



## การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด

กิริติยา อุ่นเจริญ\*

### บทคัดย่อ

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

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง โดยมีช่วงอายุเฉลี่ย 40-61 ปี ระดับการศึกษา ประถมศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพเกษตรกร มีรายได้เฉลี่ย 600 – 4,480 บาท มีค่าเฉลี่ยรายได้เท่ากับ 3455.51 บาท ส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นญาติหรือบุคคลใกล้ชิด และไม่ได้เป็นผู้ดูแลกับผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด และไม่มีตำแหน่งหน้าที่ในชุมชน มีความรู้เรื่องโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.40 มีทัศนคติต่อผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดแบบไม่แสดงออกทางทัศนคติหรือมีทัศนคติเฉยๆ ร้อยละ 64.50 การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดในระดับมาก ร้อยละ 44.10

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด พบว่า เพศและการมีตำแหน่งหน้าที่ในชุมชนมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ระดับความรู้เรื่องโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด มีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกันกับระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วม



จิตเวชสารเสพติด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และระดับทัศนคติของคนในชุมชนต่อผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด มีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกันกับระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดของคนในชุมชน คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศและการมีตำแหน่งหน้าที่ในชุมชน ระดับความรู้เรื่องโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด และระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา หน่วยงานควรนำองค์ความรู้จากการศึกษาวิจัยมาปรับเป็นแผนยุทธศาสตร์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน และควรมีการส่งเสริมให้ผู้มีตำแหน่งหน้าที่ในชุมชนมีศักยภาพ เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดได้อย่างถูกต้อง เน้นการทำงานเชิงรุก ให้ความรู้แก่ประชาชนอย่างเข้มข้น โดยเฉพาะเรื่องสารเสพติด และการสร้างทัศนคติที่ดีแก่คนในชุมชน จะทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดในชุมชนมากขึ้น

**คำสำคัญ:** โรคร่วมจิตเวชสารเสพติด, การมีส่วนร่วมของชุมชน, สังคมสงเคราะห์จิตเวช, การดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด

\* นักศึกษาหลักสูตรสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2558)

สาขาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์



## Community Participation in Caring of Co-occurring Disorder

Geeratiya Aunjaroen

### Abstract

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

The research findings were as follows. The most of samples were female, the average age of the participants was 40-61 year-old and their educational level was at primary school. The most of samples were married, the major job is farmer and the average income was 600 – 4,480 baht. The most of samples were not the relatives, caretaker of co-occurring disorder and not participated in community. The percentage of knowledge is 62.40 in average level. The percentage of the attitude of people who participated in caring of co-occurring disorder in community are 64.50. The most of samples' attitude is passive attitude. The percentage of the participation in and the factors related to caring of co-occurring disorder in community is 44.10 in high level.

The result of correlation of the participation in and the factors related to caring of co-occurring disorder in community found that gender and Community Participation related to caring of co-occurring disorder in community with a statistical significance of 0.05. The level of knowledge



related in the positive direction with the participation in caring of co-occurring disorder in community with a statistical significance of 0.05. The level of attitude related in the positive direction with the participation in caring of co-occurring disorder in community with a statistical significance of 0.01. According to the study, the factors related to caring of co-occurring disorder in community are personal factor. For example gender, community Participation, the level of knowledge and the attitude with the participation in caring of co-occurring disorder in community. The recommendation of the research are 1) the other departments can use the knowledge assets of this study to analyze and plan for rehabilitation of patients in the community. 2) To promote the people to participate in community for caring of co-occurring disorder properly. 3) Focus on proactive work by giving the right knowledge for people who live in the community especially the knowledge about addictive substances. 4) create a positive attitude for people who live in the community.

**Keywords:** co-occurring disorder, community participation, psychiatric social work, co-occurring disorder caring



## บทนำ

ชุมชนเป็นสถาบันทางสังคมที่มีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในชนบท ที่มีลักษณะการใช้ชีวิตร่วมกัน มีความสัมพันธ์กันในแบบเครือญาติ มีวิถีชีวิตใกล้เคียงกัน รวมไปถึงการมีอาชีพและฐานะทางเศรษฐกิจที่คล้ายคลึงกัน นำมาซึ่งการพึ่งพาอาศัย การช่วยเหลือเกื้อกูล ตลอดจนมีกิจกรรมร่วมกันของคนในชุมชน โดยชุมชนประกอบไปด้วยสมาชิกที่มีความหลากหลาย ไม่ว่าจะเป็นเพศ อายุ ช่วงวัย ระดับการศึกษา ตลอดจนภาวะความเจ็บป่วยของสมาชิกในชุมชน

โรคจิตเวชเป็นหนึ่งในโรคที่ส่งผลกระทบต่อคนในชุมชน และมีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดความสูญเสีย จากการสำรวจระดับชาติ พ.ศ. 2556 (พันธุ์ภา กิตติรัตน์ ไพบุลย์ และคณะ, 2559) พบว่า ความชุกชั่วชีวิตของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยตลอดชีวิตที่ผ่านมาประมาณ 3.90 ล้านคนเป็นโรคจิตเวชอย่างน้อยหนึ่งโรค และความผิดปกติของพฤติกรรมเสพติดสารใดๆ ตลอดชั่วชีวิตที่ผ่านมาพบความชุกถึง 13.7 ล้านคน หรือมากถึงหนึ่งในสี่ของประชากร สะท้อนว่าชุมชนต้องรับมือกับการมีผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยผลกระทบอันเนื่องมาจากผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดมีทั้งผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพของตนเอง และผลกระทบต่อครอบครัวและชุมชน เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะที่ด้อยลงจากการเจ็บป่วย ทั้งทางด้านกาย จิตใจ และสังคม โดยจากการสำรวจของโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ในระหว่าง

ปี 2555-2557 มีผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมารักษารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในภายใน 90 วัน พบว่าเกิดจากการใช้สารเสพติดจนเกิดอาการทางจิตกำเริบมาก ถึงร้อยละ 43.6 และปัญหาผู้ดูแลหรือชุมชนไม่ยอมรับ ไม่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน ถึงร้อยละ 20.3 (โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์, 2558)

จากประสบการณ์ในการทำงานด้านการสังคมสงเคราะห์จิตเวชในการลงปฏิบัติหน้าที่ในชุมชนเป็นระยะเวลากว่า 7 ปีของผู้ศึกษา พบว่าปัญหาอันเนื่องมาจากผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดเกิดขึ้นในหลากหลายรูปแบบ และมีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น ของคนในชุมชนที่แตกต่างกันไปในหลายชุมชน เลือกที่จะปฏิเสธผู้ป่วยไม่ต้องการให้ผู้ป่วยกลับเข้าสู่ชุมชน แต่ในบางชุมชนกลับมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ส่งเสริมและสนับสนุนให้ญาติสามารถที่จะดูแลผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยอยู่ร่วมกับคนในชุมชนได้ ป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ ซึ่งจะเป็นตัวกระตุ้นให้อาการทางจิตของผู้ป่วยกำเริบได้ หรือแม้แต่ในรายที่ผู้ป่วยไม่มีญาติผู้ดูแลหลัก คนในชุมชนก็สามารถช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย จนผู้ป่วยสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ได้รับการรักษาและอาการทางจิตดีขึ้น แสดงให้เห็นว่าคนในชุมชนก็เป็นส่วนสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างต่อเนื่อง ไม่เพียงแต่การรักษาในโรงพยาบาลหรือการดูแลจากญาติเท่านั้น

ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าในด้านโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด มีการศึกษาวิจัยในไทยที่ไม่ครอบคลุมทุกองค์ประกอบ ได้แก่ ด้านกาย ด้านจิต และด้านสังคม ของผู้ป่วย สวนทางกับการระบาดของยาเสพติด และจำนวนผู้ป่วยโรคร่วมจิต



เวชสารเสพติดที่มากขึ้นในประเทศอันนำมาสู่ความพยายามอย่างยิ่งของโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ ที่จะสามารถรวบรวมข้อมูล ตลอดจนศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดในคนไทย อันจะนำไปสู่การเป็นแหล่งข้อมูลที่สำคัญที่สามารถนำไปปรับปรุงและพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มนี้ให้มีประสิทธิภาพ

ความตื่นตัวในการจะเป็นผู้ให้บริการที่มีความเป็นเลิศ สอดคล้องกับแนวนโยบาย และความต้องการของผู้ใช้บริการ ทำให้ทุกวิชาชีวะมีความตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลง และพัฒนาการให้บริการของตนเองให้มีคุณภาพมากขึ้น ทั้งนี้ในฐานะที่ผู้ศึกษาทำงานเป็นนักสังคมสงเคราะห์ ซึ่งเป็นวิชาชีพที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชทั่วไปและผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด มีการให้บริการทั้งเชิงรับภายในโรงพยาบาล และการทำงานเชิงรุกในการลงชุมชน เพื่อการเตรียมความพร้อม ทำให้ผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ป้องกันการกำเริบของอาการทางจิต รวมถึงลดปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในชุมชน และด้วยโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ตั้งอยู่ในเขตตำบล ในอำเภอเมือง จังหวัดนครพนม ซึ่งยังไม่มีการศึกษาในเรื่องดังกล่าวมาก่อน ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจในเรื่องของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดในชุมชนต่อไป

### โรคร่วมจิตเวชสารเสพติด

ผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคทางจิตเวช มักพบว่ามีการใช้สารเสพติดร่วมด้วย ก่อให้เกิดภาวะโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด ซึ่งทำให้การรักษา และการพยากรณ์โรคเป็นไปในทางที่แย่ง การใช้สารเสพติดนอกจากส่งผลเกิดปัญหาสุขภาพกาย ใจและอารมณ์ของผู้เสพแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว เป็นภัยต่อความสงบสุขของสังคม และเป็นปัญหาระดับชาติ การใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิต หรือเรียกว่าเกิด “ภาวะโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด” เมื่อสารเสพติดผ่านเข้าสู่สมอง มีผลทำให้สารสื่อประสาท หรือ “สารโดปามีน” ในสมองผิดปกติ เกิดอาการทางจิตแบบมีภาวะหวาดระแวงได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน ซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมที่ใช้ความรุนแรง มีการทำร้ายตนเอง ทำร้ายบุคคลใกล้ชิด (โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์, 2561)

โรคร่วมจิตเวช (Psychiatric Comorbidity) หมายถึง การได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีความเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชตั้งแต่สองโรคขึ้นไป จำแนกได้เป็น 2 ชนิด (พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ, 2551) ได้แก่

1. โรคร่วมประเภทโฮโมไทป์ (Homotypic Comorbidity) เป็นโรคร่วมจิตเวชที่เป็นภาวะโรคร่วมในกลุ่มวินิจฉัยโรคเดียวกัน เช่น การติดสารเสพติดสองชนิดทั้งเสพติดสุราและดื่มสุราด้วยกัน หรือ กลุ่มโรควิตกกังวลที่มีทั้ง โรคแพนิค (Panic Disorder) และ โรคอโกกราโฟเบีย (Agoraphobia) เป็นต้น





2. โรคร่วมประเภทย่อย (Heterotypic Comorbidity) เป็นโรคร่วมจิตเวชที่เป็นภาวะโรคร่วมจากโรคที่ต่างกลุ่มวินิจฉัยโรคกัน เช่น การติดยาเสพติดร่วมกับการป่วยด้วยโรคจิตเภท การติดยาเสพติดร่วมกับการป่วยด้วยโรควิตกกังวล เป็นต้น

โดยแบ่งปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคจิตเวชร่วมสารเสพติดได้ดังนี้ (บุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ, 2556)

1. รูปแบบปัจจัยทั่วไป (Common Factor Model) ได้แก่ ปัจจัยด้านชีวภาพ (Biological Factor) ทั้งด้านพันธุกรรมหรือบุคลิกภาพเดิมก่อนเจ็บป่วย และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environment Factor) การใช้สารเสพติดเพื่อกระตุ้นการเข้าสังคม เพื่อให้เกิดการยอมรับได้มากกว่าหรือการเป็นผู้ที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีการใช้สุรา สารเสพติดมาก หรืออยู่ในสังคมที่มีความตึงเครียดทางเศรษฐกิจ

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

3. รูปแบบปัจจัยรองของความผิดปกติทางจิต (Secondary Psychiatric Disorder Model) เกิดจากฤทธิ์ของสารเสพติดทำให้เกิดความผิดปกติทางจิต กระตุ้นอาการทางจิตทำให้เสพยาและต้องการเสพยาเรื่อยๆ ซึ่งอาจเป็นตัวกระตุ้นสาเหตุที่ก่อให้เกิดอาการทางจิตเวชกำเริบได้บ่อยครั้ง

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

### ผลกระทบที่คนในชุมชนได้รับจากผู้ป่วยโรคจิตเวชร่วมสารเสพติด

ชุมชนต้องรับมือกับอาการทางจิตที่เพิ่มมากขึ้นของผู้ป่วยจิตเวช หรือแม้แต่ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต เช่น ผู้ที่มีปัญหาความเครียดจากการทำงาน ก็ได้รับผลกระทบด้วย โดยสามารถแบ่งผลกระทบที่เกิดจากโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดได้ (พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2561) ดังนี้

1. อาการทางจิตรุนแรงขึ้น การเสพยาเสพติดจะทำให้อาการของผู้ป่วยจิตเวชรุนแรงขึ้นเนื่องจากสารเสพติดไปกระตุ้นพฤติกรรม เช่น ความก้าวร้าว ความหุนหันพลันแล่น ความวิตกกังวล ของผู้ป่วย รวมไปถึงทำให้สุขภาพทางกายแย่ลง จนนำไปสู่ปัญหาสังคม ปัญหาทางกฎหมาย ตลอดจนปัญหาด้านเศรษฐกิจ ร้ายแรงกว่านั้นอาจนำไปสู่การทำร้ายตนเองของผู้ป่วย หรือมีพฤติกรรมต่อต้านสังคม ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม จนมีพฤติกรรมไม่พึงปรารถนา เช่น พฤติกรรมก่อวินาศกรรม การติดยาทางเพศสัมพันธ์ หรือการฆ่าตัวตายได้

