

รายงานการวิจัยเรื่อง

การศึกษาความรู้ ทักษะและปัญหาในการปฏิบัติงาน
ของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อโครงการ
ค้นหาและดูแล ผู้ป่วยโรคจิต ติดยา และปัญหาอื่น

ผู้วิจัย

นางนลินี	อนวัชมงคล
นางรัชนี	หัตถพนม
นางวรรณประภา	ชลอกุล
นางละเอียด	ปัญญาใหญ่
นางสาวจุรีย์	อิงสำราญ
นางธีราพร	มณีนาถ
นางสาวบังอร	ศรีเนตรพัฒน์

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข



รายงานการวิจัยเรื่อง

การศึกษาความรู้ ทักษะและปัญหาในการปฏิบัติงาน
ของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อโครงการ
ค้นหาและดูแล ผู้ป่วยโรคจิต ลมชัก และปัญญาอ่อน

ผู้วิจัย

นางนลินี	อนวัชมงคล
นางวัชนี	หัตถพนม
นางวรรณประภา	ชลอกุล
นางละเอียด	ปัญญาใหญ่
นางสาวจรรย์	อิงสำราญ
นางธีราพร	มณีนาถ
นางสาวบังอร	ศรีเนตรพัฒน์

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
มีนาคม 2540

บทคัดย่อ

การศึกษาความรู้ ทักษะ และปัญหาในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในโครงการค้นหาและดูแลผู้ป่วยโรคจิต ลมชัก และปัญญาอ่อน เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะ และปัญหาในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขตามโครงการค้นหาและดูแลผู้ป่วย โรคจิต ลมชัก และปัญญาอ่อน และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ และทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขที่ดำเนินงานตามโครงการค้นหาและดูแลผู้ป่วย โรคจิต ลมชัก และปัญญาอ่อน ครบตามขั้นตอนที่กรมสุขภาพจิตกำหนด จำนวน 44 คน (จาก 55 คลมช ในเขต 6 จำนวน 7 จังหวัด) การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และหาค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือในหมวดความรู้เท่ากับ 0.744 ในหมวดทักษะเท่ากับ 0.763 ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 3 เดือน (พฤษภาคม - กรกฎาคม 2539) การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรม SPSS/Pc และใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้และทักษะของ อสม.ใช้ t-test F test และ Student newman Keuls test

ผลการวิจัย ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 54.5 อายุอยู่ในช่วง 31-50 ปี มากที่สุดร้อยละ 54.5 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 90.9 การศึกษาประถมศึกษาร้อยละ 75.0 อาชีพเกษตรกรร้อยละ 52.3 ได้รับความรู้เกี่ยวกับโครงการนี้ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดประชุมร้อยละ 97.7 ระยะเวลาที่รับผิดชอบดำเนินงานตามโครงการ 7-12 เดือน ร้อยละ 47.7 ความรู้ของอาสา

สมัครสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับโครงการค้นหาและดูแลผู้ป่วยโรคจิต ลมชักและ
ปัญญาอ่อน ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปานกลางร้อยละ 54.6

สำหรับทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีต่อโครงการส่วนใหญ่อยู่ใน
ในเกณฑ์ดี ความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อโครงการ และเอกสารสนับสนุน
จากกรมสุขภาพจิตพบว่าสำหรับทัศนคติที่มีต่อสิ่งที่กรมสุขภาพจิตสนับสนุนโครงการที่
ควรปรับปรุง ได้แก่

- ใบสำรวจตัวอักษรเล็กเกินไป
- แบบสำรวจควรแยก 1 โรค ต่อ 1 แผ่น
- สมุดทะเบียนผู้ป่วยมีรายละเอียดมากเกินไป
- ภาษาที่ใช้ในการลงทะเบียนอ่านเข้าใจยาก
- ภาพที่ใช้ในคู่มือควรเป็นภาพจริงจะดีกว่าการ์ตูน

ในด้านปัญหาในการปฏิบัติงานพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขตัดสินใจ
ไม่ได้กรณีพบว่าผู้ป่วยมีอาการของหลายโรครวมกันร้อยละ 56.8 ไม่เคยได้รับเงินใน
การติดตามดูแลผู้ป่วย 30 บาทต่อผู้ป่วย 1 ราย ต่อการเยี่ยมครบ 4 ครั้ง ร้อยละ 72.7
และ อสม.ทั้งหมดใช้ใบสำรวจซักถาม เฉพาะผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นโรคเท่านั้นปัจจัยที่มี
ความสัมพันธ์กับความรู้ของ อสม. ได้แก่ สถานภาพสมรสที่แตกต่างกัน อาสาสมัคร
สาธารณสุขที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีคะแนนความรู้ดีกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่มี
สถานภาพสมรสโสด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 .

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุข คือ
อาชีพที่แตกต่างกัน อาชีพเกษตรกรรม จะมีทัศนคติต่อการดำเนินโครงการดีกว่าอาชีพ
ค้าขาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Abstract

Health volunteers' knowledge, attitude, and working process problems in the psychotic, epileptic, mental retarded patients searching and management project; was a descriptive research. The objective was to study the health volunteers' knowledge, attitude, and working problems; and to study the factors that related to the volunteers' knowledge and attitude.

44 health volunteers (purposive sampling from 55 health volunteer centers in the 7 provinces of the 6 health zone) who had done the task work in the project completely, were studied.

The questionnaire was structured. Its content validity was tested by 5 experts. Its reliability in the knowledge part was 0.744, and in the attitude part was 0.763. The data were collected between May and July 1996, and then were analysed by the spss/pc computerized program. The following statistics were used

1. Percentage, mean, and standard variation were used to analyse general information

2. T-Test, F-Test and student Newman-Kuels test were used to analyse the factors that related to the volunteers' knowledge and attitude

Results

It was found that most of the volunteers were female (54.5%), the age range between 31 and 50 years (54.5%), married (90.9%), primary school graduation (75.0%), agriculturist (52.3%), had gained knowledge about the task work for 7-12 months (47.7%), and their knowledge scores were in moderate level (54.6%)

Most of the health volunteers had good attitude to the project. In their opinion, the documents from the mental health department, which were sent to support the project, should be improved in some items, such as:

- the letters in the searching form were too small,

- Each searching form should be used just only for one disorder
- The registered book had too much detail,
- The language that used for registration was too difficult ,
- The pictucs in the note book should be the real ones

In the working process problems, it was found that the volunteers could not make a provisional diagnosis in the patient who had mixed symptoms (56.81%), they did not recieve the fee even though they had done the task work completely (72.7%), and all of the volunteers used the searching form just only for ones who had suspected symptoms

The factor that related to the volunteers' knowledge was marrital status. The volunteers who were married had higher knowledge score than the volunteers who was single , with statistical significant at $p=0.05$.

The factor that related to the volunteers' attitude was occupation. The volunteers who were agriculturist had better attitude than the volunteers who were merchant, with statistical significant at $p=0.05$

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการวิจัยเรื่อง การศึกษาความรู้และทัศนคติ ของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อโครงการค้นหาและดูแลผู้ป่วยโรคจิต ลมชัก และปัญญาอ่อน สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความร่วมมือจากหลายฝ่ายดังต่อไปนี้

นายแพทย์ วิวัฒน์ ขณานุรักษ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ที่กรุณาอนุมัติและสนับสนุนในด้านงบประมาณ ตลอดจนคำแนะนำในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้

นายทวี ตั้งเสรี รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ที่กรุณาเป็นที่ปรึกษา ให้แนวคิดและข้อเสนอแนะที่มีประโยชน์ต่อการวิจัย

นางเสียม สารบัณฑิตกุล รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ที่กรุณาให้ข้อคิดเห็นและคำแนะนำ

นางวัชนี หัตถพนม ผู้ช่วยรองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ที่กรุณาให้ข้อคิดเห็น คำแนะนำ ตรวจสอบ แก้ไขด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดี

ผู้ทรงคุณวุฒิในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นทุกท่านที่กรุณาสละเวลาช่วยตรวจสอบแก้ไข แบบสำรวจข้อมูลที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

อาจารย์ แก้วใจ คำสุข อาจารย์ประจำหน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่กรุณาให้คำแนะนำในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยจึงใคร่ขอขอบพระคุณผู้มีอุปการะคุณทุกท่านมา ณ.โอกาสนี้

นลินี อนวัชมงคล

31 มีนาคม 2540

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อ	ก
Abstract	ค
กิตติกรรมประกาศ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ซ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	2
ขอบเขตของการศึกษา	2
นิยามคำศัพท์	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	4
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	5
ความรู้เกี่ยวกับโรคจิต	5
ความรู้เกี่ยวกับโรคลมชัก	10
ความรู้เกี่ยวกับปัญญาอ่อน	15
โครงการค้นหาและดูแลผู้ป่วยโรคจิต ลมชัก และปัญญาอ่อน	26
ความหมายของความรู้ ทักษะสติ	27
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	32
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	33
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	33
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	34
การเก็บรวบรวมข้อมูล	36
การวิเคราะห์ข้อมูล	36

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1. จำนวนร้อยละของอาสาศัมครที่ทำการศึกษา จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส	39
2. จำนวนร้อยละของอาสาศัมครที่ทำการศึกษาจำแนกตาม ระดับการศึกษา อาชีพ	40
3. จำนวนร้อยละของอาสาศัมครที่ทำการศึกษาจำแนกตามจังหวัด	41
4. จำนวนร้อยละของอาสาศัมครที่ทำการศึกษาจำแนกตามการ ได้รับความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน ได้รับความรู้โดยวิธี ระยะเวลาในการอบรม	42
5. จำนวนร้อยละของอาสาศัมครที่ตอบถูกและผิดในเรื่องความรู้ที่ เกี่ยวกับโรคจิต	44
6. จำนวนร้อยละของอาสาศัมครที่ตอบถูกและผิดในเรื่องความรู้ เกี่ยวกับโรคลมชัก	45
7. จำนวนร้อยละของอาสาศัมครที่ตอบถูกและผิดในเรื่องความรู้ เกี่ยวกับปัญญาอ่อน	46
8. จำนวนร้อยละของอาสาศัมครจำแนกตามระดับความรู้ที่ เกี่ยวข้องกับโรคจิต ลมชัก และปัญญาอ่อน	47
9. คะแนนเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นของ อาสาศัมครที่มีต่อการดำเนินโครงการ	48
10. คะแนนเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นของ อาสาศัมครที่มีต่อการดำเนินโครงการ (ต่อ)	49
11. คะแนนเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นของ อาสาศัมครที่มีต่อเอกสารที่สนับสนุนโครงการ	50
12. คะแนนเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นของ อาสาศัมครที่มีต่อเอกสารที่สนับสนุนโครงการ (ต่อ)	51
13. จำนวนร้อยละของปัญหาในการปฏิบัติงานของอาสาศัมคร	52

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
14. จำนวนร้อยละของปัญหาในการปฏิบัติงานของอาสาสมัคร (ต่อ)	53
15. จำนวนร้อยละของวิธีการสำรวจผู้ป่วยโรคจิต ลมชัก และ ปัญญาอ่อนของอาสาสมัคร	54
16. การเรียงลำดับความรู้ที่อาสาสมัครใช้บ่อย ๆ ในการแนะนำผู้ป่วย และญาติจากมากสุดไปหาน้อยสุด	55
17. จำนวนร้อยละของการติดตามดูแลผู้ป่วยโรคจิต ลมชัก และ ปัญญาอ่อนของอาสาสมัคร	56
18. จำนวนร้อยละของปัญหาและอุปสรรคในการติดตามดูแลของ อาสาสมัคร	57
19. จำนวนร้อยละของจำนวนครั้งในการรายงานผลการดำเนินงาน ของอาสาสมัครต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในรอบปีที่ผ่านมา	58
20. เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของอาสาสมัครเพศชายและ เพศหญิงด้วยการทดสอบที	59
21. เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของอาสาสมัครที่มีช่วงอายุ แตกต่างกันด้วยการทดสอบเอฟ	60
22. เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของอาสาสมัครที่มีสถานภาพสมรส แตกต่างกันด้วยการทดสอบเอฟ	61
23. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยในด้านความรู้ของอาสาสมัครที่มี สถานภาพสมรสแตกต่างกันด้วย Student Newman Keuls test	62
24. เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของอาสาสมัคร ที่มีการศึกษา แตกต่างกันด้วยการทดสอบเอฟ	63
25. เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของอาสาสมัครที่มีอาชีพแตกต่างกัน ด้วยการทดสอบเอฟ	64
26. เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของอาสาสมัคร ที่มีระยะเวลาใน การรับผิดชอบงานตามโครงการแตกต่างกันด้วยการทดสอบเอฟ	65

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
27. เปรียบเทียบทัศนคติของอาสาสมัครที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน ตามโครงการจำแนกตาม เพศชาย และหญิง ด้วยการทดสอบที	66
28. เปรียบเทียบทัศนคติของอาสาสมัครที่มีช่วงอายุแตกต่างกันด้วย การทดสอบเอฟ	67
29. เปรียบเทียบทัศนคติของอาสาสมัครที่มีสถานภาพสมรส แตกต่างกันด้วยการทดสอบเอฟ	68
30. เปรียบเทียบคะแนนทัศนคติของอาสาสมัครที่มีการศึกษา แตกต่างกันด้วยการทดสอบเอฟ	69
31. เปรียบเทียบคะแนนทัศนคติของอาสาสมัครที่มีอาชีพ แตกต่างกันด้วยการทดสอบเอฟ	70
32. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทัศนคติของอาสาสมัครที่มีอาชีพ แตกต่างกันด้วย Student Newman Keuls test	71
33. เปรียบเทียบคะแนนทัศนคติของอาสาสมัครที่มีระยะเวลาในการ รับผิดชอบงานตามโครงการแตกต่างกันด้วยการทดสอบเอฟ	72

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สุขภาพจิตเป็นปัญหาที่มีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้น เพราะสภาพความเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในการพัฒนาประเทศ พบว่าผู้ป่วยโรคจิต โรคซึมเศร้า และปัญหาอ่อนซึ่งเป็นโรคที่มีความรุนแรงและเรื้อรังเป็นส่วนใหญ่ จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง แต่พบว่าผู้ป่วยได้รับการเฉลี่ยประมาณปีละ 2 ครั้ง/คน จากสภาพเช่นนี้จะก่อให้เกิดปัญหาโรคกำเริบและเรื้อรังมากยิ่งขึ้น ทั้งยังก่อให้เกิดความเสื่อมในบุคลิกภาพ และคุณภาพชีวิตของบุคคลและสังคมเป็นอย่างยิ่ง (คณะกรรมการวิชาการร่วมกับสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข , 2536)

นอกจากนี้จากการศึกษาของนางวัชรี หัตถพนม (2529) พบว่าผู้ป่วยที่กลับมารักษารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ส่วนใหญ่เกิดจากญาติผู้ป่วยร้อยละ 82.67 ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามการรักษาของแพทย์ จึงทำให้ผู้ป่วยขาดยาต้องกลับมารักษาในโรงพยาบาลอีก

จากปัญหาดังกล่าว กรมสุขภาพจิตจึงได้จัดโครงการค้นหาและดูแลผู้ป่วยโรคจิต ลมชัก และปัญญาอ่อน เป็นโครงการสุขภาพจิตชุมชนโครงการหนึ่ง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโครงการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า(HFA) โดยปรากฏอยู่ในกลุ่มที่ 3 การเข้าถึงบริการมีเกณฑ์ชี้วัด ลำดับที่ 29 4.9 การดูแลผู้ป่วยทางสุขภาพจิต โดยมีทะเบียนผู้ป่วยโรคจิต ลมชัก และปัญญาอ่อนไว้ที่ ศสมช และผู้ป่วยเหล่านี้ต้องได้รับการดูแลจากครอบครัวและชุมชนอย่างถูกต้องครบถ้วน เพื่อป้องกันการเจ็บป่วยซ้ำ อันเนื่องมาจากการขาดความรู้เข้าใจในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน

กลวิธีดำเนินงาน

ใช้กลไกของงานสาธารณสุขมูลฐาน คือ อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้ดำเนินงานค้นหาและติดตามดูแลผู้ป่วยโรคจิต ลมชัก และปัญญาอ่อนในชุมชน โดย

ผ่านการอบรมวิธีการดูแลผู้ป่วย และการใช้เครื่องมือที่กรมสุขภาพจิตได้สร้างขึ้น ได้แก่ แบบสำรวจผู้ป่วยโรคจิต ลมชัก และปัญญาอ่อน คู่มือการดูแลผู้ป่วย ทะเบียน และการรายงานผู้ป่วยทั้งสามโรค

โครงการค้นหาและดูแลผู้ป่วย โรคจิต ลมชักและปัญญาอ่อน จะไม่สามารถดำเนินการได้ถ้าขาดตัวจักรสำคัญก็คือ อาสาสมัครสาธารณสุขซึ่งจะเป็นผู้สำรวจผู้ป่วยสุขภาพจิต ลงทะเบียนผู้ป่วย ติดตามเยี่ยมให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ เพื่อเป็นการประเมินผลโครงการดังกล่าว โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นจึงได้ทำการศึกษาความรู้ ทักษะคติปัญหาในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อการดำเนินโครงการค้นหาและดูแลผู้ป่วยโรคจิต ลมชัก และปัญญาอ่อน เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้รับไปปรับปรุงโครงการให้สามารถดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่องต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะคติ และปัญหาในการปฏิบัติงาน ของอาสาสมัครสาธารณสุข ตามโครงการค้นหาและดูแลผู้ป่วยโรคจิต ลมชัก และปัญญาอ่อน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้และทักษะคติของอาสาสมัครสาธารณสุข

