวชเดินเร่ร่อน โดยใช้กลุ่มเครือข่ายออนไลน์ ถ่ายรูปผู้ป่วยและส่งให้กลุ่มไลน์ว่าเป็นคนในพื้นที่ของตนเองหรือไม่ และประสานงานแจ้งญาติให้มารับตัวผู้ป่วย ดังตัวอย่าง “ถ้ารู้ว่าตรงไหนมีความเดือดร้อนจริงๆ เราก็จะมีพรรคพวกกลุ่มไลน์ให้ไปดูแลให้เงินบ้าง” (FC. N. เหมือน L.41) และดังตัวอย่างที่ผู้นำชุมชนรายหนึ่งอธิบายว่า

“เราประสบพบเจอกันทุกวัน หน่วยงานตำรวจก็ยาก เราก็จะทำแบบว่าถ้าเจอคนไข้จิตเวชเดินมา เราก็จะให้นั่งอยู่ตรงนี้ เราถ่ายรูปโพสต์กัน ก็จะมีการระบุได้ว่าบ้านไหน มันจะติดกันไว ก็หาญาติเจอได้ กระจายช่างกัน หาญาติถูก การมีกลุ่มก็ได้ประโยชน์ในแง่นี้ คือเราก็กู้กันลักษณะนี้” (FC. N. เหมือน L.71-73)

ส่วนเครือข่ายที่เป็นพยาบาลประจำพست. จะมุ่งเน้นการดูแลติดตามความต่อเนื่องของการรับประทานยา และติดตามประเมินอาการและให้ความรู้กับครอบครัว อสม. ในการอยู่ร่วมและในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัว และชุมชน ดังตัวอย่าง:

ในมุมมองพยาบาลนะคะ ก็คือเข้าไปดูแลเขาทำยังไงเพื่อให้เขาอยู่ร่วมกับชุมชนให้ได้ อย่างเช่นถ้าคนไข้มีพฤติกรรมที่ไม่มีปกติ ก็คือดูว่าเขาเกิดขึ้นกับอะไร ขาดยาหรือเปล่า หรือขาดผู้ดูแลหรืออะไร ก็คือทำให้คนไข้สามารถอยู่ร่วมกับชุมชนได้ แล้วก็เข้าไปให้ความรู้กับครอบครัว ให้อยู่ร่วมกับคนไข้ให้สามารถดูแลคนไข้ได้ ส่วนประชาชนที่อยู่ในชุมชนนะคะ อยากรู้ของโรงพยาบาลค่ะ ก็จะมีการอบรมให้ความรู้กับพี่ๆ อสม. ว่าการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยต้องยังไง ให้ความช่วยเหลือเขาอย่างไร ก็เป็นบทบาทประมาณนี้ค่ะ (FC. N. ศรีราชา L. 157-162)

จากการที่ยังไม่เข้าใจในเรื่องขอบข่ายงานในบทบาทอย่างชัดเจนของภาคีเครือข่าย ทำให้เกิดการกระจายงานไม่เหมาะสม มีการกระจุกงานอยู่จุดใดจุดหนึ่งที่ไม่เหมาะสมทั้งในแง่ขอบข่ายงานและศักยภาพของคนที่จะมีมือ ดังที่พยาบาลประจำกองสาธารณสุขอธิบายว่า “คือว่าตอนนี้กลายเป็นงานทุกอย่าง ที่อยู่ในพื้นที่ มันลงหมดเลยคะ ลงที่อสม. อสม. ทักษะก็มีน้อยมากขนาดเราเรายังน้อยเลย แล้วอสมจะยังไม่ค่อยหรือ ในเบื้องต้นเราก็บอกให้ส่งต่อ” (N. ศรีราชา L.117-119)

จากการรับรู้ขอบเขตบทบาทที่ยังไม่ชัดเจน ภาคีเครือข่ายชุมชนจึงมองว่า การจะช่วยให้ภาคีเครือข่ายชุมชนมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมากกว่าที่เป็นอยู่ ต้องเตรียมความรู้ เกี่ยวกับขอบเขตบทบาทที่ชัดเจน ดังตัวอย่างจากอสม. รายหนึ่ง:

“บทบาทที่เราควรจะทำอะไร เราต้องแจ้งแบบไหน ให้เจ้าหน้าที่ ตอนนี่คือเรายังไม่รู้ขอบเขตบทบาทของเราในส่วนของจิตเวช เพราะจิตเวชที่เราไปอบรมยังน้อยอยู่ คือเราเคยไปอบรมหลายครั้ง แต่ลึกๆ ว่าเราจะเข้าไปหาคนไข้จิตเวชอย่างไร อันนี้เรายังไม่ได้เลยนะ เราจะทำยังไง” (FC. N. เหมือง L.48-50)

ในการทำความเข้าใจในบทบาท หมายรวมถึงการเข้าใจในขอบเขตงานในบทบาทของคนอื่นที่เป็นภาคีเครือข่ายชุมชนด้วยกัน และหากมีการทำงานเป็นทีมต้องรู้ว่าตนเองอยู่ในจุดไหน เพื่อให้มีความชัดเจนในแต่ละบริบทจะมีการประสานอย่างไร จะทำให้ทำงานกันได้สะดวกขึ้น ดังตัวอย่างจากพยาบาลรายหนึ่ง:

ยากนะ ก็ไปหาพยาบาลท้องถิ่น ก็บนท้องถื่น มี พม. และมีกองสาธารณสุข ตามระเบียบกฎหมายคือ พม. เองต้องลงมากับเราเพื่อจะทำถ้าเป็นเรื่องคู่กัน...ทั่วไปคือต้องเป็นคนที่มาศึกษาเรียนรู้ ให้พม. เขารู้บทบาทตัวเอง อย่างการประสานงานเป็นหน้าที่ พม. การรักษาส่งโรงพยาบาลหน้าที่กองสาธารณสุข ทุกวันนี้กองสาธารณสุขทำทั้งสองอย่าง (FC. N. ศรีราชา L.600-609)

2.1.2 การลดช่องว่างระหว่างครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชกับชุมชน

ภาคีเครือข่ายชุมชนมีมุมมองต่อการให้การช่วยเหลือหรือดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวว่าไม่ใช่เรื่องง่าย ทั้งนี้เกี่ยวข้องกับ การไม่ยอมรับการเจ็บป่วยที่อาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยเสียการตระหนักรู้ถึงความจริง และการที่ครอบครัวยอมรับความจริงไม่ได้ เนื่องจากรับรู้ว่าคุณอื่นจะรังเกียจผู้ป่วยจิตเวช จึงทำให้ทั้งผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวปิดกั้นการเข้าไปให้การช่วยเหลือ มีช่องว่างระหว่างครอบครัวกับชุมชน ญาติหรือครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชมักจะแยกตัวเองออกไปจากสังคม เนื่องจากยังไม่เข้าใจว่าสังคมหรือชุมชนยังต้องการจะให้การสนับสนุน และสามารถเข้ามามีส่วนร่วมกับกิจกรรมในชุมชนได้ ไม่ทราบสิทธิต่างๆของตนเอง ดังนั้น หากทำความเข้าใจในประเด็นเหล่านี้ก็จะเป็นการลดช่องว่างระหว่างครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชกับชุมชน ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชอาจจะเปิดตัวเองออกมา สู้สังคมมากขึ้น และจะเป็นแรงจูงใจให้กับเครือข่ายชุมชนในกรเข้าไปให้การดูแลได้มากขึ้น ดังตัวอย่างการอธิบายของผู้นำชุมชนรายหนึ่ง:

มันมีช่องว่าง ช่องว่างของความเป็นส่วนตัว กับช่องว่างของส่วนรวม เราต้องลดช่องว่างนี้ลง ให้เขามาร่วมรับรู้รับทราบด้วย ให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมาร่วมรับรู้กับสังคม เมืองยุคใหม่ ให้ทราบว่ามันมีกฎตรงนี้มานะ ว่าเป็นกฎต้องห้าม มีหน่วยนี้ละคอยซ์พอร์ด คือเขาก็ยังยึดติดความเป็นส่วนตัวของเขาอยู่ ลดช่องว่างนี้ลง (FC. N. เหมือง L.100-102)

2.2 ความต้องการด้านการเตรียมศักยภาพในการเป็นผู้ดูแล

2.2.1 การพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสำหรับเครือข่ายชุมชน

ภาคีเครือข่ายชุมชนมองว่า การมีความรู้ความเข้าใจในประเด็นต่อไปนี้ จำเป็นต่อความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว ภาคีเครือข่ายชุมชนเองก็รับรู้ว่าคุณอื่นยังขาดความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเวช และทักษะการเข้าหาผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว โดยเฉพาะการสื่อสาร จึงมองว่าเป็นความยุ่งยากในการทำงานกับครอบครัวและผู้ป่วยจิตเวช ดังคำบอกเล่าของ อสม.รายหนึ่ง “เราก็กลัวเขาเขาก็กลัวเรา อาจจะต้องมีทักษะในการเข้าหา เราก็ไม่ได้มีความเฉพาะทาง ในการคุยตัวเองก็ไม่รู้จะเริ่มคุยยังไงถ้าสตาร์ทเข้าหาไม่ได้เขาก็จะปิดตัวกับเราเลย” (N. ศรีราชา L.93-96)

ก. ความรู้เรื่องโรคทางจิตเวช

สำหรับกลุ่มภาคีเครือข่ายชุมชน แม้แต่พยาบาลวิชาชีพ ยังมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชน้อย ในประเด็นต่างๆได้แก่ สาเหตุการเกิดโรค และทักษะการประเมินอาการของผู้ป่วย การแยกแยะอาการทางจิตเวชเพื่อคัดกรองและตัดสินใจส่งต่อ และการจัดการกับอาการทางจิต เป็นต้น ดังตัวอย่าง:

“หนึ่งเลยคือความรู้ มันต้องรู้ว่าจิตเวชเป็นมายังไง แล้ววิธีการที่จะเข้าไปหาเค้าต้องทำยังไง หนึ่งสองสาม หากเรารู้แล้ววันนี้ไปฝึกเฝ้าสังเกตอย่างเงี้ย หากจิตเวชเป็นเยอะเราก็เอาเจ้าหน้าที่ของเราเงี้ย แล้วเราจะมาส่งต่อยังไงต้องมาคุยกัน” (FC. N. เหมือง L.45-46)

และตั้งตัวอย่างจากพยาบาลวิชาชีพประจำกองงานสาธารณสุขกล่าวถึงการขาดความรู้ และทักษะในการจัดการกับผู้ป่วยที่มีความคิดฆ่าตัวตายในชุมชนว่า “คือตอนนี้ตรงนี้ไม่มีเลยเพราะว่าไม่ได้มี หน้าที่ไม่ได้รู้เท่าไร บอกตรงๆว่าตัวเองก็ไม่มี ทักษะด้านนี้เลยถ้าไปไม่รู้จะเริ่มต้นอย่างไร...แต่ถ้าเรามีความรู้ ทักษะบ้างก็จะดีกว่าจะได้ช่วยกันทันการณ์” (N. เหมือน L.52-52)

ข. ความรู้เกี่ยวกับครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวช

กลุ่มภาคีเครือข่ายชุมชนอธิบายว่า ในการทำงานเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่กับ ครอบครัว ผู้ปฏิบัติงานต้องรู้จักและเข้าใจครอบครัวนั้นๆ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน ไม่ว่าจะเป็นประวัติครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ซึ่งจะต้องค้นหาและเข้าถึง เป็นต้น ดังตัวอย่าง:

เรื่องต่างๆไป เรื่อง พื้นฐานครอบครัวประวัติของผู้ป่วยเราจำเป็นต้องรู้ สิ่งที่เราหา ไม่ได้ใน เรื่องประวัติเราก็ต้องลงไปซักประวัติเป็นเรื่องราวของเขาเอาไว้ ประวัติของผู้ป่วยแล้วต้องไปรู้เรื่องเกี่ยวกับครอบครัว ความรู้ในเรื่องของผู้ป่วยเอง (N. ศรีราชา L.18-22)

2.2.2 การเตรียมความพร้อมด้านความรู้ความเข้าใจผู้ป่วยจิตเวชสำหรับประชาชนในชุมชน

ทั้งกลุ่มผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายชุมชน มีความเห็นว่าสังคมหรือชุมชนควรได้รับการเตรียมความพร้อมโดยให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชให้มีการยอมรับผู้ป่วยจิตเวช โดยกลุ่มผู้ดูแลรับรู้ว่ามีสังคมส่วนใหญ่ยังรังเกียจผู้ป่วยจิตเวช แต่ผู้ป่วยจิตเวชมีสิทธิ์ที่จะได้ใช้ชีวิตร่วมกับคนอื่นในสังคม และจะช่วยให้อาการทางจิตของผู้ป่วยดีขึ้น ดังที่ผู้ดูแลรายหนึ่งกล่าวถึงปัจจัยที่ช่วยช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชมีอาการที่ดีขึ้น:

อันดับแรกคิดถึงสิ่งแวดล้อมคือ เราคิดว่าถ้าเขาอยู่ในชุมชนสิ่งแวดล้อม ที่จะปกติคือ เขาต้องไม่อยู่กับที่บางคนอยู่กับบ้านบางคนก็ไม่อยู่กับบ้านมาควรออกไปข้างนอก แต่สังคมก็จะไม่ชอบ (FC.CG เหมือน L.81-83)

กลุ่มภาคีเครือข่ายชุมชน เล่าประสบการณ์ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชบางรายโดยเฉพาะที่มีอาการก้าวร้าวรุนแรง เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนอาการดีขึ้น จะกลับมาดำเนินชีวิตในชุมชนไม่ได้ เพราะคนในชุมชนกลัว ไม่ต้อนรับ ดังคำบอกเล่าของพยาบาลจิตเวชชุมชนว่า:

มีอาละวาดโวยวาย แลวบ้าน จับคนใช้รักษาพอจับคนใช้รักษาแล้วก็กลับมาอยู่แบบ นี้ พ่อแม่เขาก็เลยเดือดร้อนไปด้วย เจ้าของบ้านเขาไม่ให้อยู่เลยต้องกลับมาอยู่ที่ข้างนอก แล้วคนใช้ก็ถูกส่งไปอยู่โรงพยาบาลที่กรุงเทพฯ ก็ถูกโทรตามให้ไปรับหลายรอบแล้วแต่ว่าญาติก็ไม่ไปรับ เพราะกลัวว่าถ้ากลับมาแล้วมาอยู่ที่บ้านใหม่ก็จะถูกไล่ ออกไปอีกหรือเปล่า (FC. N. ศรีราชา L.514-517)

ผู้ดูแลรายหนึ่งอธิบายว่า การที่สังคมไม่ยอมรับก็ส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างมากด้วยเช่นกัน ดังตัวอย่าง:

ทำยังไงจะมีวิธียังไงให้คนเข้าใจโรคแบบนี้มันก็มีส่วนต่างๆของมัน ใ้หนีหลอนแล้วฆ่า คนก็อีกแบบหนึ่งนะ แต่เขาเห็นข่าวนี้มันเดี๋ยวนี้อยู่ที่เขาเห็นง่ายขึ้นเขาก็คิดว่าใ้หนีจะเป็นแบบนี้ไหม เขาไล่ลูกเราลงจากบ้านเลยเราเห็นเองชัดๆไม่ให้มาเล่นบ้านเลย บ้านติดๆกัน เราและลูกเสียใจมาก

ผู้ดูแลบางคนมีประสบการณ์ที่เลวร้ายอันเกิดจากสังคมรังเกียจญาติที่ป่วยทางจิต ดังที่มารดา รายหนึ่งบอกเล่า

บางคนรู้ว่าลูกเราเป็นเขาก็รังเกียจเหมือนกันลูกเราโดนตีคือเอาอิฐตัวหนอนตีหัว แดงเลยคือลูกเรามีอาการทางสมอง บางครั้งมันยังมีอาการหายช้าเวลาเขาพูดอะไร ลูกเราค่อยๆหายแล้วก็หันไปมองแบบเขาก็มองมาแล้วก็เหมือนตาขวาง เขาก็มองก็ กลายเป็นว่าไอ้ข้างบ้านนะคิดว่ามันถึงกวตืนวะดีเลยละ (FC.CG เหมือง L.477-482)

อย่างไรก็ตาม ทั้งเครือข่ายฯและผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณในสังคมไม่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ ผู้ป่วยจิตเวชที่ตีพอ เนื่องจากไม่มีประสบการณ์ในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยโดยตรง สังคมมองว่าผู้ป่วยจิตเวชมี พฤติกรรมที่เป็นอันตราย จากการรับรู้ดังกล่าว ผู้ดูแลส่วนหนึ่งมองว่า ผู้นำชุมชน หรือบุคคลสำคัญในชุมชนมี อิทธิพลมากในการจะช่วยให้คนในชุมชนเข้าใจและยอมรับผู้ป่วยจิตเวช ดังที่ผู้ดูแลรายหนึ่งอธิบาย “กำลังใจ จากคนรอบข้าง เขาเข้าใจเรานะ คือผู้นำชุมชนก็มีส่วนใช้ไหมคะที่จะช่วยให้คนเข้าใจ” (CG₄ ศรีราชา L.291-292)

2.3 ด้านข้อมูล ข่าวสาร และการสนับสนุน

2.3.1 การพัฒนาระบบการทำงานของภาคีเครือข่ายชุมชน

ทั้งกลุ่มผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายชุมชนมีความต้องการในการพัฒนาระบบการทำงานของภาคี เครือข่ายผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวในชุมชน ในประเด็นต่อไปนี้

1) การมีศูนย์เครือข่ายผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

ผู้ดูแลส่วนใหญ่อธิบายว่า ระหว่างที่ให้การดูแลผู้ป่วยมักจะมีปัญหาเกิดขึ้นไม่ซ้ำกัน หาก มีศูนย์เครือข่ายผู้ดูแลที่มีลักษณะเป็นศูนย์กลางให้การปรึกษา โดยอาจเป็นรูปแบบเครือข่ายออนไลน์ เช่นสร้าง กลุ่มไลน์ ที่จะให้ข้อมูลใหม่ๆ หรือวิธีการดูแลผู้ป่วยที่ตนเองทำแล้วประสบผลสำเร็จคอยรับฟังและเสนอแนะ แนวทางในการรับมือกับปัญหาในการดูแลผู้ป่วยก็จะช่วยให้ผู้ดูแลมีความพร้อมมากขึ้น ดังผู้ดูแลรายหนึ่งกล่าวว่า “คือเข้ามาปรึกษามาพูดคุยกันบางครั้งต่างกันก็ไม่เหมือนกันคนไข้ก็ไม่เหมือนกัน มีปัญหาแบบนี้ก็มา ปรึกษา” (FC.CG เหมือง L. 334-335) และตัวอย่างจากผู้ดูแลอีกรายหนึ่ง “มีอะไรใหม่ๆเข้ามาส่งทางไลน์แต่ ละคนจะได้อ่าน” (FC.CG ศรีราชา L. 339)

ทั้งผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายชุมชน อธิบายความต้องการต่อว่า ในศูนย์เครือข่ายผู้ดูแลดังกล่าว อาจประกอบด้วยผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้วยกัน และทีมสุขภาพเป็นแกนนำ เช่นแพทย์ หรือพยาบาล เพื่อให้ คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแก่ผู้ดูแล และเพื่อพูดคุยดูแลให้กำลังใจผู้ป่วยที่บ้าน ดังผู้ดูแลรายหนึ่ง กล่าวว่า “คือต้องมีที่ปรึกษาคุยกับเขา กับหมอจิตเวช ที่สามารถคุยกับเขาก็ดี ให้จิตใจเขาเพราะเขาไม่ฟัง เรา” (FC.CG ศรีราชา L. 74-77) ผู้ดูแลอีกรายหนึ่งให้ตัวอย่างเสริมว่า “ช่วยให้กำลังใจ อยากรู้ให้เขามีใครสัก