2. โอกาสที่ต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลมากขึ้น โดยพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเวชร่วมกับการใช้สารเสพติด มีโอกาสในการที่อาการจะรุนแรงจนไม่



สามารถควบคุมได้และต้องเข้ารับบริการทางสุขภาพมากขึ้นเป็นสองเท่า

3. ต้นทุนในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโรคทางจิตเวชที่ใช้สารเสพติดทำให้อาการกำเริบบ่อยขึ้น และมีการรักษาที่ต้องใช้ทรัพยากรที่มากขึ้นในการรักษาสองกลุ่มโรคทางจิตเวช

### การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชโดยชุมชนมีส่วนร่วม

เป้าหมายของการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเวชไม่เพียงแต่การรักษาอาการทางจิตให้ทุเลา แต่การจะทำให้อาการผู้ป่วยคงที่ ลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดอาการกำเริบจนต้องกลับมารักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำ เพื่อผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตในสังคมกับครอบครัว และคนในชุมชนได้อย่างปกติสุข ยังต้องอาศัยการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนร่วมด้วย

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชโดยชุมชน เป็นการส่งเสริมและพัฒนาผู้ป่วยจิตเวชภายหลังจากออกโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม และต่อเนื่องโดยครอบครัวชุมชนและเครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวชต้องเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน ตามลำดับความสำคัญ รวมถึงต้องคำนึงถึงสภาพแวดล้อมและสถานการณ์ที่แวดล้อมผู้ป่วยอยู่ส่งเสริมและเสริมสร้างสัมพันธภาพกับทุกภาคส่วนสามารถบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ป่วยและเครือข่ายทางสังคมอย่างเหมาะสม

เกิดประโยชน์และคุ้มค่าไปสู่พึ่งพาตนเองมากที่สุด (ปิตาพร อยู่เย็น, 2554)

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชโดยชุมชนมีส่วนร่วมนั้น ให้ความหมายของการมีส่วนร่วม คือ การที่บุคคลมีความสนใจ ใส่ใจ ห่วงใย ในเรื่องผู้ป่วยโรคจิตเวชสารเสพติด มีความรู้สึกรับผิดชอบร่วมต่อปัญหาและมีส่วนในการตัดสินใจตลอดจนการหาแนวทางในการจัดการปัญหาร่วมกันของคนในชุมชน ไม่ว่าเขาจะแสดงออกว่าสนใจต่อปัญหานั้นมากน้อยเพียงใดก็ตาม และไม่จำเป็นที่บุคคลนั้นจะต้องเข้าไปเกี่ยวข้องกับปัญหานั้นโดยตรงก็ได้ แต่การมีทัศนคติ ความคิดเห็น ความสนใจ ห่วงใย ก็เพียงพอแล้วที่จะเรียกว่าเป็นการมีส่วนร่วมได้ โดยแบ่งระดับการมีส่วนร่วมออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ (สิทธิโชค เดชภิบาล, 2554)

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

2. การมีส่วนร่วมในระดับรับฟังความคิดเห็น (Consult) เป็นการให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลข่าวสาร ข้อเท็จจริง ความรู้สึก และความคิดเห็นประกอบการตัดสินใจ หน่วยงานรัฐมักกำหนดว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างน้อยต้องอยู่ในระดับการรับฟังความคิดเห็น

3. การมีส่วนร่วมในระดับเข้ามามีบทบาท (Involve) เป็นการให้ประชาชนสามารถมีส่วนร่วม





ได้ตลอดในกระบวนการตัดสินใจ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และข้อมูลกันอย่างจริงจัง ทั้งนี้ทั้งนั้นเป็นเพียงแค่การที่ประชาชนมีส่วนในการเสนอทางเลือก ร่วมคิดร่วมวางแผน แต่การตัดสินใจดำเนินการต่อยังไม่ใช่ของประชาชนทั้งหมด

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

5. การมีส่วนร่วมในระดับเสริมอำนาจให้ประชาชน (Empower) เป็นการมีส่วนร่วมในระดับสูงที่สุด เป็นการตัดสินใจของประชาชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียด้วยตนเอง สะท้อนการยอมรับการตัดสินใจของประชาชน ทั้งนี้ประชาชนควรได้รับข้อเท็จจริง ข้อมูลที่มีคุณภาพประกอบการตัดสินใจอย่างถูกต้องด้วย

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้และทัศนคติของคนในชุมชนต่อผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดของคนในชุมชน

### วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ มุ่งเน้นศึกษาระดับความรู้และทัศนคติของคนในชุมชนต่อผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการ

มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดของคนในชุมชน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้อม อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอนของ Krejcie และ Morgan ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างตัวแทนครัวเรือนละ 1 คน จำนวน 290 คน แล้วใช้วิธีการสุ่มตัวอย่าง แบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) โดยสุ่มทุกๆ 3 หลังคาเรือน เอามา 1 ครัวเรือน ( $n/N=2.88$ ) โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคือ ประชาชนที่อายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย อ่านเขียนภาษาไทยได้ และสมัครใจเข้าร่วมวิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

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

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

**ส่วนที่ 2** ความรู้เกี่ยวกับโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด โดยใช้รูปแบบเลือกตอบ ถูก-ผิด จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย ความรู้ทั่วไปเรื่องโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด และความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยแบ่งช่วงคะแนนออกเป็น 3 ระดับ (น้อย = 0-11 คะแนน (60%), ปานกลาง =



12-15 คะแนน (70%), มาก = 16-20 คะแนน (80%))

**ส่วนที่ 3** ทศนคติของคนในชุมชนต่อผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด จำนวน 15 ข้อ สร้างตามมาตรวัดของลิเคิร์ท (Likert Scale) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับ (ข้อคำถามเชิงบวก 1,3,4,6,7,9,12,13,14,15 เห็นด้วยมากที่สุด = 5 เห็นด้วยมาก = 4 ไม่แน่ใจ = 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย = 2 ไม่เห็นด้วยที่สุด = 1 ข้อคำถามเชิงลบ 2,5,8,10,11 เห็นด้วยมากที่สุด = 1 เห็นด้วยมาก = 2 ไม่แน่ใจ = 3 ไม่เห็นด้วย = 4 ไม่เห็นด้วยที่สุด = 5) และมีเกณฑ์การแปลความหมาย 3 ช่วงคะแนน (ทศนคติในทางบวก คะแนนเฉลี่ย 3.67 – 5.00, ไม่แสดงออกทางทศนคติหรือมีทศนคติเฉยๆ คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.66, ทศนคติในทางลบ คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33)