ขอบเขตของการวิจัย

1. เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ประชากรที่ทำการศึกษา ศึกษาจากอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ในเขต 6 ที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นไปนิเทศงาน ในช่วงเดือน พฤษภาคม 2539 - กรกฎาคม 2539 และทำการเลือกกลุ่มตัวอย่าง เพื่อทำการศึกษาแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ในการศึกษา เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขจำนวน 44 คน
2. เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ข้อตกลงเบื้องต้น

1.กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามอย่างเป็นอิสระ ด้วยความรู้ความเข้าใจ และแสดงความรู้สึกนึกคิด ต่อคำถามคำตอบอย่างจริงใจ

2.ผู้สัมภาษณ์แต่ละคนมีความสามารถใกล้เคียงกัน ทั้งนี้เนื่องจากก่อนทำการสัมภาษณ์ ได้มีการอบรมและฝึกการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้แบบสัมภาษณ์จนมีความสามารถ และเข้าใจตรงกัน

นิยามคำศัพท์เฉพาะ

โรคจิต หมายถึงโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ ความคิดและการแสดงออกอย่างรุนแรง โดยผู้ป่วยมักไม่ยอมรับว่าตนเองป่วย ภาษาชาวบ้านโรคจิตคือ บ้าวิกลจริต

โรคลมชัก หรือกลุ่มอาการชัก เป็นโรคทางสมองอาการเกิดขึ้นทันทีโดยผู้ป่วยจะล้มลงทันที ผู้ป่วยจะไม่รู้สึกตัว ตัวแข็งเกร็ง ชักกระตุก น้ำลายฟูมปากอาจปัสสาวะราดหรือกัดลิ้นตัวเอง

ปัญญาอ่อน เป็นภาวะที่สมองมีพัฒนาการล่าช้ากว่าปกติ ทำให้การแสดงพฤติกรรมในด้านต่างๆล่าช้าไปด้วย

อาสาสมัครสาธารณสุขที่รับผิดชอบงาน หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขที่รับผิดชอบดำเนินงาน โครงการค้นหาและดูแลผู้ป่วยโรคจิต ลมชัก และปัญญาอ่อน ได้ครบกระบวนการตามที่กรมสุขภาพจิตกำหนด โดยการใช้แบบสำรวจสุขภาพจิต ลงทะเบียนผู้ป่วยสุขภาพจิต และติดตามดูแลผู้ป่วยโรคจิต ลมชัก และปัญญาอ่อน

ความรู้ หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับโรคจิต ลมชัก และปัญญาอ่อน ซึ่งมีอยู่ในคู่มือการดูแลผู้ป่วยที่แจกให้แก่ อสม. เพื่อใช้ในการปฏิบัติงานตามโครงการ ฯ

ทัศนคติ หมายถึง ความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อการดำเนินงานตามโครงการ ต่อสิ่งที่ยอมรับสุขภาพจิตสนับสนุน เช่น แบบสำรวจ คู่มือเงินค่าตอบแทนการดูแลผู้ป่วย

ปัญหาในการปฏิบัติงาน หมายถึง ปัญหาของอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีต่อการปฏิบัติงานในโครงการค้นหาและดูแลผู้ป่วยโรคจิต ลมชัก และปัญญาอ่อน

ประโยชน์ที่จะได้จากการวิจัยนี้

1. ทำให้ทราบความรู้ ทักษะ และปัญหาในการปฏิบัติงาน ตามโครงการค้นหาและดูแลผู้ป่วยโรคจิต ลมชักและปัญญาอ่อน อันจะเป็นประโยชน์ในการวางแผนและแก้ไขปัญหาลุप्तรรค ในการดำเนินโครงการเพื่อให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. ทำให้ทราบประสิทธิผลของการดำเนินโครงการ

3. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัยครั้งต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาความรู้ทัศนคติและปัญหา ในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อโครงการค้นหาและดูแลผู้ป่วยโรคจิต ลมชัก และปัญหาอ่อน ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาโดยแบ่งเป็นหัวข้อดังต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิต ลมชัก และปัญหาอ่อน
2. โครงการค้นหาและดูแลผู้ป่วยโรคจิต ลมชักและปัญหาอ่อน
3. ความหมายของความรู้ ทัศนคติ
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิต ลมชัก และปัญหาอ่อน

1.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคจิต

โรคจิต หมายถึง โรคที่มีผู้ป่วยมีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมองหรือพิษจากยาที่จะเป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว (สมภาพ เรื่องตระกูล และคณะ, 2533)

จากพจนานุกรมของสมาคมจิตแพทย์อเมริกา ได้ให้ความหมายของโรคจิตว่ามีการเสื่อมเสียความสามารถในการทดสอบความเป็นจริง (reality testing) คำๆนี้อาจจะใช้บรรยายพฤติกรรมของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง หรือบรรยายโรคทางจิตใจบางโรค บางช่วงในระยะเวลาที่มีการเจ็บป่วย บุคคลทุกคนที่เป็นโรคนี้จะมี ความเสื่อมทางความสามารถในการทดสอบความเป็นจริง (reality testing) อย่างมาก

กรมสุขภาพจิต (2538 : 1-3) ได้ให้ความหมายของโรคจิต คือ โรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ ความคิดและการแสดงออกอย่างรุนแรง โดยผู้ป่วยมักจะไม่นยอมรับว่าตนเองป่วย

สรุป โรคจิต หมายถึง โรคทางจิตที่รุนแรง เกิดจากสาเหตุทางร่างกายหรือสาเหตุทางอารมณ์ โดยมีความผิดปกติทางพฤติกรรม และความคิด มีอาการหลงผิด

และประสาทหลอนชัดเจน อาการประสาทหลอนนั้นต้องเกิดขึ้นโดยไม่มีสาเหตุให้เห็นเด่นชัด

สาเหตุ

สาเหตุของโรคจิตมีอยู่หลายสาเหตุร่วมกัน คนที่ป่วยเป็นโรคจิตนั้นมีแนวโน้มทางชีววิทยาที่ป่วยเป็นโรคจิตอยู่แล้ว เมื่อมาพบความเครียด จึงเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการของโรคจิตขึ้น ความเครียดต่าง ๆ นั้นอาจเป็นปัจจัยทางชีววิทยา กรรมพันธุ์ จิตวิทยา สังคม หรือสิ่งแวดล้อม (วิวัฒน์ ยถาภูพานนท์ และคณะ, 2536)

สมภพ เรืองตระกูล และคณะ (2523) กล่าวถึง สาเหตุของโรคจิตเภท นั้นสันนิษฐานว่า เกิดจากสาเหตุหลายอย่างร่วมกัน สาเหตุที่สำคัญได้แก่ กรรมพันธุ์ ความผิดปกติของชีวเคมีของสมอง จิตใจ ความกดดันในชีวิต และจากสิ่งแวดล้อม

สาเหตุของการเกิดโรคนี้ แท้จริงยังไม่ทราบ แต่เชื่อว่าโรคนี้มีสาเหตุจากหลายอย่างร่วมกัน โดยมีสาเหตุที่สำคัญคือ กรรมพันธุ์ ชีวเคมีของสมอง จิตใจและสังคม (ศักดา กาญจนาวโรจน์กุล, 2537)

วิวัฒน์ ยถาภูพานนท์ และคณะ (2539) ได้รวบรวม อาการแสดงและการรักษาดังนี้

อาการแสดงและอาการแสดง

1. หน้าที่ด้านต่าง ๆ ทั้งหมดบกพร่อง มีคุณภาพต่ำกว่าตอนประสบความสำเร็จสูงสุดก่อนป่วยอย่างมาก หรือไม่สามารถบรรลุความสำเร็จในระดับที่คาดหวังไว้

2. เนื้อหาของความคิดผิดปกติ เช่นอาการหลงผิด ความคิดว่าถูกคนอื่นนินทาหรือกำลังพูดถึงตน ความคิดที่แทบจะไม่มีเนื้อหา

3. รูปแบบของความคิดผิดปกติเช่นคำพูดที่มีลักษณะต่อไปนี้

derailment, loosening of associations, incoherence circumstantiality, overinclusiveness, neologisms, blocking, Echolalia

4. การรับรู้ผิดปกติ เช่น อาการประสาทหลอนด้านต่าง ๆ ที่พบมากคือหูแว่ว นอกจากนี้อาจพบประสาทหลอนทางการมองเห็น การได้กลิ่น การสัมผัส การรับรส

5. อารมณ์เปลี่ยนแปลง เช่น สิ้นน้ำไม่แสดงอารมณ์ ดูทื่อ ๆ ไร ๆ การแสดงอารมณ์ไม่เหมาะสมกับสถานการณ์

6. ความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองบกพร่อง เช่น เสียขอบเขตของอวัยวะ ลับสนเรื่องเพศ ไม่สามารถแยกแยะระหว่าง internal reality จาก External reality

7. ความตั้งใจเสียไป เช่น ไม่แรงจูงใจ โสเล ดัดสินใจไม่ได้

8. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลบกพร่อง เช่น แยกตัวเองจากสังคม ก้าวร้าวกับผู้อื่น พฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม

9. พฤติกรรมด้านจิตใจ และการเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลง เช่น หงุดหงิด กระวนกระวาย พฤติกรรมถดถอย แล้วยึด อยู่ในท่าทางแปลกทำอะไรเป็นพิธีกรรมไปหมด Catatonia

10. สถิติสัมพัทธ์

การรักษา

การรักษาโรคจิตเภทประกอบด้วยวิธีการต่าง ๆ ดังนี้

1. ยาทางจิตเวช

ยารักษาโรคจิตจะทำให้อาการและอาการแสดงของโรคจิตเภทดีขึ้น โดยทั่วไปยาที่มีฤทธิ์แบบ Low potency และ high potency ใช้รักษาโรคจิตได้ผลเท่า ๆ กัน เพียงแต่ว่าชนิด Low potency อาจต้องใช้ขนาดที่มากกว่า ผู้ป่วยแต่ละคนจะตอบสนองต่อยาแต่ละชนิดไม่เหมือนกัน บางคนจะตอบสนองดีต่อยา Low potency ขณะที่อีกคนจะตอบสนองดีต่อยา High potency

หลักกว้าง ๆ ในการเลือกใช้ยารักษาโรคจิตมีดังนี้

ผู้ป่วยที่มีการเคลื่อนไหวมาก วุ่นวาย หงุดหงิด กระวนกระวาย ควรเลือกใช้ยาชนิด Low potency เช่น chlorpromazine , thioridazine

ผู้ป่วยที่มีอาการถดถอย หรือดูซึมเศร้า การเลือกใช้ยา high potency เช่น trifluoperazine

ผู้ป่วยที่ติดต่อการรักษาควรเลือกใช้ยา Clozapine

2. การทำช็อคไฟฟ้า (electroconvulsive therapy)

ผู้ป่วยจิตเภทที่รักษาด้วยวิธีช็อคไฟฟ้าได้ผลดี คือจิตเภทชนิด catatonic ส่วนชนิดอื่น ๆ ไม่ค่อยได้ผล ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาเจ็บป่วยไม่ถึง 1 ปีจะตอบสนองต่อการรักษาดีที่สุด

3. การรักษาทางจิตใจและสังคม (Psychosocial treatment)

การใช้ยาเพียงอย่างเดียวจะไม่ได้ผลดีนัก ควรใช้ยาควบคู่ไปกับการรักษาทางจิตใจและสังคม ซึ่งมีวิธีการต่าง ดังนี้

3.1 พฤติกรรมบำบัด

ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในหอผู้ป่วย สามารถใช้พฤติกรรมบำบัดวิธี token economy เพื่อช่วยให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสม สามารถอยู่ในโลกภายนอกได้

3.2 กลุ่มบำบัด

กลุ่มบำบัดจะช่วยให้ผู้ป่วยไม่แยกตัวจากสังคม และช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ความเป็นจริง กลุ่มบำบัดที่ใช้จะเป็นกลุ่มบำบัดชนิดระดับประจักษ์ และเป็นการพัฒนาทักษะทางสังคม เช่น กิจกรรมต่าง ๆ ที่ต้องทำในชีวิตประจำวัน

3.3 ครอบครัวบำบัด

ครอบครัวบำบัดจะลด high expressed emotion ภายในครอบครัวซึ่งจะลดอัตราการป่วยซ้ำของผู้ป่วยอย่างได้ผลดี

การนำสมาชิกภายในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทหลาย ๆ ครอบครัวมาร่วมกลุ่มสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และช่วยเหลือกันและกันเป็นวิธีที่มีประโยชน์มากวิธีหนึ่ง

3.4 จิตบำบัดชนิดระดับประจักษ์

การทำจิตบำบัดอย่างลึกในผู้ป่วยจิตเภทเป็นข้อห้าม เพราะอิทธิพลของผู้ป่วยเปราะบางเกินไป

จิตบำบัดชนิดระดับประจักษ์แบบต่าง ๆ ที่ใช้กันอยู่ประกอบด้วย

- การให้คำแนะนำ
- การให้ความมั่นใจ
- การให้ความรู้

- การให้การเลียนแบบ
- การจำกัดพฤติกรรม
- การช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ตามความจริง

หลักการ คือ ให้ผู้ป่วยมี insight เท่าที่เขาต้องการและอยู่ในระดับที่เขาพอทนได้

3.5 เทคนิคในการสัมภาษณ์

ในการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ไม่มีสูตรสำเร็จรูปว่าจะต้องพูดอย่างไรที่สำคัญก็คือผู้รักษจะต้องช่วยให้ผู้ป่วยลดความรู้สึกสับสนวุ่นวาย เหนง และความตกใจกลัว ผู้รักษควรให้ความเห็นอกเห็นใจ อยากช่วยเหลือผู้ป่วยโดยไม่ให้ผู้ป่วยรู้สึกว่า ผู้รักษกำลังเข้าไปวุ่นวายในชีวิตส่วนตัวของเขา

กรมสุขภาพจิต (2538:9-15) ได้รวบรวมวิธีการดูแลผู้ป่วยโรคจิตดังนี้

1. ผู้ป่วยหรือญาติควรมาติดต่อบริการที่โรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ ญาติควรดูแลให้ผู้ป่วยกินยาอย่างต่อเนื่อง การเพิ่มยา ลดยา หรือหยุดยา ควรปรึกษาแพทย์ ถ้าผู้ป่วยไม่ยอมกินยา ญาติควรชักจูงโน้มน้าวให้ผู้ป่วยกินยา ถ้าไม่ได้ผลให้ปรึกษาแพทย์ ซึ่งแพทย์อาจให้ยาฉีดแทน
2. ไม่ควรใช้สิ่งเสพติดทุกชนิด เช่น เหล้า เบียร์ กล้วยา ยาม้า ผงขาว ฯลฯ เพราะอาจทำให้อาการของโรคจิตกำเริบขึ้นได้
3. ญาติควรกระตุ้น และให้กำลังใจผู้ป่วยให้ทำงานตามกำลังความสามารถที่มีอยู่ เพื่อฟื้นฟูความสามารถของผู้ป่วยให้ดีขึ้นเหมือนเดิม ไม่ควรให้ผู้ป่วยอยู่เฉย ๆ หรือมีเวลาว่างเกินไป เพราะจะทำให้ผู้ป่วยเฉื่อยชา เกียจคร้าน ซึ่งจะเป็นภาระของญาติในการดูแลผู้ป่วยอย่างมากในอนาคต
4. ควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยเหมือนคนปกติ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดระบายปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความเข้าใจ และไว้วางใจซึ่งกันและกัน
5. สนับสนุนและให้กำลังใจผู้ป่วยให้สามารถแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง โดยการรับฟังปัญหาของผู้ป่วยอย่างตั้งใจ และให้คำปรึกษาแนะนำ
6. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเข้าสังคมกับคนทั่วไป เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเข้ากับผู้อื่นได้ โดยเริ่มจากการพูดคุยกับคนในบ้านก่อน ไม่ควรแยกตัวหรือเก็บตัวคนเดียว

7. หมั่นสังเกตอาการของผู้ป่วย ถ้าเห็นผู้ป่วยเริ่มมีอาการผิดปกติ เช่น นอนไม่หลับ หงุดหงิด มีเหงื่อ พุดคนเดียว ให้รีบนำผู้ป่วยมาพบแพทย์

1.2 ความรู้เกี่ยวกับโรคลมชัก

โรคลมชัก หมายถึง ความผิดปกติของระบบประสาทที่เกิดขึ้นเป็นพัก ๆ และอาจมีอาการเกิดขึ้นซ้ำได้อีก อาการที่เกิดขึ้น คือการไม่รู้สติตัว หรืออาจเกิดอาการอื่นร่วมด้วย เช่น มีความผิดปกติของการเคลื่อนไหวของร่างกาย ความรู้สึก และพฤติกรรม การมีอาการเกิดขึ้นซ้ำ ๆ (recurrent) หรือเรื้อรัง (chronic) มีความสำคัญมาก เพราะการเกิดอาการชักเพียงครั้งเดียวไม่ได้หมายความว่า เป็นโรคลมชัก อาการชักเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทันทีที่ควบคุมไม่ได้ เนื่องจากมีกระแสไฟฟ้า ออกมามากกว่าปกติ เป็นการชั่วคราวที่บริเวณของสมอง ส่วนใดส่วนหนึ่ง หรือทั้งหมดเป็นอาการของสมองที่ทำหน้าที่ผิดปกติมากกว่าเป็นโรค คำว่า Epilepsy และ Seizure จึงใช้แทนกันได้ (Wilson, 1979)