คนที่เชื่อใจ เปิดใจให้คนไข้ของเราคุยด้วย ยอมคุย ยอมฟัง เพราะว่าเขาไม่บอกใครเลย เข้าไปตีสนิท ให้เข้าไปแบบคนธรรมดา มีอะไรคุยกัน เล่นด้วยกัน เขาจะได้เข้าไปได้” (FC.CG ศรีราชา L. 191-192)

นอกจากนี้ กลุ่มภาคีเครือข่ายชุมชนมองว่า ศูนย์เครือข่ายผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ดังกล่าวต้องมีสม.ที่ผ่านการอบรมมาแล้วเพื่อช่วยให้การดูแลเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยจิตเวชและผู้ดูแล ในกรณีภาคีเครือข่ายชุมชนที่เป็นทีมสุขภาพที่เข้าไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวช ผู้ดูแลให้ความเห็นว่า ทีมสุขภาพควรมีทักษะในการเข้าถึงผู้ป่วย เพื่อสร้างความไว้วางใจ ดังที่ผู้ดูแลรายหนึ่งกล่าวว่า “ส่วนหนึ่งถ้าทีมสุขภาพเข้าไปช่วยเหลือ เราอยากให้เป็นทีมสุขภาพที่มีความเข้าใจ มีวิธีการ ที่จะเข้าถึงตัวเด็ก” (CG₆ ศรีราชา L. 211-212)

นอกจากนี้ ทีมสุขภาพที่เข้าไปเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชน ต้องไม่สร้างความรู้สึกแตกต่างจากคนทั่วไป เพราะผู้ป่วยไม่ต้องการให้ใคร หรือคนในชุมชนมองว่าตนเองป่วยทางจิต ดังนั้นการเข้าไปเยี่ยมพูดคุยกับผู้ป่วยไม่ควรอยู่ในเครื่องแบบวิชาชีพ หรือแม้แต่ยานพาหนะก็ไม่ควรเป็นรถโรงพยาบาล ผู้ดูแลรายหนึ่งอธิบายว่า “คืออยากจะให้คนอื่นมาคุย ถ้าแต่งตัวเป็นหมอมานั่งไม่ใช่ เพราะจะทำให้เสียเวลา คิดว่าหมอจะไปเอาใครมาจับเขา” (FC.CG ศรีราชา L. 143-144) และผู้ดูแลอีกรายหนึ่งเล่าว่า “คือแรกรๆเลย คนแถวนั้นเขาจะมองว่าบ้า หมอต้องมาหา เขากลัวคนอื่นมองว่าไม่ปกติ แม่แต่ที่นอกรอบในบ้าน เขาจะบอก ว่าไม่มีใครเข้าใจ คิดว่าเขาบ้า” (FC.CG ศรีราชา L. 74-77)

ผู้ดูแลยังให้ข้อเสนอแนะในเรื่องระยะเวลาในการเข้าเยี่ยมไม่ควรใช้เวลานานเกินไปเพราะผู้ป่วยบางรายอาจจะมีอาการกำเริบหลังจากนั้น ทั้งนี้ ก็ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยแต่ละราย ดังตัวอย่างจากผู้ดูแลรายหนึ่งที่ดูแลพี่ชายที่ปัจจุบันอาการทางจิตดีขึ้นมากแล้วกล่าว “คนของที่บ้านจะเป็น ถ้าเกิดมีแบบพยายามมาหาที่บ้าน เขาก็จะคุยเยอะแล้วก็เป็นแบบพุ่งไปเลย แบบว่า ถ้าเขาอยู่อย่างนี้ เขาก็จะไม่ค่อยเท่าไรชายของได้ด้วย” (FC.CG ศรีราชา L. 151-152)

ส่วนเครือข่ายที่เป็นผู้ดูแลด้วยกัน ก็จะช่วยเหลือแบ่งปันข้อมูลกัน เพราะผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่รู้จักกันแม้จะอยู่ในชุมชนเดียวกัน หากมีการรวมกลุ่มและแบ่งปันแนวทางการดูแลผู้ป่วย หรือการรับฟังปัญหา ก็จะช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกมั่นใจและลดความรู้สึกโดดเดี่ยวในการเผชิญปัญหาจากการดูแล ดังตัวอย่าง

อันนี้ส่วนตัวนะคะคือมันเก็บกดในบางครั้งไม่สามารถพูดหรือทำอะไรได้ในบ้าน เพราะฉะนั้นอยากมีสายด่วนอยากระบายพูดพูดพูด ก็คะแค้นนี้พอ (FC.CG เหมือน L.445-446)

สำหรับกลุ่มภาคีเครือข่ายชุมชนก็มีความเห็นตรงกันว่า หากมีกลุ่มของเครือข่ายผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เช่นมีกลุ่มไลน์ โดยในกลุ่มไลน์จะใช้เฉพาะเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว เพื่อประสานงาน แลกเปลี่ยน หรือปรึกษา กรณีช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวช จะช่วยให้มีความมั่นใจ และความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ดังตัวอย่าง “ถ้าเรามีกลุ่มสม. เช่นกลุ่มไลน์เรามีอยู่ แล้วสื่อสารกันเวลาเราไปเจอ เพื่อจะได้เสนอแนะว่าเราจะทำอะไรต่อ ก็จะดีมาก” (FC. N. เหมือน L.59-60)

2) มีศูนย์ส่งต่อที่รวดเร็ว

ทั้งนี้ เครือข่ายฯ ได้อธิบายว่าปัจจุบันระบบการส่งต่อยังไม่ชัดเจน ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่เข้าใจระบบการส่งต่อ หรือที่ทราบก็ยังไม่ค่อยชัดเจน จึงทำให้เกิดความยุ่งยากทั้งผู้ดูแล และเครือข่ายฯ ในการประสานงานกัน เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินทางจิตเวช ผู้ดูแลหรือผู้ที่เกี่ยวข้องมักใช้วิธีการประสานกับบุคคลบางคน เช่นพยาบาลในชุมชนที่เป็นที่รู้จัก หรือหน่วยงานบางหน่วยงานดังคำอธิบายของผู้ดูแลรายหนึ่ง “เราไม่รู้ไง เราส่งไปศูนย์ดำรงธรรมมาช่วยดู” (FC.CG ศรีราชา L. 403) และดังคำอธิบายของพยาบาลชุมชนรายหนึ่ง:

อีกอย่างคือเรื่องประสาน ต้องรู้ว่าต้องประสานใคร ถามว่าผู้ป่วยต้องรู้ไหม ไม่ต้องที่รู้คือคนที่สามารถจะประสานไปได้ ต้องรู้ว่าเขาจะโทรหาใครได้บ้างเบื้องต้นใน 24 ชั่วโมงนี้เขาสามารถมีคนดูแลเขาได้ตลอด แต่ต้องไปให้ถูกแค่นั้นเอง ตอนที่เราปฏิบัติกันอยู่ไม่มีระบบ แต่คือการเรียนรู้ เทคนิคเดียวกันนี่พอเจอเหตุปุ๊บ คือมีผู้ป่วยจิตเวชกำลังชนเสื้อผ้า หน้าร้านทองไม่รู้จะทำยังไงก็โทรหาเทศบาลว่าเนี่ยมีคนใช้จิตเวชอยู่หน้าร้านเขา เทศบาลก็โทรหาบอกเทศบาลไปดู เทศบาลจะรู้เลยว่าติดต่อใคร คือเบอร์ที่ เทศบาลก็ยิงตรงมาที่นี้เลย (FC.N ศรีราชา L. 356-361)

นอกจากนี้ กรณีที่เจ็บป่วยแล้ว เวลาผู้ป่วยมีอาการกำเริบญาติจะมีความยุ่งยากในการจัดการกับพฤติกรรมโดยเฉพาะหากผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง จึงต้องการให้มีทีมเจ้าหน้าที่หน่วยฉุกเฉินช่วย ดังตัวอย่างจากผู้ดูแลรายหนึ่ง “แต่เขาแรงเยอะมาก บางทีผมก็เอาไม่ไหวเหมือนกันครับ ต้องหลายคนเกือบ 10 กว่าคนที่เขาเอาเขาได้อะครับ เพราะตัวเขาใหญ่ ตัวเขาอ้วนมาก บางทีผมก็จับเขาไม่อยู่ แรงเขาเยอะมาก” (CG₄ ศรีราชา L. 29-30)

กลุ่มเครือข่ายฯ มองจากประสบการณ์ว่า เวลาที่พบผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการทางจิตรุนแรงและต้องส่งต่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การประสานงานมีความยุ่งยาก ซับซ้อนหลายขั้นตอน และผู้ที่เกี่ยวข้องเองก็ไม่มี ความเชี่ยวชาญพอในการเข้าจับตัวผู้ป่วย จึงทำให้เกิดความยุ่งยากและล่าช้า ดังตัวอย่าง:

ถ้ามีศูนย์ส่งต่อที่ง่ายที่สุด และใกล้ที่สุดจะดีมาก เพราะจริงๆ เวลาเวลาคนใช้จิตเวชมีอาการขึ้นมา มันควบคุมยาก แล้วหากมีศูนย์ไหนที่มันใกล้ แล้วเราแจ้งท้องที่ท้องถิ่นอย่างเราไปแจ้งเทศบาล บางทีเค้าก็ไม่ตาม ถ้าเกิดเค้ามาเค้าก็ไม่รู้วิธีการจับว่าจะทำยังไง แต่ถ้ามันใกล้ มาถึงแล้วคุณจะทำเค้าไปยังไง ไปส่งที่ไหน เพราะไปโรงพยาบาลบางทีก็ไม่รับ คือทำยังไงให้มันปัจจุบันทันด่วนทันการ ไม่ให้เสียเวลา (FC. N. เหมือน L.62-65)

และจากตัวอย่างการบอกเล่าของพยาบาลจิตเวชชุมชนเกี่ยวกับการประสานงานเจ้าหน้าที่เพื่อพาผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ที่มีความยุ่งยากซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับกฎหมาย พรบ.สุขภาพจิตแห่งชาติ ดังตัวอย่าง “แต่ก็มีอีกข้อหนึ่งสมมุติบ้านนี้คนไข้มีอาการวิกฤตจะติดต่อไหน ไม่มีใครช่วยเราเราต้องติดต่อเองไปทางไหนเขาก็ไม่รับต้องมีหมาย ต้องแจ้งความเข้าไปทางไหนถึงรับ หมายถึงเราต้องไปแจ้งความว่าคนนี้จะทำร้ายคนอื่น ต้องส่งคนไข้ ที่กรุงเทพ ตรงนี้ไม่มี ” (FC.CG ศรีราชา L. 418-420)

ดังนั้นผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายชุมชน จึงมีความเห็นว่าการมีศูนย์ส่งต่อที่สามารถติดต่อได้โดยตรง มีหน้าที่โดยตรงในการนำตัวผู้ป่วยจิตเวชส่งโรงพยาบาล จะลดความคับข้องใจในความซับซ้อนและ

ล่าช้าในการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และเพื่อความสะดวกรวดเร็วโดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีที่เกิดปัญหากับผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวนอกเวลาราชการ ดังตัวอย่างภาคีเครือข่ายชุมชนรายหนึ่งเล่าถึงประสบการณ์ด้วยความคับข้องใจว่า:

จริงๆ มันมีเคสหนึ่ง เค้าโทรมาบอกว่าไอ้เนี่ยมันมาจะเอายังไง ก็เลยโทรแจ้งเทศบาล พอแจ้งเทศบาลเทศบาลบอกว่า คอยจับตาคุมมันไว้ แต่เค้าเป็นผู้หญิง คนจิตเวชเป็นผู้ชาย จะให้จับตาคูอยู่ได้ยังไง ก็ในเมื่อเค้าแจ้งแล้วน่าจะรีบลงมาเราก็จะสบายใจ นี่บอกให้จับตาคูเอาไว้ มันจะทำอะไรแล้วค่อยโทรมาบอก (FC. N. เหมือน L.92-94)

และดังตัวอย่างจากผู้ดูแลรายหนึ่ง “พอมีเหตุด่วนอยากให้หน่วยงานตรงเลย เข้าไปไม่ต้องผ่านหลายขั้นตอนมันยืดเยื้อ.... มาลือคั่วไปได้เลย บางคนเป็นผู้ชาย ผู้ดูแลเป็นผู้หญิงมันอันตราย ” (FC.CG ศรีราชา L. 435-443)

นอกจากนี้ ผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายชุมชนยังมีความเห็นว่า ทั้งเครือข่ายฯ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช และประชาชนทั่วไปต้องได้รับทราบข้อมูลขั้นตอนการประสานเพื่อส่งต่อกรณีมีผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน โดยต้องทราบรายละเอียดเรื่องเวลาบุคคลที่แน่ชัดตรงกันในการประสาน หรืออาจจะมี Call center คอยประสานงานตามขั้นตอน ดังตัวอย่าง:

ก็คือทำให้ประชาชนทั่วไปรวมถึงเจ้าหน้าที่รู้ว่า สมมุติเราเจอคนไข้คนนึงเนี่ยคะ อาการคุมคลั่งอยู่หรือว่าอะไรก็ตามที่เราเข้ามาดูแล 1.เลยคือเราต้องแจ้งอาจจะไม่ใช่ที่ตัวบุคคล อาจเป็นหน่วยงานที่รับแจ้งเรื่องนี้โดยตรง หลังจากนั้นหน่วยงานนี้ลงไปดู แล้วก็ดูคนไข้ว่ามีอาการต้องส่งโรงพยาบาลไหม หรือมีอาการที่ต้องส่งไปทางไหน ก็คือทำเป็น guideline (FC.N ศรีราชา L. 414-417)

3) เตรียมระบบรองรับผู้ป่วยที่ไม่มีญาติ

ภาคีเครือข่ายชุมชนมีความเห็นว่าควรมีระบบรองรับผู้ป่วยที่ไม่มีญาติ ทั้งนี้ เพราะในปัจจุบันในกรณีที่ไม่มีญาติ หรือญาติไม่ยอมรับผู้ป่วย ผู้ป่วยจิตเวชก็จะถูกปล่อยให้เร่ร่อนไปตามชุมชน ที่อาจเป็นอันตรายทั้งต่อผู้ป่วยเอง และคนในชุมชน ดังตัวอย่าง:

คือญาติทั้งหมดแล้วก็เอามาห้อยไว้ บ้านสงเคราะห์ก็ไม่รับ นี่คือปัญหาที่เราเจอทุกวันนี้ของเจ้าหน้าที่และผู้ดูแล คือไม่มีที่ให้เขาอยู่เพราะญาติเขาไม่เอา ไปโทรตามเจอเบอร์ญาติ ตอบมาว่าอ้อ อ้อ งั้นฝากคุณดูแลไปเลย ติดต่องสงเคราะห์จังหวัดก็เต็ม สุดท้ายถามคนไข้ว่าจะไปลงไหนคะ ... โรงพยาบาลกับตำรวจก็ผลัดกันรับส่ง แบบตำรวจเจอก่อนก็ส่งให้โรงพยาบาล ทางเราเจอก่อนก็ส่งให้ตำรวจ ปัญหาที่เจอหนักๆในชุมชน...เอามาปล่อยที่เรา อาจจะเดินมาที่เราหรือจะมานอนที่สวนสุขภาพ ไปหลบตามซอกหินตึกๆจะออกมา (FC. N. ศรีราชา L.227-233)

นอกจากนี้ ในกรณีที่ญาติยอมรับแต่หากผู้ป่วยกลับออกจากโรงพยาบาลยังมีอาการทางจิต อยู่ แม้ไม่ได้มีอาการรุนแรง ก็อาจสร้างความรำคาญหรือความกลัวให้กับคนในชุมชน ชุมชนไม่ยอมรับ ไม่ต้องการให้อยู่ร่วมในชุมชน ญาติผู้ป่วยเองก็เดือดร้อนใจ ไม่มีทางแก้ปัญหา ดังตัวอย่างจากพยาบาลจิตเวช ชุมชนรายหนึ่ง:

ที่เกิดขึ้นกับคนไข้เราคนหนึ่งคือมีทะเบียนบ้านอยู่เทศบาลเมืองศรีราชา แต่ว่ามี อาละวาดโวยวาย แถวบ้าน จับคนไข้รักษาพอจับคนไข้รักษาแล้วก็กลับมาอยู่แบบนี้ พ่อแม่เขาก็เลยเดือดร้อนไปด้วย เจ้าของบ้านเขาไม่ให้อยู่เลยต้องกลับมาอยู่ที่ข้าง นอก แล้วคนไข้ก็ถูกส่งไปอยู่โรงพยาบาลที่กรุงเทพฯ ก็ถูกโทรตามให้ไปรับหลาย รอบแล้วแต่ญาติก็ไม่ไปรับ เพราะกลัวว่าถ้ากลับมาแล้วมาอยู่ที่บ้านใหม่ก็จะถูกไล่ ออกไปอีกหรือเปล่า เพราะฉะนั้นตอนนี้คนไข้ถูกทิ้งอยู่กรุงเทพฯ แล้วถ้าถามว่า คนไข้คนนี้ไม่จำเป็นต้องอยู่ในระบบของการรักษา คนไข้คนนี้ควรจะไปอยู่ที่ไหน บ้านก็อยู่ไม่ได้โรงพยาบาลก็ไม่ใช่ที่อยู่ของเขา แบบนี้เขาจะไปอยู่ที่ไหนอยากถามว่า ประเทศไทยมีไหมที่ที่ให้คนแบบนี้อยู่ ชุมชนจิตเวช (FC. N. ศรีราชา L.513-520)

กลุ่มภาคีเครือข่ายชุมชนมองว่าต้องเป็นความร่วมมือของทุกภาคส่วน ประสานกันตั้งแต่ระดับ จังหวัดลงมาถึงท้องถิ่นระดับอำเภอ ตำบลและชุมชน ดังตัวอย่าง:

คือถ้าท้องถิ่นไปทำ เราจะได้คือระเบียบของท้องถิ่นนะ ได้แค่วางแผน ระดับนี้มัน ต้องระดับจังหวัดทำ คืออย่างน้อยพร้อมต้องมีพื้นที่ ต้องมีพื้นที่พอสำหรับที่จะรับ คนเข้าไป โรงพยาบาลก็จัดคนดูแลเข้าไป ทางกรมแรงงานก็จัดกลุ่มอาชีพเข้าไป ขายตรงไหนได้เงิน (FC. N. ศรีราชา L.603-605)

ตารางที่ 25 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลความต้องการสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของ ทีมดูแลสุขภาพเชิงรุกและหุ้นส่วนชุมชน รายชื่อ รายด้าน และโดยรวม