**ส่วนที่ 4** การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด สร้างตามมาตรวัดของลิเคิร์ท (Likert Scale) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับ (ปฏิบัติสม่ำเสมอ = 5 ปฏิบัติบ่อยครั้ง = 4 ปฏิบัติเป็นบางครั้ง = 3 ส่วนใหญ่ไม่ปฏิบัติ = 2 ไม่เคยปฏิบัติเลย = 1) และมีเกณฑ์การแปลความหมาย 3 ช่วงคะแนน (มาก คะแนนเฉลี่ย 3.67 – 5.00, ปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.66, น้อย คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33)

### การตรวจสอบเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ศึกษานำแบบสอบถามเสนออาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุมตาม

วัตถุประสงค์ ความเหมาะสมด้านภาษา รวมทั้งเกณฑ์การให้คะแนน และการแปลผล จากนั้นนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และประสบการณ์การทำงานจิตเวชไม่น้อยกว่า 10 ปี จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพ (จิตเวช) 1 ท่าน นักจิตวิทยาคลินิก 1 ท่าน และนักสังคมสงเคราะห์ (จิตเวช) 2 ท่าน ทำหน้าที่ตรวจสอบความครอบคลุมเหมาะสมของเนื้อหา รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะแล้วนำมาหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) แล้วนำแบบสอบถามไปหาความเชื่อมั่นเพื่อหาค่าความสอดคล้อง (Item Objective Congruence - IOC) ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้มีความถูกต้องชัดเจนของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาก่อนที่จะนำแบบสอบถามไปใช้

### จริยธรรมการศึกษาวิจัยในคน

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

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง โดยแจกแบบสอบถาม ตามบ้านเลขที่ที่ได้จากการสุ่มประชากรกลุ่มตัวอย่าง และให้ตัวแทนของครัวเรือนที่ตรงตามเกณฑ์การคัดเข้า และสมัคร



ใจตอบแบบสอบถาม ครึ่งเรือนละ 1 คน ตอบ  
แบบสอบถามให้ครบถ้วนสมบูรณ์

### วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่อสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย  
และสมมติฐานที่กำหนด ผู้ศึกษาใช้สถิติวิเคราะห์  
ดังต่อไปนี้

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

2. สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การหา  
ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล กับการมี  
ส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง  
สารเสพติด โดยใช้สถิติวิเคราะห์ ทดสอบความเป็น  
อิสระต่อกันของสองประชากร (Pearson Chi-  
square Test) และระหว่างระดับความรู้เรื่องโรคจิต  
เวชสารเสพติดและระดับทัศนคติของคนในชุมชนต่อ  
ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสารเสพติด กับระดับการมีส่วน  
ร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังสาร  
เสพติด โดยใช้สถิติวิเคราะห์ ทดสอบสมมติฐานโดย  
การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน  
(Pearson Product Moment Correlation  
Coefficient)

### ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือประชาชนในเขต  
ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ  
ตำบลบ้านห้อม อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม เป็น  
เพศหญิง ร้อยละ 54.10 ซึ่งมีจำนวนใกล้เคียงกับเพศ  
ชาย ร้อยละ 45.90 โดยมีช่วงอายุเฉลี่ย 40-61 ปี  
มากที่สุด ระดับการศึกษาประถมศึกษามากที่สุดร้อยละ  
60.70 มีเพียง ร้อยละ 2.80 ที่มีระดับการศึกษา  
อนุปริญญาหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง ส่วน  
ใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 70.30 มีอาชีพ  
เกษตรกร ร้อยละ 52.4 มีเพียง ร้อยละ 2.40 ที่  
ประกอบอาชีพรับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ  
มีค่าเฉลี่ยรายได้เท่ากับ 3455.51 บาท เป็นญาติหรือ  
บุคคลใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังจิตเวชสารเสพติด  
ร้อยละ 3.10 และเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังจิตเวชสาร  
เสพติด ร้อยละ 2.10 มีตำแหน่งหน้าที่ในชุมชน ร้อย  
ละ 16.60

ความรู้เรื่องโรคเรื้อรังจิตเวชสารเสพติด กลุ่ม  
ตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความรู้ในระดับปานกลาง  
ร้อยละ 62.40 รองลงมาคือ ระดับความรู้มาก ร้อย  
ละ 33.80 และระดับน้อย ร้อยละ 3.80 โดยเฉลี่ย  
ตอบคำถามถูกต้อง ร้อยละ 70.00 ของข้อคำถาม  
ทั้งหมด เมื่อจำแนกรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่าง  
ทั้งหมดมีความรู้ที่ถูกต้องว่า อาการหลงผิด ระแวง  
คิดว่าจะมีคนอื่นมาทำร้าย คืออาการอย่างหนึ่งของ  
ผู้ป่วยจิตเวช ร้อยละ 100.00 ในทางตรงกันข้าม  
กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องว่า สุราและกัญชา  
จัดเป็นสารเสพติดชนิดอ่อน ไม่ทำให้ป่วยด้วยโรค  
เรื้อรังจิตเวชสารเสพติด ร้อยละ 83.40 ดังปรากฏใน  
ตารางที่ 1



ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ จำแนกตามระดับความรู้เรื่องโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด ของประชาชนในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้อม

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

ทัศนคติต่อผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีทัศนคติแบบไม่แสดงออกทางทัศนคติ ร้อยละ 64.50 รองลงมาคือทัศนคติใน

ทางบวก ร้อยละ 35.50 และไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติในทางลบ ดังปรากฏในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน ร้อยละ จำแนกตามระดับทัศนคติของคนที่สนทนากับผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด ของประชาชนในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้อม

| ทัศนคติของคนในชุมชนต่อผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด | จำนวน | ร้อยละ |
|-----------------------------------------------------|-------|--------|
| ทัศนคติในทางบวก                                     | 103   | 35.50  |
| ไม่แสดงออกทางทัศนคติหรือมีทัศนคติเฉยๆ               | 187   | 64.50  |
| ทัศนคติในทางลบ                                      | -     | -      |
| รวม                                                 | 290   | 100    |

การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีส่วนร่วมในระดับมาก ร้อยละ 44.10 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 31.40 และระดับน้อย ร้อยละ 24.50 เมื่อจำแนกรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างทราบว่า ผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดในชุมชน มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ 4.36 ในทางตรงกันข้าม การมีส่วนร่วมในการเป็นเครือข่ายเฝ้าระวังและติดตามดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดในชุมชน กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในระดับน้อย โดยมีคะแนนเฉลี่ย

อยู่ที่ 3.06 จำแนกรายด้าน การมีส่วนร่วมระดับข้อมูลข่าวสาร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีส่วนร่วมระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 3.98 การมีส่วนร่วมระดับให้ความคิดเห็น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีส่วนร่วมระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.39 การมีส่วนร่วมระดับเข้ามามีบทบาท กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.13 การมีส่วนร่วมระดับสร้างความร่วมมือ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีส่วนร่วมระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 2.98 ซึ่งใกล้เคียงกับการมีส่วนร่วมระดับเสริมพลังอำนาจ