โรคลมชัก หรือกลุ่มอาการชัก คนไทยเรารู้จักกันมานานแล้วในชื่อของ “โรคลมบ้าหมู” ซึ่งเป็นโรคทางสมองอาการเกิดขึ้นทันที โดยผู้ป่วยจะมีอาการล้มลงทันที ผู้ป่วยจะไม่รู้สติตัว ตัวแข็งเกร็ง ชักกระตุก น้ำลายฟูมปาก อาจปัสสาวะราด หรือกัดลิ้นตนเอง ผู้ป่วยสลบไปชั่วคราว แล้วตื่นขึ้นเอง บางครั้งอาจมีนงง บางคนหลับต่อ บางคนอาจคลุ้มคลั่ง ทำร้ายผู้อื่น (กรมสุขภาพจิต , 2538 :1-3)

สาเหตุของโรคลมชัก

1. กรรมพันธุ์
2. เนื้องอกในสมอง
3. ได้รับอุบัติเหตุที่ศีรษะ
4. สมองได้รับสารพิษ
5. สมองอักเสบมีการติดเชื้อในสมอง
6. พยาธิตัวดีดในสมอง
7. การคลอดที่ยาวนานหรือผิดปกติและมีผลต่อสมอง

ลักษณะทางคลินิก

ลักษณะการชักในโรคลมชักมีหลายแบบ ได้แก่

1. Grand mal เป็นการชักทั้งตัวแบบเกร็งและกระตุก ก่อนชักผู้ป่วยจะหมดสติแล้วจึงเริ่ม tonic phase คือ เกร็งทั้งตัวและหยุดหายใจอีก 2-3 วินาที ถึง 1 นาที ต่อมาจะมี clonic phase คือ การกระตุกทั้งตัวเป็นจังหวะนานประมาณ 2-3 นาที ก็จะหยุด เมื่อหยุดชักผู้ป่วยจะค่อย ๆ รู้สึกตัว แต่จะสับสน ง่วงซึมหรือหลับ และปวดศีรษะ ซึ่งจะกินเวลาต่างกันในการชักแต่ละครั้ง ตั้งแต่เป็นนาที - 72 ชั่วโมง

ส่วนประกอบที่สำคัญอย่างหนึ่งของการชักแบบนี้ คือ aura ซึ่งรายงานพบว่า 1 ใน 2 ของผู้ป่วยทั้งหมด aura ในผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเป็นความรู้สึกไม่สบาย แต่ไม่รู้ว่าคืออะไร และจะเป็นอยู่นานประมาณ 2-3 วินาที อย่างไรก็ตามในบางรายความรู้สึกนี้อาจเกิดที่ตำแหน่งแน่นอน เช่น รู้สึกเป็นเหน็บชาที่นิ้วมือนิ้วใดนิ้วหนึ่ง aura ที่รู้ตำแหน่งชัดเจนนี้ช่วยบอกตำแหน่งของโรคในสมอง มีบ่อย ๆ ที่ aura เป็นความผิดปกติในระดับความรู้สึกตัว คือ ผู้ป่วยจะแสดงลักษณะคล้ายคนกำลังเข้าฌาน หรือคล้ายกำลังอยู่ภายใต้อิทธิพลของยาหลอนประสาท

2. Petit mal เป็นการชักที่ผู้ป่วยยังตื่นอยู่ แต่สีหน้าจะว่างเปล่า ปราศจากความรู้สึกไปเป็นระยะเวลา 5-10 วินาที ในระยะนี้จะไม่มีการเคลื่อนไหวใด ๆ นอกจากลูกต่ายกลอกและกระพริบตาเท่านั้น จากนั้นเขาจะกลับเป็นปกติ โดยไม่มีอาการสับสนหลังชัก และเขามักไม่รู้ตัวว่าชักด้วย มักเกิดในเด็ก และหายไปในช่วงวัยรุ่น ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไม่มีการชักแบบอื่นในเวลาต่อไปด้วย

3. Focal seizure ความผิดปกติจะเกิดในสมองส่วนใดส่วนหนึ่ง และไม่ขยายไปสู่ส่วนอื่น ลักษณะของการชักขึ้นอยู่กับตำแหน่งของโรค เช่น ถ้าเป็นที่ sensory areas ของสมองการชักจะเป็นลักษณะมีความรู้สึกแปลก ๆ ในส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายเป็นเวลาไม่ถึง 1 นาที ถ้าเป็นที่ motor areas จะมีความผิดปกติในการเคลื่อนไหว เช่น เกิดอาการสั่นที่แขนขาข้างใดข้างหนึ่ง บางครั้งการชักแบบนี้ อาจมีอาการทั้งด้านการเคลื่อนไหวและด้านความรู้สึก โดยทั่วไปผู้ป่วยมักไม่หมดสติ

4. Minor motor seizure ลักษณะเป็นการกระตุกของแขนขา

(myoclonic jerk) ในคนปกติก็อาจเป็นได้ ในขณะที่ใกล้หลับ มักไม่ร่วมกับความผิดปกติของสมอง

5. Infantile spasm มักเกิดในเด็กอายุน้อยกว่า 1 ขวบ เป็นโรคลมชักแบบที่เลวร้ายที่สุด มักเกิดจากสมองทำงานผิดปกติ ลักษณะของการชัก คือ ลำตัวของเด็กจะงอ และยืดออกขณะที่เด็กร้อง และหมดสติ ร้อยละ 90 ของผู้ป่วยจะเป็นปัญญาอ่อนอย่างรุนแรง และการชักนี้ควบคุมด้วยยาต้านอาการชักไม่ค่อยได้ผล

6. Febrile convulsion เป็นลักษณะของการชักที่พบบ่อยที่สุดในเด็ก ประมาณร้อยละ 5 ของเด็กจะชักแบบนี้อย่างน้อย 1 ครั้ง (Lennox-Buchta คศ.1973) การชักเกิดจากสภาวะไข้สูงมากกว่าการติดเชื้อ ลักษณะการชักเหมือน Grand mal

จากการติดตามศึกษาเด็กที่ชักเพียงครั้งเดียว พบว่าไม่มีการทำลายสมองอย่างถาวร ทั้งนี้วัดโดยผลการศึกษาของเด็กและการตรวจระบบประสาท แต่อย่างไรก็ตามการชักแบบนี้ก็อาจทำให้เขาวินิจฉัยได้โดยไม่พบความผิดปกติในสมองชัดเจนจากการตรวจระบบประสาทและคลื่นสมอง

7. Psychomotor epilepsy หรือ Temporal lobe epilepsy ผู้ป่วยจะมีอาการทั้งทางจิตใจและพฤติกรรมเคลื่อนไหว เป็นแบบที่พบบ่อยที่สุดในผู้ใหญ่ คือ ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคลมชัก เด็กจำนวนมากที่เป็น grand mal จะกลายเป็น psychomotor epilepsy เมื่อเข้าวัยรุ่น อาการประกอบด้วยลักษณะต่าง ๆ เช่น บางคนมีความคิดและความรู้สึกผิดแปลกไปที่พบบ่อย คือ มีความลึกลับกังวลและมีความรู้สึกแปลก ๆ เหมือนเคยอยู่ในสถานการณ์บางอย่างมาก่อนที่เรียก déjà vu บางคนอาจรู้สึกคล้ายกำลังอยู่ในความฝันอาจมีการรับรู้ความรู้สึกผิดปกติ เช่น เห็นภาพใหญ่ขึ้นหรือเล็กลง เห็นวัตถุแปลกไป ได้ยินเสียงได้กลิ่นหรือรสแปลก ๆ

การเคลื่อนไหวมักเป็นการเคลื่อนไหวโดยอัตโนมัติ เช่น เคี้ยว กลืน เรอ หรือเลียริมฝีปาก บางคนอาจทำอะไรซึ่งยากกว่า เช่น แต่งตัว หรือ ถอดเสื้อผ้า พฤติกรรมเหล่านี้มักได้รับอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อม เช่น บางคนอาจกระทำพฤติกรรมรุนแรงต่อคนที่เคยทำให้เขาคับข้องใจ บางคนถึงกับฆ่าคนก็มี

บุคลิกภาพของคนที่เป็น temporal lobe epilepsy มีหลายแบบ บางคนหงุดหงิดง่ายหวาดระแวง และอาจก่อพฤติกรรมรุนแรงได้ถ้าถูกระตุ้นเพียงเล็กน้อย บางคนจู้จี้ ขี้บ่น ระมัดระวังความประพฤติของตนจนเกินไป และละเอียดลออมาก แต่อีกหลาย ๆ คนก็มีบุคลิกภาพปกติ ผู้ป่วยเหล่านี้อาจมีปัญหาทางเพศ เช่น ผู้ชายมักไม่สามารถร่วมเพศเนื่องจากองคชาตไม่แข็งตัว หรือไม่สามารถหลั่งน้ำกาม ส่วนผู้หญิงมักเป็นกามตายด้าน (frigidity)

ปัญหาทางจิตใจในโรคลมชัก

แบ่งได้เป็น 3 แบบ คือ

1. ความผิดปกติทางพฤติกรรมและวิกลจริต ใน temporal lobe epilepsy จะมีการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ และพฤติกรรมการเคลื่อนไหวขณะเกิดอาการชัก ซึ่งมักเป็นแบบพฤติกรรมก้าวร้าว แต่บางรายอาจมีอาการหวาดระแวง ซึมเศร้า หรืออาการของโรคประสาทแบบฮีสทีเรีย บุคลิกภาพของคนพวกนี้มักเป็นแบบเอาแต่ใจตัวอารมณ์เสื่อง่าย เคร่งครัดในศาสนา ชอบבודความรู้อยู่ รวมทั้งพูดและคิดมาก อาการวิกลจริตอาจจะคล้ายโรคจิตเภทที่เดียวในผู้ป่วยบางราย

2. การเสื่อมของเชาวน์ปัญญา (Epileptic dementia) ในรายที่ชักรุนแรงและควบคุมการชักไม่ได้เป็นเวลาหลาย ๆ ปี เชาวน์ปัญญาอาจเสื่อมลงขนาด dementia ได้ ทั้งนี้ต้องแยกจากการสูญเสียความจำชั่วคราวหลังการชักซึ่งหายเป็นปกติได้ หรือจากฤทธิ์ของยาด้านอาการชัก (anticonvulsants) โดยเฉพาะยา phenobarbital ที่สะสมอยู่ในร่างกายมาก ๆ

3. ปฏิกริยาทางจิตใจต่อโรคลมชัก ผู้ป่วยโรคลมชักเกือบทุกรายจะมีปัญหาทางจิตใจเนื่องจากโรคของตน และทัศนคติของสังคมต่อความผิดปกตินี้ว่าเกี่ยวข้องกับไสยศาสตร์ และเป็นโรคที่น่าหวาดกลัว คนพวกนี้มักมีปัญหาในการหางานทำ ทำให้อาจท้อแท้ เพราะฉะนั้นจำเป็นต้องให้กำลังใจ ให้ความช่วยเหลือ และให้ความสนใจ

การวินิจฉัย อาศัย

1. ประวัติ

2. การตรวจร่างกาย และตรวจระบบประสาท

3. การตรวจคลื่นสมองมีประโยชน์มาก ในผู้ป่วยโรคลมชักจะพบลักษณะ generalised spike and wave potentials หรือเป็น focal spike potentials แต่อาจเป็น dysrhythmic pattern of very fast and very slow activity หรือ normal record ก็ได้ (Ingram และคณะ คศ.1976)

การรักษา

1. ยาด้านอาการชัก ยาที่ดีที่สุด คือ Phenobarbital ซึ่งเป็น long-acting barbiturate และ diphenydantoin (Dilantin) โดยให้ลำพังหรือให้ร่วมกันจะรักษาได้เกือบทุกราย

2. แนะนำเรื่องการทำงานและการปฏิบัติงาน เช่น งดดื่มสุรา แนะนำไม่ให้ขับรถหรือทำงานใกล้เครื่องจักรที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยได้

3. การผ่าตัดสมอง ใช้สำหรับผู้ป่วยบางรายที่เป็น focal epilepsy กรมสุขภาพจิต(2538) ได้รวบรวมการดูแลผู้ป่วยโรคลมชัก ดังนี้

1. ไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อขอรับการรักษาและคำแนะนำในการดูแลตนเอง

2. รับประทานอาหารให้ครบห้าหมู่ ไม่ดื่มสุรา เพราะสุราเป็นเหตุเสริม ทำให้เกิดอาการชักได้ง่าย

3. พักผ่อนให้เพียงพอ การอดนอนจะเป็นเหตุเสริมให้เกิดอาการชักได้ง่าย

4. รับประทานยาให้ครบตามขนาดและเวลาที่แพทย์สั่ง

5. ปฏิบัติหน้าที่ได้ตามปกติ

6. ไม่ควรแยกตัวเองอยู่ตามลำพังคนเดียว โดยเฉพาะใกล้แม่น้ำ ลำคลอง เตาไฟ เพราะอาจเกิดอาการชักทันที อาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้

7. ไม่ควรนั่งจ้องหลอดไฟ ที่วิภาพเด่น หรือไฟกระพริบนาน ๆ เพราะอาจทำให้ชักได้

8. ในช่วงที่มีอาการชักบ่อย ๆ ควรใส่หมวกนิรภัย

9. ดูป้ายชื่อ ที่อยู่ โรคประจำตัว และชื่อยาที่รับประทานติดตัวไว้เสมอ

1.3 ความรู้เกี่ยวกับปัญญาอ่อน

ภาวะปัญญาอ่อน (MENTAL RETARDATION)

ภาวะปัญญาอ่อน เป็นภาวะที่มีความสำคัญทั้งทางด้านการแพทย์และทางสังคม มีลักษณะเฉพาะ คือ มีความจำกัดในการปฏิบัติตน ซึ่งเป็นผลมาจากการบกพร่องทางสติปัญญาและการปรับตัว สถานภาพทางสังคมของบุคคลปัญญาอ่อนนั้น มักจะด้อยกว่าสภาพความพิการที่แท้จริง การค้นหา การประเมินและการดูแลบุคคลปัญญาอ่อนและครอบครัว จึงควรคำนึงถึงความสลับซับซ้อนของปัญหาและปฏิกิริยาต่าง ๆ รวมทั้งผลกระทบในหลายด้านที่อาจจะเกิดขึ้นได้

ในสองทศวรรษที่ผ่านมา ทักษะและการปฏิบัติต่อบุคคลปัญญาอ่อนได้เปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นอย่างมากมาย เช่น ลดการส่งบุคคลปัญญาอ่อนเข้าสถาบันโดยเฉพาะ เป็นการดูแลโดยครอบครัวและชุมชน ผู้ที่มีความรับผิดชอบในเรื่องเด็กได้เปลี่ยนบทบาทจากการแยกเด็กพิการออกไปไว้ต่างหากเป็นการช่วยเหลือให้ชีวิตเด็กพิการตลอดจนครอบครัว ได้มีสภาพที่เป็นปกติมากที่สุดเท่าที่จะทำได้

สำหรับเรื่องสาเหตุทางปัญญาอ่อน ก็มีการเปลี่ยนแปลงด้วยเช่นกัน กล่าวคือ จากการพยายามแบ่งสาเหตุระหว่าง “พันธุกรรม” หรือ “สิ่งแวดล้อม” มาสู่แนวคิดที่เชื่อว่ามีสาเหตุร่วมกันทั้งจากภายในและภายนอก การตรวจหาความผิดปกติซึ่งเคยมุ่งเฉพาะพยาธิสภาพทางระบบประสาท ก็ได้ขยายเป็นการเน้นพิจารณาทั้ง 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยทางชีวภาพของเด็ก ลักษณะการปรับตัวของครอบครัว และสภาพทางสังคมที่ครอบครัวนั้นอาศัยอยู่

คำจำกัดความ

ภาวะปัญญาอ่อน หมายถึง ภาวะที่มีความจำกัดอย่างชัดเจนของการปฏิบัติตน (Functioning) ในปัจจุบัน ซึ่งมีลักษณะเฉพาะ คือความสามารถทางสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยอย่างมีนัยสำคัญร่วมกับความจำกัดของทักษะการปรับตัวอย่างน้อยสองทักษะจาก 10 ทักษะ คือ

- *การสื่อความหมาย *การดูแลตนเอง
- *การดำรงชีวิตภายในบ้าน *ทักษะทางสังคม/การปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น
- *รู้จักใช้แหล่งทรัพยากรในชุมชน *รู้จักควบคุมตนเอง

*การนำความรู้มาใช้ในชีวิตประจำวัน * การทำงาน

*การใช้เวลาว่าง

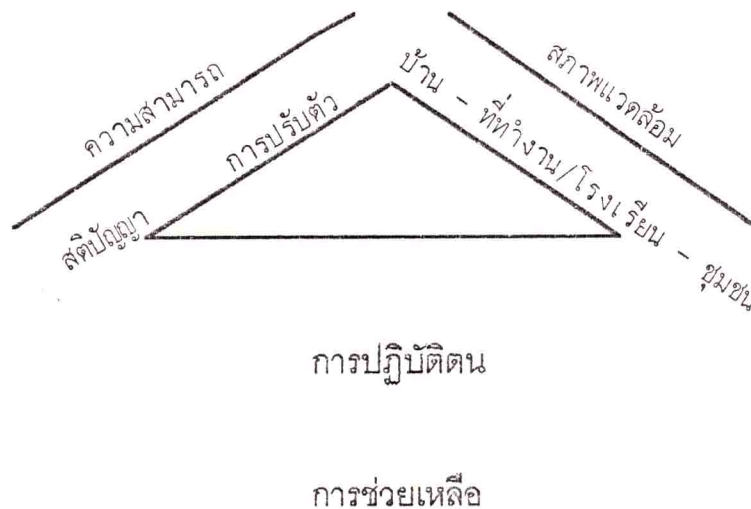
* สุขภาพอนามัยและความปลอดภัย

และแสดงอาการก่อนอายุ 18 ปี

คำจำกัดความของภาวะปัญญาอ่อน อาศัยองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ คือ