ความต้องการ	ทีมดูแลสุขภาพเชิงรุก (n = 103)			หุ้นส่วนชุมชน (n = 97)		
	ค่าเฉลี่ย	SD	แปลผล	ค่าเฉลี่ย	SD	แปลผล
ภาพรวม	3.61	.79	สูง	3.27	0.9	ปานกลาง
ด้านการสร้างแรงจูงใจในการเป็นผู้ดูแล	3.70	.73	ปานกลาง	3.41	0.93	ปานกลาง
1. ความสำคัญของ “ผู้ดูแล”	3.69	.80	สูง	3.46	.96	ปานกลาง
2. ความจำเป็นในการดูแล/ข้อจำกัดของผู้ป่วย	3.67	.79	สูง	3.42	.98	ปานกลาง
3. บทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้ป่วย	3.68	.79	สูง	3.39	1.02	ปานกลาง
ด้านการเตรียมศักยภาพในการเป็นผู้ดูแล	3.56	.928	ปานกลาง	3.20	1.01	ปานกลาง
4. การประเมินศักยภาพการดูแลผู้ป่วย	3.60	.94	ปานกลาง	3.29	1.15	ปานกลาง
5. โรค สาเหตุ และการรักษา	3.56	.99	ปานกลาง	3.25	1.10	ปานกลาง
6. การดูแลผู้ป่วยด้านจิตใจและพฤติกรรม	3.52	1.06	ปานกลาง	3.20	1.17	ปานกลาง
7. การดูแลผู้ป่วยด้านร่างกาย	3.56	1.0	ปานกลาง	3.18	1.22	ปานกลาง
8. การดูแลผู้ป่วยด้านสังคม	3.51	.98	ปานกลาง	3.08	1.16	ปานกลาง
9. การดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณ	3.50	1.02	ปานกลาง	3.18	1.13	ปานกลาง
10. การประเมินภาวะสุขภาพผู้ดูแล	3.50	1.00	ปานกลาง	3.13	1.15	ปานกลาง
11. การประเมินศักยภาพการดูแลผู้ดูแล	3.55	.96	ปานกลาง	3.16	1.17	ปานกลาง
12. การช่วยเหลือผู้ดูแลด้านจิตใจ	3.51	.98	ปานกลาง	3.15	1.20	ปานกลาง
13. การช่วยเหลือผู้ดูแลด้านร่างกาย	3.54	.95	ปานกลาง	3.25	1.14	ปานกลาง
14. การ สนับสนุนผู้ดูแลด้านสังคม	3.55	.95	ปานกลาง	3.33	1.10	ปานกลาง
15. การ สนับสนุนผู้ดูแลด้านจิตวิญญาณ	3.50	.99	ปานกลาง	3.23	1.13	ปานกลาง
ด้านข้อมูลข่าวสาร แหล่งสนับสนุน และ เครือข่าย	3.65	.864	สูง	3.37	1.02	ปานกลาง
16. กฎหมาย สิทธิ ความคุ้มครองต่อผู้ป่วย	3.68	.91	สูง	3.30	1.09	ปานกลาง
17. แหล่งสนับสนุน	3.67	.94	สูง	3.42	1.13	ปานกลาง
18. เครือข่าย (กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน)	3.54	1.08	ปานกลาง	3.40	1.13	ปานกลาง

บทที่ 6: สรุป อภิปราย และให้ข้อเสนอแนะ

สรุป

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) ที่มีแบบแผนการวิจัยแบบผสมผสานคู่ขนานกัน (Concurrent mixed-methods research) ที่ใช้วิธีวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative method) และวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative method) เพื่อให้ได้คำตอบเรื่องความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อม และความต้องการสำหรับการดูแลอย่างต่อเนื่องของญาติผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายชุมชนในเขตชลบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ประกอบด้วย ญาติผู้ดูแล จำนวน 310 คน และภาคีเครือข่ายชุมชน จำนวน 200 คน (ที่มดูและสุขภาพเชิงรุก จำนวน 103 คน และหุ้นส่วนชุมชน จำนวน 97 คน) ซึ่งได้มาจากการสุ่มแบบแบ่งกลุ่มหลายขั้นตอน (multi-stage cluster sampling) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน ตุลาคม 2560 ถึง เดือน มีนาคม พ.ศ. 2562 สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณใช้แบบสัมภาษณ์สำหรับญาติผู้ดูแล ประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลพื้นฐาน 2) แบบประเมินความรุนแรงของโรค 3) แบบประเมินพลังสุขภาพจิต 4) แบบประเมินทัศนคติเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชและการดูแลผู้ป่วยจิตเวช 5) แบบประเมินการรับรู้การดูแล 6) แบบสัมภาษณ์มุมมองเชิงบวกจากการดูแล 7) แบบสัมภาษณ์ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และ 8) แบบสัมภาษณ์ความต้องการสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ส่วนแบบสอบถามสำหรับภาคีเครือข่ายชุมชน ประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลพื้นฐาน 2) แบบประเมินทัศนคติเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชและการดูแลผู้ป่วยจิตเวช 3) แบบสัมภาษณ์ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและญาติผู้ดูแล และ 3) แบบสัมภาษณ์ความต้องการสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและญาติผู้ดูแล สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพใช้แนวคำถามการสนทนาแบบปลายเปิดและแนวคำถามสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (regression analysis) ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) และนำผลการวิจัยเชิงคุณภาพและปริมาณมาสังเคราะห์และตีความร่วมกันในภาพรวมซึ่งมีความสอดคล้องกัน ดังผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการดูแลในชุมชนมีอายุเฉลี่ย 45.96 ปี (SD = 16.19) เป็นเพศชาย (ร้อยละ 57.1) มากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 42.9) ประมาณครึ่งหนึ่งมีสถานภาพโสด (ร้อยละ 55.5) และจบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 49.7) ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 78.4) 2 ใน 3 ของผู้ป่วยจิตเวชมีระยะเวลาการป่วยทางจิตเวชอยู่ในช่วง 10 ปี มากกว่า 1 ใน 3 มีโรคร่วมกับการป่วยทางจิตเวช (ร้อยละ 38.1) ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับการจัดการอย่างต่อเนื่อง (ร้อยละ 85.6) และสามารถควบคุมโรคร่วมได้ (ร้อยละ 78.8) สำหรับความรุนแรงของโรคตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแลพบว่า ส่วนใหญ่มีความรุนแรงของโรคภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 77.7)

2. ภาคีการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนมี 2 ส่วนสำคัญ ประกอบด้วย 1) ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช 2) ภาคีเครือข่ายการดูแลในชุมชน ได้แก่ ทีมดูแลสุขภาพเชิงรุก และทีมหุ้นส่วนชุมชน

2.1 ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เป็นผู้ดูแลไม่ใช่วางหน้าที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน โดยมีอายุเฉลี่ยสูงกว่าผู้ป่วยจิตเวช ($M = 53.24$, $SD = 14.19$) มากกว่า 2 ใน 3 เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70.6) ส่วนมากมีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 61.9) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 52.3) และประกอบอาชีพ (ร้อยละ 61.3) ซึ่งบางส่วนระบุว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเวชส่งผลต่อการประกอบอาชีพ (ร้อยละ 32.1) และส่งผลต่อสถานะทางการเงิน (ร้อยละ 36.8) ญาติผู้ดูแลเกือบครึ่งมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 48.7) ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับการจัดการอย่างต่อเนื่อง (ร้อยละ 83.4) ที่ไม่ได้รับการจัดการอย่างต่อเนื่อง (ร้อยละ 16.6) เนื่องจากไม่มีเวลา คิดว่าไม่จำเป็น/ไม่สำคัญ และมีข้อจำกัดด้านการเงิน แต่สามารถควบคุมโรคร่วมได้ (ร้อยละ 86.8) โดยมีการรับรู้ภาวะสุขภาพภาพรวมในระดับปานกลาง ($M = 6.95$, $SD = 1.12$) ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุรา (ร้อยละ 88.7) และไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 83.2) แต่ขาดการออกกำลังกาย (ร้อยละ 88.4) ตรวจสุขภาพ (ร้อยละ 50.0) และมีปัญหาเรื่องการนอนหลับ (ร้อยละ 35.5) ทั้งนี้ญาติผู้ดูแลมากกว่าครึ่งมีพลังสุขภาพจิตภาพรวมอยู่ในระดับต่ำเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 51.3)

2.2 ภาคีเครือข่ายการดูแลในชุมชน เป็นผู้ดูแลเป็นทางการที่ทำหน้าดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลในชุมชน ดังนี้

1) ทีมดูแลสุขภาพเชิงรุก เป็นบุคลากรทางด้านสุขภาพในระดับตำบล ประกอบด้วย พยาบาลมากที่สุด รองลงมาคือ นักวิชาการสาธารณสุข และเจ้าพนักงานสาธารณสุข ตามลำดับ มีอายุเฉลี่ย 38.69 ปี ($SD = 10.92$) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 84.5) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 71.8) เป็นข้าราชการ/พนักงานของรัฐมากที่สุด (ร้อยละ 75.72)

2) ทีมหุ้นส่วนชุมชน เป็นประชาชนในชุมชนจากทุกภาคส่วนที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) มากที่สุด รองลงมาคือ ผู้นำที่เป็นทางการ (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน นายกองค้กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรรมการชุมชน) ผู้นำที่ไม่เป็นทางการ (พระ อีหม่าม ปราชญ์ชาวบ้าน) และบุคลากรสนับสนุน (นักสังคมสงเคราะห์) มีอายุเฉลี่ย 50.1238.69 ปี ($SD = 13.17$) ซึ่งมากกว่ากลุ่มทีมดูแลสุขภาพชุมชน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 71.1) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 30.9) และประกอบอาชีพเป็นรับจ้างมากที่สุด (ร้อยละ 37.1)

3. บริบทการดูแลผู้ป่วยจิตเวชชุมชน ดังนี้

3.1 บริบทการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยญาติผู้ดูแลพบว่า ญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์เป็นบิดา/มารดาที่ทำหน้าที่ดูแลบุตร และพี่/น้องมากที่สุด (ร้อยละ 37.1) ซึ่งส่วนใหญ่มีเหตุผลของการเป็นผู้ดูแลคือ เป็นหน้าที่ (ร้อยละ 82.3) และรู้สึกยอมรับกับบทบาทผู้ดูแลภาพรวมในระดับปานกลาง ($M = 7.86$, $SD = 1.84$) ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการทำหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วย (ร้อยละ 86.5) แต่ยังได้รับการเตรียมก่อนการดูแลจากโรงพยาบาล (ร้อยละ 82.3) ส่วนมากมีจำนวนชั่วโมงในการดูแลเฉลี่ย 1-6 ชั่วโมง (ร้อยละ 57.4) ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยน้อยกว่า 10 ปี (ร้อยละ 66.1) นอกจากนี้บางส่วนยังต้องดูแลบุคคลในครอบครัวนอกเหนือจากผู้ป่วยจิตเวช (ร้อยละ 21.0) และมากกว่าครึ่งไม่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแล (ร้อยละ 57.4) กิจกรรมการดูแล

ผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแล 5 อันดับแรกคือ 1) กิจกรรมดูแลทางการเงิน-ค่าใช้จ่ายประจำวัน 2) ดูแลให้ได้รับยาและจัดการอาการข้างเคียง 3) ประเมิน ตรวจสอบ และเฝ้าระวังอาการผิดปกติ 4) ดูแลการรับประทานอาหาร และ 5) ดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล

3.2 บริบทการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยทีมดูแลสุขภาพเชิงรุกพบว่า ส่วนมากไม่เคยมีประสบการณ์ในการทำหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วย (ร้อยละ 55.3) และไม่เคยได้รับการอบรมเพื่อการดูแล (ร้อยละ 58.3) ทั้งนี้ ประมาณครึ่งหนึ่งรู้จักคนส่วนใหญ่ในชุมชน (ร้อยละ 49.5) ซึ่งกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและญาติ 5 อันดับแรก ได้แก่ ช่วยเหลือญาติผู้ดูแลสุขภาพด้านจิตใจ ($M=1.99$, $SD=.63$) ให้ข้อมูลข่าวสารที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล ($M=1.89$, $SD=.61$) ประเมินและตรวจสอบอาการผิดปกติของผู้ป่วย ($M=1.86$, $SD=0.63$) ดูแลรักษาผู้ป่วยทางจิต/ให้ยา ($M=1.77$, $SD=0.63$) และดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้านร่างกาย ($M=1.70$, $SD=.59$)

3.3 บริบทการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยทีมห้ส่วนชุมชนพบว่า ส่วนมากไม่เคยมีประสบการณ์ในการทำหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วย (ร้อยละ 63.9) และไม่เคยได้รับการอบรมเพื่อการดูแล (ร้อยละ 70.1) ทั้งนี้ ส่วนมากรู้จักคนส่วนใหญ่ในชุมชน (ร้อยละ 62.9) ซึ่งกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและญาติ 5 อันดับแรก ได้แก่ ช่วยเหลือญาติผู้ดูแลสุขภาพด้านจิตใจ ($M=1.81$, $SD=0.70$) ให้ข้อมูลข่าวสารที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล ($M=1.72$, $SD=0.73$) ช่วยเหลือญาติผู้ดูแลสุขภาพด้านสังคม ($M=1.62$, $SD=0.71$) ช่วยเหลือญาติผู้ดูแลสุขภาพด้านร่างกาย ($M=1.66$, $SD=0.67$) และประเมินภาวะสุขภาพญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ($M=1.52$, $SD=.65$)

4. ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างต่อเนื่องในชุมชน

4.1 ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลพบว่า ญาติผู้ดูแลมีการรับรู้ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชภาพรวม ($M_{adj} = 2.79$, $SD_{adj} = 0.70$) และรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีความพร้อมด้านการตอบสนองความต้องการของตนเองมากที่สุด ($M_{adj} = 2.87$, $SD_{adj} = 0.81$) รองลงมาคือ ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยจิตเวช ($M_{adj} = 2.78$, $SD_{adj} = 0.75$) และด้านข้อมูลข่าวสารและเครือข่ายสนับสนุน ($M_{adj} = 2.71$, $SD_{adj} = 0.83$) ซึ่งตัวแปรที่สัมพันธ์กับผู้ป่วยและการดูแล ($B = .407$, $p < .001$) ปัญหาสุขภาพกายผู้ดูแล ($B = -.237$, $p < .001$) อายุของผู้ดูแล ($B = -.206$, $p < .001$) มุมมองเชิงบวกเกี่ยวกับการดูแล ($B = .153$, $p < .01$) และการได้รับการเตรียมก่อนดูแล ($B = .126$, $p < .01$) สามารถอธิบายความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลภาพรวมได้ร้อยละ 40.2 ($R^2 = .402$, $F = 40.861$, $p < .001$)

4.2 ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของทีดูแลสุขภาพเชิงรุกพบว่า ทีดูแลสุขภาพเชิงรุกมีการรับรู้ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M_{adj} = 3.19$, $SD_{adj} = 0.67$) และรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีความพร้อมด้านการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ดูแลมากที่สุด ($M_{adj} = 3.27$, $SD_{adj} = 0.73$) รองลงมาคือ ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยจิตเวช ($M_{adj} = 3.15$, $SD_{adj} = 0.68$) ซึ่งใกล้เคียงกับด้านข้อมูลข่าวสารและเครือข่ายสนับสนุน ($M_{adj} = 3.14$, $SD_{adj} = 0.81$) ซึ่งตัวแปรที่สัมพันธ์กับผู้ป่วยและการดูแล ($B = .324$, $p < .01$) และการยอมรับบทบาท ($B = .217$, $p < .05$) สามารถอธิบายความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลภาพรวมได้ร้อยละ 21.4 ($R^2 = .214$, $R^2_{adj} = .198$, $F = 13.622$, $p < .001$)

4.3 ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของทีมหุ่นส่วนชุมชนพบว่า ทีมหุ่นส่วนชุมชนมีการรับรู้ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M_{adj} = 3.11$, $SD_{adj} = 0.81$) และรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีความพร้อมด้านการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ดูแลมากที่สุด ($M_{adj} = 3.17$, $SD_{adj} = 0.89$) ซึ่งใกล้เคียงกับด้านข้อมูลข่าวสารและเครือข่ายสนับสนุน ($M_{adj} = 3.16$, $SD_{adj} = 0.93$) ส่วนด้านสุดท้ายคือ ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยจิตเวช ($M_{adj} = 3.01$, $SD_{adj} = 0.81$) ซึ่งตัวแปรที่สัมพันธ์กับผู้ป่วยและการดูแล ($B = .422$, $p < .001$) และการยอมรับบทบาท ($B = .272$, $p < .01$) สามารถอธิบายความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลภาพรวมได้ร้อยละ 36.1 ($R^2 = .361$, $R^2_{adj} = .347$, $F = 26.508$, $p < .001$)

5. ความต้องการสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

5.1 ความต้องการสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลพบว่า ญาติผู้ดูแลมีความต้องการภาพรวม ($M=3.00$, $SD=0.79$) และรายด้านอยู่ในระดับปานกลางได้แก่ด้านการด้านการสร้างแรงจูงใจในการเป็นผู้ดูแล ($M=3.01$, $SD=0.83$) ผู้ดูแลต้องการการเตรียมความพร้อม ($M=3.26$, $SD=0.91$) และด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารและการสนับสนุน ($M=2.84$, $SD=0.99$) โดยข้อค้นพบเชิงลึกในด้านการสร้างแรงจูงใจในการเป็นผู้ดูแลนั้น ผู้ดูแลต้องการการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจของผู้ดูแลและครอบครัวให้พร้อมเผชิญกับอาการทางจิตของผู้ป่วย ครอบครัวเข้าใจและยอมรับผู้ป่วย และต้องการกำลังใจจากคนในครอบครัว ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารและการสนับสนุน ผู้ดูแลต้องการการเตรียมด้านความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเวช ทักษะการดูแลผู้ป่วย และทักษะในการจัดการความเครียดของตนเอง

5.2 ความต้องการสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายชุมชน พบว่า ทีมดูแลสุขภาพเชิงรุกมีความต้องการสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($M=3.61$, $SD=0.796$) และรายด้านที่มีระดับสูงคือด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารและการสนับสนุน ($M=3.65$, $SD=0.864$) ส่วนด้านการสร้างแรงจูงใจในการเป็นผู้ดูแล และด้านการเตรียมศักยภาพในการเป็นผู้ดูแล มีความต้องการระดับปานกลาง ($M=3.70$, 3.56 ตามลำดับ; $SD=0.730$, 0.928 ตามลำดับ) ส่วนทีมหุ่นส่วนชุมชน มีความต้องการภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M=3.27$, $SD=0.98$) และรายด้านทั้ง 3 ด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ($M=3.41$, 3.20 , 3.37 ตามลำดับ, $SD=0.93$, 1.01 , 1.02 ตามลำดับ) โดยข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับความต้องการของทั้งสองกลุ่มนั้นพบว่า ด้านการสร้างแรงจูงใจในการเป็นผู้ดูแลนั้น เครือข่ายชุมชนต้องการเข้าใจในขอบเขตบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ชัดเจน การลดช่องว่างระหว่างครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชกับชุมชน ด้านการเตรียมศักยภาพในการเป็นผู้ดูแล เครือข่ายต้องการด้านความรู้ และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และการรู้จักครอบครัวของผู้ป่วย ส่วนด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารและการสนับสนุน เครือข่ายต้องการให้มีการพัฒนาระบบการทำงานของภาคีเครือข่ายชุมชน โดยให้มีศูนย์เครือข่ายผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน มีศูนย์ส่งต่อที่รวดเร็วและมีระบบรองรับผู้ป่วยที่ไม่มีญาติ

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นงานวิจัยภาคตัดขวางแรกที่มีแบบแผนการวิจัยแบบผสมผสานคู่ขนานกันที่ศึกษาข้อมูลในภาพกว้างและข้อมูลเจาะลึกเกี่ยวกับความพร้อมและความต้องการสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในบริบทของชุมชนไทยอย่างเขตจังหวัดชลบุรี จึงเป็นการศึกษาที่ช่วยเติมเต็มองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช และภาคีเครือข่ายชุมชน ซึ่งผลการวิจัยสามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ได้ดังนี้

1. บริบทการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนจังหวัดชลบุรี

1.1 ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

การศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนเป็นผู้ป่วยเพศชายเป็นส่วนใหญ่ ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น มีสถานภาพโสดมากที่สุด ระยะเวลาการเจ็บป่วยยาวนานกว่า 10 ปี และมีการกลับเป็นซ้ำบ่อยสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่มักพบข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยในลักษณะที่คล้ายกันคือเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ผู้ป่วยจิตเวชจบการศึกษาระดับประถมศึกษา และไม่ได้ประกอบอาชีพเป็นส่วนใหญ่ (สุธีกาญจน์ ไชยลาภ และ อังสนา วิริยโกศล, 2557; ณัฐติกา ชูรัตน์, 2559; ธิดารัตน์ คณิงเพียร, 2556; พิชามณูชัช ปุณโณทก, ธนวรรณ อาชารัฐ, นุชนาด แก้วมาตร, เวทิส ประทุมศรี, 2561; ไพจิตร พุทธอด, 2559) ทั้งนี้ อาจเกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์การเกิดโรคมักพบในวัยรุ่นตอนปลายหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชเป็นอุปสรรคต่อการทำหน้าที่ทางสังคม ไม่ว่าจะเป็นการเรียน การทำงาน และมักจะก่อปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชมีการหย่าร้าง หรือถูกคู่สมรสทอดทิ้งไป หรือ ไม่มีอาชีพ (Phanthunane et al., 2010; Poonnotok, P., Pratoomsri, W., Kaewmart N, Asarath T., 2019) นอกจากนี้ ระยะเวลาการเจ็บป่วยยาวนาน และการกลับเป็นซ้ำ สะท้อนถึงความเรื้อรังของโรค และการเป็นภาระที่ยาวนานสำหรับผู้ดูแล ซึ่งสอดคล้องกับข้อสรุปสากลที่ผ่านม่ว่าโรคจิตเวชเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง การกลับเป็นซ้ำแต่ละครั้งจะส่งผลให้เกิดความเสื่อมถอยของการรู้คิด (cognitive function) และเป็นโรครที่เป็นภาระต่อทั้งในมิติครอบครัว สังคม และประเทศชาติ ที่ต้องการการดูแลที่ไม่สิ้นสุด (APA, 2016; Phanthunane et al., 2010; Poonnotok, Thampanichawat, Patoomwan & Sangon, 2016)

นอกจากนี้ ผู้ดูแลรู้ต่อความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยอยู่ในระดับต่ำ อาจเป็นไปได้ว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่คืออยู่ในช่วง 6-10 ปี และรวมแล้วในภาพรวมคือเลยช่วงระยะแรกของการเจ็บป่วย ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าช่วงแรกของการเจ็บป่วยผู้ดูแลจะยังไม่คุ้นเคยกับบทบาท และมีความยุ่งยากในการดูแลและจัดการกับอาการทางจิต ประกอบกับอาการทางจิตของผู้ป่วยในระยะแรก คือ 1-5 ปี จะเป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงขึ้นลงบ่อยมาก มีการกลับเป็นซ้ำบ่อย เมื่อเลยช่วงนี้ไปแล้ว ผู้ดูแลจะเริ่มมีประสบการณ์ และเริ่มมีวิธีการในการดูแลและจัดการกับอาการทางจิต รับรู้ถึงความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยได้มากขึ้น (Poonnotok, 2015; Poonnotok, Thampanichawat, Patoomwan, & Sangon, 2016) จึงอาจเป็นสาเหตุให้ผู้ดูแลในการศึกษานี้รับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับต่ำ

1.2 ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

บริบทการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน การศึกษานี้พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นมารดา รับรู้วาทบทนาการดูแลผู้ป่วยเป็นหน้าที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ระยะเวลาการดูแลมากกว่า 10 ปี

ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่เป็นบิดามารดา และมีมารดาเป็นผู้ดูแลหลัก (ณัฐติกา ชูรัตน์, 2559; ธิดารัตน์ คณิงเพียร, 2556; พิชามณูชัช ปุณโณทก และคณะ, 2561; ไพจิตร พุทธอด, 2559; ไพบูลย์ ดลเฉลิมยุทธนาและประนอม วรณกุล, 2557; ทิพย์ภา เชษฐเชาวลิต และคณะ, 2560; สุนทรีภรณ์ ทองไสย; 2558) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยมักเจ็บป่วยในช่วงวัยรุ่นตอนปลายและวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่ผู้ป่วยยังอยู่ในการดูแลของบิดามารดา และความเป็นบิดามารดาเองจะมีความรู้สึกว่าเป็นหน้าที่ของตนที่ต้องรับผิดชอบดูแลบุตรเมื่อเจ็บป่วยแม้ว่าจะอยู่ในวัยใดก็ตาม เป็นความรัก ความผูกพันทางอารมณ์และทางสังคม ความรู้สึกเช่นนี้เป็นปัจจัยเงื่อนไขให้ผู้ดูแลยังคงสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างยาวนาน (ภาวดี เหมานนท์, สกล วรเจริญศรี, มณฑิรา จารุเพ็ง, และสุวิมล กฤษศยาสา, 2560; Poonnotok, 2015) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิง ที่การศึกษานี้พบว่าเป็นกลุ่มใหญ่ของผู้ดูแล ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมไทยที่คาดหวังว่าเพศหญิงควรเป็นผู้ดูแล (Rungreanhukulij & Chesla, 2001; Subgranon & Lund, 2000)

อย่างไรก็ตามจากผลการศึกษารั้งนี้ ผู้ดูแลยอมรับในบทบาทการเป็นผู้ดูแลในระดับกลางสะท้อนว่าผู้ดูแลอาจไม่มีความพร้อมเต็มที่ในการทำบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน แต่มีความจำเป็นที่ต้องรับบทบาทนี้ ดังที่ผลการศึกษาแสดงว่าผู้ดูแลมองว่าเป็นบทบาทที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งอาจส่งผลเกี่ยวข้องกับ ความผูกพันทางอารมณ์ และทางสังคมที่ต้องทำตามบทบาทหน้าที่ เช่น บิดามารดาต้องดูแลบุตร พี่น้องต้องดูแลกัน เป็นต้น (ภาวดี เหมานนท์ และคณะ, 2560) และผู้ดูแลเหล่านี้ส่วนใหญ่ ไม่เคยมีประสบการณ์ในการทำหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วย และยังไม่ได้รับการเตรียมจากสถานบริการสุขภาพจากโรงพยาบาล และข้อมูลเกี่ยวกับข้อจำกัดในการดูแลพบว่าความรู้ไม่เพียงพอสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็นปัจจัยข้อจำกัดในการ

นอกจากนี้ บริบทเกี่ยวกับการดูแลในด้านผู้ดูแลพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในวัยกลางคน มีภาระความรับผิดชอบอื่นๆ และประกอบอาชีพ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชส่งผลต่อการประกอบอาชีพ สถานะทางการเงิน ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว รับรู้ว่าคุณภาพไม่แข็งแรง และมีปัญหาการนอนหลับมากที่สุด

ขาดเครือข่าย/แหล่งประโยชน์สนับสนุนการดูแล และปัญหาสุขภาพจิต/อารมณ์ของญาติผู้ดูแล ดูแลยิ่งไปกว่านั้น ผู้ดูแลในการศึกษานี้ มากกว่าครึ่งมีพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆที่ผ่านมาที่สนับสนุนว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเวชซึ่งเป็นระยะเวลายาวนาน ส่งผลต่อชีวิตของผู้ดูแลในทุกมิติ ไม่ว่าจะเป็น ด้านการเงิน การทำงานอาชีพ เนื่องจากผู้ดูแลต้องแบ่งเวลามาดูแลผู้ป่วย ด้านสุขภาพกาย พบว่ามีการเจ็บป่วยทางกายมากขึ้น คุณภาพชีวิตแย่ลง ด้านสุขภาพจิตผู้ดูแลมักมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษา ค่าใช้จ่าย ชีวิตในอนาคตของผู้ป่วย และมีภาวะซึมเศร้า (Poonnotok, Thampanichawat, Patoomwan, & Sangon, 2016; Velligan, Brain, Duvold, & Agid, 2019; Zhou, et al., 2016) และ โดยเฉพาะผู้ดูแลที่อยู่ในวัยกลางคนเหมือนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ หลายคนมีบทบาทในการเป็นผู้ดูแลบุคคลอื่นในครอบครัวด้วย เช่น บิดามารดาที่สูงวัย และดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยแล้วยังทำให้รับรู้ถึงผลกระทบต่อชีวิตและความรู้สึกเป็นภาระมา และนับเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการมีสุขภาพเปราะบาง

หรือเจ็บป่วย และที่เจ็บป่วยอยู่ก็อาจจะทำให้อาการรุนแรงขึ้น (Velligan, Brain, Duvold, & Agid, 2019; Zhou, et al., 2016)

1.3 เครือข่ายชุมชน

ตามที่ได้ศึกษานี้ได้แบ่งเครือข่ายชุมชนออกเป็นทีมสุขภาพเชิงรุก และทีมเครือข่ายหุ้นส่วนชุมชนนั้น เครือข่ายทีมสุขภาพเชิงรุกที่เป็นกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข และเจ้าพนักงานสาธารณสุข พยาบาลคือกลุ่มที่มีจำนวนมากที่สุด ส่วนเครือข่ายที่เป็นหุ้นส่วนชุมชนมีอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นกลุ่มใหญ่ ทั้งสองกลุ่มยอมรับในบทบาทการเป็นผู้ดูแลในระดับกลาง ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการทำหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วย และเกินกว่าครึ่งไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมจากสถานบริการสุขภาพจากโรงพยาบาล จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มเครือข่ายชุมชน แม้จะเป็นทีมสุขภาพเชิงรุกเช่นพยาบาลซึ่งทำงานประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีหน้าที่โดยตรงในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนก็ตาม ก็ยังไม่ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมาก่อน ส่วนมากจะเป็นพยาบาลทั่วไป ที่ไม่ได้เรียนสาขาเฉพาะทางจิตเวช และยังไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมเพื่อการดูแลผู้ป่วย และจากสถิติทะเบียนรายชื่อผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต ประจำปีงบประมาณ 2559 ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี (2559) แทบจะไม่มีบุคลากรที่ผ่านการอบรมหรือมีการศึกษาเฉพาะทางจิตเวช ซึ่งย่อมจะส่งผลต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่พบว่ากลุ่มเครือข่ายชุมชนยังมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคจิตเวชน้อย ขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย และสอดคล้องกับข้อมูลต่อมาในเรื่องกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและญาติที่บ้าน ที่พบว่าส่วนใหญ่จะให้การดูแลช่วยเหลือด้านจิตใจแก่ญาติผู้ดูแลเป็นส่วนใหญ่ การดูแลประเมินอาการผู้ป่วยยังมีน้อยมาก นอกจากนี้ ภาพบริบทการดูแลของเครือข่ายชุมชน ยังสอดคล้องกับพื้นที่อื่นของประเทศไทย ที่มักจะพบว่าระบบบริการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนยังไม่ค่อยมีการกำหนดมาตรฐานการดูแลที่เป็นรูปธรรม ขาดความเชื่อมโยง และขาดระบบการติดตามต่อเนื่อง ผู้ป่วยเข้าไม่ถึงบริการด้านจิตเวช การดูแลส่วนใหญ่คือการติดตามตามอาการและการรับประทานยา ซึ่งส่งผลกระทบต่อความเสื่อมถอยทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย กระทบต่อความปลอดภัยในการดำเนินชีวิตในสังคม (จงรักษ์ ใจจันทร์, สุภาวดี จันทรอินทร์, จันทรเพ็ญ คำอ่อน, เสด็จ ทะลือ, ศิริพร กุณา, เอกรินทร์ โนจิตร, 2562; ไพบูลย์ ดลเฉลิมยุทธนา, 2557; เสาวนีย์ เข็มพุดชา, 2561)

1.4 ทักษะคติ มุมมองต่อผู้ป่วยจิตเวชของผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายชุมชน

จากผลการศึกษาเรื่องมุมมองต่อผู้ป่วยจิตเวชและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของผู้ดูแลและเครือข่ายชุมชน ที่พบว่ามีความหลากหลายทั้งมุมมองเชิงบวกและเชิงลบ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณ ที่พบว่าญาติผู้ดูแลหุ้นส่วนชุมชน มีทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเวชและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในระดับปานกลาง ส่วนทีมสุขภาพเชิงรุก มีในระดับสูง และมีการยอมรับในบทบาทของตนเองในระดับปานกลางทุกกลุ่ม ผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายชุมชนมีมุมมองว่าผู้ป่วยจิตเวชเป็นบุคคลที่น่ากลัว เป็นภาระ น่าสงสารและควรได้รับการช่วยเหลือ ซึ่งมีความหลากหลายตามระยะเวลาการเจ็บป่วยและระดับความรุนแรงของผู้ป่วย เป็นมุมมอง โดยในผู้ดูแลเองมักจะมีมุมมองทางลบหากระดับความรุนแรงของอาการทางจิตมากเพราะต้องรับมือกับการทางจิตเหล่านั้น โดยเฉพาะในระยะแรกของการเจ็บป่วยที่ผู้ดูแลและยังไม่มีความพร้อมในการดูแลเนื่องจากยังขาดประสบการณ์ในการดูแล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่บ่งชี้ว่าผู้ดูแลจะค่อยๆเกิดการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตาม

ระยะเวลาการดูแลที่ยาวนานขึ้น (Poonnotok , Thampanichawat, Patoomwan & Sangon, 2016) ส่วนมุมมองของภาคีเครือข่ายชุมชน ก็มีความสอดคล้องกันคือขึ้นอยู่กับระยะเวลาการดูแลและประสบการณ์ของการที่ได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว และสอดคล้องกับการศึกษาของจตุเดือน ชินเจริญทรัพย์ สุภาวดี ดิสโร และ อานนท์ วิทยานนท์ (2557) ที่ศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติของนักศึกษาแพทย์ต่อผู้ป่วยจิตเวช โดยนักศึกษาแพทย์ที่ยังไม่ได้เข้าไปดูแลผู้ป่วยจิตเวช จะมีทัศนคติด้านลบ คือมีความกลัว และรู้สึกว่าคุณผู้ป่วยจิตเวชเข้าถึงยาก

อย่างไรก็ตามทั้งกลุ่มผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายชุมชน แม้จะมีมุมมองว่าผู้ป่วยจิตเวชเป็นบุคคลที่น่ากลัว เป็นภาระ แต่ก็ยังมีอีกมุมมองที่เป็นด้านบวกว่าผู้ป่วยจิตเวชเป็นบุคคลที่น่าสงสารและควรได้รับการช่วยเหลือ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในกลุ่มประชาชน แก่นนำในชุมชน และบุคลากรทางสุขภาพที่ให้ความหมายเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชว่าเป็นผู้ที่น่าเห็นใจเพราะมีความเครียด เป็นผู้ที่ต้องการพึ่งพา เป็นผู้ด้อยโอกาสที่หลายคนขาดผู้ดูแลและขาดการช่วยเหลือต่างๆ ขาดสิทธิและโอกาสจากการตีตราว่าเป็นผู้ที่ไร้ศักยภาพ ไม่มีความน่าเชื่อถือ จากการที่มีอาการทางจิต จึงควรได้รับการใส่ใจดูแล (ศรินรัตน์ จันทพิมพ์ และชนิษฐา นันทบุตร, 2561) นอกจากนี้ ผู้ดูแลยังมีมุมมองเชิงบวกจากการดูแลอยู่ในระดับมาก ซึ่งหมายถึงว่าเมื่อผู้ดูแลใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยผ่านไปช่วงหนึ่ง จะทำให้มีมุมมองเชิงบวกจากการดูแลขึ้นได้ ผู้ดูแลในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่ดูแลผู้ป่วยมากกว่า 5 ปี ซึ่งเลยช่วงระยะแรกที่วิกฤติ ดังที่พบจากผลการศึกษาเชิงปริมาณที่ผู้ดูแลรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยอยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตน้อยลง สามารถควบคุมได้ ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือผู้ดูแลและครอบครัวได้มากขึ้นตามศักยภาพของตน และจะทำให้ผู้ดูแลเริ่มเห็นมุมมองเชิงบวกในการดูแลผู้ป่วย จะปรับตัวและยอมรับว่าผู้ป่วยจะเป็นปกติในแบบใหม่ที่ไม่ใช่เหมือนเดิม และเมื่อนั้นก็จะเห็นด้านที่ดีของการดูแล และของบทบาทผู้ดูแล เกิดมีความหวังมากขึ้นในชีวิต (Poonnotok, et al., 2016)

การที่ผู้ดูแลและเครือข่ายชุมชนมีมุมมองทางบวกต่อผู้ป่วยจิตเวช สะท้อนถึงความหวังและความเป็นไปได้ในการพัฒนาความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้ดีขึ้น ทั้งนี้มุมมองเหล่านี้อาจจะมีปัจจัยด้านระบบสังคมวัฒนธรรมไทยและศาสนาเข้ามาเกี่ยวข้องในการกำหนดความเชื่อ การให้ความหมายต่อการเจ็บป่วย ทั้งนี้เนื่องจากระบบวัฒนธรรมไทยที่มีความเกื้อกูล เอื้ออาทร และการยึดหลักศาสนาที่มุ่งเน้นการทำ ความดี (ศรินรัตน์ จันทพิมพ์ และชนิษฐา, 2561; Poonnotok , Thampanichawat, Patoomwan & Sangon, 2016) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ดูแลในการศึกษาครั้งนี้ ล้วนเป็นผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด ซึ่งมีผลต่อความรู้สึกประทับใจ ความหวังใย ดังในการศึกษาที่ผ่านมาที่ศึกษาประสบการณ์ของบิดามารดาไทยที่ดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทระยะแรกที่พบว่า แม้บิดามารดาจะต้องเผชิญความยุ่งยากอย่างไรในการจัดการกับอาการทางจิตและผลกระทบจากการเจ็บป่วยทางจิตของบุตร ปัจจัยที่ทำให้สามารถยังคงดูแลได้ในระยะเวลาที่ยาวนานคือความรู้สึกประทับใจ ความรัก ความสงสาร ความหวังใย Poonnotok et al., 2016; Tungpunkom, Napa, Srikhachin, Chaniang, 2013)

นอกจากนี้ ภาคีเครือข่ายชุมชนมองว่า ภาคประชาชนเองก็เป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ปัจจุบันคนในสังคมยังไม่ยอมรับผู้ป่วยจิตเวช ยังมีความรังเกียจอันเกิดจากความกลัว ความไม่เข้าใจในอาการของโรค ผู้ป่วยจิตเวชจึงไม่ได้รับการสนับสนุนหรือการพัฒนาความสามารถในการอยู่ร่วมกับ

ผู้อื่นในสังคมเท่าที่ควรจะเป็น ภาคีเครือข่ายจึงเห็นว่าการเตรียมความพร้อมของสังคมให้เกิดความเข้าใจ ยอมรับผู้ป่วยจิตเวช จึงเป็นสิ่งจำเป็น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว จะไม่เปิดรับการช่วยเหลือ เพราะรับรู้ว่าจะสังคมไม่ยอมรับ หรือรังเกียจตน (กาญจนา เหวรัตน์, วิภาวี เผ่า กันทรากร, และ สุชาติา หุณฑสาร, 2555)

2. ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายชุมชน จังหวัดชลบุรี

การศึกษาทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพสะท้อนภาพความพร้อมของญาติผู้ดูแล ทีมดูแล สุขภาพเชิงรุก และทีมหุ้นส่วนชุมชนว่ามีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชระดับหนึ่งแต่ยังไม่มาก ดังคะแนน ความพร้อมในการดูแลภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง แต่ค่อนข้างมาทางระดับต่ำ

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ผู้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนของจังหวัดชลบุรีนั้นรับรู้ หรือรู้สึกต่อตนเองว่า มีความสามารถในการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อเนื่องในชุมชนเพื่อ ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยจิตเวช ตอบสนองความต้องการของตัวญาติผู้ดูแล และแหล่งประโยชน์ ข้อมูลข่าวสาร และเครือข่ายสนับสนุนในระดับหนึ่งแต่ยังไม่มั่นใจในระดับมาก โดยประเด็นความพร้อมในเรื่อง ของความรู้เรื่องโรคทางจิตเวช อาการ และการรักษา ความพร้อมในเรื่องข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับกฎหมาย สิทธิ คู่คุ้มครอง และความพร้อมในเรื่องข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการทำบทบาทหน้าที่ผู้ดูแลทั้ง 3 กลุ่มมีคะแนนต่ำที่สุด เมื่อเทียบกับความพร้อมเรื่องอื่น โดยเฉพาะการรับรู้ของญาติผู้ดูแลที่ให้คะแนนในระดับต่ำ ในขณะที่ความ พร้อมที่ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่ามี ความสามารถในการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอันดับต้น ๆ ในทุกกลุ่มคือ ความพร้อมด้านการให้ผู้ป่วยได้รับประทานยา การดูแลสุขอนามัย และดูแลด้านร่างกาย

จากผลการศึกษาสามารถอธิบายได้ว่า โรคทางจิตเวชเป็นโรคเรื้อรังมีความเฉพาะที่แตกต่างจากโรค ทางกายในแง่ของอาการ อาการแสดง และวิธีการดูแล ตลอดจนข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับกฎหมาย สิทธิ และ คู่คุ้มครองที่พึงมี ทำให้ผู้ให้การดูแลส่วนใหญ่ขาดความพร้อม จึงเน้นไปที่การดูแลด้านร่างกายเป็นหลัก นอกจากนี้ การทำบทบาทหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวทยังมีกิจกรรมซับซ้อนจึงทำให้ความพร้อมในเรื่องการรับรู้ บทบาทน้อยลงไปด้วย ดังข้อมูลที่ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่รับรู้บทบาทการเป็นผู้ดูแลเพราะหน้าที่หน้าที่ (ร้อยละ 82.3) และบางคนไม่มีทางเลือกในการรับบทบาท (ร้อยละ 6.1) อีกทั้งจำนวนมากที่ยังไม่มีประสบการณ์การ ดูแลผู้ป่วยจิตเวช (ร้อยละ 86.5) สอดคล้องกับทีมดูแลสุขภาพเชิงรุก และทีมหุ้นส่วนชุมชนที่ไม่มีประสบการณ์ (ร้อยละ 55.3 และ ร้อยละ 63.9 ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจรูญ เทียนสันต์ (2561) ที่พบว่า ครอบครัวและชุมชนไม่มีความพร้อมในการรับผู้ป่วยจิตเวชไปดูแลต่อเนื่อง

เมื่อพิจารณาความพร้อมของแต่ละกลุ่มพบว่า กลุ่มทีมดูแลสุขภาพเชิงรุกมีคะแนนความพร้อมปรับ ฐานสูงที่สุด รองลงมาคือ กลุ่มหุ้นส่วนชุมชน และกลุ่มญาติผู้ดูแล ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความแตกต่างกันใน การได้รับการเตรียมความพร้อม หรืออบรมก่อนหรือระหว่างทำหน้าที่ (ร้อยละ 41.7 ร้อยละ 32.12 และ ร้อย ละ 17.7 ตามลำดับ) ซึ่งจะก่อให้เกิดกั่วงลกับการดูแล เกรงว่าจะดูแลไม่ได้ และยากจะเผชิญกับสถานการณ์การ ดูแลผู้ป่วยจิตเวช (อนันต์ตรี สมิตินราเศรษฐ์, 2560)

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายชุมชน จังหวัดชลบุรี

ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแล ผลการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับผู้ป่วยและการดูแล ปัญหาสุขภาพกายของผู้ดูแล อายุของผู้ดูแล มุมมองเชิงบวกเกี่ยวกับการดูแล และการได้รับการเตรียมก่อนดูแลสามารถอธิบายความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลภาพรวมได้ร้อยละ 40.2 ($R^2 = .402$, $F = 40.861$, $p < .001$) ซึ่งสอดคล้องกับกับความพร้อมในแต่ละด้าน แสดงให้เห็นว่า ปัจจัยเหล่านี้เป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะช่วยชี้แนะให้ญาติผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้ สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของเมลิส (Meleis, 2010) ที่กล่าวไว้ว่า เงื่อนไขที่ทำให้บุคคลสามารถเปลี่ยนผ่านตามสถานการณ์และปฏิบัติบทบาทได้ คือ คุณลักษณะส่วนบุคคล มุมมองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ทักษะติดต่อดจนการได้รับการเตรียมความพร้อมและความรู้ ซึ่งเป็นกลวิธีที่สามารถจะจัดการกับการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้นให้ดำเนินไปได้ด้วยดี

ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ทักษะเป็นปัจจัยพื้นฐานภายในตัวบุคคลที่เป็นความรู้สึกหรือความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดหรือหลายสิ่ง (Meleis, 2010) สิ่งนี้กระตุ้นหรือชี้แนะให้บุคคลมีแนวโน้มเกิดเผชิญกับการทำบทบาททั้งทางบวกและลบ ทักษะของญาติผู้ดูแลจึงเป็นปัจจัยเอื้อหรือขัดขวางให้บุคคลเกิดความพร้อมในการดูแล การมีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับบุคคลที่มีการป่วยทางจิตเวช เช่น ไม่กลัว ไม่รังเกียจ และคิดว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ทำได้ ไม่อันตราย ต้องช่วยเหลือกัน ก็จะมีแนวโน้มที่จะพร้อมตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย พร้อมที่จะตอบสนองความต้องการของตนเอง และแสวงหาแหล่งสนับสนุน ข้อมูลข่าวสารจนเกิดความพร้อมในการดูแล ในส่วนของภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยที่สะท้อนถึงความพร้อมของร่างกายในขณะที่ทำกิจกรรม หากบุคคลมีภาวะสุขภาพที่ดีก็จะมีแรงจูงใจในการทำหน้าที่ ในทางกลับกันหากมีปัญหาสุขภาพก็จะเปรียบเสมือนอุปสรรคในการทำบทบาท สำหรับญาติผู้ดูแลที่มีปัญหาสุขภาพก็จะวิตกเกี่ยวกับปัญหาตนเองขาดแรงจูงใจในการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลซึ่งจะนำไปให้ญาติผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลน้อยลง

อายุเป็นปัจจัยพื้นฐานของบุคคลที่บ่งบอกถึงพลังกำลังในการจัดการปัญหา บุคคลที่อายุมากขึ้นย่อมมีความเสื่อมถอยของร่างกายซึ่งอาจจะส่งผลต่อการรับรู้ถึงความพร้อมในการปฏิบัติกิจกรรม การศึกษานี้พบว่า ญาติผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเวช ประกอบกับยังเป็นบิดา/มารดาของผู้ป่วยมากที่สุดซึ่งต่างจากผู้ป่วยทางกายอื่น เช่น คนพิการทางการเคลื่อนไหวที่มีอายุน้อยกว่าและเป็นบุตรของผู้รับการดูแล (Lawang, 2015) ญาติผู้ดูแลกลุ่มนี้จึงอาจมีร่างกายที่อ่อนล้าและขาดแรงในการเตรียมตนเอง ส่งผลให้มีความพร้อมในการทำบทบาทน้อยลง

มุมมองเชิงบวกเกี่ยวกับการดูแลเป็นปัจจัยสำคัญของบุคคลในการให้ความหมายสิ่งใดสิ่งหนึ่ง (วรรณรัตน์ ลาวัง และรัชณี สรรเสริญ, 2559) หากญาติผู้ดูแลมองว่า บทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยนั้นไม่ได้เป็นปัญหา หรือเป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิต ข้าบางส่วนยังรับรู้ประโยชน์จากการทำหน้าที่ มองว่าช่วยทำให้ตนเองมีศักยภาพ หรือได้รับการยอมรับมากขึ้นก็จะมีแรงในการเตรียมตนเอง ส่งผลให้มีความพร้อมในการทำบทบาทเพิ่มขึ้น การได้รับการเตรียมก่อนดูแลเป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลที่สำคัญเพราะช่วยพัฒนาศักยภาพของบุคคลทำให้บุคคลเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ซึ่งหากผู้ดูแลได้รับการเตรียมก่อนการทำบทบาท หรือ

ได้รับการอบรมขณะดำเนินบทบาทจะทำให้เข้าใจในสถานการณ์ มีทักษะ และพร้อมในการดูแลผู้ป่วย ถึงแม้จะเป็นผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อนอย่างผู้ป่วยจิตเวช ประกอบกับการได้รับการอบรมจะทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดเครือข่ายที่บุคลากรทางสุขภาพ และเพื่อผู้ดูแลด้วยกัน จึงยิ่งเพิ่มความพร้อมในด้านแหล่งสนับสนุนการดูแล

ทัศนคติเกี่ยวกับผู้ป่วยและการดูแล และการยอมรับบทบาทสามารถอธิบายความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลภาพรวมได้ร้อยละ 21.4 ($R^2 = .214$, $F = 13.622$, $p < .001$) ซึ่งเหมือนกับทีมหุ่นส่วนชุมชนที่ทัศนคติเกี่ยวกับผู้ป่วยและการดูแล และการยอมรับบทบาท สามารถอธิบายความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของทีมหุ่นส่วนชุมชนภาพรวมได้ร้อยละ 36.1 ($R^2 = .361$, $R^2_{adj} = .347$, $F = 26.508$, $p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษา สิริกร สุวัชฌ์ฐา (2559) ที่พบว่าทัศนคติการยอมรับของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชมีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการดูแลด้านการสื่อสารที่ผู้ดูแลจะมีการฟังอย่างเข้าใจและมีประสิทธิภาพ การสื่อสารความรู้สึกนึกคิดของตนเอง การให้ความสนใจปัญหา และการสื่อสารความรู้สึกและร่วมกันแก้ปัญหา ซึ่งสะท้อนถึงความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ ทัศนคติ การยอมรับของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวช และการรับรู้ต่อลักษณะของผู้ป่วยจิตเวช จะมีผลต่อท่าทีการดูแล หากผู้ดูแลมีท่าทีการแสดงออกต่อผู้ป่วยทางลบ จะกระทบต่ออาการทางจิตของผู้ป่วย (พรารวี ดิกกล้า, 2552)

4. ความต้องการสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายชุมชนเขตจังหวัดชลบุรี

4.1 ความต้องการสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนของผู้ดูแล

จากผลการวิจัยที่พบว่าผู้ดูแลมีความต้องการสำหรับการดูแลทั้งภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีระยะเวลาการดูแลมากกว่า 10 ปี ผ่านประสบการณ์การเรียนรู้แบบลองผิดลองถูกมามาก จนพอที่จะดูแลระดับประคองอาการทางจิตของผู้ป่วยและชีวิตตนเองในบทบาทผู้ดูแลได้ ดังการศึกษาที่ผ่านมาที่สนับสนุนว่า ผู้ดูแลจะปรับตัวในบทบาทการเป็นผู้ดูแลได้มากขึ้นหลังจากผ่านระยะ 5 ปีแรกของการเจ็บป่วย (Poonnotok, 2015; Poonnotok, Thampanichawat, Patoomwan, & Sangon, 2016) อย่างไรก็ตาม ในบริบทของการดูแลของผู้ดูแลในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการเตรียมความพร้อมในบทบาทการเป็นผู้ดูแล ความรู้สึกมั่นใจในความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเวช การจัดการกับอาการทางจิต ก็ยังมีไม่มากพอ จึงทำให้ยังมีความต้องการทั้งด้านการสร้างแรงจูงใจในการเป็นผู้ดูแล การเตรียมศักยภาพในการเป็นผู้ดูแล และการได้รับข้อมูลข่าวสารและการสนับสนุน สอดคล้องกับการศึกษาของทิพย์ภา เชษฐ์เชาวลิต และคณะ (2560) ที่ผู้ดูแลมีความต้องการการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย ด้านความรู้ และข้อมูลข่าวสาร ด้านการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย

4.1.1 ความต้องการด้านการสร้างแรงจูงใจในการเป็นผู้ดูแล

จากข้อค้นพบจากข้อมูลเชิงคุณภาพ ยังย้ำว่าผู้ดูแลต้องการให้มีความเตรียมความพร้อมด้านจิตใจของทั้งผู้ดูแลเองและครอบครัว และต้องการกำลังใจ ความเข้าใจจากคนในครอบครัว และจากคนในสังคม สอดคล้องกับการศึกษาที่ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่พบว่า การเปลี่ยนผ่านสู่การเป็นผู้ดูแลอาจเป็นไปได้ไม่ได้ หากไม่ได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์ และการช่วยเหลือจากครอบครัว (da Costa Melo, dos Santos Rua, & de Brito Santos, 2014) นอกจากนี้ ผู้ดูแลยังมองว่าความพร้อมด้านจิตใจที่สำคัญคือความเข้าใจผู้ป่วยที่หมายถึงเข้าใจในพฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งต้องมาจากการมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจากการรับรู้ว่าการแสดงออกทางพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมมีสาเหตุมาจากการป่วยทางจิต ซึ่งการรับรู้ข้อมูลการวินิจฉัยโรคจากจิตแพทย์จะช่วยให้เกิดความเข้าใจที่ทันท่วงที และจำเป็นที่ทั้งผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวต้องมีความเข้าใจที่ตรงกัน อีกทั้งผู้ดูแลต้องรู้ว่าตนต้องเผชิญกับอาการทางจิตอะไรบ้าง เพื่อไม่ให้เกิดปัญหาในการดูแล ซึ่งข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของบิดามารดาไทยในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทระยะแรก ที่พบว่าในระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการทางจิตก่อนการวินิจฉัยโรค บิดามารดาเผชิญกับความยุ่งยาก และความเครียดอย่างมาก เนื่องจากไม่เข้าใจว่าความผิดปกติของบุตรที่แสดงออกมาเป็นการเจ็บป่วยทางจิต (Poonnotok, et al., 2016; พิษามณูชู่ ปุณโณทก, และคณะ, 2561) และการศึกษาอื่นๆ ก็สนับสนุนว่า ในระยะแรกของการเจ็บป่วย ผู้ดูแลจะมีความสับสน วิทกกังวลอย่างมาก และต้องใช้เวลาในการเรียนรู้ผ่านการลองผิดลองถูก (อิติรัตน์ คณิงเพียร, 2556; Tungpunkom, Napa, Srikhachin, Chaniang, 2013)

4.1.2 ความต้องการด้านการเตรียมสภาพสำหรับการเป็นผู้ดูแล

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชยังต้องการพัฒนาทั้งความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในประเด็นต่างๆ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชไปด้วยพร้อมๆ กัน ได้แก่ ทักษะการดูแลให้รับประทานยา ทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วย และทักษะการจัดการกับอาการทางจิต ข้อมูลนี้สอดคล้องกับการวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านในสถานการณ์ความไม่สงบในชายแดนภาคใต้ ที่พบว่าผู้ดูแลมีความต้องการด้านความรู้ ข้อมูลข่าวสาร และการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในระดับมาก (ทิพย์ภา เชษฐุ์เขาวลิต, วิลาวรรณ คริสต์รักษา, ดำรงค์ แวอาลี, และ สุันทา เศรษฐวิษราวนิช, 2560) และมีการศึกษาอื่นๆ ที่สนับสนุนว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมักจะขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรค การรักษา และแนวทางการดูแล รวมถึงทักษะการจัดการกับอาการทางจิต การจัดการเรื่องยาให้ผู้ป่วยได้รับประทานอย่างต่อเนื่อง ซึ่งทำให้ผู้ดูแลเหล่านั้นต้องเผชิญความยุ่งยากลำบาก และต้องใช้วิธีการลองผิดลองถูกอยู่นานกว่าจะเรียนรู้และเข้าใจ และส่งผลให้ผู้ป่วยเองต้องมีอาการกลับเป็นซ้ำหลายครั้ง (da Costa Melo, dos Santos Rua, & de Brito Santos, 2014; Poonnotok, et al., 2016; Poonnotok, Pratoomsri, et al., 2019; ญัฐติกา ชูรัตน์, 2559; ทิพย์ภา เชษฐุ์เขาวลิต และคณะ, 2560)

นอกจากนี้ผู้ดูแลและเครือข่ายชุมชนยังมองว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยต้องการฝึกทักษะในการจัดการกับความเครียดของตนเอง ทั้งนี้เพราะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผู้ดูแลต้องเผชิญกับความยุ่งยากอย่างมากในการจัดการกับทั้งอาการทางจิตของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่ระบุอย่างชัดเจนว่าหากผู้ดูแล

สามารถจัดการกับความเครียดของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพจะส่งผลให้มีการตอบสนองต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม (ทิพย์ภา เชษฐ์เชาวลิต และคณะ, 2560; Poonnotok, et al., 2019) นอกจากนี้ มีการศึกษาที่ยืนยันว่าการฝึกทักษะการจัดการความเครียดให้กับผู้ดูแลส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงขึ้น (มัลลิกา จันทรเพ็ญ และเพ็ญพัทธ์ อูทิศ, 2560)

4.2 ความต้องการสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนของเครือข่ายชุมชน

ภาคีเครือข่ายชุมชนกลุ่มที่มสุขภาพเชิงรุกมีความต้องการสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในภาพรวมอยู่ในระดับสูง และรายด้านที่มีระดับสูงคือด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารและการสนับสนุน ส่วนด้านการสร้างแรงจูงใจในการเป็นผู้ดูแล และด้านการเตรียมศักยภาพในการเป็นผู้ดูแล มีความต้องการระดับปานกลาง ส่วนที่เห็นส่วนชุมชน มีความต้องการภาพรวม และรายด้านทั้ง 3 ด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ ข้อมูลดังกล่าวมีความสอดคล้องไปกับข้อค้นพบเชิงคุณภาพ ซึ่งจะแยกอภิปรายตามรายด้านของความต้อการ ดังนี้

4.2.1 ความต้องการด้านการสร้างแรงจูงใจในการเป็นผู้ดูแล

1) ความต้องการการทำความเข้าใจในขอบเขตบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ข้อค้นพบจากการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่า ภาคีเครือข่ายชุมชนภาคประชาชน ได้แก่ อสม. และผู้นำชุมชน เป็นต้น มีความต้องการการทำความเข้าใจในขอบเขตบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวที่ชัดเจน ภาคีเครือข่ายชุมชนส่วนใหญ่จะไม่ทราบขอบเขตบทบาทของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน จึงให้การดูแลแค่ช่วยกระตุ้น หรือแนะนำให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง แนะนำญาติผู้ดูแลให้เอาใจใส่ผู้ป่วย เมื่อพบอาการที่ผิดปกติจะรายงานเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพที่รพสต. ส่วนผู้นำชุมชน จะมีส่วนช่วยในด้านการช่วยเหลือสนับสนุนสิ่งของ หรือเงินสนับสนุนในบางครั้ง หรือประสานกันเ็นชุมชนในการสอดส่องดูแลความเรียบร้อย หากพบผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนจะดำเนินการตามหาญาติเพื่อรับกลับบ้าน จากความเข้าใจที่ไม่ชัดเจนในขอบเขตบทบาทของภาคีเครือข่าย ทำให้ระบบการประสานงานในการทำงานยังมีความสับสน ญาติผู้ดูแลไม่เข้าถึงข้อมูล ทำให้เกิดช่องว่างระหว่างเครือข่ายชุมชนกับครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช

จากข้อค้นพบดังกล่าว สะท้อนถึงความต้องการรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยังไม่ได้กำหนดขอบเขตบทบาทของภาคีเครือข่ายในภาคส่วนประชาชนที่ชัดเจน ส่วนร่วมการดูแลเครือข่ายชุมชนภาคประชาชน ปฏิบัติอยู่เป็นไปตามวัฒนธรรมไทยที่มีธรรมชาติการเกื้อกูลในชุมชน และตามบทบาทโดยทั่วไปที่ปฏิบัติอยู่ ไม่เฉพาะเจาะจงต่อกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีนรัตน์ จันทพิมพ์ และ ชนิษฐา นันทบุตร (2561) ที่พบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนของภาคประชาชนนั้นเกิดขึ้นจากการใช้ปัญหาและความต้องการที่พบในชุมชนมากกว่าการดำเนินการตามนโยบายของรัฐ การดูแลส่วนใหญ่เป็นการสนับสนุนเกื้อกูลกันตามวัฒนธรรมท้องถิ่น ที่มีความศรัทธาในตัวผู้นำเป็นเงื่อนไข โดยการเปิดโอกาส สนับสนุน ให้ผู้ป่วยจิตเวชได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างในชุมชน และได้รับโอกาสเข้าถึงระบบข้อมูลในชุมชน

อย่างไรก็ตาม การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน จำเป็นที่จะต้องได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทั้งที่เป็นบุคลากรที่มสุขภาพและภาคประชาชน ไม่ว่าจะเป็นอสม. ผู้นำชุมชน การปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมา หากมีความร่วมมือดังกล่าว จะเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยด้วย (ณัฐติกา ชูรัตน์, 2559) ซึ่งเป็นสอดคล้องกับกรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย

เรื้อรังต้องมีกระบวนการที่ครอบคลุม ทั้งการดูแลแบบองค์รวม การดูแลแบบต่อเนื่อง การดูแลแบบเบ็ดเสร็จ การดูแลแบบบูรณาการ ที่เป็นผลมาจากการประสานความร่วมมือของทุฝ่าย โดยไม่คำนึงถึงขอบเขตขององค์กร สถาบัน หรือเขตปกครอง แบบไร้รอยต่อจากมุมมองของผู้มีภาวะเรื้อรังและครอบครัว และที่สำคัญต้องเป็นการดูแลโดยใช้ครอบครัว และชุมชนเป็นฐาน (Family and community based care) ที่สร้างความตระหนักและพัฒนาศักยภาพบุคคลให้สามารถอยู่ร่วมกับประชากรอื่นในสังคมได้ตามปกติ ภายใต้บริบทความร่วมมือและสนับสนุนจากบุคคลรอบตัว ทั้งสมาชิกในครอบครัว และชุมชน (วรรณรัตน์ ลาวัง, 2561)

2) ความต้องการการเตรียมศักยภาพในการเป็นผู้ดูแล

จากข้อค้นพบว่าภาคีเครือข่ายชุมชน แม้แต่พยาบาลวิชาชีพ ยังต้องการการเตรียมความพร้อมด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งประกอบด้วยทั้งความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช ได้แก่ สาเหตุการเกิดโรค และทักษะการประเมินอาการของผู้ป่วย การแยกแยะอาการทางจิตเวชเพื่อคัดกรองและตัดสินใจส่งต่อ และการจัดการกับอาการทางจิต และความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา เกี่ยวกับการพัฒนาเครือข่ายพยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุขเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน (กาญจนา เฮอร์ตัน, วิภาวี เผ่ากันทรกร, และ สุชาติ หุณฑสาร, 2555) ที่พบว่า การจะพัฒนาศักยภาพของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนนั้น ต้องการความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเวช ทั้งนี้ พยาบาลจิตเวชมีบทบาทโดยตรงต่อการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย/องค์กรต่างๆ เพื่อเพิ่มขีดความสามารถให้กับประชาชน เตรียมความพร้อมและสนับสนุนบทบาทของผู้ดูแล (Department of Mental Health, 2017; ังรบ เทียนสันต์, 2561) ซึ่งพยาบาลต้องมีความรู้ความสามารถและทักษะที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช หากพยาบาลเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคทางจิตเวช และทักษะการดูแล จะทำให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวไม่เต็มที่ได้จากการขาดความมั่นใจในความรู้และทักษะทางการพยาบาลจิตเวช ทำให้มีความวิตกกังวล กลัว จึงเน้นให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยทางกายเป็นหลัก แต่เมื่อได้รับการสนับสนุนด้านความรู้ ทักษะทางการพยาบาลจิตเวช และปรับทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเวช ทำให้พยาบาลมีความมั่นใจในการเยี่ยมบ้าน และสามารถให้การดูแลได้ดีขึ้น มีความพอใจและมีความสุขในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนมากขึ้น (กาญจนา เฮอร์ตัน และคณะ, 2555; จงรักษ์ ใจจันทร์ และคณะ, 2562)

จากข้อค้นพบที่ทั้งผู้ดูแลและเครือข่ายชุมชนมีความต้องการการเตรียมความพร้อมด้านความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชนั้น เป็นไปตามกรอบแนวคิดของการศึกษาคั้งนี้ในเรื่องการเปลี่ยนผ่านบทบาทการเป็นผู้ดูแลที่ปัจจัยด้านบุคคลต้องได้รับการเตรียมความพร้อมด้านความรู้และทักษะในการทำบทบาท โดยได้รับการเตรียมความพร้อมนี้อาจได้มาจากปัจจัยด้านชุมชน ที่จะเป็นแหล่งสนับสนุนข้อมูลความรู้ที่เชื่อถือได้ ไม่ว่าจะเป็นจากครอบครัว ชุมชน หรือบุคลากรสาธารณสุขก็ตาม ซึ่งการได้รับการเตรียมความพร้อมจะสามารถเื้อต่อประสบการณ์การเปลี่ยนผ่านนั้นได้ ในทางตรงข้าม การขาดการเตรียมความพร้อมและความรู้สามารถเป็นอุปสรรคต่อกระบวนการเปลี่ยนผ่านได้เช่นกัน (Meleis et al., 2000)

4.3 ความต้องการด้านการการได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร

4.3.1 การพัฒนาระบบการทำงานของภาคีเครือข่ายชุมชน

1) ความต้องการพัฒนาเครือข่ายออนไลน์ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

ผู้ดูแลจากการศึกษาครั้งนี้มีความต้องการให้มีการตั้งศูนย์เครือข่ายออนไลน์ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ที่ประกอบด้วยผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้วยกัน อสม. มีเป้าหมายเพื่อการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวช รวมถึงการใช้ประสบการณ์ตรงในการช่วยเหลือเกื้อกูลกันผ่านการแนะนำ นอกจากนี้ศูนย์เครือข่ายออนไลน์ดังกล่าวยังประกอบบุคคลากรที่มีสุขภาพ เช่น พยาบาลจิตเวช ที่จะคอยเป็นที่ปรึกษาปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งความต้องการนี้มีลักษณะคล้ายกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน หรือการประสานความร่วมมือของทุกภาคส่วนเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่องเชิงรุก ที่จะยังผลให้เกิดประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้ ดังในการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างต่อเนื่องในชุมชนที่ประสบความสำเร็จนั้น ต้องสร้างเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชน โดยประสานความร่วมมือกับหลายองค์กร ทั้งส่วนผู้ดูแลในครอบครัวเอง การปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาชน มีการช่วยเหลือสนับสนุนแก้ไขปัญหาเฉพาะบุคคลที่เกิดขึ้น มีการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นผู้เชื่อมประสานหลัก ซึ่งผลที่เกิดขึ้น ผู้ดูแลสามารถขอคำปรึกษาทางออนไลน์กรณีที่มีผู้ป่วยมีอาการทางจิต หรือไม่ร่วมมือในการรับประทานยา เอื้อให้เกิดการตัดสินใจร่วมระหว่างผู้ดูแล ชุมชน และ บุคลากรสาธารณสุขอย่างทันท่วงที (ไพบุลย์ ตลเฉลิมยุทธนา และประนอม วรรณกุล, 2557) ทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย และผู้ป่วยจิตเวชมีการกลับเป็นซ้ำน้อยลง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและสามารถดำเนินชีวิตในชุมชนด้วยศักยภาพที่สูงขึ้น (คมศักดิ์ ฉวีรัตน์กุล, 2562; จงรัชช์ ใจจันทร์ และคณะ, 2562; ไพจิตร พุทธรอด, 2559; ชลินดา จันทรงาม, เทพอุทิศ ก้วสิทธิ์, และ กฤษณ์ ขุนลิก, 2560) สอดคล้องกับการศึกษาของ เสาวนีย์ เข้มพุดชา (2561) ที่พัฒนาการจัดระเบียบชุมชนเพื่อการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยมีพระสงฆ์เป็นผู้นำ พบว่าการมีการกลุ่มกันของคนในชุมชนที่มีผู้ป่วยจิตเวชอยู่ร่วมด้วย ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชที่ปฏิเสธการรับประทานยา มีอาการทางจิตกำเริบกลับมารักษาซ้ำ มีความร่วมมือในการรักษามากขึ้น ญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมในชุมชนลดความรู้สึกถูกตีตรา ลดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ การศึกษานี้ยังสนับสนุนว่าการมีส่วนร่วมในสังคมและความเท่าเทียมกัน ทั้งแกนนำชุมชน สมาชิกในชมรม ครอบครัว และผู้ป่วย เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จของเครือข่ายและการดูแลผู้ป่วยจิตเวช (เสาวนีย์ เข้มพุดชา, 2561)

2) การเยี่ยมบ้านที่มีประสิทธิภาพ

ผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้ดูแลมองว่าการที่จะช่วยให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนนั้น ผู้ดูแลต้องการให้ทีมสุขภาพ หรืออสม.มาเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน โดยมองว่าอสม.ควรผ่านการอบรมมาแล้วเพื่อช่วยให้การดูแลเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยจิตเวชและผู้ดูแล ในกรณีภาคีเครือข่ายชุมชนที่เป็นทีมสุขภาพที่เข้าไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวช ผู้ดูแลให้ความเห็นว่า ทีมสุขภาพควรมีทักษะในการเข้าถึงผู้ป่วย เพื่อสร้างความไว้วางใจ ทีมสุขภาพที่เข้าไปเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชน ต้องไม่สร้างความรู้สึกแตกต่างจากคนทั่วไป เพราะผู้ป่วยไม่ต้องการให้ใคร หรือคนในชุมชนมองว่าตนเองป่วยทางจิต และระยะเวลาในการเข้าเยี่ยมควรพิจารณาตามระดับความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยแต่ละราย

จากข้อค้นพบดังกล่าว สะท้อนความต้องการการดูแลโดยมีผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นศูนย์กลาง ซึ่งเป็นไปตามกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) ที่อธิบายปฏิสัมพันธ์เชิงระบบการดูแลที่ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางในระดับบุคคล หากผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับ

โอกาสในการมีส่วนร่วมออกแบบหรือวางแผนการดูแลจะทำให้เกิดประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยยิ่งขึ้น (ไพจิตร พุทธรอด, 2559) มีการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาเครือข่ายดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ที่มีการเยี่ยมบ้านอย่างเป็นระบบเป็นส่วนหนึ่งในโปรแกรมพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชมีความร่วมมือในการรักษาและการพัฒนาสมรรถภาพในการดูแลตนเองมากขึ้น (คมศักดิ์ ฉวีรัตน์กุล, 2562; ไพบูลย์ ตลเฉลิม ยุทธนา และประนอม วรรณกุล, 2557)

3) มีศูนย์ส่งต่อที่รวดเร็ว

เครือข่ายชุมชน ได้อธิบายว่าการที่ผู้ดูแลและเครือข่ายจะมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนจำเป็นต้องมีระบบการส่งต่อที่ชัดเจน ปัจจุบันระบบการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนยังไม่ชัดเจน และมีความยุ่งยากซับซ้อน หลายขั้นตอน เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินทางจิตเวช เช่น ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ญาติผู้ดูแลจะไม่ทราบว่าต้องติดต่อประสานงานกับใคร หน่วยงานใด เกิดทำให้เกิดความยุ่งยากทั้งผู้ดูแล และเครือข่ายฯ ในการประสานงานกัน และส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการดูแล ดังการศึกษาของ กาญจนา เหวรัตน์ และคณะ (2555) ที่พบว่าประเด็นปัญหาหนึ่งในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชคือการขาดระบบการส่งต่อที่ชัดเจน และส่งผลกระทบต่อ การเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ในทางตรงกันข้ามหากระบบการส่งต่อได้รับการพัฒนาให้มีรูปแบบและระบบที่ชัดเจน ก็จะอำนวยความสะดวกให้ผู้ดูแลได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ท่วงทั้นผู้ดูแล ดังในการศึกษาที่ผ่านมาที่มีการพัฒนาการเตรียมความพร้อมในเครือข่ายชุมชน ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ที่มีการทำความเข้าใจในบทบาทของเครือข่ายชุมชนแต่ละฝ่าย รวมถึงระบบการส่งต่อที่มีตำรวจและอาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.) เป็นแกนหลักในช่วยเหลือกรณีได้รับแจ้งว่าผู้ป่วยจิตเวชมีอาการคลุ้มคลั่ง และช่วยนำส่งโรงพยาบาล และพบว่า ผลของการนำรูปแบบนี้มาใช้ ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพใกล้บ้านใกล้ใจอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน (จรงค์ ใจจันทร์ และคณะ, 2562) ลดความขัดแย้งในชุมชน และป้องกันปัจจัยที่จะทำให้อาการทางจิตกลับเป็นซ้ำ เช่น การใช้สารเสพติด เป็นต้น (ไพบูลย์ ตลเฉลิมยุทธนา และประนอม วรรณกุล, 2557)

4) เตรียมระบบรองรับผู้ป่วยที่ไม่มีญาติ

จากผลการศึกษาครั้งนี้และการศึกษาอื่นๆที่ผ่านมา สะท้อนให้เห็นว่า ความต้องการสำหรับการดูแลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนนั้นต้องทำไปพร้อมๆกันทั้งในส่วนของครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ชุมชน สังคม รวมถึงความพร้อมของบุคลากรที่สุขภาพที่เกี่ยวข้อง การเตรียมระบบรองรับผู้ป่วยที่ไม่มีญาติก็มีความจำเป็น ความต้องการนี้สอดคล้องกับบริบทจริงในปัจจุบันของประเทศไทย แม้จะมีโรงพยาบาลจิตเวช 10 แห่งที่ดูแลผู้ป่วยที่ไม่มีญาติ แต่อย่างไรก็ตาม ระบบการดูแลยังมีความเกี่ยวข้องกับงบประมาณการดูแลที่ขึ้นกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับประชาชน ที่แต่ละโรงพยาบาลต้องมีการหมุนเวียนผู้ป่วย มีการจำหน่ายออกไปสู่ชุมชน จึงทำให้ยังมีผู้ป่วยส่วนหนึ่งไร้บ้าน จากจำนวนผู้ไร้บ้านทั่วประเทศ 30,000 คน มี 30% ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตที่รุนแรง และเป็นอันตรายต่อสังคม 50% เข้าไม่ถึงบริการสาธารณสุข เนื่องจากไม่มีบัตรประชาชน ขาดความสามารถในการดูแลตนเอง และการขาดความรู้ในเรื่องสิทธิในการรักษาพยาบาล ทำให้กลุ่มคนไร้บ้านมีปัญหาด้านสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2561)

นอกจากนี้ จากการศึกษาของนฤมล รัตน์รัตน์ (2561) เกี่ยวกับการพัฒนาระบบการดูแล ให้บริการด้านสุขภาพจิตแก่ผู้ป่วยไร้บ้านในพื้นที่กรุงเทพมหานคร พบว่าระบบที่ใช้ดูแลปัจจุบันมี 3 ระบบ ได้แก่ ระบบนำเข้า ระบบรักษา และระบบจำหน่ายหรือส่งต่อ แต่อย่างไรก็ตามพบว่า ได้เกิดปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ในการดำเนินการของหน่วยงานหลายประการซึ่งมีผลทำให้ระบบการดูแลช่วยเหลือคนไร้บ้านขาดประสิทธิภาพการดำเนินการโดยเฉพาะการเชื่อมต่อของหน่วยงานต่าง และได้เสนอแนวทางการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านในพื้นที่กรุงเทพมหานคร มี 6 ขั้นตอน คือ 1) ควรจัดตั้งศูนย์รับแจ้งข้อมูลคนไร้บ้านกลางทางโทรศัพท์ (Hot line หรือ call center) ซึ่งประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ตำรวจ 191 และศูนย์ช่วยเหลือสังคม 1300 2) ควรจัดตั้งศูนย์บริหารจัดการคนไร้บ้านกลาง (Case manager center) 3) ควรจัดตั้งศูนย์ข้อมูลคนไร้บ้านกลาง (Data base center) 4) ควรทำบันทึกข้อตกลงร่วมกัน (MOU) หรือจัดทำแนวทางการปฏิบัติร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐที่รักษาโรคทางกายกับโรงพยาบาลจิตเวชในประสานงานร่วมกันในการส่งตัวและมารับตัวผู้ป่วยไร้บ้านเพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล 5) ควรกำหนดให้มีการประชุมให้ความช่วยเหลือร่วมกัน (Case conference) ระหว่างทีมสหวิชาชีพ 6) ควรมีการพัฒนากระบวนการฟื้นฟูผู้ป่วยในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งและสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการซึ่งรวมผู้ป่วยจิตเวชบ้านกึ่งวิถีโดยได้รับการสนับสนุนจากรัฐในด้านงบประมาณ บุคลากร และองค์ความรู้ให้กับเจ้าหน้าที่ภายในสถานคุ้มครอง อย่างไรก็ตาม ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านนี้ ยังอยู่ในระหว่างการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการวิจัยในขั้นตอนต่อไป

ควรทำการวิจัยพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน และติดตามผลการดำเนินงาน ดังนี้

1. เตรียมความพร้อมสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชทั้งในระดับครอบครัว และชุมชน ผ่านการอบรมให้ความรู้แก่ทั้งผู้ดูแล และเครือข่ายชุมชนเกี่ยวกับโรคทางจิตเวช แนวทางการดูแลและจัดการอาการทางจิต ทั้งนี้มีระดับความแตกต่างตามกลุ่มผู้รับการอบรม การเสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเวช มุมมองเชิงบวกต่อบทบาทการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแล
2. เตรียมความพร้อมของชุมชน เสริมสร้างความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยผ่านการปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเวช ด้วยการให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคทางจิตเวช การอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเวช
3. พัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่อง โดยความร่วมมือของสหวิชาชีพ และหุ้นส่วนชุมชน โดยพัฒนาให้มีระบบการส่งต่อ และระบบการเยี่ยมบ้านชัดเจนเป็นรูปธรรม และระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน

การประยุกต์ของผลการวิจัย

1. ผลการวิจัยเป็นองค์ความรู้ใหม่เกี่ยวกับบริบทการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน สภาพความพร้อมสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของผู้ดูแลและเครือข่ายชุมชน และความต้องการสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของผู้ดูแลและเครือข่ายชุมชน องค์ความรู้ดังกล่าว ตามแนวคิดนวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) จะเป็นการสะท้อนภาพในระดับบุคคลครอบครัว และชุมชน ว่ายังมีความไม่พร้อมในหลายประเด็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน จึงควรนำเสนอแก่ผู้ขับเคลื่อนนโยบายซึ่งเป็นวงนอกสุดของกรอบแนวคิด เพื่อให้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดนโยบายเพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งเป็นผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน

2. องค์ความรู้ใหม่ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ควรได้นำไปผนวกเข้าในหลักสูตรการศึกษาระดับปริญญาโทเพื่อสอดแทรกและประยุกต์ใช้ความรู้ต่อไป

3. ควรนำเสนอความรู้ที่ได้มาสู่ชุมชน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และเป็นพลังสำคัญในการขับเคลื่อนการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน

ผลผลิต (Output)

- กำลังอยู่ในช่วงดำเนินการเตรียมเสนอผลงานตีพิมพ์ในวารสารวิชาการทั้งในระดับชาติ และนานาชาติ

รายงานการเงิน

เลขที่โครงการระบบบริหารงานวิจัย 3307 สัญญาเลขที่ 076/2561

โครงการวิจัยประเภทงบประมาณเงินรายได้จากเงินอุดหนุนรัฐบาล (งบประมาณแผ่นดิน)

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อโครงการ ความพร้อมและความต้องการสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลและภาคีเครือข่าย
ในชุมชนเขตจังหวัดชลบุรี

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัยผู้รับทุน ผศ.ดร. พิชามณัฐ ปุณโณทก

รายงานในช่วงตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2560 – 15 กันยายน 2562

ระยะเวลาดำเนินการ 1 ปี 11 เดือน ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2560 – 15 กันยายน 2562

รายรับ

จำนวนเงินที่ได้รับ

งวดที่ 1 (50%) 237,800 บาท เมื่อวันที่ 30 พฤศจิกายน 2560

งวดที่ 2 (40%) 190,240 บาท เมื่อวันที่ 10 พฤษภาคม 2561

งวดที่ 3 (10%) 47,560 บาท เมื่อวันที่ เดือน ปี

รวม 428,040 บาท

รายจ่าย

รายการ	งบประมาณที่ตั้งไว้	งบประมาณที่ใช้จริง	จำนวนเงินคงเหลือ/เกิน
1. ค่าตอบแทน	224,360	224,360	
2. ค่าจ้าง	172,050	172,050	
3. ค่าวัสดุ	7,830	7,830	
4. ค่าใช้สอย	23,800	23,800	
5. ค่าครุภัณฑ์	-	-	
6. ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ -ค่าธรรมเนียมอุดหนุนสถาบัน	47,560	47,560	
รวม	475,600	475,600	

(.....)

ลงนามหัวหน้าโครงการวิจัยผู้รับทุน

บรรณานุกรม

- กาญจนา เหวรัตน์, วิภาวี เผ่ากันทรากกร, และสุชาดา หุฒทสาร. (2555). การพัฒนาเครือข่ายพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุขเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* 26(2), 1-15.
- คมศักดิ์ ฉวีรัตน์กุล. (2562). การพัฒนาเครือข่ายดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*; 9(1): 21-28.
- จุฬารัตน์ วิริยะรัตน์, รสสุคนธ์ ชมชื่น. (2560). พัฒนารูปแบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วยจิตเภท เรื้อรัง. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*; 25(3): 148-162
- จรงค์ ใจจันทร์, เสด็จ ทะลือ, สุภาวดี จันทร์อินทร์, ศิริพร गुणा, จันทร์เพ็ญ คำอ่อน, เอกรินทร์ โนจิต. (2562). การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยสุขภาพจิตในชุมชนโดยกระบวนการ AIC ใน บริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอายนาลัย อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดอำนาจเจริญ. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*; 28(1): 76-86.
- ชลินดา จันทร์งาม, เทพอุทิศ กวีสิทธิ์, และกฤษณ์ ชุนลึก. (2560). การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของ เครือข่ายสุขภาพจิต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำนาดี อำเภอมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา*; 18(2): 55-68.
- ณัฐติกา ชูรัตน์. (2559). การศึกษาสาเหตุและแนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปี่เหล็กที่ประสบเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดน ภาคใต้. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*; 3(1): 24-36.
- ดุจเดือน ชินเจริญทรัพย์, สุภาวดี ดิสโร, และอานนท์ วิทยานนท์. (2557). ความรู้ ทัศนคติ ประสพการณ์การ ดูแลผู้ป่วย จิตเวชด้านจิตสังคมในนักศึกษาศึกษาแพทย์กับ กิจกรรมเยี่ยมเครือข่ายในชุมชน. *วารสาร สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*; 59(2): 129-138.
- ทิพย์ภา เชษฐชูชาวลิต, วิลาวรรณ คริสต์รักษา, ดำรงค์ แวอาลี, และ สุนันทา เศรษฐวิฑูรธาณิช. (2560). ความ ต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านในสถานการณ์ความไม่สงบในชายแดนภาคใต้. *วารสารสมาคม จิตแพทย์แห่งประเทศไทย*; 62(4), 323-336.
- ธิดารัตน์ คณิงเพียร. (2556). ประสพการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารกองแผน*; 40(1): 57-66
- ธงรบ เทียนสันต์. (2561). พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช กับบทบาทการเตรียมความพร้อมของครอบครัวใน การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*; 30(2): 1-15.
- พรารวี ดีกล้า. (2552). เจตคติของครอบครัว ต่อผู้ป่วยจิตเวช: กรณีศึกษาครอบครัวผู้ป่วย จิตเวชที่เข้าร่วม อบรมหลักสูตรสายใย ครอบครัว (Family Link) ของโรงพยาบาล ศรีธัญญา และครอบครัวผู้ป่วย

- จิตเวช ที่เข้าร่วมกลุ่ม Family Education ของ โรงพยาบาลรามารามิบัติ. วิทยานิพนธ์ สังคมสงเคราะห์ ศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- พิชามญชฺ์ ปุณโณทก, ธนวรรณ อาจารย์รัฐ, นุชนาถ แก้วมาตร, และเวทิส ประทุมศรี. (2561). ผู้ดูแลไทย: การแสวงหาการช่วยเหลือญาติที่เป็นโรคจิตเภท. *วารสารกรมการแพทย์*, 43(4), 74-77.
- ไพจิตร พุทธอด. (2559). กระบวนการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภทโดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชน. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*; 24(2): 122-129.
- ไพบุลย์ ดลเฉลิมยุทธนา, ประพนอม วรรณกุล. (2557). การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทผ่านการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาล สู่วิถีชีวิตชุมชนโดยผ่านการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลกาฬสินธุ์. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*; 3-1): 176-184
- มัลลิกา จันท์เพ็ญ และเพ็ญพัทธ์ อุทิศ. (2560). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*; 31(3):126-140
- วรรณรัตน์ ลาวัง. (2561). *ญาติผู้ดูแล: เส้นทางในการดูแลผู้มีภาวะเรื้อรัง*. กรุงเทพฯ: บริษัท แดเน็กซ์ อินเตอร์คอร์ปอเรชั่น จำกัด
- ศรินรัตน์ จันทพิมพ์ และชนิษฐา นันทบุตร. (2561). การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*; 36(2), 68-76.
- ศิริพร วีระเกียรติ, บุญพา ณ นคร, และนพรัตน์ ไชยขำนิ. (2558). การพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลแบบเกื้อกูลบนพื้นฐานของหลักพุทธศาสนาสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติด. *วารสารพยาบาลสงขลา นครินทร์*; 35(1): 85-100
- สิริกร สุวัชฉัญชา. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติการยอมรับผู้ป่วยจิตเวชและการรับรู้ลักษณะผู้ป่วยจิตเวช กับพฤติกรรมการสื่อสารของครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*; 30(1): 97-109.
- สุธีกาญจน์ ไชยลาภ, อังสนา วิริยโกศล. (2557). การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนภายหลังกลับคืนสู่สังคม. *วารสารเกื้อการุณย์*; 21(ฉบับพิเศษ): 139-154
- สุนทรีภรณ์ ทองไสย. (2558). การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในบริบทสังคมไทยอย่างยั่งยืน. *วารสารกองการพยาบาล*; 42(3): 159-167
- สำราญ สุมะหิงพันธ์, ชะลอม นุพันธ์, และจรีพร บัวลอย. (2560). การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชน. *รวมผลงานวิชาการและนวัตกรรม กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดบุรีรัมย์*.
- เสาวนีย์ เข้มพุดชา. (2561). รูปแบบการจัดระเบียบชุมชนเพื่อการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยองค์กรสงฆ์. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*; 26(3): 220-232.

- สมดี อนันต์ปฏิเวช. (2560). ประสิทธิผลของโปรแกรมประยุกต์ภายใต้แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกต่อความสุขและอารมณ์เชิงลบของผู้ปกครองผู้ป่วยกลุ่มอาการออกทิสติก. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*; 31(3): 30-44
- อนันต์ตรี สนิทธีนราเศรษฐ์. (2560). การเผชิญปัญหาและการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*; 11(3): 43-56
- American Psychiatric Association. (2016). *Diagnostic and statistical: manual of mental disorder (DSM-5)*. Washington, DC: American Psychiatric Association
- Chaffey, L., & Fossey, E. (2004). Caring and daily life: Occupational experiences of woman living with sons diagnosed with schizophrenia. *Australia Occupational Therapy Journal*, 51, 199-07.
- Department of Mental Health. Rate of psychiatric patients: Annual report. [cited 2013, October 08]. Available from <http://www.dmh.go.th/report/report1.asp>.
- Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2017a). Strategic Plan, Department of Mental Health: During the National Economic and Social Development No. 12 2017-2021; section 6. Retrieved August, 30, 2017 from http://www.dmh.go.th/intranet/p2554/%E0%B9%81%E0%B8%9C%E0%B8%99%E0%B8%A2%E0%B8%B8%E0%B8%97%E0%B8%98_2560-2564.pdf (In Thai)
- Ferriter, M., & Huband, N. (2003). Experience of parents with a son or daughter suffering from schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 552-560.
- Gaugler JE, Kane RA, Langlois J. Assessment of family caregivers of older adults. In: Kane RA, Kane RL, editors. (2000). *Assessing older persons: Measures, meaning and practical applications*. New York: Oxford University Press; 2000. pp. 320–359. [Google Scholar]
- Lambert, M., Conus, P., Lambert, T., & McGorry. P. D. (2003). Pharmacotherapy of first-episode schizophrenia. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 4, 717-751.
- Lieberman, J. A. (1999). Evidence for sensitization in the early stage of schizophrenia. *European Neuropsychopharmacology*, 6(Suppl. 3), 155.
- Linszen, D. H., de Hann, L., Dingemans, P. M., & Wouters, L. (2006). Can long-term critical period interventions in the early phase of schizophrenia-like disorders prevent deterioration? *Schizophrenia Research*, 81(Suppl. 6), 8.
- Meleis, A., Sawyer, L. M., Im, E., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transition: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28.

- Pearson, G. S. (2006). The client with thought disorder. In W. K. Mohr, Psychiatric mental health nursing (6th ed., pp. 619-658). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Poonnotok P. (2015). Thai parents' experiences in becoming caregivers of schizophrenic patients. (in Thai). (Unpublished dissertation), Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Poonnotok P., Thampanichawat W.*, Patoomwan A., & Sangon S. (2016). Struggling to restore normalcy: Thai parents' experiences in being caregivers of children with early schizophrenia. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*; 20(1) 71-84
- Poonnotok P, Pratoomsri, W., Kaewmart N, Asarath T. (2019). Making it Better: Experiences of Thai Caregivers in Managing Psychotic Symptoms of Persons with Schizophrenia. *Journal of Health Research*, <https://doi.org/10.1108/JHR-09-2018-0102>.
- Phanthunane, P., Vos, T., Whiteford, H., Bertram, M., & Udomratn, P. (2010). Schizophrenia in Thailand: Prevalence and burden of disease. *Population Health Metrics*, 8(24), 1-8.
- Schultz, S. H., North, S. W., & Shields, C. G. (2007). Schizophrenia: A review. *American Family Physician*, 75(12), 1821-1829.
- Seloilwe, E. S. (2006). Experiences and demands of families with mentally ill people at home in Botswana. *Journal of Nursing Scholarship*, 38(3), 262-268.
- Rungreangkulkij, S., & Chesla, C. (2001). Smooth a heart with water: Thai mothers care for a child with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 15(3), 120-127
- Thongkhamrod, R. (2006). The effect of a multifactorial intervention on psychiatric relapse in persons with first episode schizophrenia. Unpublished doctoral dissertation, Chulalongkorn University, Thailand.
- Tungpunkom, P., Napa, W., Srikhachin, P., Chaniang, S. (2013). Caregiving experiences of families living with patients with schizophrenia: A systematic review, 11(8):415-564. Available from <http://www.joannabriggslibrary.org/jbilibrary/index.php/jbisrir/index>. Doi: 10.11124/jbisrir-2013-881.

ภาคผนวก (Appendix)



ที่ ๖๒/๒๕๖๑

เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาโครงการวิจัย

รหัสโครงการวิจัย Sci 049/2561

โครงการวิจัยเรื่อง ความพร้อมและความต้องการสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชน
เขตจังหวัดชลบุรี

หัวหน้าโครงการวิจัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิชามญช์ ปุณโณทก

หน่วยงานที่สังกัด คณะพยาบาลศาสตร์

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า
โครงการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามหลักการของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยที่ผู้วิจัยเคารพสิทธิและศักดิ์ศรี
ในความเป็นมนุษย์ ไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดภัยอันตรายแก่ตัวอย่างการวิจัยและผู้เข้าร่วม
โครงการวิจัย

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการวิจัยที่เสนอได้ (ดูตามเอกสารตรวจสอบ)

- | | |
|---|--|
| ๑. เอกสารโครงการวิจัยฉบับภาษาไทย | ฉบับที่ ๑ วันที่ ๒๘ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ |
| ๒. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย | ฉบับที่ ๒ วันที่ ๙ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ |
| ๓. เอกสารแบบแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย | ฉบับที่ ๑ วันที่ ๒๘ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ |
| ๔. เอกสารแสดงรายละเอียดเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยซึ่งผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว หรือชุดที่ใช้เก็บข้อมูลจริง
จากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย | ฉบับที่ ๑ วันที่ ๒๘ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ |


การรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฉบับนี้ มีผลถึงวันที่ ๘ เดือน พฤษภาคม
พ.ศ. ๒๕๖๒

ออกให้ ณ วันที่ ๙ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

ลงนาม

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิทวัส แจงเอี่ยม)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยบูรพา



บันทึกข้อความ
10 พ.ค. 2561
11-3175

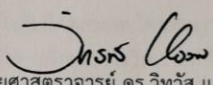
ส่วนงาน สำนักงานอธิการบดี กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม โทร. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๒
ที่ ศธ ๖๒๐๐/๐๕๐๐๒ วันที่ 6 พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๑
เรื่อง ขอส่งเอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ตามที่นักวิจัยในหน่วยงานของท่าน ได้ยื่นเอกสารคำร้องเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา โครงการวิจัย เรื่อง ความพร้อมและความต้องการสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชนเขตจังหวัดชลบุรี โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิชามณูชัญญ์ ปุณโณทก เป็นหัวหน้าโครงการวิจัย นั้น

บัดนี้ โครงการวิจัยดังกล่าว ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นที่เรียบร้อยแล้ว กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม ในฐานะผู้ประสานงาน จึงขอส่งเอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา จำนวน ๑ ฉบับ (หมายเลขใบรับรองที่ ๖๒/๒๕๖๑) เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย เอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และเอกสารเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยประทับตรารับรองเรียบร้อยแล้วมายังท่าน เพื่อแจ้งนักวิจัยที่มีรายชื่อข้างต้น นำไปใช้ในการเก็บข้อมูลจริงจากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดแจ้งให้นักวิจัยทราบ จักขอบคุณยิ่ง


 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิวิท แจ็งเอี่ยม)
 ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
 มหาวิทยาลัยบูรพา

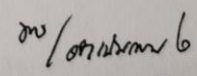

เรียน คณบดี

ด้วยงานกองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม จัดส่งเอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เรื่อง ความพร้อมและความต้องการสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชนเขตจังหวัดชลบุรี โดยมี ผศ.ดร.พิชามณูชัญญ์ ปุณโณทก ดังแนบ จึงเรียนมาเพื่อ

๑. โปรดทราบ
๒. เห็นควรสำเนาแจ้ง ผศ.ดร.พิชามณูชัญญ์

แจ้งงานฝ่ายวิจัยฯ และแจ้งงานบริหารการวิจัยฯ ทราบ
เพื่อดำเนินการส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

อำไพ ๑๐ พ.ค.๖๑



 ๑๐ พ.ค. ๖๑



สัญญาขอรับทุนอุดหนุนการวิจัย งบประมาณเงินรายได้
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

เขียนที่ มหาวิทยาลัยบูรพา

วันที่ ๑๓ เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๐

สัญญานี้ทำขึ้นระหว่าง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาโดย คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ซึ่ง
ต่อไปในสัญญานี้เรียกว่า "ผู้ให้ทุน" ฝ่ายหนึ่ง กับ นาย/นาง/นางสาว พิชามณต์ ปณิโกนทา
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ๓๕๖ ๐๗ ๐๐๖๖๖ ๓๓๓๓ อายุ ๕๗ ปี สัญชาติ ไทย
ตั้งบ้านเรือนอยู่ ณ เลขที่ ๑๖๓/๖๓ ตรอก/ซอย ถนน สิงหนครบางแสน
ตำบล/แขวง แสวงสูง อำเภอ/เขต เมืองชลบุรี จังหวัด ชลบุรี
รหัสไปรษณีย์ ๒๐๑๓๑ โทรศัพท์ที่บ้าน โทรศัพท์มือถือ ๐๘๓-๕๕๕๕๕๕๕๕
อาชีพ รับราชการ ตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์
หน่วยงานที่สังกัด คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
โทรศัพท์ที่ทำงาน ๐๓๙-๑๒๐๕๕๗ โทรสาร
ซึ่งต่อไปนี้เรียกว่า "ผู้รับทุน" อีกฝ่ายหนึ่ง คู่สัญญาได้ตกลงกันดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ผู้ให้ทุนได้ให้ทุนอุดหนุนการวิจัยประเภท งบประมาณเงินรายได้ คณะพยาบาลศาสตร์
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ จำนวนเงิน ๙๙,๙๙๐ บาท
(แปดหมื่นแปดพันเก้าร้อยเก้าสิบบาทถ้วน) แก่ผู้รับทุนเพื่อทำการวิจัย
เรื่อง (ภาษาไทย) ประสบการณ์ของผู้ดูแลในการจัดการกับอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเวช
(ภาษาอังกฤษ) caregivers' experiences in managing psychotic
symptoms of person with schizophrenia

กำหนดแล้วเสร็จภายใน ๑ ปี - เดือน นับตั้งแต่วันที่ทำสัญญา

กัญญาภาณุ
พัชรี
[Signature]



เอกสารแสดงความยินยอม
ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Consent Form)

รหัสโครงการวิจัย : Sci 049/2561

(สำนักงานคณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นผู้ออกรหัสโครงการวิจัย)

โครงการวิจัยเรื่อง ความพร้อมและความต้องการสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายใน
ชุมชนเขตจังหวัดชลบุรี

ให้คำยินยอม วันที่..... เดือน..... พ.ศ

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างหรืออาสาสมัครในโครงการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับ การ
อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย วิธีการวิจัย และรายละเอียดต่างๆ ตามที่ระบุในเอกสารข้อมูลสำหรับผู้ร่วม
โครงการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ไว้แก่ข้าพเจ้า และข้าพเจ้าเข้าใจคำอธิบายดังกล่าวครบถ้วนเป็นอย่างดีแล้ว

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยนี้ด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบัง
ซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้
เมื่อใดก็ได้ การบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนั้นไม่มีผลกระทบใดๆที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยได้เฉพาะในรูป
ที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องต้องได้รับอนุญาตจากข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้
ด้วยความเต็มใจ



คณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยบูรพา

วันที่รับเรื่อง : 28 มี.ค. 2561

ลงนามผู้ยินยอม

(.....)