ให้แก่ประชาชน คะแนนเฉลี่ย 2.92 ซึ่งแสดงให้เห็น  
ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในระดับปาน  
กลาง ดังปรากฏในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วย  
โรคร่วมจิตเวชสารเสพติดของประชาชนในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้อม

| ระดับการมีส่วนร่วม    | Mean | S.D. | แปลผล   |
|-----------------------|------|------|---------|
| ระดับข้อมูลข่าวสาร    | 3.98 | 0.91 | มาก     |
| ระดับให้ความคิดเห็น   | 3.39 | 1.24 | ปานกลาง |
| ระดับเข้ามามีบทบาท    | 3.13 | 1.24 | ปานกลาง |
| ระดับสร้างความร่วมมือ | 2.98 | 1.20 | ปานกลาง |
| ระดับเสริมอำนาจ       | 2.92 | 1.48 | ปานกลาง |

การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม ผลการทดสอบสรุปได้ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 เพศมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด โดยทดสอบความเป็นอิสระต่อกันของสองประชากร (Pearson Chi-square test) พบว่าค่า  $p\text{-value} = 0.019$  ระดับนัยสำคัญ ( $\alpha$ ) = 0.05 สรุปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างเพศหญิงและเพศชาย มีระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

สมมติฐานที่ 2 การมีตำแหน่งหน้าที่ในชุมชนมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด โดยทดสอบความเป็นอิสระต่อกันของสองประชากร (Pearson Chi-square test) พบว่า ค่า  $p\text{-value} = 0.000$

ระดับนัยสำคัญ ( $\alpha$ ) = 0.01 สรุปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีตำแหน่งหน้าที่ในชุมชนกับกลุ่มตัวอย่างที่มีตำแหน่งหน้าที่ในชุมชน มีระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

สมมติฐานที่ 3 ระดับความรู้เรื่องโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดและระดับทัศนคติของคนที่อยู่ในชุมชนต่อผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดมีความสัมพันธ์กับระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ( $r$ ) ของระดับความรู้  $r = 0.135$  และระดับทัศนคติ  $r = 0.186$  ค่า  $p\text{-value}$  ของระดับความรู้  $p = 0.021$  และระดับทัศนคติ  $p = 0.001$  ระดับนัยสำคัญ ( $\alpha$ ) ของระดับความรู้  $\alpha = 0.05$  และระดับทัศนคติ  $\alpha = 0.01$





สรุปได้ว่าระดับความรู้เรื่องโรคจิตเวชสารเสพติด มีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกันกับระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชสารเสพติด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และระดับทัศนคติของคนในชุมชนต่อผู้ป่วยโรคจิตเวชสารเสพติด มีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกันกับระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชสารเสพติด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

สรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชสารเสพติดของคนในชุมชน คือ ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศและตำแหน่งหน้าที่ในชุมชน) ระดับความรู้เรื่องโรคจิตเวชสารเสพติด และระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยโรคจิตเวชสารเสพติด

## อภิปรายผลการศึกษา

### 1. การศึกษาระดับความรู้และทัศนคติของคนในชุมชนต่อผู้ป่วยโรคจิตเวชสารเสพติด

จากการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนในเขตพื้นที่ใกล้เคียงกับโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ ซึ่งบริการหลักที่สำคัญคือการบริการสุขภาพจิตชุมชน โดยเฉพาะความรู้อย่างที่ประชาชนทั่วไปควรทราบ ทำให้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีความรู้ที่ถูกต้องว่า อาการหลงผิดระแวง คิดว่าจะมีคนอื่นมาทำร้าย คืออาการอย่างหนึ่งของผู้ป่วยจิตเวช และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 62.40 มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง หรือร้อยละ 70 ของข้อคำถามทั้งหมด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ภาวดี เหมทานนท์ และคณะ (2553)

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคจิตเวชและทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเวชของประชาชนในเขตตำบลปากพูน อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคจิตเวชอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีความรู้ของผู้ป่วยจิตเวชมักมีอาการแปรปรวนเปลี่ยนแปลงง่าย เช่น หัวเราะ ยิ้มคนเดียว ร้องไห้โดยไม่มีสาเหตุ ซึ่งเป็นอาการของโรคจิตเวช แต่อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างกลับมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องว่า สุราและกัญชาจัดเป็นสารเสพติดชนิดอ่อน ไม่ทำให้ป่วยด้วยโรคจิตเวชสารเสพติด ถึงร้อยละ 83.40 อาจเพราะบริบทของชุมชนชนบทที่มีการใช้สารเสพติดบางชนิดอย่างทั่วไป ทำให้คนในชุมชนไม่ตระหนักว่าการใช้สารเสพติด เป็นรูปแบบปัจจัยรองของความผิดปกติทางจิต (Secondary Psychiatric Disorder Model) คือการเกิดโรคจิตเวชสารเสพติดจากฤทธิ์ของสารเสพติดทำให้เกิดความผิดปกติทางจิต กระตุ้นอาการทางจิตทำให้เสพติดและต้องการเสพอยู่เรื่อยๆ ซึ่งเป็นประเด็นท้าทายให้โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ต้องให้ความรู้เรื่องสารเสพติดที่ทำให้เกิดโรคทางจิตเวชในประเด็นนี้

ในด้านระดับทัศนคติของคนในชุมชนต่อผู้ป่วยโรคจิตเวชสารเสพติด ทัศนคตินี้มีลักษณะเป็นนามธรรม ทำให้ต้องวัดในภาพรวม พิจารณาจากการตอบสนองต่อสิ่งเร้าของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งด้านสติและเหตุผล ด้านความรู้สึก และด้านพฤติกรรม โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีทัศนคติต่อผู้ป่วยโรคจิตเวชสารเสพติดอยู่ในระดับไม่แสดงออกทางทัศนคติหรือมีทัศนคติเฉยๆ กว่าร้อยละ 64.50 โดยเห็นด้วยว่าสามารถแจ้งให้ญาตินำ





ผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดไปรับการรักษาได้ เมื่ออาการกำเริบมากที่สุด ซึ่งเป็นข้อคำถามในด้าน พฤติกรรม สะท้อนให้เห็นแนวโน้มที่ดีของคนใน ชุมชน ว่ามีทัศนคติโดยภาพรวมส่งเสริมให้เกิด พฤติกรรมในการให้ความดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดในชุมชนร่วมกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ สดุดิ น้อยกรณ (2552) ปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วม ของครอบครัวในการลดพฤติกรรมการดื่มสุราใน ผู้ป่วยติดสุรา พบว่าทัศนคติที่ดีของสมาชิกใน ครอบครัวต่อผู้ป่วยติดสุรา มีแนวโน้มทำให้ ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการลดพฤติกรรม การดื่มสุราของผู้ป่วยติดสุรามากขึ้น ซึ่งจากการศึกษา พบประเด็นที่น่าสนใจในเรื่องที่กลุ่มตัวอย่าง ไม่ แสดงออกทางทัศนคติว่า ผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด สร้างปัญหาให้แก่ชุมชนของตนเอง อาจเกิด จากการที่คนในชุมชนไม่แน่ใจว่าปัญหานั้นเป็น ปัญหาของตนเองหรือไม่ สอดคล้องกับการที่กลุ่ม ตัวอย่างไม่แสดงออกทางทัศนคติในเรื่องการส่งต่อ ผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดเข้ารับการ บำบัดรักษา ที่เห็นว่าเป็นเรื่องของญาติและ เจ้าหน้าที่ที่เข้ามาให้ความดูแล สะท้อนให้เห็นว่าคน ในชุมชนยังไม่ได้มองว่าปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นปัญหา ของส่วนรวมที่ทุกคนควรเข้ามามีบทบาทในการ แก้ไขปัญหา ทั้งนี้ทั้งนั้นแม้ว่าไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่มีทัศนคติไปในทางบวก แต่ก็เป็นที่น่าพอใจที่ ไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติทางลบเลย ซึ่งเป็น สัญญาณที่ดีที่จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถนำไป ปรับใช้ในการทำงานและกระตุ้นให้คนในชุมชน เปลี่ยนทัศนคติไปในทางบวกต่อไป

## 2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการ ดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดของคนใน ชุมชน

จากการศึกษา ด้านการมีส่วนร่วมในการ ดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด พบว่ากลุ่ม ตัวอย่างส่วนใหญ่มีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 44.10 เมื่อพิจารณาระดับการมีส่วนร่วมในระดับ ต่างๆ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีส่วนร่วมมาก ใน ระดับให้ข้อมูลข่าวสาร (Inform) ซึ่งถึงแม้ว่าจะเป็น การมีส่วนร่วมในระดับต่ำที่สุด คือเป็นการรับข้อมูล ข่าวสารเท่านั้น แต่ก็ป็นระดับที่มีความสำคัญที่สุด เช่นกัน เพราะเป็นก้าวแรกที่ประชาชนจะได้เข้ามามี ส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด ในชุมชนของตนเอง และยังพบอีกว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมปานกลาง ในระดับรับฟังความ คิดเห็น (Consult) เป็นการรับข้อมูลข่าวสาร ข้อเท็จจริง ประกอบการตัดสินใจ ซึ่งมักกำหนดให้ ประชาชนมีส่วนร่วมในระดับนี้เป็นอย่างน้อย ในส่วน การมีส่วนร่วมในระดับเข้ามามีบทบาท (Involve) การมีส่วนร่วมในระดับสร้างความร่วมมือ (Collaboration) และการมีส่วนร่วมในระดับเสริม อำนาจให้ประชาชน (Empower) พบว่า กลุ่ม ตัวอย่างส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในระดับปานกลางใน จำนวนที่ลดหลั่นกันลงไป สะท้อนถึงการมีส่วนร่วม ในระดับสูง จะมีประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมน้อยลง สอดคล้องกับ ตัวแบบระดับการมีส่วนร่วมของ ประชาชน ที่นำเสนอโดยสมาคมนานาชาติด้านการมี ส่วนร่วมของประชาชน (International Association of Public Participation – IAP2) ที่ว่า ยิ่งระดับการมี ส่วนร่วมที่สูงขึ้น ยิ่งสะท้อนอำนาจและอิทธิพลของ



ประชาชนในการเข้ามามีบทบาทหรือตัดสินใจมากขึ้นด้วย การที่ประชาชนจะเข้ามามีส่วนร่วมในระดับเสริมอำนาจให้ประชาชน ซึ่งเป็นการมีส่วนร่วมระดับสูงที่สุดจึงมีไม่มากนัก (อรรถัย กักผล, 2552)

ด้านปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งจิตเวชสารเสพติดในชุมชน โดยกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อธิบายได้ตามแนวคิดที่ว่า ปัจจุบันผู้หญิงเข้ามามีบทบาทในสังคมมากยิ่งขึ้น แต่ก็ยังไม่สามารถก้าวข้ามความคิดความเชื่อในเรื่องบทบาทหน้าที่ระหว่างเพศหญิงกับเพศชาย ที่ว่าเพศหญิงถูกกำหนดให้ต้องได้รับความช่วยเหลือได้ (ไพลิน ภูจินาพันธุ์, 2561) และในสถานการณ์จริง เพศหญิงมักเข้าร่วมในการเป็นอาสาสมัคร เนื่องจากเพศหญิงมีความใส่ใจทุกข์สุขของคนในชุมชนตนเอง และสามารถเข้าถึงผู้รับบริการได้สะดวกกว่าเพศชาย ประกอบกับมักเป็นอาสาสมัครเพศหญิงที่ค้นพบปัญหาและใส่ใจในการแก้ไขปัญหา แต่ในด้านตำแหน่งหน้าที่ จะพบว่าเพศชายมักได้รับตำแหน่งผู้นำชุมชนมากกว่าเพศหญิง แม้ปัญหาจะถูกค้นพบโดยเพศหญิง แต่ก็มักจะเป็นผู้นำเพศชายที่เข้ามามีส่วนร่วมมากกว่าในด้านการจัดการกับปัญหาที่พบ สอดคล้องกับระดับการมีส่วนร่วมที่พบว่า เพศชายแม้จะมีจำนวนน้อยกว่าแต่ก็มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งจิตเวชสารเสพติดที่มากกว่าเพศหญิง ดังผลการศึกษาการมีตำแหน่งหน้าที่ในชุมชนมีความสัมพันธ์กับระดับการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งจิตเวชสารเสพติด ทั้งนี้การมีตำแหน่งหน้าที่ของคนในชุมชนทั้งสองเพศ ต่างทำงานต่อเนื่องกัน เช่น เมื่อ

อาสาสมัครสาธารณสุขเพศหญิงค้นพบปัญหาเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคมะเร็งจิตเวชสารเสพติดในชุมชน ก็จะสามารถงานให้ผู้นำชุมชนซึ่งมักเป็นเพศชายให้เข้ามาจัดการกับปัญหา เช่น การควบคุมพฤติกรรมผู้ป่วยก่อนพาไปบำบัดรักษายังโรงพยาบาล สะท้อนการมีส่วนร่วมของผู้มีตำแหน่งหน้าที่ในชุมชนซึ่งสอดคล้องกับ ปรีนธร บุญเนตร (2546) การมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลผู้มีความเครียด ศึกษาเฉพาะกรณี ชุมชนผักแว่น ตำบลยางซิ่นก อำเภอเขิองใน จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าสถานภาพในชุมชนเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมด้านการสนับสนุนทางสังคมภายในชุมชน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้นำหรืออาสาสมัครมักมีบทบาททางสังคมในด้านการให้ความดูแล และร่วมมือกับหน่วยงาน เพื่อให้ความช่วยเหลือคนในชุมชนที่ประสบปัญหา ให้ได้รับการบรรเทาปัญหา ซึ่งเป็นจุดประสงค์สำคัญที่บุคคลหนึ่งจะอาสาเข้ามาทำงานเพื่อสังคมโดยรวม