1. ความสามารถ (Capabilities)
2. การปฏิบัติตน (Functioning)
3. สภาพแวดล้อม (Environments)

ภาวะปัญญาอ่อนจะปรากฏขึ้น ก็ต่อเมื่อความจำกัดทางสติปัญญาและการปรับตัว มีผลกระทบต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับความต้องการในชีวิตประจำวัน ตามสภาพแวดล้อมของสังคมปกติ ดังนั้น นัยสำคัญของความจำกัดเหล่านี้ จึงมีความสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมของแต่ละบุคคลดังแผนภูมิต่อไปนี้



ดังนั้นการวินิจฉัยบุคคลปัญญาอ่อน จึงต้องพิจารณาทุกปัจจัยประกอบกัน บุคคลปัญญาอ่อนบางคนที่มีการปรับตัวบกพร่อง เมื่อได้รับการฟื้นฟูแก้ไขจนปรับตัวเป็นปกติแล้ว ก็ไม่ได้เป็นบุคคลปัญญาอ่อนอีกต่อไป

สาเหตุ

ปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นสาเหตุของภาวะปัญญาอ่อนอาจเริ่มจากด้านชีวภาพ(Primary Biological) หรือเริ่มจากสังคมจิตวิทยา(Primary Psychosocial) หรือรวมกันทั้ง 2 ด้าน และโดยทั่วไปสาเหตุของปัญญาอ่อนมักจะซับซ้อนและมีหลายปัจจัย(Multifactorial)

ปัจจัยสำคัญที่เป็นสาเหตุของภาวะปัญญาอ่อน มีดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยทางกรรมพันธุ์ (Hereditary) พบประมาณร้อยละ 5
2. การผันแปรของการพัฒนาตัวอ่อนในครรภ์ตั้งแต่ระยะต้น ๆ (Early alternation of embryonic development) พบประมาณร้อยละ 30
3. ปัญหาต่าง ๆ ในระยะตั้งครรภ์และคลอด พบประมาณร้อยละ 10
4. ปัญหาต่าง ๆ ในระยะหลังคลอด พบประมาณร้อยละ 5
5. ปัจจัยต่าง ๆ จากสิ่งแวดล้อมและความผิดปกติทางจิตอื่น ๆ พบประมาณร้อยละ 15-20
6. ไม่ทราบสาเหตุ ประมาณร้อยละ 30

ความชุก

โดยทั่วไปพบบุคคลปัญญาอ่อนประมาณร้อยละ 1-3 ของประชากร ในประเทศไทย Dr.Allen Stroller จากองค์การอนามัยโลก สำรวจไว้เมื่อ ปี พ.ศ.2500 พบบุคคลปัญญาอ่อนประมาณร้อยละ 1 ของประชากร

ปี พ.ศ. 2531-2532 โรงพยาบาลราชานุกูล สำรวจใน 4 ภาคของประเทศไทย จำนวนประชากร 221,926 คน พบบุคคลปัญญาอ่อนร้อยละ 0.4 ของประชากร

กลุ่มปัญญาอ่อนระดับกลางถึงระดับรุนแรงมักทราบสาเหตุทางชีววิทยา และมีความชุกไม่ต่างกันตามเศรษฐานะ ยกเว้นปัจจัยที่เป็นสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับผู้ มีเศรษฐานะต่ำ จะพบความชุกสูงกว่าในกลุ่มเศรษฐานะอื่นโดยเฉพาะ อาทิ พิษจาก สารตะกั่ว และการคลอดก่อนกำหนด

กลุ่มปัญญาอ่อนระดับน้อย ส่วนใหญ่ไม่สามารถหาสาเหตุทางชีววิทยา ได้ จะมีความชุกเป็นสัดส่วนผกผันกับเศรษฐานะ คือ จะสูงในพวกที่มีเศรษฐานะต่ำ

ความชุกในระยะแรกจะเพิ่มขึ้นตามอายุ จะสูงสุดในช่วงวัยเรียนตอนต้น และลดลงในวัยรุ่นตอนปลาย

เพศ พบในชายมากกว่าหญิง

อัตรา ชาย:หญิง ประมาณ 1.5 :1

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่บุคคลปัญญาอ่อนควรพิจารณาให้ครอบคลุมทั้ง 3 ประการดังนี้

1. ด้านความเป็นภาวะปัญญาอ่อน
2. ด้านร่างกายและจิตใจ
3. ด้านสภาพแวดล้อม

1. ด้านความเป็นภาวะปัญญาอ่อน

กุมารแพทย์ มักจะเป็นคนแรกที่พบเด็กปัญญาอ่อนจากการเฝ้าระวังพัฒนาการในการดูแลเด็กโดยทั่ว ๆ ไป ประกอบกับข้อมูลต่าง ๆ จากผู้ปกครอง ครู หรือผู้ดูแลจะช่วยคัดแยกเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้ามารับการช่วยเหลือได้เร็วขึ้น ทำให้เด็กมีโอกาสได้ใช้ชีวิตเช่นเด็กปกติได้มากขึ้น แบบคัดกรองที่นิยมใช้อยู่ในประเทศไทยในปัจจุบันนี้มี DDST, TDST และแบบคัดกรองของโรงพยาบาลราชานุกูล

2. ด้านร่างกายและจิตใจ

การซักประวัติอย่างละเอียด การตรวจร่างกาย และการประเมินผลทางห้องทดลอง จะช่วยให้ค้นพบสาเหตุของปัญญาอ่อน และโรคที่เกิดร่วมด้วยทั้งกายและทางจิตซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการบำบัดรักษาได้ทันกาลเช่น Hypothyroidism, P.K.U การวินิจฉัยโรคในบุคคลปัญญาอ่อนมักจะยุ่งยากกว่าคนปกติ เพราะอาการทางคลินิกที่แสดงออกมา อาจจะถูกเปลี่ยนไปเนื่องจากความรุนแรงของปัญญาอ่อนและความพิการที่เกิดร่วมด้วย การมีปัญหในการจดจำและบกพร่องทางสื่อความหมาย ทำให้ไม่สามารถเล่าประวัติการเจ็บป่วยและความรู้สึกต่าง ๆ ได้ มักต้องอาศัยอาการที่แสดงออกเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อการรักษาได้ เช่น คนไข้เจ็บคอ ก็อาจคิดว่าเบื่ออาหาร

3. ด้านสภาพแวดล้อม

พิจารณาถึงองค์ประกอบทางด้านสภาพแวดล้อมในปัจจุบันของแต่ละคน อาทิ ที่พักอาศัยสภาพแวดล้อมในโรงเรียนที่ทำงาน และในชุมชน โดยอาศัยการสังเกตว่าสภาพแวดล้อมนั้น เอื้ออำนวยหรือเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติตนอย่างไรและให้จัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ที่มีลักษณะสำคัญ 3 ประการ คือ

1. ให้โอกาสในการดำรงชีวิต ทำงาน ศึกษา ตลอดจนการใช้เวลาว่าง และนันทนาการ
2. ส่งเสริมให้มีความเป็นอยู่ที่ดี ทั้งทางกาย วัตถุ และสังคม
3. ส่งเสริมความมั่นคง เพิ่มพูนความรู้ มิตรภาพ และระบบการให้การช่วยเหลือทางสังคม

การรักษา

แม้ว่าเมื่อเกิดภาวะปัญญาอ่อนแล้ว จะไม่อาจรักษาสมองส่วนที่เสียไปให้กลับคืนมาทำงานได้ตามปกติตาม แต่ก็สามารถจะคงสภาพหรือฟื้นฟูสภาพทางสมอง ส่วนที่คงเหลืออยู่ให้ทำงานได้เต็มที่ ดังนั้น การรักษาภาวะปัญญาอ่อนจึงเน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพของสมองและร่างกายมากกว่า การรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว การวินิจฉัยให้ได้เร็วที่สุด และให้การฟื้นฟูสมรรถภาพทันทีที่วินิจฉัยได้ จะช่วยลดยังความพิการมิให้เพิ่มขึ้น เป้าหมายของการรักษาภาวะปัญญาอ่อน จึงไม่ใช่มุ่งรักษาให้หายจากโรค แต่เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้ใกล้เคียงกับคนปกติมากที่สุด ให้ช่วยตัวเองได้ ไม่เป็นภาระแก่ครอบครัวและสังคมมากเกินไป และสามารถประกอบอาชีพได้

เด็กปัญญาอ่อน ส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 80-90 มีระดับปัญญาอ่อนขนาดเล็ก ซึ่งสามารถช่วยตัวเองได้เกือบทุกอย่าง มีร่างกายเติบโตปกติ สิ่งที่สำคัญ คือ การศึกษาอบรมเพื่อให้ได้ปรับตัวอยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรี มีการงานอาชีพเลี้ยงตัวเอง เมื่อเป็นผู้ใหญ่ สิ่งเหล่านี้มิใช่ความฝันเลย หากได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพแต่เยาว์วัย จัดการศึกษาที่เหมาะสมกับระดับความสามารถแต่ละบุคคล มุ่งฝึกทักษะที่สามารถนำไปใช้ได้ในชีวิตประจำวัน เปิดโอกาสให้ได้สัมผัสและอยู่ร่วมในสังคมบุคคลปกติมิใช่กีดกันแยกไว้ให้รวมอยู่เฉพาะในกลุ่มของบุคคลปัญญาอ่อนด้วยกันเท่านั้น

การรักษาบุคคลปัญญาอ่อน เป็นการจัดการดูแลต่อเนื่องตามวัยต่าง ๆ
การรักษาแบ่งเป็น 4 ประเภท คือ

1. Medical Rehabilitation

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ได้แก่ การรักษาโรคที่เกิดร่วมกับ
ภาวะปัญญาอ่อน การแก้ไขความพิการและการฟื้นฟูสภาพทางร่างกาย เช่น โรคด
ชัก Cretinism, P.K.U.Cerebral Palsy นอกจากการให้ยารักษาตามอาการแล้ว ยัง
ต้องการบำบัดด้วยกายภาพบำบัด

กายภาพบำบัด

เด็กปัญญาอ่อนมักจะมีพัฒนาการเคลื่อนไหวร่างกายช้า (Motor
development) กว่าวัย นอกจากนี้ เด็กปัญญาอ่อนขนาดหนักและหนักมากส่วนใหญ่ก็
จะมีความพิการทาง Central Nervous system ด้วยทำให้มีการเกร็งของแขน ขา ลำ
ตัว จึงจำเป็นต้องแก้ไขอาการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ เพื่อช่วยลดการยึดติดของข้อต่อ
และการสูญเสียกล้ามเนื้อ เด็กจะช่วยตัวเองได้มากขึ้นเมื่อเจริญวัยขึ้น

กิจกรรมบำบัด

การฝึกการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก ได้แก่ การใช้มือหยิบจับสิ่งของ ฝึกการ
ทำงานของตา และมือ ให้ประสานกัน (Eye-hand Co-ordination) เด็กสามารถหยิบจับสิ่ง
ของ เช่น จับถ้วยกินน้ำ จับแปรงสีฟัน หยิบช้อนกินข้าว การรักษาทางกิจกรรมบำบัด
จะช่วยให้การดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นไปอย่างราบรื่นและสะดวกขึ้น

อรรถบำบัด

เด็กปัญญาอ่อนเกินกว่าร้อยละ 70 มีปัญหาการพูดและการสื่อความ
หมาย กระบวนการฝึกในเรื่องนี้ มิใช่เพื่อให้เปล่งคำเนียงเป็นภาษาที่คนทั่วไปเข้าใจเท่า
นั้น แต่จะเริ่มจากเด็กต้องฝึกกล้ามเนื้อช่วยพูด บังคับกล้ามเนื้อเปล่งเสียงออกเสียงให้
ถูกต้อง ซึ่งการฝึกพูดต้องกระทำตั้งแต่เด็กอายุต่ำกว่า 4 ปี จึงจะได้ผลดีที่สุด

2. Early Intervention

การส่งเสริมพัฒนาการ หมายถึง การจัดโปรแกรมการฝึกทักษะที่จำเป็น
ในการเรียนรู้ เพื่อนำไปสู่พัฒนาการปกติตามวัยของเด็ก จากการวิจัยพบว่า เด็กที่ได้

รับการฝึกทักษะที่จำเป็นในการพัฒนาแต่เยาว์วัย จะสามารถเรียนรู้ได้ดีกว่าการฝึกเมื่อเด็กโตแล้ว ทันท่วงทีวินิจฉัยว่าเด็กเป็นปัญญาอ่อน เช่น เด็ก Down Syndrome หรือเด็กที่มีอัตราเสี่ยงสูงว่าจะเป็นปัญญาอ่อน เช่น เด็กเกิดก่อนกำหนด มารดาตกเลือดขณะตั้งครรภ์ เป็นต้น สามารถจัดโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาให้เด็กกลุ่มนี้ได้ทันที โดยไม่ต้องนำเด็กมาไว้ที่โรงพยาบาลโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการ คือ การจัดสภาพแวดล้อมให้อ่านวยต่อการเรียนรู้ของเด็ก บิดามารดาและคนเลี้ยงดู มีบทบาทสำคัญยิ่งในการฝึกเด็กให้พัฒนาได้ตามโปรแกรมอย่างสม่ำเสมอผลสำเร็จของการส่งเสริมพัฒนาการจึงขึ้นอยู่กับความร่วมมือและความตั้งใจจริงของบุคคลในครอบครัวของเด็กมากกว่าผู้ฝึกที่เป็นนักวิชาชีพ (Professional staff)

3.Educational Rehabilitation

ในสองทศวรรษมานี้ ความเชื่อว่าการศึกษามีถึงการเรียนรู้เพื่อนำไปใช้ชีวิตที่ยืนยาวนอกโรงเรียน ทำให้รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษาของบุคคลปัญญาอ่อนเปลี่ยนแปลงไปมาก การสอนด้านวิชาการในห้องเรียนปีแล้วปีเล่า แต่เมื่อเดินออกจากห้องเรียนเด็กก็จะลืมมันไม่มีประโยชน์ต่อบุคคลปัญญาอ่อน จึงควรสนับสนุนให้ได้เรียนรู้ชีวิตในสังคมร่วมกับบุคคลปกติ ความเป็นเพื่อนช่วยเหลือเกื้อกูลกันในชุมชนที่เขาใช้ชีวิตอยู่ การศึกษาในปัจจุบันจึงเปิดโอกาสให้บุคคลปัญญาอ่อนเรียนร่วมกับบุคคลปกติมากที่สุด ระบบการจัดห้องเรียน หลักสูตรและการประเมินผลต้องมีการเปลี่ยนแปลง เพื่อช่วยให้บุคคลปัญญาอ่อนได้มีโอกาส เรียน มีใช้เพื่อการคัดออก จากชั้นเรียน การจัดการศึกษาพิเศษเฉพาะบุคคลปัญญาอ่อนล้วน ๆ (Special Education) จะจัดให้เท่าที่จำเป็นจริง ๆ เท่านั้น แต่จะส่งเสริมการจัดการเรียนร่วม และการเรียนรวม (Integration and Inclusion Education) ให้มากที่สุด

4.Vocational Rehabilitation

การเตรียมฝึกอาชีพให้แก่บุคคลปัญญาอ่อนอายุ 15-18 ปี เป็นสิ่งจำเป็นมากต่อการประกอบอาชีพในวัยผู้ใหญ่ ได้แก่ ฝึกการตรงต่อเวลา รู้จักรับคำสั่งและนำมาปฏิบัติเองโดยไม่ต้องมีผู้เตือน การปฏิบัติตนต่อผู้ร่วมงานและมารยาทในสังคม

เมื่อเข้าวัยผู้ใหญ่ควรช่วยเหลือให้ได้มีอาชีพที่เหมาะสม อาชีพที่บุคคล
ปัญญาอ่อนสามารถทำได้ดี ได้แก่ อาชีพงานบ้าน งานบริการ งานในโรงงาน งานใน
สำนักงาน เช่น การรับส่งหนังสือ ถ่ายเอกสาร เป็นต้น

อาการแทรกซ้อน

ผู้ที่มีภาวะปัญญาอ่อน มักจะมีอาการแทรกซ้อน ดังนี้

1. ความพิการซ้ำซ้อน ได้แก่ ความพิการร่างกาย เช่น Cerebral Palsy, ตาบอด ,หูหนวก , เป็นใบ้ มักพบร่วมกับภาวะปัญญาอ่อนขนาดหนักและหนักมาก

2. Challenging behaviour มีปัญหาทางพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น อารมณ์รุนแรง ทำร้ายคนอื่น ทำร้ายตนเอง ทำลายข้าวของ หรือแม้แต่บุคคลที่มีพฤติกรรม
การก่อกวนผิดปกติ ซ้ำเกียจ ลังเล โหม่ง พฤติกรรมเหล่านี้ เป็นอุปสรรคต่อการอยู่ร่วม
ในสังคมกับบุคคลปกติจึงต้องหาสาเหตุและแก้ไขปรับพฤติกรรมโดยเร็ว

3. Autistic เด็กปัญญาอ่อนที่มีปัญหาทางจิตเวช แยกตัวจากกลุ่ม มี
โลกของตัวเอง เหม่อลอย บางคนอาจจำเป็นต้องให้ยาช่วยในการรักษาบางขณะ

4. โรคลมชัก พบในเด็กปัญญาอ่อนประมาณร้อยละ 30 ถ้าไม่สามารถ
ควบคุมอาการชัก อาจทำให้ภาวะปัญญาอ่อนเพิ่มมากขึ้น และมีอารมณ์แปรปรวน
ร่วมด้วย