ลงนามพยาน

(.....)

หมายเหตุ กรณีที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยให้ความยินยอมด้วยการประทับลายนิ้วหัวแม่มือ ขอให้มียพยานลงลายมือชื่อ
รับรองด้วย

AF 06-02

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (ระยะที่ 1)
(Participant Information Sheet)
(สำหรับญาติผู้ดูแล)


คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยบูรพา
ฉบับที่รับรอง : 09 พ.ค. 2561

รหัสโครงการวิจัย : Sci ๐๔๙/๒๕๖๑
โครงการวิจัยเรื่อง: ความพร้อมและความต้องการสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลและภาคี
เครือข่ายในชุมชนเขตจังหวัดชลบุรี

เรียน ผู้ร่วมโครงการวิจัย
ข้าพเจ้า นางพิชามณูชฎ์ ปุณโณทก ตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
บูรพา ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ก่อนที่ท่านตกลงเข้าร่วมการวิจัยดังกล่าว ขอเรียนให้ท่านทราบ
รายละเอียดของโครงการวิจัย ดังนี้

โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความพร้อม และความต้องการ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของครอบครัว
และภาคีเครือข่ายชุมชนในจังหวัดชลบุรี ซึ่งท่านเป็นหนึ่งในประชากรที่ต้องการศึกษา ที่สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับความ
พร้อมและความต้องการในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลพื้นฐานให้แก่ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องใน
การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ในการพัฒนารูปแบบ ระบบ และกลไกการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยมีชุมชนเป็นฐาน เพื่อการ
เสริมสร้างศักยภาพของผู้ดูแลและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนระยะยาวต่อไป โดยผู้เข้าร่วมวิจัย
ประกอบด้วย ผู้ดูแลหลัก บุคลากรทีมสุขภาพ ผู้นำชุมชนและพระสงฆ์ จำนวนทั้งสิ้น ๕๑๐ คน

หากท่านตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษาวิจัยนี้ คณะผู้วิจัยจะขอความร่วมมือให้ท่านตอบคำถามของการวิจัย
เกี่ยวกับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ ๑ ชั่วโมง การเข้าร่วมตอบคำถามการ
ศึกษาวิจัยนี้เป็นไปโดยสมัครใจ ท่านสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัว จากการศึกษานี้ได้ทุกเมื่อ โดยไม่ว่า
ท่านจะตอบรับเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ก็จะไม่มีผลกระทบใดๆต่อญาติของท่านในการได้รับ
การบริการด้านสุขภาพ และไม่มีผลกระทบต่อตัวท่านแต่อย่างใด หลังจากการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถาม
หากผู้วิจัยเห็นว่าข้อมูลบางอย่างที่จำเป็นต้องถามเพิ่มเติมจากท่าน ผู้วิจัยจะขอติดต่อเพื่อขออนุญาตท่านในการทำ
สนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก ภายในช่วงเวลาไม่เกิน ๖ เดือนนับจากการสัมภาษณ์ครั้งแรก โดยจะของเบอร์
โทรศัพท์ของท่านไว้เพื่อติดต่อภายหลัง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของท่าน

ผลของการศึกษานี้ อาจไม่เป็นประโยชน์กับท่านโดยตรง แต่จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาระบบการดูแล
ผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ชุมชนเป็นฐานต่อไป และจะใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น โดยข้อมูลต่าง ๆ ของท่านจะ
ถูกเก็บไว้เป็นความลับ และจะไม่มีการเปิดเผยชื่อของผู้ให้ข้อมูล การนำเสนอข้อมูลจะเป็นในภาพรวม ทั้งนี้ข้อมูล
จะถูกเก็บไว้เป็นเวลา ๓ ปี หลังการเผยแพร่ผลการวิจัยและจะถูกนำไปทำลายหลังจากนั้น

ท่านจะได้รับเงินจำนวน 200 บาท เป็นค่าชดเชยเวลาในการตอบแบบสอบถาม และหากมีข้อมูล
เพิ่มเติมทั้งในด้านประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะรีบแจ้งให้
ทราบโดยรวดเร็วไม่ปิดบัง

หากท่านมีคำถามหรือข้อสงสัยประการใด ท่านสามารถติดต่อข้าพเจ้านางพิชามณูชฎ์ ปุณโณทก
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร ๐๓๘-๑๐๒๘๖๗ โทรศัพท์มือถือหมายเลข ๐๘๓-๕๘๔๔-๙๙๘๘ ข้าพเจ้า
ยินดีตอบคำถามและข้อสงสัยของท่านทุกเมื่อ และถ้าผู้วิจัย ไม่ปฏิบัติตามที่ได้ชี้แจงไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วม
โครงการสามารถแจ้งมายังคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา หมายเลขโทรศัพท์
๐๓๘-๑๐๒๖๒๐, ๐๓๘-๑๐๒๕๖๑-๖๒ เมื่อท่านพิจารณาแล้วเห็นสมควรเข้าร่วมในการวิจัยนี้แล้วขอความกรุณา
นามในใบยินยอมร่วมโครงการที่แนบมาด้วยนี้ และขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

Version 1.0/ January 9, 2017 - 1 -

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (ระยะที่ 1)
(Participant Information Sheet)
(สำหรับภาคีเครือข่าย)



คณะกรรมการพิจารณารายชื่อกรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยบูรพา

วันที่รับรอง : 09 พ.ค. 2561

รหัสโครงการวิจัย : Sci ๐๔๙/๒๕๖๑

โครงการวิจัยเรื่อง: ความพร้อมและความต้องการสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลและภาคีเครือข่าย
ในชุมชนเขตจังหวัดชลบุรี

เรียน ผู้ร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้า นางพิชามณูษ์ ปุณโณทก ตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ก่อนที่ท่านตกลงเข้าร่วมการวิจัยดังกล่าว ขอเรียนให้ท่านทราบรายละเอียดของโครงการวิจัย ดังนี้

โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความพร้อม และความต้องการ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของครอบครัวและภาคีเครือข่ายชุมชนในจังหวัดชลบุรี ซึ่งท่านเป็นบุคคลหนึ่งที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ในรูปแบบที่อาจจะเป็นการดูแลตัวผู้ป่วยโดยตรง และการสนับสนุนญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ที่สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับความพร้อมและความต้องการในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลพื้นฐานให้แก่ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ในการพัฒนารูปแบบ ระบบ และกลไกการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยมีชุมชนเป็นฐาน เพื่อการเสริมสร้างศักยภาพของผู้ดูแลและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนระยะยาวต่อไป โดยผู้เข้าร่วมวิจัยประกอบด้วย ผู้ดูแลหลัก บุคลากรทีมสุขภาพ ผู้นำชุมชนและพระสงฆ์ จำนวนทั้งสิ้น ๕๑๐ คน

หากท่านตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ คณะผู้วิจัยจะขอความร่วมมือให้ท่านตอบคำถามของการวิจัยเกี่ยวกับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ ๔๕ นาที การเข้าร่วมตอบคำถามการศึกษานี้เป็นไปโดยสมัครใจ ท่านสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัว จากการศึกษานี้ได้ทุกเมื่อ โดยไม่ว่าท่านจะตอบรับเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ก็จะไม่มีผลกระทบใดๆต่อท่าน หลังจากการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถาม หากผู้วิจัยเห็นว่ามีความจำเป็นต้องถามเพิ่มเติมจากท่าน ผู้วิจัยจะขอติดต่อเพื่อขออนุญาตท่านในการทำสนทนากลุ่มเฉพาะ และการสัมภาษณ์เชิงลึก ภายในช่วงเวลาไม่เกิน ๖ เดือนนับจากการสัมภาษณ์ครั้งแรก โดยจะขอเบอร์โทรศัพท์ของท่านไว้เพื่อติดต่อภายหลัง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของท่าน

ผลของการศึกษานี้ อาจไม่เป็นประโยชน์กับท่านโดยตรง แต่จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ชุมชนเป็นฐานต่อไป และจะใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น โดยข้อมูลต่าง ๆ ของท่านจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และจะไม่มีการเปิดเผยชื่อของผู้ให้ข้อมูล การนำเสนอข้อมูลจะเป็นในภาพรวม ทั้งนี้ข้อมูลจะถูกเก็บไว้เป็นเวลา ๓ ปี หลังการเผยแพร่ผลการวิจัยและจะถูกนำไปทำลายหลังจากนั้น

ท่านจะได้รับเงินจำนวน ๒๐๐ บาท เป็นค่าชดเชยเวลาในการตอบแบบสอบถาม และหากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งในด้านประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะรีบแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วไม่ปิดบัง

หากท่านมีคำถามหรือข้อสงสัยประการใด ท่านสามารถติดต่อข้าพเจ้านางพิชามณูษ์ ปุณโณทก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร ๐๓๘-๑๐๒๘๖๗ โทรศัพท์มือถือหมายเลข ๐๘๓-๕๕๔๔-๙๙๘ ข้าพเจ้ายินดีตอบคำถามและข้อสงสัยของท่านทุกเมื่อ และถ้าผู้วิจัย ไม่ปฏิบัติตามที่ได้ชี้แจงไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการ สามารถแจ้งมายังคณะกรรมการพิจารณารายชื่อกรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา หมายเลขโทรศัพท์ ๐๓๘-๑๐๒๖๒๐, ๐๓๘-๑๐๒๕๖๑-๖๒ เมื่อท่านพิจารณาแล้วเห็นสมควรเข้าร่วมในการวิจัยนี้แล้วขอความกรุณาลงนามในใบยินยอมร่วมโครงการที่แนบมาด้วยนี้ และขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (ระยะที่ 2)
(Participant Information Sheet)
(สำหรับญาติผู้ดูแล)

AF 06-02



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยบูรพา

รับทราบ : ๐๙ พ.ค. 2561

รหัสโครงการวิจัย : Sci ๐๔๔/๒๕๖๑

โครงการวิจัยเรื่อง: ความพร้อมและความต้องการสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลและภาคี
เครือข่ายในชุมชนเขตจังหวัดชลบุรี

เรียน ผู้ร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้า นางพิชามณูชู้ ปุณโณทก ตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ก่อนที่ท่านตกลงเข้าร่วมการวิจัยดังกล่าว ขอเรียนให้ท่านทราบรายละเอียดของโครงการวิจัย ดังนี้

โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความพร้อม และความต้องการ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของครอบครัว และภาคีเครือข่ายชุมชนในจังหวัดชลบุรี ซึ่งท่านเป็นหนึ่งในประชากรที่ต้องการศึกษา ที่สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับความพร้อมและความต้องการในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลพื้นฐานให้แก่ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ในการพัฒนารูปแบบ ระบบ และกลไกการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยมีชุมชนเป็นฐาน เพื่อการเสริมสร้างศักยภาพของผู้ดูแลและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนระยะยาวต่อไป โดยผู้เข้าร่วมวิจัยประกอบด้วย ผู้ดูแลหลัก บุคลากรทีมสุขภาพ ผู้นำชุมชนและพระสงฆ์ จำนวนทั้งสิ้น ๕๑๐ คน

หากท่านตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ คณะผู้วิจัยจะขอความร่วมมือให้ท่านเข้าร่วมการสนทนากลุ่มเฉพาะ และ/หรือให้สัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งจะเป็นการให้ข้อมูลหรือพูดคุยเกี่ยวกับความต้องการเพื่อการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแล ซึ่งการสนทนากลุ่มเฉพาะจะใช้เวลาประมาณ ๑ ชั่วโมงครึ่งถึง ๒ ชั่วโมง และในการสัมภาษณ์เชิงลึกใช้เวลาประมาณ ๑ ชั่วโมง การเข้าร่วมการศึกษานี้เป็นไปโดยสมัครใจ โดยท่านสามารถเลือกที่จะเข้าร่วมเพียงกิจกรรมเดียวหรือทั้งสองกิจกรรมก็ได้ และท่านสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัว จากการศึกษานี้ได้ทุกเมื่อ โดยไม่ว่าท่านจะตอบรับเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ก็จะไม่เกิดผลกระทบต่อญาติของท่านในการได้รับการบริการด้านสุขภาพ และไม่มีผลกระทบต่อตัวท่านแต่อย่างใด

ผลของการศึกษานี้ อาจไม่เป็นประโยชน์กับท่านโดยตรง แต่จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ชุมชนเป็นฐานต่อไป และจะใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น โดยข้อมูลต่าง ๆ ของท่านจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และจะไม่มีการเปิดเผยชื่อของผู้ให้ข้อมูล การนำเสนอข้อมูลจะเป็นในภาพรวม ทั้งนี้ข้อมูลจะถูกเก็บไว้เป็นเวลา ๓ ปี หลังการเผยแพร่ผลการวิจัยและจะถูกลบไปทำลายหลังจากนั้น

ท่านจะได้รับค่าเดินทางจำนวน 200 บาท ในการเข้าร่วมสนทนากลุ่มเฉพาะและ/หรือการสัมภาษณ์ และหากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งในด้านประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะรีบแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วไม่ปิดบัง

หากท่านมีคำถามหรือข้อสงสัยประการใด ท่านสามารถติดต่อข้าพเจ้านางพิชามณูชู้ ปุณโณทก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร ๐๓๘-๑๐๒๕๖๗ โทรศัพท์มือถือหมายเลข ๐๘๓-๕๘๔๕-๙๙๘ ข้าพเจ้ายินดีตอบคำถามและข้อสงสัยของท่านทุกเมื่อ และถ้าผู้วิจัย ไม่ปฏิบัติตามที่ได้ชี้แจงไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการสามารถแจ้งมายังคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา หมายเลขโทรศัพท์ ๐๓๘-๑๐๒๖๒๐, ๐๓๘-๑๐๒๕๖๑-๖๒ เมื่อท่านพิจารณาแล้วเห็นสมควรเข้าร่วมในการวิจัยนี้แล้วขอความกรุณาลงนามในใบยินยอมร่วมโครงการที่แนบมาด้วยนี้ และขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

Version 1.0/ January 9, 2017

- 1 -

AF 06-02

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (ระยะที่ 2)
(Participant Information Sheet)
(สำหรับภาคีเครือข่าย)



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยบูรพา

รหัสโครงการวิจัย : Sci ๐๔๙/๒๕๖๑

วันที่รับรอง : 09 พ.ค. 2561

โครงการวิจัยเรื่อง: ความพร้อมและความต้องการสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชนเขตจังหวัดชลบุรี

เรียน ผู้ร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้า นางพิชามณูชู้ ปุณโณทก ตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ก่อนที่ท่านตกลงเข้าร่วมการวิจัยดังกล่าว ขอเรียนให้ท่านทราบรายละเอียดของโครงการวิจัย ดังนี้

โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความพร้อม และความต้องการ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของครอบครัวและภาคีเครือข่ายชุมชนในจังหวัดชลบุรี ซึ่งท่านเป็นบุคคลหนึ่งที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ในรูปแบบที่อาจจะเป็นการดูแลตัวผู้ป่วยโดยตรง และการสนับสนุนญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับความพร้อมและความต้องการในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลพื้นฐานให้แก่ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ในการพัฒนารูปแบบ ระบบ และกลไกการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยมีชุมชนเป็นฐาน เพื่อการเสริมสร้างศักยภาพของผู้ดูแลและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนระยะยาวต่อไป โดยผู้เข้าร่วมวิจัยประกอบด้วย ผู้ดูแลหลัก บุคลากรทีมสุขภาพ ผู้นำชุมชนและพระสงฆ์ จำนวนทั้งสิ้น ๕๑๐ คน

หากท่านตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ คณะผู้วิจัยจะขอความร่วมมือให้ท่านเข้าร่วมการสนทนากลุ่มเฉพาะ และ/หรือให้สัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งจะเป็นการให้ข้อมูลหรือพูดคุยเกี่ยวกับความต้องการเพื่อการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของ ภาคีเครือข่ายผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ซึ่งการสนทนากลุ่มเฉพาะจะใช้เวลาประมาณ ๑ ชั่วโมงครึ่งถึง ๒ ชั่วโมง และในการสัมภาษณ์เชิงลึกใช้เวลาประมาณ ๑ ชั่วโมง การเข้าร่วมการศึกษานี้เป็นไปโดยสมัครใจ โดยท่านสามารถเลือกที่จะเข้าร่วมเพียงกิจกรรมเดียวหรือทั้งสองกิจกรรมก็ได้ และท่านสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัว จากการศึกษานี้ได้ทุกเมื่อ ก็จะไม่มีผลกระทบใดๆต่อท่าน

ผลของการศึกษานี้ อาจไม่เป็นประโยชน์กับท่านโดยตรง แต่จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ชุมชนเป็นฐานต่อไป และจะใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น โดยข้อมูลต่าง ๆ ของท่านจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และจะไม่มีการเปิดเผยชื่อของผู้ให้ข้อมูล การนำเสนอข้อมูลจะเป็นในภาพรวม ทั้งนี้ข้อมูลจะถูกเก็บไว้เป็นเวลา ๓ ปี หลังการเผยแพร่ผลการวิจัยและจะถูกนำไปทำลายหลังจากนั้น

ท่านจะได้รับค่าเดินทางจำนวน 200 บาท ในการเข้าร่วมสนทนากลุ่มเฉพาะและ/หรือการสัมภาษณ์ และหากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งในด้านประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะรีบแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วไม่ปิดบัง

หากท่านมีคำถามหรือข้อสงสัยประการใด ท่านสามารถติดต่อข้าพเจ้านางพิชามณูชู้ ปุณโณทก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร ๐๓๘-๑๐๒๘๖๗ โทรศัพท์มือถือหมายเลข ๐๘๓-๕๘๔๔-๙๙๘ ข้าพเจ้ายินดีตอบคำถามและข้อสงสัยของท่านทุกเมื่อ และถ้าผู้วิจัย ไม่ปฏิบัติตามที่ได้ชี้แจงไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการสามารถแจ้งมายังคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา หมายเลขโทรศัพท์ ๐๓๘-๑๐๒๖๒๐, ๐๓๘-๑๐๒๕๖๑-๖๒ เมื่อท่านพิจารณาแล้วเห็นสมควรเข้าร่วมในการวิจัยนี้แล้วขอความกรุณาลงนามในใบยินยอมร่วมโครงการที่แนบมาด้วยนี้ และขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

Version 1.0/ January 9, 2017

- 1 -