ปัจจัยด้านระดับความรู้เรื่องโรคมะเร็งจิตเวชสารเสพติด เป็นปัจจัยหนึ่งที่โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชชนกนรินทร์ได้ส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจในโรคมะเร็งจิตเวชสารเสพติดมากยิ่งขึ้น เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมที่มากขึ้น โดยสอดคล้องการศึกษาของ นุรินยา แหละหมัด (2561) และ ปรีนธร บุญเนตร (2546) ว่าเมื่อประชาชนมีความรู้ความเข้าใจโรคมะเร็งจิตเวชสารเสพติด จะเกิดการเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยในชุมชนของตนมากขึ้น จากการศึกษาพบว่าระดับความรู้ของคนในชุมชนมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งจิตเวชสารเสพติด ซึ่งสอดคล้องกับ ซึ่งจะสอดคล้องกับ บัวลอย แสน



ละมูล และปัทพงษ์ เกษสมบูรณ์ (2561) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยผลการวิจัยพบว่าผู้ที่ได้รับโปรแกรมให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างถูกต้องมากขึ้น สามารถสังเกตอาการและควบคุมการกินยา เป็นผลดีในการป้องกันการกำเริบของอาการได้ อันจะส่งผลดีต่อตัวผู้ป่วยในชุมชนให้คนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดมากขึ้นต่อไป

และปัจจัยอีกด้านที่มีความน่าสนใจคือ ปัจจัยด้านระดับทัศนคติของคนในชุมชนต่อผู้ป่วยโรคจิตเวชสารเสพติด ด้วยว่าผู้ป่วยจิตเวชนั้นมักถูกประทับมลทินจากสังคม อันเนื่องมาจากการที่คนในชุมชนเกิดความกลัว หวาดระแวง จากพื้นฐานภูมิหลังที่เข้าใจว่าผู้ป่วยจิตเวช มักควบคุมตนเองไม่ได้ ก่อความเดือดร้อน และเป็นอันตรายต่อคนในชุมชนตามที่ ชัยพร อุโฆษจันทร์ (2558) ได้อธิบายไว้ในเรื่อง มลทินประทับในช่วงหลังจำหน่าย (Post-discharged Phase) ซึ่งเป็นช่วงที่ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนของตนเอง เป็นช่วงเวลาที่ยากลำบากของทุกฝ่าย เนื่องจากแนวคิดที่ว่าผู้ป่วยคือตัวอันตราย และผู้ป่วยคือสิ่งที่ควบคุมเอาแน่เอานอนไม่ได้ ทำให้ต้องเผชิญกับการเปียดขับทางสังคม (Social Exclusion) หลากหลายรูปแบบในบริบทต่างๆ ซึ่งการศึกษาพบว่าทัศนคติมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด กล่าวคือหากประชาชนมีทัศนคติต่อผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดทางบวก ก็จะส่งผลให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดในระดับ

มาก สอดคล้องกับการศึกษาของ นริศรา ฉัพรรณรังสี (2549) เจตคติของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้วยวิธีล่ามขัง ศึกษาเฉพาะพื้นที่จังหวัดขอนแก่น พบว่า เมื่อทีมจิตเวชเข้ามามีบทบาทในเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชและวิธีการดูแลที่ถูกต้อง ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่มีเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเวช โดยยอมรับว่าผู้ป่วยจิตเวชสามารถพัฒนา เปลี่ยนแปลงตนเองได้ จึงทำให้ผู้ดูแลเข้ามามีบทบาทให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างเหมาะสมมากยิ่งขึ้น ซึ่งโอกาสพัฒนาของชุมชนในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้อมนั้นถือว่ามียากเนื่องจากไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติทางลบกับผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดเลย แม้ว่าจะยังไม่สามารถผลักดันให้ประชาชนส่วนใหญ่มีทัศนคติทางบวกได้ แต่เมื่อประชาชนมีทัศนคติแบบไม่แสดงออกก็ใดๆ ก็มีแนวโน้มที่ดีที่จะพัฒนาไปสู่การมีทัศนคติในทางบวกได้ในอนาคต

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เรื่องโรคจิตเวชสารเสพติด ทัศนคติของคนในชุมชนต่อผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด ล้วนมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด แจ่ม กรกระโทก และคณะ (2561) ได้ศึกษาเรื่อง แนวทางที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชร่วมกัน ระหว่างทีมสุขภาพ ครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลเสิงสาง จังหวัดนครราชสีมา พบว่าแนวทางที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชคือการมีส่วนร่วมของทั้งทีมสุขภาพ ครอบครัว และชุมชน โดยมีเป้าหมายคือการดูแลต่อเนื่องและผู้ป่วยสามารถอยู่ในสังคมได้ ซึ่ง



ผู้ปฏิบัติงานสามารถนำผลการศึกษาไปใช้ในการเพิ่มระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนได้ คือการเพิ่มความรู้ความเข้าใจแก่ประชาชน การส่งเสริมให้ประชาชนมีทัศนคติทางบวกแก่ผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด อันจะนำไปสู่การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดในชุมชนอย่างยั่งยืนต่อไป

### ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

การศึกษาเรื่อง “การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชสารเสพติด ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้อม อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม” มีข้อเสนอแนะดังนี้

#### 1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 กรมสุขภาพจิต ควรปรับบทบาทภาพรวมของโรงพยาบาลในสังกัด จากการเป็นหน่วยงานที่เชี่ยวชาญการรักษาเฉพาะทางสู่การเป็นหน่วยบริการเชิงรุก ที่เน้นการนำองค์ความรู้จากการศึกษาวิจัยภายในองค์กรมาปรับเป็นแผนยุทธศาสตร์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เน้นกระบวนการการให้ความรู้แก่คนในชุมชน พร้อมทั้งเสริมสร้างทัศนคติที่ดี เพื่อให้เกิดภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชสารเสพติดต่อเนื่องกันไปตั้งแต่ระดับประเทศ ไปยังส่วนภูมิภาค จนถึงระดับท้องถิ่น

1.2 โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ ควรใช้ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยนี้ประกอบการทำแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการ เพื่อให้เกิดการผลักดันในเชิงนโยบายให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ที่จะเป็นเลิศด้านจิตเวชสารเสพติดในระดับประเทศ

#### 2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

2.1 โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ ควรนำเอาผลการวิจัยในครั้งนี้ที่มีความสอดคล้องกับการปฏิบัติงานในด้านความเป็นเลิศด้านโรคจิตเวชสารเสพติด ไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการจัดอบรมเสริมสร้างความรู้และทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชสารเสพติดในชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้ในเรื่องสารเสพติด เพราะยังมีประชาชนที่ยังขาดความรู้ที่ถูกต้องในเรื่องยาเสพติดและการเกิดโรคจิตเวชอยู่มาก ทั้งนี้อาจมีการเผยแพร่ชุดความรู้ในรูปแบบที่เข้าถึงได้ง่ายแก่ประชาชน เช่น การเผยแพร่สื่อออนไลน์ การเผยแพร่เอกสารแผ่นพับ เป็นต้น