การพยากรณ์โรค

การฝึกสอนบุคคลปัญญาอ่อนมีจุดมุ่งหมายสูงสุด เพื่อให้ได้มีความเป็นอยู่ใกล้เคียง
คนปกติ ซึ่งจะประสพความสำเร็จ หรือไม่เพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับตัวแปรต่อไปนี้ คือ

1. ระดับของปัญญาอ่อน ผู้ที่มีภาวะปัญญาอ่อนขนาดน้อย มีโอกาสจะ
พัฒนาให้สามารถดำเนินชีวิตใกล้เคียงบุคคลปกติได้ดีกว่าผู้ที่มีภาวะปัญญาอ่อนขนาด
ปานกลางหรือขนาดหนัก

2. อาการแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทำให้
ไม่ประสพผลดีเท่าที่ควร

3. การส่งเสริมพัฒนาการ ถ้าเด็กได้รับการส่งเสริมพัฒนาการในวัยเยาว์ จะมีความพร้อมในการเรียนร่วมกับเด็กปกติในโรงเรียนทั่วไป มากกว่าการฝึกเมื่อเด็กโตแล้ว

4. การร่วมมือของครอบครัวเด็ก ครอบครัวมีความสำคัญต่อเด็กมากที่สุด ตั้งแต่แรกเกิดจนตลอดชีวิต แพทย์ควรจะต้องเตรียมครอบครัวให้เข้าใจความพิการของเด็ก ข้อจำกัดของความสามารถ ความต้องการพิเศษ ความคาดหวัง ตลอดจนวิธีการอบรมเลี้ยงดูและฝึกสอนในทิศทางที่ถูกต้อง เพราะสมาชิกทุกคนในครอบครัว มีความสำคัญต่อพัฒนาการของเด็กอย่างยิ่ง

บุคคลปัญญาอ่อนสามารถเรียนรู้ และดำเนินชีวิตอย่างทัดเทียมและมีความสุขในสังคมได้เช่นเดียวกับบุคคลปกติ ถ้าสังคมเปิดโอกาสและให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสม อันจะเอื้ออำนวยให้บุคคลปัญญาอ่อนได้ใช้ชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีและมีคุณค่า “อย่ากีดกันเขาเลย”

กรมสุขภาพจิต (2538) โดยโรงพยาบาลราชานุกุลได้รวบรวมจัดทำเป็นคู่มือการดูแลบุคคลปัญญาอ่อน

เด็กปัญญาอ่อนจะมีพัฒนาการทางร่างกายและจิตใจเช่นเดียวกันกับเด็กทั่วไป ถ้าได้รับการเลี้ยงดูอย่างเหมาะสม และให้ความช่วยเหลืออย่างถูกต้อง ดังต่อไปนี้

1. ปัญญาอ่อนขนาดเล็กน้อยพบร้อยละ 85 ของบุคคลปัญญาอ่อนทั้งหมด สามารถเรียนร่วมกับเด็กปกติในระดับประถมศึกษาและฝึกอาชีพเพื่อทำงานเลี้ยงตนเองได้

2. ปัญญาอ่อนขนาดกลาง พบร้อยละ 10 ควรได้รับการส่งเสริมให้เรียนรู้ทักษะทางสังคมในโรงเรียนปกติ และสามารถทำงานง่าย ๆ โดยมีผู้คอยแนะนำได้

3. ปัญญาอ่อนขนาดรุนแรง พบร้อยละ 3-4 ฝึกสอนให้ช่วยเหลือตัวเอง และทำงานบ้านได้

4. ปัญญาอ่อนขนาดรุนแรงมาก พบร้อยละ 1-2 มักมีความพิการซ้ำซ้อนจำเป็นต้องมีผู้คอยดูแล

การช่วยเหลือเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า

วัยเด็กเล็ก (แรกเกิด - 6 ปี)

1. ช่วยส่งเสริมกำลังใจและให้คำแนะนำแก่พ่อ แม่ และสมาชิกในครอบครัวให้ความรัก ความเอาใจใส่ และเลี้ยงดูอย่างอบอุ่นเช่นเดียวกับเด็กทั่วไป
2. ตรวจพัฒนาการเด็กและให้การส่งเสริมพัฒนาการ
3. แสดงตัวอย่าง และอธิบายวิธีการส่งเสริมพัฒนาการให้พ่อแม่ได้นำไปปฏิบัติเองที่บ้าน
4. ถ้ามีชั้นอนุบาลใกล้บ้าน ให้เด็กได้ไปเข้าชั้นอนุบาลก่อนที่จะไปโรงเรียนปกติ (อายุ 3-6 ปี)

วัยเรียน (อายุ 7-14 ปี)

1. แนะนำติดต่อเข้าโรงเรียน เพื่อฝึกการใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นในสังคม
2. ถ้าเข้าโรงเรียนไม่ได้ แนะนำผู้ปกครองสอนเด็กเกี่ยวกับชื่อ -สกุลของตัวเอง ชื่อ พ่อ แม่ ที่อยู่ อายุของตัวเอง
3. แนะนำผู้ปกครองสอนการช่วยเหลือตนเอง
4. แนะนำผู้ปกครองสอนเรื่องมารยาทแก่เด็กได้แก่
 - ไหว้ เมื่อมีแขกมาหาที่บ้าน เมื่อแขกลากลับบ้าน
 - ขอโทษ เมื่อทำให้ผู้อื่นบาดเจ็บหรือเสียหายโดยไม่เจตนา
 - ขอบคุณ เมื่อได้รับสิ่งของหรือความช่วยเหลือจากผู้อื่น
 - การพูด ควรฟังเมื่อคนอื่นพูดและพูดเมื่อคนอื่นพูดจบแล้ว

การสอนสอนในสถานการณ์จริง

วิธีสอน

1. ฝึกเด็กด้วยคำพูด ถ้ายังทำไม่ได้ให้จับมือทำ
2. ชมเชยเมื่อเด็กทำได้ด้วยตนเอง หรือพยายามทำให้ได้

วัยทำงาน (อายุ 15 ปีขึ้นไป)

1. ถ้าประกอบอาชีพไม่ได้แนะนำให้ช่วยงานที่ผู้ปกครองทำหรือหางานง่าย ๆ ให้ทำเช่น

งานสวน สอนให้ช่วยถางหญ้า รดน้ำต้นไม้ เก็บผลไม้

เลี้ยงไก่ สอนให้อาหารและน้ำ เก็บไข่

เลี้ยงหมู สอนให้อาหารและน้ำ ล้างเล้าหมู เก็บขี้หมู

2. แนะนำผู้ปกครองสอนการช่วยเหลืองานบ้าน เช่นกวาดบ้าน ถูบ้าน ซักผ้า ล้างจาน ตักน้ำ ทำอาหาร

วิธีสอน

1. ทำตัวอย่างให้ดู
 2. แนะนำด้วยคำพูด ถ้ายังทำไม่ได้ให้จับมือทำ
 3. ขณะที่ให้เด็กทำงาน ในระยะแรกผู้สอนควรอยู่ด้วยตลอดเพื่อแก้ไข และสอนเมื่อเด็กทำผิดหรือทำไม่ได้ในบางขั้นตอน
 4. ชมเชยเมื่อเด็กสามารถทำได้ด้วยตนเอง หรือตั้งใจและพยายามทำตามวิธีสอน
3. แนะนำผู้ปกครองสอนการดูแลตนเองเกี่ยวกับการบาดเจ็บเล็กน้อย ๆ เช่นการใช้ยาทาแผล การใช้พลาสติกปิดแผล การดูแลไม่ให้แผลสกปรก
4. แนะนำผู้ปกครองให้พาเด็กไปสถานที่ต่าง ๆ ในชุมชน เช่นตลาด วัด สถานที่จัดงานประเพณี เป็นต้น

2. โครงการค้นหาและดูแลผู้ป่วยโรคจิต ลมชัก และปัญญาอ่อน

กรมสุขภาพจิตดำเนินการพัฒนางานสุขภาพจิตในชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์ให้ผู้ป่วยได้รับการบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จากสถานบริการใกล้บ้านในชุมชน ซึ่งในปี พ.ศ.2536 ได้เริ่มมีโครงการค้นหาและดูแลผู้ป่วยโรคจิต ลมชัก และปัญญาอ่อน เพื่อการดูแลรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน โดยกรมสุขภาพจิตสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานโครงการโดยผ่านระบบบริหารงานพัฒนาชนบทและกระจายความเจริญไปสู่ภูมิภาค (กชช.ภ.)

เพื่อให้โครงการค้นหาและดูแลผู้ป่วยโรคจิต ลมชัก และปัญญาอ่อนได้รับการยอมรับว่ามีความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยการผลักดันของ นายแพทย์ยุทธ โพธารามิก ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพจิตสมัยนั้น โครงการค้นหาและดูแลผู้ป่วยโรคจิต ลมชัก และปัญญาอ่อน จึงได้เข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของโครงการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อบรรลुสุขภาพดีถ้วนหน้า (HFA) โดยปรากฏในกลุ่มที่ 3 การเข้าถึงบริการโดยมีเกณฑ์ชี้วัดลำดับที่ 29 ข้อ 4.9 การดูแลผู้ป่วยทางสุขภาพจิต โดยมีทะเบียนผู้ป่วยโรคจิต ลมชัก และปัญญาอ่อนไว้ที่ ศสมช.และผู้ป่วยเหล่านี้ต้องได้รับการดูแลจากครอบครัวและชุมชนอย่างถูกต้องและครบถ้วน

วัตถุประสงค์ของโครงการ

1. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิต ลมชัก และปัญญาอ่อนทุกคนได้รับการดูแลเอาใจใส่จากญาติและชุมชนอย่างทั่วถึง
2. เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเหล่านี้ และคุณภาพชีวิตของชุมชน
3. เพื่อเป็นการพัฒนาฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคจิต ลมชัก และปัญญาอ่อนซึ่งจะสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในเชิงระบาดวิทยาต่อไป

กลวิธีดำเนินงาน

ใช้กลไกของงานสาธารณสุขมูลฐาน คือ อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้ดำเนินการค้นหาและติดตาม ดูแลผู้ป่วยโรคจิต ลมชัก และปัญญาอ่อนในชุมชน โดยใช้เครื่องมือที่กรมสุขภาพจิตได้สร้างขึ้นได้แก่ แบบสำรวจผู้ป่วยสุขภาพจิต คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิต ลมชัก และปัญญาอ่อน ทะเบียนผู้ป่วยสุขภาพจิต

กระบวนการดำเนินงาน

โครงการค้นหาและดูแลผู้ป่วยโรคจิต ลมชัก และปัญญาอ่อน เป็นโครงการที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้รับผิดชอบ ในการดำเนินงานตั้งแต่ต้นจนจบ คือ ตั้งแต่การวางแผนจัดประชุมชี้แจงโครงการ บริหารงบประมาณ จนถึงการติดตามดูแลผู้ป่วยในชุมชน โดยกรมสุขภาพจิตสนับสนุนงบประมาณ และหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิตโดยกลุ่มงานจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชน จะเป็นผู้ประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสนับสนุนด้านวิชาการ เอกสารคู่มือต่าง ๆ ตลอดจนวิทยากรให้แก่จังหวัดในเขตรับผิดชอบ

กิจกรรมสำคัญของโครงการค้นหาและดูแลผู้ป่วยโรคจิต ลมชัก และปัญญาอ่อน

1. การประชุมชี้แจงโครงการ ฯ แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล (กรมสุขภาพจิตสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการประชุม 200 บาท/คน)
2. การประชุมชี้แจงโครงการแก่อสาสมัครสาธารณสุข (ค่าใช้จ่าย 100 บาท/คน)
3. การค้นหาในชุมชน
4. การติดตามดูแลผู้ป่วยในชุมชน (ค่าใช้จ่าย 30 บาท/คน)

เกณฑ์ชี้วัดความสำเร็จ

1. ผู้ป่วยโรคจิต ลมชัก และปัญญาอ่อนได้รับการขึ้นทะเบียน
2. ผู้ป่วยโรคจิต ลมชัก และปัญญาอ่อนที่ขึ้นทะเบียนไว้ทุกคนจะต้องได้รับการดูแลและให้คำแนะนำ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างสม่ำเสมอ (อย่างน้อยปีละ 4 ครั้ง)

3. ความหมายของความรู้ ทักษะ

บลูม (Bloom,1971) นักวิชาการศึกษากล่าวถึงความรู้อย่างกว้างขวางว่า ความรู้เป็นเรื่องที่เกี่ยวกับการระลึกถึง สิ่งเฉพาะ ระลึกถึงวิธีการและกระบวนการต่าง ๆ โดยมีวัตถุประสงค์ของความรู้ นั้น ๆ ย้ำในเรื่องกระบวนการทางจิตวิทยาของความจำในการเชื่อมโยงจัดระบบใหม่

กู๊ด (Good,1973) ได้ให้ความหมายว่า ความรู้หมายถึงข้อเท็จจริงและรายละเอียดต่าง ๆ ที่มนุษย์ได้รับและเก็บสะสมไว้ เช่นเดียวกับไฟศาล หวังพานิช

(2526) ได้ให้ความหมายของ “ความรู้” ว่าหมายถึงบรรดาข้อเท็จจริงหรือรายละเอียดของเรื่องราวการกระทำ อันเป็นประสบการณ์ของบุคคลซึ่งสะสมและถ่ายทอดสืบต่อกันไป

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526) ได้เสนอว่าความรู้เป็นพฤติกรรมขั้นต้นที่ผู้เรียนเพียงแต่จำแนกได้อาจโดยการฝึกหรือโดยการมองเห็น ได้ยินจำได้ ความรู้ขั้นนี้ได้แก่ความรู้เกี่ยวกับคำจำกัดความ ความหมาย ข้อเท็จจริง ทฤษฎี กฎ โครงสร้าง และวิธีการแก้ปัญหามาตรฐานเป็นต้น

จากความหมายของผู้รู้หลายท่านที่กล่าวมาแล้วนั้นพบสรุปได้ว่า “ความรู้” เป็นกระบวนการทางจิตวิทยาของความจำในการจัดระบบข้อมูลใหม่เกี่ยวกับข้อเท็จจริงที่มนุษย์ได้รับจากการศึกษา ค้นคว้า การสังเกตจากประสบการณ์ของบุคคล ซึ่งสะสมหรือถ่ายทอดสืบกันมาเป็นพฤติกรรมขั้นต้นเพียงแต่จำได้หรือนึกได้

ดังนั้น การที่อาสาสมัครสาธารณสุขจะปฏิบัติงานได้ดีนั้นจะต้องเป็นผู้มีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่เพื่อเป็นพื้นฐานในการให้คำแนะนำผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ความหมายของทัศนคติ

ตามความหมายของพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2525) หมายถึง ท่าทีหรือความรู้ของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง นอกจากนี้ นักการศึกษาและนักจิตวิทยาได้กล่าวถึงทัศนคติไว้ดังนี้

เครทและครุทฟิลด์ (Krech and Cruthfield ,1948) กล่าวว่าทัศนคติเป็นผลรวมของกระบวนการที่ก่อให้เกิดสภาพการจูงใจ อารมณ์ การยอมรับ และด้านความคิดความเข้าใจ ซึ่งกระบวนการเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งของประสบการณ์ของบุคคล

ไตรแอนดิส (Triandis ,1971) ได้ให้ความหมายของทัศนคติไว้ว่าเป็นความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ ความเห็นที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด ภายหลังจากที่ได้รับประสบการณ์หรืออิทธิพลจากเรื่องนั้น ๆ มาแล้ว และเป็นสิ่งจูงใจให้บุคคลแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ต่อเรื่องนั้นๆ

พนัส หันนาคินท์ (พ.ศ.2521) ได้กล่าวว่า ทัศนคติ หมายถึง ความโน้มเอียงของจิตใจที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งโดยเฉพาะไม่ว่าจะเป็นทางที่เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย

หรือต่อต้านก็ตาม ทักษะคิดเป็นเรื่องของความรู้สึกทางจิตใจที่เกิดขึ้นโดยปกติจากการคิดใคร่ครวญอย่างถี่ถ้วน

กมลรัตน์ หล้าสูงษ์ (2524) ได้สรุปความหมายของทักษะคิดว่าเป็น ความพร้อมของร่างกายและจิตใจที่มีแนวโน้มจะตอบสนองต่อสิ่งเร้าหรือสถานการณ์ต่าง ๆ ด้วยการเข้าหรือถอยหนีออกไปโดยแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1. ทักษะคิดทางบวก หรือทักษะคิดที่ดี หมายถึงแนวโน้มที่อินทรีย์จะเข้าหาสิ่งเร้าหรือสถานการณ์นั้น เนื่องจากความชอบหรือความพอใจ

2. ทักษะคิดทางลบ หรือทักษะคิดที่ไม่ดี หมายถึงแนวโน้มที่อินทรีย์จะถอยหนีจากสิ่งเร้าหรือสถานการณ์นั้น ๆ เนื่องจากไม่ชอบหรือความไม่พอใจ

นอกจากนี้ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526) กล่าวว่าทักษะคิดเป็นความเชื่อเป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ เช่น บุคคลสิ่งของ การกระทำ สถานการณ์ และอื่น ๆ รวมทั้งท่าทีที่แสดงออก ที่บ่งถึงสภาพจิตใจที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด และเทอร์สโตน (Thurstone, 1967) ได้กล่าวไว้ว่าทักษะคิดเป็นตัวแปรทางจิตวิทยาชนิดหนึ่งที่ไม่สามารถสังเกตได้โดยง่าย แต่เป็นความโน้มเอียงทางจิตภายใน แสดงออกให้เห็นได้โดยเป็นพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งนอกจากนี้ยังกล่าวว่า ทักษะคิดเป็นเรื่องราว ความชอบ ไม่ชอบ ความลำเอียง ความคิดเห็น ความรู้สึกและความเชื่อมั่นต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ดังนั้นการวัดทักษะคิดจึงวัดโดยตรงไม่ได้ แต่สามารถวัดได้ในรูปความเห็น (opinion) หรือการแสดงออกทางภาษา (Verbal expression) หรืออาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า ทักษะคิดหมายถึง สภาวะความพร้อมทางจิตใจซึ่งรวมทั้งความคิด ความรู้สึกและแนวโน้มที่จะสนองตอบของแต่ละบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ และสถานการณ์ต่าง ๆ อาจจะเป็นไปได้ในทางสนับสนุนหรือคัดค้านก็ได้

องค์ประกอบของทักษะคิด

จากความหมายของทักษะคิดไทรแอนดิส (Triandis, 1971) ได้แบ่งองค์ประกอบของทักษะคิดออกเป็น 3 ประการ คือ

1. องค์ประกอบด้านความคิด (The Cognitive Component) เป็นการที่สมองของบุคคลรับรู้ และวินิจฉัยข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้รับทำให้เกิดทักษะคิดซึ่งแสดงออกในแนวคิดที่ว่าอะไรถูก อะไรผิด

2. องค์ประกอบด้านความรู้สึก (The Affective Component) เป็นลักษณะทางอารมณ์ของบุคคลที่คล้อยตามความคิด ถ้าบุคคลมีความคิดในทางที่ดีต่อสิ่งใดก็จะมีความรู้สึกที่ดีต่อสิ่งนั้น ทักษะคิดจะออกมาในรูปของความรู้สึกชอบหรือไม่ชอบ พอใจหรือไม่พอใจ

3. องค์ประกอบทางด้านพฤติกรรม (The Behavioral component) คือความพร้อมที่จะกระทำ หรือตอบสนองซึ่งเป็นผลเนื่องมาจากความคิด ความรู้สึกของบุคคลที่จะแสดงออกในรูปการยอมรับหรือปฏิเสธการเข้าหาหรือการถอยหนี

การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ (Attitude change)

ทัศนคติของบุคคลเมื่อเกิดขึ้นแล้ว ถึงแม้จะมีความคงทนถาวรพอสมควร แต่ทัศนคติดังกล่าวสามารถเปลี่ยนแปลงไปได้ ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในองค์ประกอบทั้งสามของทัศนคติตามที่กล่าวมาแล้ว สิ่งที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติได้นั้นขึ้นอยู่กับข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้รับทราบ ทำให้บุคคลเกิดความเข้าใจอย่างแจ่มแจ้งขึ้น การเปลี่ยนแปลงเจตคติจะเกิดได้ดีหรือไม่นั้นก็ขึ้นอยู่กับแหล่งที่ให้ข้อมูลต่าง ๆ ตัวข้อมูลเหล่านั้นและบุคลิกลักษณะของบุคคลนั่นเองด้วย

กระบวนการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ

พัชนี วรกวิน (2526) อ้างถึง แม็กกูรี (Mc.Guire) ซึ่งได้กล่าวไว้ว่า กระบวนการเปลี่ยนแปลงทัศนคติประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ 5 ขั้นตอนคือ

1. การใส่ใจ (Attention) เป็นความสนใจ ความเอาใจในการรับฟัง ถ้าบุคคลไม่ให้ความสนใจที่จะฟังแล้ว กระบวนการขั้นตอนต่อไปก็จะไม่เกิดขึ้นและจะไม่มีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ สาเหตุที่จะทำให้นักสนใจฟังก็ได้แก่ผู้สื่อและเนื้อหาสาระนั้น ๆ

2. ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นความเข้าใจในความหมายของสาระนั้น ความยากหรือง่ายเกินไปจะทำให้ผู้ฟังไม่สนใจและไม่เข้าใจ ดังที่เราจะสังเกตเห็นได้จากการโฆษณา เขาจะใช้เวลาให้น้อยที่สุดแต่ให้ผู้ฟังได้มากที่สุด

3. การยอมรับ (Acceptance) เป็นผลจากข้อ 1 และ ข้อ 2 หากบุคคลตั้งใจฟังจะเกิดความเข้าใจแจ่มแจ้ง ก็จะทำให้เกิดการยอมรับแต่ถ้าไม่สนใจฟัง ไม่มีความเข้าใจก็จะเลิกไม่เกิดการยอมรับ

4. การกักเก็บไว้ (Retention) เป็นความคงทนหรือเป็นการจำ อาจจะเก็บไว้ระยะหนึ่ง เมื่อเวลาผ่านไปอาจเปลี่ยนไป หรืออาจจะยังคงอยู่ ถ้าตัวผู้รับมีความน่าเชื่อถือมาก การกักเก็บไว้ก็คงทนและอยู่ได้นาน

5. การกระทำ (Action)บุคคลเมื่อเปลี่ยนทัศนคติก็จะเปลี่ยนด้านการกระทำด้วย ซึ่งมีผลต่อส่วนรวมและสังคม ถ้าเราเปลี่ยนความเชื่อแล้ว แต่ไม่ได้ลงมือกระทำก็จะมีผลกระทบหรือกระเทือนต่อใคร

โดยทั่วไปแล้วอาจกล่าวได้ว่าทัศนคติเป็นดัชนีที่จะชี้แนวทางในการแสดงพฤติกรรมกล่าวคือ ถ้ามีทัศนคติที่ดีก็มีแนวโน้มที่จะเข้าหรือแสดงพฤติกรรมนั้นตรงกันข้าม ถ้ามีทัศนคติที่ไม่ดีก็มีแนวโน้มที่จะไม่เข้าหา โดยการถอยหนีหรือต่อต้านการแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ (กมลรัตน์ หลักสุขวงศ์ 2524) ดังนั้นถ้าบุคคลมีทัศนคติที่ดีต่อสิ่งใด โอกาสที่ผู้นั้นจะเข้าหาหรือแสดงพฤติกรรมที่ดีต่อสิ่งนั้นมากขึ้น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อรุณ จิรวัดมนกุล และคณะ(2531) ได้ทำการศึกษาศึกษาการยอมรับและใช้ บริการอาสาสมัครสาธารณสุข มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการใช้ประโยชน์จากอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน(ผสส. และ อสม.)ตลอดจนการยอมรับของประชาชน และผู้นำหมู่บ้านที่มีต่อการปฏิบัติงาน ของอาสาสมัครสาธารณสุข จากผลการศึกษาสรุปได้ว่า ประชาชนและกรรมการหมู่บ้าน ยอมรับในบทบาทหน้าที่ของ ผสส. และ อสม. แต่ควรมีการพัฒนาความรู้และความสามารถ ของ ผสส. และ อสม. เพื่อขยาย การให้บริการสาธารณสุขได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

กรมสุขภาพจิต (2539) ได้ทำการศึกษาความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติ ของอาสาสมัครสาธารณสุข เกี่ยวกับสุขภาพจิตและการให้บริการสุขภาพจิต ผลการวิจัยพบว่า

1. อาสาสมัครมีความรู้เฉลี่ย 12.45 คะแนน หรือร้อยละ 62 ของคะแนนเต็ม แสดงว่ามีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตปานกลาง อาสาสมัครที่มี เพศ การศึกษา อาชีพ และการสูบบุหรี่ต่างกัน จะมีความรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.01 ส่วนตัวแปรอื่นนั้นมีความรู้ไม่แตกต่างกัน

2.อาสาสมัครมีทัศนคติเฉลี่ย 74.92 คะแนน หรือร้อยละ 68 ของคะแนนเต็มแสดงว่ามีทัศนคติในอันดับที่เห็นด้วย ซึ่งเป็นทัศนคติที่ดีต่อสุขภาพจิต อาสาสมัครที่มีเพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการอบรมสุขภาพจิตต่างกันจะมีทัศนคติต่อสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 ส่วนตัวแปรอื่นนั้นทัศนคติไม่แตกต่างกัน

3.อาสาสมัครมีการปฏิบัติเฉลี่ย 76.69 คะแนน หรือร้อยละ 63 ของคะแนนเต็ม แสดงว่ามีการปฏิบัติ เกี่ยวกับสุขภาพจิตและการให้บริการระดับปานกลาง อาสาสมัครที่มีการอบรมสุขภาพจิต การปฏิบัติศาสนกิจ และความพอใจสภาพความเป็นอยู่ต่างกัน จะมีการปฏิบัติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.001 ส่วนตัวแปรอื่นนั้นมีการปฏิบัติไม่แตกต่างกัน

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้า ทักษะคิดและปัญหาในการปฏิบัติงาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขตามโครงการค้นหาและดูแลผู้ป่วยโรคจิต ลมชักและปัญญาอ่อน เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยมีวิธีการศึกษาดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขที่รับผิดชอบดำเนินงานตามโครงการ ค้นหาและดูแลผู้ป่วยโรคจิต ลมชักและปัญญาอ่อน ในเขต 6 มี 7 จังหวัด(ขอนแก่น เลย กาฬสินธุ์ อุดรธานี หนองคาย หนองบัวลำภู สกลนคร)ซึ่งทางโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นไปนิเทศงาน ทั้งในเขตเมืองและรอบนอก ซึ่งมี ศสมช. ทั้งหมด 56 แห่ง พบว่ามีเพียง 40 ศสมช. ที่ดำเนินโครงการครบทุกขั้นตอน ตามที่กรมสุขภาพจิตกำหนดคือ มีการใช้ใบสำรวจสุขภาพจิต มีการลงทะเบียน และมีการติดตามดูแลโดยอาสาสมัครสาธารณสุข ได้กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาค้นคว้าจำนวน 44 คน คัดเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ในการศึกษา (Inclusion criteria)

1. เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ที่รับผิดชอบงานตามโครงการค้นหาและดูแลผู้ป่วยโรคจิต ลมชักและปัญญาอ่อน
2. ปฏิบัติงานใน ศสมช. ที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นไปนิเทศงาน
3. ดำเนินงานโครงการครบทุกขั้นตอน ที่กรมสุขภาพจิตกำหนด คือใช้ใบสำรวจสุขภาพจิต ลงทะเบียนในสมุดทะเบียน และมีการติดตามดูแลผู้ป่วย

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่คัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

1. เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานตามโครงการ ฯ แต่ไม่ดำเนินงานตามขั้นตอนของกรมสุขภาพจิตที่กำหนด
2. ไม่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 4 ส่วน โดยมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุข ประกอบด้วย เพศ อายุ ที่อยู่ปัจจุบัน สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ การได้รับความรู้เกี่ยวกับโครงการ ระยะเวลาที่ได้รับการอบรมชี้แจง ระยะเวลาในการรับผิดชอบงานตามโครงการ

ส่วนที่ 2 ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคจิต ลมชัก และปัญญาอ่อน จำนวน 20 ข้อ ซึ่งเป็นความรู้เรื่องโรคจิต 7 ข้อ ความรู้โรคลมชัก 7 ข้อ และความรู้เรื่องปัญญาอ่อน 6 ข้อ ซึ่งในแต่ละข้อมีทั้งหมด 4 ตัวเลือก คือ ข้อ ก ข ค ง และมีคำตอบที่ถูกต้องเพียงข้อเดียวถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 ทักษะคติของ อสม. ที่มีต่อการดำเนินงานตาม โครงการแบ่งเป็น 2 หมวดย่อยดังนี้คือ

1. ทักษะคติของ อสม. ที่มีต่อการดำเนินงานตามโครงการ 11 ข้อ
2. ทักษะคติของ อสม. ที่มีต่อเอกสารสนับสนุนโครงการ ซึ่งแบ่งการวัดทักษะคติออกเป็น 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย โดยมีหลักเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ให้คะแนน 3 คะแนนสำหรับคำตอบเห็นด้วย

ให้คะแนน 2 คะแนนสำหรับคำตอบไม่แน่ใจ

ให้คะแนน 1 คะแนนสำหรับคำตอบไม่เห็นด้วย

การให้คะแนนดังกล่าวให้คะแนนสำหรับคำถามที่เป็นเชิงบวกได้แก่ข้อ 1 ถึงข้อ 8, ข้อ 10 ถึงข้อ 18 และข้อ 20 ถึงข้อ 22

ให้คะแนน 1 คะแนนสำหรับคำตอบเห็นด้วย

ให้คะแนน 2 คะแนนสำหรับคำตอบไม่แน่ใจ

ให้คะแนน 3 คะแนนสำหรับคำตอบไม่เห็นด้วย

การให้คะแนนดังกล่าวให้คะแนนสำหรับคำถามที่เชิงลบได้แก่ข้อ 9 และข้อ 19

ส่วนที่ 4 ปัญหาในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดำเนินงานตามโครงการค้นหาและดูแลผู้ป่วยโรคจิต ลมชัก และปัญญาอ่อน โดยมีรายละเอียดในการศึกษาปัญหาการปฏิบัติงานดังนี้

1. ปัญหาในการปฏิบัติงานตามโครงการ 12 ข้อ ซึ่งในแต่ละข้อให้เลือกว่าใช่หรือไม่ใช่ โดยคิดออกมาเป็นค่าร้อยละ เพื่อประเมินว่ามีปัญหาในข้อใดมากที่สุด

2.วิธีการสำรวจผู้ป่วยของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยการนับคะแนนว่าอาสาสมัครใช้ข้อใดมากที่สุดเป็นคะแนนรวมของทั้งกลุ่ม เพื่อประเมินว่าอาสาสมัครใช้แบบสำรวจผู้ป่วยถูกต้องมากน้อยเพียงใด

3.การเรียงลำดับความรู้ที่อาสาสมัครสาธารณสุขใช้บ่อยๆในการแนะนำผู้ป่วยและญาติจากมากไปหาน้อย

4.การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยของอาสาสมัครสาธารณสุขครบตามเกณฑ์ 4 ครั้ง/ต่อปีหรือไม่ และถ้าเยี่ยมไม่ครบมีสาเหตุจากอะไร

5.ปัญหาอุปสรรคในการติดตามดูแลผู้ป่วยของอาสาสมัครสาธารณสุข

6.การรายงานผลการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในรอบปีที่ผ่านมาให้รวมเป็นหมวด ๆ เช่น การสำรวจ การลงทะเบียน การติดตามเยี่ยม ปัญหาการใช้คู่มือ

การสร้างเครื่องมือและการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.การศึกษาโครงการ วัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการดำเนินงานตามโครงการ คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิต ลมชัก และปัญญาอ่อนที่ใช้ในโครงการรวมทั้งบทวนเอกสารและวรรณคดีที่เกี่ยวข้องในการวิจัย

2.สร้างแบบสัมภาษณ์ฉบับร่าง และนำแบบสัมภาษณ์ฉบับร่างไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 คน พยาบาลจิตเวช 4 คน และนำไปแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

3.นำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้ (Try out) กับอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในอำเภอพระยืนจังหวัดขอนแก่น จำนวน 30 คน เพื่อดูความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ในแบบสัมภาษณ์ และหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือในหมวดความรู้โดยใช้ Kuder Richardson 20 และในหมวดทัศนคติใช้ Coefficient Alpha ได้ค่าความเชื่อมั่นในหมวดความรู้เท่ากับ 0.774 และในหมวดทัศนคติเท่ากับ 0.763

4.นำแบบสัมภาษณ์มาปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้ได้ภาษาที่เหมาะสมและสามารถสื่อให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เข้าใจตรงกัน และเป็นแบบสัมภาษณ์ฉบับสมบูรณ์เพื่อใช้ในการวิจัยต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยได้ประชุมผู้ที่เก็บข้อมูล ให้มีความเข้าใจตรงกันในการสัมภาษณ์อาสาสมัครสาธารณสุข ที่รับผิดชอบงานโครงการค้นหาและดูแลผู้ป่วยโรคจิต ลมชักและปัญญาอ่อน ในเขต 6 ซึ่งมีทั้งหมด 7 จังหวัด ได้แก่ ขอนแก่น กาฬสินธุ์ เลย อุดรธานี หนองคาย หนองบัวลำภู สกลนคร ทั้งในอำเภอเมือง และอำเภอรอบนอก จำนวน 44 คน โดยมีระยะเวลาเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน พฤษภาคม - กรกฎาคม 2539

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้มากำหนดการลงรหัส เพื่อแบ่งแยกประเภทของคำตอบที่ได้จากการถามทีละข้อ จนครบทุกคำตอบในแบบสัมภาษณ์ จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาลงรหัสป้อนข้อมูลเข้าคอมพิวเตอร์ เพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS/PC และกำหนดสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้และทัศนคติ ของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยการใช้สถิติ t- test, F- test และ Student Newman Keuls Test

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยนี้ต้องการศึกษาความรู้ ทักษะและปัญหาในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ตามโครงการค้นหาและดูแลผู้ป่วยโรคจิต ลมชัก และปัญญาอ่อน โดยการสัมภาษณ์อาสาสมัครสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานโครงการค้นหาและดูแลผู้ป่วยโรคจิต ลมชักและปัญญาอ่อนเฉพาะ ศสมช. ที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นลงไปนิตศ ผลการวิจัยเสนอด้วยการบรรยาย ประกอบตารางเรียงตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคจิต โรคลมชัก และปัญญาอ่อน ของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ดำเนินงานตามโครงการ

ส่วนที่ 3 ทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุข ที่มีต่อการดำเนินงานตามโครงการ

ส่วนที่ 4 ปัญหาในการปฏิบัติงาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อการดำเนินโครงการ