2.2 ผู้มีตำแหน่งหน้าที่ในชุมชน ไม่ว่าจะเป็นผู้นำชุมชน หรืออาสาสมัคร เป็นผู้มีส่วนร่วมสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชสารเสพติดในชุมชน ดังนั้นจึงควรมีการเสริมสร้างศักยภาพของผู้มีตำแหน่งหน้าที่ในชุมชนด้วยการจัดอบรมเสริมความรู้ความเข้าใจ ตลอดจนกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างทัศนคติที่ดี รวมถึงการลดมายาคติเกี่ยวกับการเข้ามามีบทบาทของเพศชายและเพศหญิง เพื่อให้ผู้มีตำแหน่งในชุมชนทุกเพศเข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชสารเสพติดมากขึ้น

2.3 การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด เป็นกระบวนการที่สำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปสู่ครอบครัว และอยู่ร่วมกับคนในชุมชนได้ การสร้างทัศนคติที่ดีแก่คนในชุมชน จะทำให้ผู้ป่วยเป็นที่ยอมรับมากขึ้น และยังสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชสารเสพติดในชุมชน



### 3. ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาวิจัยในครั้งต่อไป

3.1 ควรมีการศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังจิตเวชสารเสพติด เปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างในเขตเทศบาลเมือง เป็นตัวแทนของชุมชนในตัวเมือง เพื่อเป็นข้อมูลที่เป็นภาพรวมในระดับจังหวัดนครพนม และขยายผลการศึกษาไปยังพื้นที่อื่นๆ เพื่อให้ศึกษาความสอดคล้องหรือแตกต่างของแต่ละพื้นที่

3.2 ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังจิตเวชสารเสพติด ในรูปแบบการสนทนากลุ่ม (Focus Group) เพื่อการวิเคราะห์ที่ลึกซึ้งมากยิ่งขึ้น

3.3 ควรมีการเพิ่มความละเอียดของการวัดผล โดยใช้มาตรส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 1-10 เพื่อให้ได้ผลการศึกษาที่ละเอียดและสามารถวิเคราะห์ข้อมูลได้ถูกต้องแม่นยำมากขึ้น

### บรรณานุกรม

- ชัยพร อุโฆษจันทร์. (2558). *กระบวนการทำงานของมลทินประทับของผู้ป่วยจิตเวชหลังจำหน่าย ผู้ดูแล และบุคคลแวดล้อมในชุมชนจังหวัดเชียงใหม่*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต) กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- นริศรา ฉัพพรรณรังสี. (2549). *เจตคติของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้วยวิธีล้ามซัง ศึกษาเฉพาะพื้นที่จังหวัดขอนแก่น*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต) กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- นุริยา แหละมัด. *การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดขณะบำบัดรักษาในศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดสงขลา*. สืบค้น 2 กรกฎาคม 2561, จาก <http://www.sdtm.in.th/upload/forum/09.pdf>
- บัวลอย แสนละมุล และ ปัตพงษ์ เกษสมบุรณ์. *ผลของโปรแกรมให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท*. สืบค้น 2 กรกฎาคม 2561, จาก [https://home.kku.ac.th/chd/index.php?option=com\\_attachments&task=download&id=109&lang=en](https://home.kku.ac.th/chd/index.php?option=com_attachments&task=download&id=109&lang=en)
- บุญศิริ จันศิริมงคล, สาวิตรี สุริยะฉาย, หทัยชนนี บุญเจริญ, กนกกาญจน์ วิโรจน์อุไรเรือง, สรสร จวงษ์, อุ่นจิตร คุณารักษ์. (2556). *โรคเรื้อรังจิตเวชของผู้ป่วยในจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มสุรา*. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต.
- ปริญญ์ บุญเนตร. (2546). *การมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลผู้มีความเครียด ศึกษาเฉพาะกรณี ชุมชนผักแว่น ตำบลยางซิ่น อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต) กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ปิตาพร อยู่เย็น. (2554). *แนวทางการจัดชมรมสุขภาพจิตต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัวและชุมชนของจังหวัดเชียงใหม่*. (สารนิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต) กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.





- พันธุ์ณา กิตติรัตนไพบูลย์. ระบาดวิทยาโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยสุราและสารเสพติด. สืบค้น 2 กรกฎาคม 2561, จาก [http://www.aimhc.net/new/\\_admin/download/-322-1502074093.pdf](http://www.aimhc.net/new/_admin/download/-322-1502074093.pdf)
- พันธุ์ณา กิตติรัตนไพบูลย์, ธรณินทร์ กองสุข, วชิระ เพ็งจันทร์, จินตนา ลิ้มเพิ่มพูน, วรวรรณ จุฑา และเกษรา ภรณ์ เคนบุปผา. (2551). ระบาดวิทยาโรคจิตเวชร่วมในคนไทย: การศึกษาระดับชาติ 2551. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต.
- พันธุ์ณา กิตติรัตนไพบูลย์, นพพร ตันติรังสี, วรวรรณ จุฑา, อธิบ ตันอารีย์, ปธานนท์ ขวัญสนิท, สาวิตรี อึ้งนางค์กรชัย, สุทธา สุปัญญา. (2559). ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต : การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556. กรุงเทพฯ: บริษัท ปิยอนด์พับลิชชิง จำกัด.
- ไพลิน ภูจินาพันธุ์. (2561). บทบาทผู้หญิงในการสร้างความเสมอภาคทางการเมืองและงานอาสาสมัครพัฒนาสังคม. วารสารสำนักบัณฑิตอาสาสมัคร, 14(1), 164-203.
- ภาวดี เหมทานนท์, นิศารัตน์ นรสิงห์, สุกตน์ เหมทานนท์ และจิราภรณ์ กาญจนะ. (2553). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคจิตเวชและทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเวชของประชาชนในเขตตำบลปากพูน อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช. นครศรีธรรมราช: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนครศรีธรรมราช.
- โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์, กรมสุขภาพจิต, กระทรวงสาธารณสุข. (2558). รายงานการปฏิบัติงานประจำปี พ.ศ. 2555-2557. นครพนม: โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์.
- โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์. ภาวะโรคร่วมทางจิตเวชสารเสพติด. สืบค้น 2 กรกฎาคม 2561, จาก <http://www.prdmh.com/สารสุขภาพจิต/สารน่ารู้สุขภาพจิต/179-“ภาวะโรคร่วมทางจิตเวชสารเสพติด”.html>
- สดุดี น้อยกรณ์. (2552). ปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการลดพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุรา. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ) กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สิทธิโชค เดชภิบาล. (2554). การมีส่วนร่วมของชุมชนท้องถิ่นในการจัดการและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมพื้นที่ป่าชายเลน: ศึกษาเฉพาะในชุมชนท้องถิ่นจังหวัดภูเก็ต. (ภาคินพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ) กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- อรรถัย กักผล. (2552). คู่มือการมีส่วนร่วมของประชาชน สำหรับนักบริหารท้องถิ่น. กรุงเทพฯ : จรัญสนิทวงศ์การพิมพ์.