ส่วนที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ และทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุข

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของ อสม. ที่ทำการศึกษารายงานตามเพศ อายุ สถานภาพ

สมรส		
ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	20	45.5
หญิง	24	54.5
อายุ		
< 30	4	9.1
31 - 40	13	29.5
41 - 50	11	25.0
51 - 60	16	36.4
สถานภาพสมรส		
โสด	2	4.55
คู่	40	90.9
หย่า/ร้าง/แยกกันอยู่	2	4.55
รวม	44	100

หมายเหตุ อายุเฉลี่ย 45.11 S.D.10.06
 Min 28 ปี
 Max 60 ปี

จากตารางพบว่า อสม. ที่ทำการศึกษารายงานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.5 อายุ 51 - 60 ปี ร้อยละ 36.4 รองลงมาอายุ 31- 40 ปี ร้อยละ 29.5 น้อยที่สุดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี ร้อยละ 9.1 สำหรับสถานภาพสมรสส่วนใหญ่ สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 90.9 รองลงมาสถานภาพสมรสโสดและหย่า/ร้าง/แยกกันอยู่ มีจำนวนเท่า ๆ กัน ร้อยละ 4.55

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของ อสม. ที่ทำการศึกษำจำแนกตามระดับการศึกษา อาชีพ

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	1	2.3
ประถมศึกษา	33	75.0
มัธยมต้น	6	13.6
มัธยมปลาย	3	6.8
ต่ำกว่าปริญญาตรี	1	2.3
อาชีพ		
ค้าขาย	5	11.3
รับจ้าง	8	18.2
เกษตรกร	23	52.3
อื่นๆ	8	18.2
รวม	44	100

จากตารางพบว่า ระดับการศึกษาของ อสม. ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 75.0 รองลงมาจบการศึกษาระดับมัธยมต้น ร้อยละ 13.6

สำหรับอาชีพส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 52.3 รองลงมามีอาชีพรับจ้างและอื่นๆ (แม่บ้าน) ร้อยละ 18.2

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละของ อสม. ที่ทำการศึกษาจำแนกตามจังหวัด

จังหวัด	จำนวน	ร้อยละ
ขอนแก่น	5	11.4
อุดรธานี	6	13.6
หนองคาย	10	22.7
หนองบัวลำภู	1	2.3
เลย	3	6.8
สกลนคร	17	38.6
กาฬสินธุ์	2	4.5
รวม	44	100

จากตาราง จำนวนของ อสม.ที่ทำการศึกษา (อสม.ที่ดำเนินงานตามโครงการครบขั้นตอนตามที่กรมสุขภาพจิตกำหนด) เมื่อจำแนกตามจังหวัดที่ดำเนินงานพบว่า มากที่จังหวัดได้แก่ สกลนคร ร้อยละ 38.6 รองลงมาจังหวัดหนองคาย ร้อยละ 22.7 น้อยที่สุดจังหวัดหนองบัวลำภู ร้อยละ 2.3

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละของ อ.ส.ม. ที่ทำการศึกษา จำแนกตามการได้รับความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน ได้รับความรู้โดยวิธี ระยะเวลาในการอบรม

ข้อมูลเกี่ยวกับ	จำนวน	ร้อยละ
การได้รับความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน		
ได้	43	97.7
ไม่ได้	1	2.3
ถ้าตอบว่าได้ ได้รับโดยวิธี		
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดประชุม	43	97.7
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาอธิบายที่บ้าน	1	2.3
ระยะเวลาในการอบรม		
เหมาะสม	39	88.6
ไม่เหมาะสม	5	11.4
ระยะเวลาที่รับผิดชอบในการทำหน้าที่ตามโครงการ		
< 6 เดือน	17	38.6
7 - 12 เดือน	21	47.7
> 12 เดือน	6	13.7

หมายเหตุ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดประชุม อ.ส.ม.เพื่อให้ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโครงการมี จำนวนชั่วโมงเฉลี่ย 4.09 (S.D. 1.89)

Min 1 ชั่วโมง

Max 7 ชั่วโมง

ระยะเวลาเฉลี่ยในการรับผิดชอบงานตามโครงการ 9.02 เดือน (S.D.7.2)

Min 1 เดือน

Max 24 เดือน

จากตารางพบว่า อสม. ส่วนใหญ่ได้รับความรู้ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 97.9 และระยะเวลาในการอบรมเหมาะสมดี ร้อยละ 88.6 และ อ.ส.ม. ส่วนใหญ่ รับผิดชอบงาน 7 - 12 เดือน ร้อยละ 47.7

ส่วนที่ 2 ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานตามโครงการ

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละของ อสม. ที่ตอบถูกและผิดในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคจิต

ความรู้เกี่ยวกับโรคจิต	ตอบผิด จำนวน (ร้อยละ)	ตอบถูก จำนวน (ร้อยละ)
1. นาย ก. บอกญาติว่ามีคนจะฆ่า หลบหนีไปซ่อนตัว ท่านคิดว่า นาย ก. เป็นโรคอะไร	10 (22.7)	34 (77.3)
2. อาการต่อไปนี้ข้อใดเป็นโรคจิต	13 (29.5)	31 (70.5)
3. ข้อใดไม่ใช่สาเหตุของโรคจิต	25 (56.8)	19 (43.2)
4. อสม. ควรแนะนำเรื่องการรับ ประทานยาของผู้ป่วยโรคจิตอย่างไร	16 (36.4)	28 (63.6)
5. อสม. ควรแนะนำผู้ป่วยโรคจิต ที่มีอาการดีแล้วเกี่ยวกับการทำงาน อย่างไร	3 (6.8)	41 (93.2)
6. การดูแลผู้ป่วยโรคจิต ควรแนะนำ ให้ผู้ป่วยปฏิบัติอย่างไร	4 (9.1)	40 (90.9)
7. ข้อใดคือผลข้างเคียงของยารักษา โรคจิต	30 (68.2)	14 (31.8)

หมายเหตุ ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคจิต 4.70 คะแนน (S.D.1.27)

Min 2 คะแนน

Min 7 คะแนน

จากตาราง พบว่า อสม. ยังขาดความรู้เกี่ยวกับโรคจิต ในหัวข้อสาเหตุของโรคจิต โดยตอบคำถามผิดร้อยละ 56.8 และผลข้างเคียงของยารักษาโรคจิต โดยตอบคำถามผิดร้อยละ 68.2

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละของ อสม. ที่ตอบถูกและผิดในเรื่องความรู้เกี่ยวกับ
โรคลมชัก

ความรู้เกี่ยวกับ โรคลมชัก	ตอบผิด จำนวน (ร้อยละ)	ตอบถูก จำนวน(ร้อยละ)
1. ผู้ป่วยมีอาการไม่รู้สึกตัว ตัวเกร็ง ชักกระตุก กัดลิ้นตัวเอง ผู้ป่วยเป็น โรคอะไร	4 (9.1)	40 (90.9)
2. นาย ก. มีอาการเอะอะอาละวาด หลังจากชัก ท่านคิดว่านาย ก. เป็น โรคอะไร	30 (68.2)	14 (31.8)
3. ข้อใดไม่ใช่สาเหตุของโรคลมชัก	29 (65.9)	15 (34.1)
4. ถ้า อสม. พบว่ามีคนกำลังชักจะ ช่วยเหลืออย่างไร	7 (15.9)	37 (84.1)
5. ควรปฏิบัติอย่างไรขณะช่วยเหลือ ผู้ที่กำลังชัก	7 (15.9)	37 (84.1)
6. ผู้ป่วยโรคลมชักไม่ควรปฏิบัติ ข้อใด	11 (25.0)	33 (75.0)
7. อสม. ควรแนะนำผู้ป่วยโรคลมชัก และญาติอย่างไร	16 (36.4)	28 (63.6)

หมายเหตุ ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคลมชัก 4.64 คะแนน (S.D.1.18)

Min 2 คะแนน

Max 7 คะแนน

จากตาราง อสม. ยังขาดความรู้เกี่ยวกับโรคลมชัก ในหัวข้อการวินิจฉัยโรคลมชัก
ที่มีอาการเอะอะอาละวาดหลังชักร้อยละ 68.2 และสาเหตุของโรคลมชักร้อยละ 65.9

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละของอสม.ที่ตอบถูกและผิดในเรื่องความรู้เกี่ยวกับ
ปัญญาอ่อน

ความรู้เกี่ยวกับปัญญาอ่อน	ตอบผิด	ตอบถูก
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
1. ข้อใดไม่ใช่สาเหตุของปัญญาอ่อน	35 (79.5)	9(20.5)
2. ข้อใดกล่าวถูกต้อง	35 (79.5)	9(20.5)
3. ลักษณะของบุคคลปัญญาอ่อน	24 (54.5)	20(45.5)
4. ข้อใดไม่ใช่การช่วยเหลือครอบครัว ที่มีเด็กปัญญาอ่อน	12 (27.3)	32 (72.7)
5. การสอนเด็กปัญญาอ่อนไม่ควรทำ ข้อใด	11 (25.0)	33 (75.0)
6. การดูแลเด็กปัญญาอ่อนควรปฏิบัติ ข้อใด	4 (9.1)	40 (90.9)

หมายเหตุ ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับปัญญาอ่อน 3.25 คะแนน (S.D.1.06)

Min 1 คะแนน

Max 6 คะแนน

จากตารางพบว่า อสม.ยังขาดความรู้เกี่ยวกับปัญญาอ่อนในหัวข้อสาเหตุของ
ปัญญาอ่อนร้อยละ 79.5 การรับประทานยาของบุคคลปัญญาอ่อนร้อยละ 73.5 และ
ลักษณะของบุคคลปัญญาอ่อนร้อยละ 54.5

ตารางที่ 8 จำนวน ร้อยละของ อสม.จำแนกตามระดับความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคจิต
ลมชัก ปัญญาอ่อน

ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
เกณฑ์ดี (16-20)	7	15.9
ปานกลาง (12-15)	24	54.6
ต่ำ (1-11)	13	29.5
รวม	44	100

หมายเหตุ คะแนนความรู้เฉลี่ย 12.59 คะแนน (S.D. 2.48)

เกณฑ์ดี = $\bar{X} + 1.S.D.$ ขึ้นไป

เกณฑ์ต่ำ = $\bar{X} - 1.S.D.$ ลงมา

จากตารางพบว่า อสม.ที่ดำเนินงานโครงการส่วนใหญ่มีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 54.6 รองลงมามีความรู้ในระดับ ต่ำร้อยละ 29.5 และมีความรู้อยู่ในเกณฑ์ดี ร้อยละ 15.9

ส่วนที่ 3 ทศนคติของ อสม.ที่มีต่อการดำเนินงานตามโครงการ
 ตารางที่ 9 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นของ อสม.
 ที่มีต่อการดำเนินงานโครงการ

ทศนคติของ อสม. ที่มีต่อการดำเนินงาน ฯ	$\bar{X}$	S.D	ระดับความคิดเห็น
1. ท่านมีความเข้าใจในวัตถุประสงค์ของ การดำเนินงานของโครงการนี้	2.84	0.43	เห็นด้วย
2. ท่านทราบว่าท่านมีหน้าที่อะไรในการ ดำเนินงานของโครงการ	2.93	0.25	เห็นด้วย
3. ท่านมีความเข้าใจวิธีการใช้แบบสำรวจ เป็นอย่างดี	2.75	0.58	เห็นด้วย
4. ท่านสามารถลงทะเบียนผู้ป่วยในสมุด ทะเบียนได้	2.86	0.46	เห็นด้วย
5. ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถลงรายงาน ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่ลงทะเบียนไว้ในสมุด ทะเบียนได้อย่างถูกต้อง	2.86	0.46	เห็นด้วย
6. ท่านสามารถให้คำแนะนำเรื่องการดูแล ผู้ป่วยทั้ง 3 โรค ให้แก่ญาติและครอบครัว ของผู้ป่วยได้	2.89	0.32	เห็นด้วย

หมายเหตุ

คะแนนเฉลี่ย 2.5 - 3.00 หมายถึง เห็นด้วย

1.5 - 2.49 หมายถึง ไม่แน่ใจ

1 - 1.49 หมายถึง ไม่เห็นด้วย

(เฉพาะคำถามที่เป็นเชิงบวก)

ตารางที่ 10 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นของ อสม. ที่มีต่อการดำเนินงานโครงการ (ต่อ)

ทัศนคติของ อสม. ที่มีต่อการดำเนินงานโครงการ	$\bar{X}$	S.D	ระดับความคิดเห็น
7. ท่านคิดว่าควรมีการเพิ่มพูนความรู้เรื่องโรคจิต ลมชัก และปัญญาอ่อน อย่างน้อยปีละครั้ง	2.93	0.33	เห็นด้วย
8. ท่านคิดว่าโครงการค้นหาและดูแลผู้ป่วย โรคจิต ลมชัก และปัญญาอ่อน ควรดำเนิน ตลอดไป	3.00	0.00	เห็นด้วย
9. ท่านคิดว่าโครงการนี้ทำให้ท่านมีภาระมาก และลำบากใจในการทำงาน	2.36	0.89	ไม่แน่ใจ
10. การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนไม่จำเป็น ต้องมีเงินทดแทน	2.41	0.82	ไม่แน่ใจ
11. ท่านคิดว่าโครงการค้นหาและดูแลผู้ป่วย โรคจิต ลมชัก และปัญญาอ่อน สามารถ ดำเนินการต่อไปได้โดยชุมชน	2.98	0.15	เห็นด้วย

จากตาราง 9-10 อสม.มีทัศนคติที่ดีต่อการดำเนินโครงการค้นหาและดูแลผู้ป่วย โรคจิต ลมชัก และปัญญาอ่อน เพราะระดับความคิดเห็นของ อสม.ส่วนใหญ่เห็นด้วย ว่า อสม.เข้าใจวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินงาน การสำรวจ การลงทะเบียน การติดตาม เยี่ยม การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ และคิดว่าโครงการนี้ควรดำเนินงานตลอด ไป และสามารถดำเนินการโดยชุมชน มีเพียงความคิดเห็นใน 2 หัวข้อที่ตอบว่าไม่แน่ ใจ ได้แก่ ท่านคิดว่าโครงการนี้ทำให้ท่านมีภาระมากและลำบากใจในการทำงาน การ ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนไม่จำเป็นต้องมีเงินทดแทน

ตารางที่ 11 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นของ อสม. ที่มีต่อเอกสารที่สนับสนุนโครงการ

ทัศนคติของ อสม. ที่มีต่อเอกสารที่สนับสนุนโครงการ	$\bar{X}$	S.D	ระดับความคิดเห็น
12. ภาษาที่ใช้ในแบบสำรวจอ่านและเข้าใจง่าย	2.91	0.36	เห็นด้วย
13. ใบสำรวจผู้ป่วยอักษรตัวเล็กเกินไป	2.27	0.90	ไม่แน่ใจ
14. แบบสำรวจควรแยกเป็น 1 โรค ต่อ 1 แผ่น	1.91	0.96	ไม่แน่ใจ
15. สมุดลงทะเบียนผู้ป่วยมีรายละเอียดในการ ลงมากเกินไปควรให้เหลือน้อยกว่านี้	2.23	0.94	ไม่แน่ใจ
16. ภาษาที่ใช้ในการลงทะเบียนอ่านเข้าใจยาก	1.66	0.91	ไม่แน่ใจ
17. คู่มือในการดูแลผู้ป่วยทั้ง 3 เล่มมีขนาดรูป เล่มพอเหมาะ	2.95	0.30	เห็นด้วย

หมายเหตุ

คะแนนเฉลี่ย 2.5 - 3.00 หมายถึง เห็นด้วย
1.5 - 2.49 หมายถึง ไม่แน่ใจ
1 - 1.49 หมายถึง ไม่เห็นด้วย

(เฉพาะคำถามที่เป็นเชิงบวก)

คะแนนเฉลี่ย 2.5 - 3.00 หมายถึง ไม่เห็นด้วย
1.5 - 2.49 หมายถึง ไม่แน่ใจ
1 - 1.49 หมายถึง เห็นด้วย

(เฉพาะคำถามที่เป็นเชิงลบ)

ตารางที่ 12 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นของ
 อสม.ที่มีต่อเอกสารที่สนับสนุนโครงการ (ต่อ)

ทัศนคติของ อสม. ที่มีต่อเอกสารที่สนับสนุนโครงการ	$\bar{X}$	S.D	ระดับความคิดเห็น
18. เนื้อหาความรู้ที่มีอยู่ในคู่มือทั้ง 3 เล่มเป็น ภาษาที่เข้าใจง่าย	2.91	0.42	เห็นด้วย
19. ท่านชอบรูปภาพในเล่มเป็นการ์ตูนหรือ รูปภาพมากกว่าภาพจริง	2.34	0.83	ไม่แน่ใจ
20. ขนาดตัวหนังสือในคู่มือโรคจิตและโรค ลมชักมีขนาดพอดี	2.93	0.33	เห็นด้วย
21. ขนาดตัวหนังสือในคู่มือปัญญาอ่อนควร ตัวใหญ่กว่านี้	1.80	0.98	ไม่แน่ใจ
22. ความรู้ที่ได้จากคู่มือทั้ง 3 เล่มนำไปใช้ใน การแนะนำผู้ป่วยและญาติได้	2.93	0.33	เห็นด้วย

จากตารางที่ 11-12 ทัศนคติ ของอสม.ที่มีต่อเอกสารที่สนับสนุน
 โครงการ อสม.มีระดับความคิดเห็นที่เห็นด้วย คือ ภาษาที่ใช้ในแบบสำรวจอ่านเข้าใจ
 ง่าย คู่มือทั้ง 3 เล่ม มีขนาดรูปเล่มพอเหมาะ เนื้อหาความรู้ที่มีอยู่ในคู่มือทั้ง 3 เล่มเป็น
 ภาษาที่ใช้เข้าใจง่ายและสามารถนำความรู้ในคู่มือไปแนะนำผู้ป่วยและญาติได้ และ
 อสม.มีระดับความคิดเห็นไม่แน่ใจ คือ ใบสำรวจผู้ป่วยอักษรตัวเล็กเกินไป แบบสำรวจ
 ควรแยก 1 โรคต่อ 1 แผ่น สมุดลงทะเบียนผู้ป่วยมีรายละเอียดในการลงมากเกินไป
 ภาษาที่ใช้ลงทะเบียนเข้าใจยาก รูปภาพในคู่มือควรเป็นภาพจริง และคู่มือปัญญาอ่อน
 ตัวอักษรควรใหญ่กว่านี้

ส่วนที่ 4 ปัญหาในการปฏิบัติงานของ อสม.ในการดำเนินงานตามโครงการค้นหาและ
ดูแลผู้ป่วยโรคจิต ลมชัก และปัญญาอ่อน

ตารางที่ 13 จำนวน ร้อยละของปัญหาในการปฏิบัติงานของ อสม.

ปัญหาในการปฏิบัติงานโครงการ ฯ	ใช่ จำนวน(ร้อยละ)	ไม่ใช่ จำนวน(ร้อยละ)
1. ท่านสำรวจผู้ป่วยในหมู่บ้านเฉพาะ คนที่ท่านสงสัยว่าเป็นโรค	42(95.5)	2(4.5)
2. ท่านไม่เคยมีปัญหาในการสำรวจผู้ป่วย คนที่ท่านสงสัยว่าเป็นโรค	37(84.1)	7(15.9)
3. ท่านตัดสินใจไม่ได้ในกรณีพบว่าผู้ป่วย มีอาการของหลายโรครวมกัน	25(56.8)	19(43.2)
4. ใบสำรวจที่ใช้ในการปฏิบัติงานมีไม่ เพียงพอ	19(43.2)	25(56.8)
5. สมุดลงทะเบียนผู้ป่วยไม่พอใช้ในการ ดำเนินงาน	5(11.4)	39(88.6)
6. ท่านลงทะเบียนได้ถูกต้องและทุกช่อง	35(79.5)	9(20.5)

จากตารางพบว่า อสม.มีปัญหาในการปฏิบัติงาน คือ อสม.ตัดสินใจไม่ได้ กรณี
พบว่า ผู้ป่วยมีอาการของหลายโรครวมกัน

ตารางที่ 14 จำนวน ร้อยละของปัญหาในการปฏิบัติงานของ อสม. (ต่อ)

ปัญหาในการปฏิบัติงานโครงการ ฯ	ใช่	ไม่ใช่
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
7. ท่านลงทะเบียนทุกครั้งเมื่อเยี่ยม ผู้ป่วยและญาติ	34(77.3)	10(22.7)
8. เมื่อท่านมีปัญหาในการดำเนินงาน ส่วนมากท่านปรึกษาเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข	42(95.5)	2(4.5)
9. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเคยมาซักถาม ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินโครงการ ฯ กับท่าน (ในรอบปีที่ผ่านมา)	39(88.6)	5(11.4)
10. สิ่งที่ท่านหนักใจมากที่สุดในการ ทำงานคือญาติผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ	15(34.1)	29(65.9)
11. ท่านเคยได้รับเงินในการดูแลผู้ป่วย 30 บาท/คน/ปี	12(27.3)	32(72.7)
12. โดยภาพรวมแล้วท่านเข้าใจวิธีการ ปฏิบัติในโครงการ	42(95.5)	2(4.5)

จากตารางพบว่า อสม.มีปัญหาในการปฏิบัติงาน คือ อสม.ยังไม่ได้รับ
ค่าติดตามดูแลผู้ป่วย 30 บาท/คน/ปี ร้อยละ 72.7

ตารางที่ 15 จำนวน ร้อยละของวิธีการสำรวจผู้ป่วยโรคจิต ลมชัก และปัญญาอ่อนของ
อสม.

วิธีการสำรวจผู้ป่วยของ อสม.	จำนวน	ร้อยละ
1. ใช้ใบสำรวจซักถามผู้ป่วยหรือญาติโดยการ เครื่องหมายลงในใบสำรวจ	30	68.2
2. ซักถามรายละเอียดของอาการผู้ป่วยโดยใช้ ความจำจากเนื้อหาในใบสำรวจโดยไม่ได้นำ ใบสำรวจไปด้วย	4	9.1
3. ทั้ง ศสมช. มีใบสำรวจเพียงใบเดียวจึงใช้ วิธีใช้ใบสำรวจ ซักถาม และ ลงทะเบียน ผู้ป่วยเลย โดยไม่ได้ลงรายละเอียดของอาการ ในใบสำรวจ	3	6.8
4. อื่น ๆ (ความรู้จากการอบรม)	7	15.9

จากตารางพบว่า ส่วนใหญ่ อสม. สำรวจผู้ป่วยโรคจิต ลมชัก และ
ปัญญาอ่อน โดยการให้ใบสำรวจซักถามผู้ป่วยหรือญาติโดยการกาเครื่องหมายลงใน
ใบสำรวจ ร้อยละ 68.2 รองลงมา อื่น ๆ ซึ่งหมายถึงการใช้ความรู้ที่อบรมมาซักถาม
อาการจากญาติหรือผู้ป่วย เมื่อได้อาการแล้วจึงลงทะเบียนเนื่องจากไม่มีใบสำรวจ
ร้อยละ 15.9

ตารางที่ 16 การเรียงลำดับความรู้ที่ อสม.ใช้บ่อย ๆ ในการให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติจากมากสุดไปหาน้อยสุด

ลำดับที่	หัวข้อการแนะนำผู้ป่วยและญาติ
1	การรับการตรวจรักษาตามนัด รับประทานอย่างต่อเนื่อง
2.	การกินยาตรงตามเวลา
3.	การช่วยเหลือตนเอง ในการทำกิจวัตรประจำวัน
4.	การสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วย
5.	การช่วยเหลืองานในครอบครัว
6.	การงดสิ่งเสพติดทุกชนิด
7.	การช่วยเหลือตนเองในการประกอบอาชีพ
8.	อื่น ๆ

จากตารางพบว่า ในการให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ ในการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้ง ความรู้ที่ อสม.ใช้ประกอบการให้คำแนะนำซึ่งใช้บ่อย ๆ เป็นประจำจากมากสุดไปหาน้อยที่สุด ได้แก่ การรับการตรวจรักษาตามนัด การกินยาตรงตามเวลา การช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน การสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วย การช่วยเหลืองานในครอบครัว การงดสิ่งเสพติดทุกชนิด การช่วยเหลือตนเองในการประกอบอาชีพ และอื่น ๆ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์

ตารางที่ 17 จำนวน ร้อยละของการติดตามดูแลผู้ป่วยโรคจิต โรคลมชัก และ
ปัญหาอ่อนของ อสม.ตามเกณฑ์ที่กรมสุขภาพจิตกำหนด

การติดตามดูแลผู้ป่วยโรคจิต ลมชัก และปัญหาอ่อน	จำนวน	ร้อยละ
การดูแลผู้ป่วยไม่ครบ 4 ครั้ง		
ไม่มี	23	52.3
มี	21	47.7
ถ้ามีเหตุผล เพราะ		
1. ญาติไม่ให้ความร่วมมือไม่ต้องการให้เยี่ยม	1	2.3
2. อสม.ไม่มีเวลาไปเยี่ยมบ้าน	1	2.3
3. อื่น ๆ	19	43.2

จากตารางพบว่า การติดตามดูแลของ อสม.ใน 1 ปี ตามเกณฑ์ที่กรมสุขภาพจิตกำหนดต้องติดตามดูแล 4 ครั้ง อสม.ที่ติดตามดูแลครบ 4 ครั้งมีร้อยละ 52.3 และติดตามดูแลไม่ครบ 4 ครั้ง ร้อยละ 47.7 เนื่องจาก ผู้ป่วยหนีไปไม่อยู่ในหมู่บ้าน ญาติไม่ให้ความร่วมมือ อสม.ไม่มีเวลาเยี่ยม และ อสม.เพิ่งจะเริ่มดำเนินงานและไม่ทราบว่าต้องเยี่ยมปีละ 4 ครั้ง

ตารางที่ 18 จำนวน ร้อยละของปัญหาและอุปสรรคในการติดตามดูแลผู้ป่วยของ
อสม.

ปัญหาและอุปสรรคในการติดตามดูแลผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
ไม่พบปัญหา	29	65.9
พบปัญหา	15	34.1
ปัญหาที่พบได้แก่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
1. ไม่มีเวลา	2	8.7
2. ท่านไม่มีความรู้พอที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย และญาติ	1	4.35
3. ผู้ป่วยและญาติไม่เชื่อถือ และไม่ให้ความร่วมมือ	7	30.5
4. ครอบครัวผู้ป่วยไม่สนใจและรังเกียจผู้ป่วย	1	4.35
5. ครอบครัวผู้ป่วยปิดบังอาการผู้ป่วยและไม่ ยอมรับว่าผู้ป่วยเป็นโรค	3	13.0
6. ผู้ป่วยไม่อยู่บ้านขณะติดตามเยี่ยม	6	26.1
7. อื่น ๆ (ระบุ)	3	13.0

จากตาราง อสม.มีปัญหาและอุปสรรคในการติดตามดูแลผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยและญาติไม่เชื่อถือและไม่ให้ความร่วมมือร้อยละ 30.5 (จากปัญหาในข้อนี้ อสม.ส่วนใหญ่ได้เสนอว่าควรมียาที่สถานีนามัยใกล้บ้าน เพื่ออาสาสมัครจะสะดวกในการประสานงานให้ผู้ป่วยและญาติได้รับยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งน่าจะเป็นบทบาทสำคัญที่อาสาสมัครสาธารณสุขสามารถมีส่วนร่วมในการดำเนินงานได้เป็นอย่างดี โดยอาจดำเนินงานเฉพาะผู้ป่วยเก่าของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นเท่านั้น) รองลงมาผู้ป่วยไม่อยู่บ้านขณะติดตามเยี่ยม

ตารางที่ 19 จำนวน ร้อยละ ของจำนวนครั้งในการรายงานผลการดำเนินงาน ของ
อสม. ต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในรอบปีที่ผ่านมา

จำนวนครั้งที่รายงานปี	จำนวน	ร้อยละ
1 ครั้ง	17	38.6
2 ครั้ง	5	11.4
3 ครั้ง	6	13.6
4 ครั้ง	7	15.9
>4 ครั้ง	3	6.9
ไม่ได้รายงาน	6	3.6
ถ้าไม่ได้รายงานเนื่องจาก		
ไม่ได้ติดตามดูแลผู้ป่วยจึงไม่รายงาน	1	2.3
ไม่ทราบว่าต้องรายงาน	3	6.8
อื่น ๆ (ระบุ)	2	4.5

จากตารางพบว่า อสม.ได้รายงานผลการดำเนินงานโครงการต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในรอบปีที่ผ่านมามากที่สุด จำนวน 17 ครั้ง ร้อยละ 38.6 รองลงมาจำนวน 4 ครั้ง ร้อยละ 15.9 และไม่ได้รายงาน ร้อยละ 13.6 เนื่องจากไม่ได้ติดตามดูแลผู้ป่วย ไม่ทราบว่าต้องรายงาน และอยู่ในระหว่างเพิ่งเริ่มดำเนินการติดตามดูแลผู้ป่วย

ส่วนที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้และทัศนคติของ อสม.

ตารางที่ 20 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของ อสม. เพศชาย และเพศหญิงด้วยการทดสอบ ที

เพศ	จำนวน	$\bar{X}$	SD,	t	P-Value
ชาย	20	12.90	2.17	0.457	> .05
หญิง	24	12.33	2.73		

จากตาราง ผลการศึกษาพบว่า อสม.เพศชาย และเพศหญิงมีคะแนนความรู้ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 21 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของ อสม.ที่มีช่วงอายุแตกต่างกันด้วยการทดสอบเอฟ

แหล่งความแปรปรวน	df	S.S.	M.S.	F	P-Value
ระหว่างกลุ่ม	3	36.70	12.23	2.147	>.05
ภายในกลุ่ม	40	227.93	5.70		
ผลรวม	43	264.63			

จากตาราง ผลการศึกษาพบว่าคะแนนความรู้ของ อสม.ที่มีช่วงอายุแตกต่างกันมีคะแนนความรู้ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 22 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของ อสม.ที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน
ด้วยการทดสอบเอฟ

แหล่งความแปรปรวน	df	S.S.	M.S.	F	P-Value
ระหว่างกลุ่ม	2	40.28	20.14	3.596*	<.05
ภายในกลุ่ม	40	224.00	5.60		
ผลรวม	42	264.28			

จากตาราง อสม.ที่ดำเนินงานตามโครงการที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันมี
คะแนนความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ .05

ตารางที่ 23 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยในด้านความรู้ของ อสม.ที่มีสถานภาพสมรส
แตกต่างกันด้วย Student Newman Keuls Test

สถานภาพสมรส	คะแนนเฉลี่ย	โสด	คู่	หย่า/ร้าง/แยกกันอยู่
	$\bar{X}$	8.50	12.75	15.00
โสด	8.50	-	4.25*	6.5
คู่	12.75	-	-	2.25
หย่า/ร้าง/แยกกันอยู่	15.00	-	-	-

P <.05

จากตารางพบว่า เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้วย Student Newman Keuls Test พบว่า อสม.ที่มีสถานภาพสมรส คู่ มีคะแนนความรู้แตกต่างกันกับ อสม.ที่มีสถานภาพสมรสโสดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 24 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของ อสม.ที่มีการศึกษาแตกต่างกันด้วยการทดสอบเอฟ

แหล่งความแปรปรวน	df	S.S.	M.S.	F	P-Value
ระหว่างกลุ่ม	4	13.26	3.31	.51	>.05
ภายในกลุ่ม	39	251.38	6.45		
ผลรวม	43	264.64			

จากตารางพบว่า อสม.ที่มีการศึกษาแตกต่างกันมีคะแนนความรู้ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 25 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของ อสม.ที่มีอาชีพแตกต่างกันด้วยการทดสอบเอฟ

แหล่งความแปรปรวน df		S.S.	M.S.	F	P-Value
ระหว่างกลุ่ม	3	9.16	3.05	.478	>.05
ภายในกลุ่ม	40	255.48	6.39		
ผลรวม	43	264.64			

จากตารางพบว่า อสม.ที่มีอาชีพแตกต่างกันมีคะแนนความรู้ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 26 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของ อสม.ที่มีระยะเวลาในการรับผิดชอบ
งานตามโครงการแตกต่างกันด้วยการทดสอบเอฟ

แหล่งความแปรปรวน df		S.S.	M.S.	F	P-Value
ระหว่างกลุ่ม	2	14.09	7.05	1.153	>.05
ภายในกลุ่ม	41	250.54	6.11		
ผลรวม	43	264.63			

จากตารางพบว่า อสม.ที่มีระยะเวลาในการรับผิดชอบดำเนินงานตามโครงการฯ แตกต่างกัน มีคะแนนความรู้ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 27 เปรียบเทียบทัศนคติของ อสม. ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานตาม
โครงการจำแนกตาม เพศชาย และเพศหญิงด้วยการทดสอบ ที

เพศ	จำนวน	$\bar{X}$	S.D.	t	P-Value
ชาย	20	57.25	3.71	-57	> .05
หญิง	24	58.00	4.83		

จากตารางพบว่า อสม. เพศชายกับ อสม.เพศหญิงมีทัศนคติที่
เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานตามโครงการไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

ตารางที่ 28 เปรียบเทียบทัศนคติของ อสม.ที่มีช่วงอายุแตกต่างกันด้วยการทดสอบเอฟ

แหล่งความแปรปรวน	df	S.S.	M.S.	F	P-Value
ระหว่างกลุ่ม	3	79.46	26.49	1.463	>.05
ภายในกลุ่ม	40	724.43	18.11		
ผลรวม	43	803.89			

จากตารางพบว่า อสม.ที่มีช่วงอายุแตกต่างกันมีทัศนคติที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานตามโครงการไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

ตารางที่ 29 เปรียบเทียบทัศนคติของ อสม.ที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างด้วยการทดสอบเอฟ

แหล่งความแปรปรวน	df	S.S.	M.S.	F	P-Value
ระหว่างกลุ่ม	2	53.87	26.93	1.437	>.05
ภายในกลุ่ม	40	749.90	18.75		
ผลรวม	42	803.77			

จากตารางพบว่า อสม.ที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันมีทัศนคติที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานตามโครงการไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 30 เปรียบเทียบคะแนนทัศนคติของ อสม.ที่มีการศึกษาแตกต่างกันด้วยการทดสอบเอฟ

แหล่งความแปรปรวน	df	S.S.	M.S.	F	P-Value
ระหว่างกลุ่ม	4	113.16	28.29	1.597	>.05
ภายในกลุ่ม	39	690.73	17.71		
ผลรวม	43	803.89			

จากตารางพบว่า อสม.ที่มีการศึกษาแตกต่างกันมีทัศนคติที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานตามโครงการไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 31 เปรียบเทียบคะแนนทัศนคติของ อสม.ที่มีอาชีพแตกต่างกันด้วยการทดสอบเอฟ

แหล่งความแปรปรวน	df	S.S.	M.S.	F	P-Value
ระหว่างกลุ่ม	3	176.15	58.72	3.741*	<.05
ภายในกลุ่ม	40	627.74	15.69		
ผลรวม	43	803.89			

จากตารางพบว่า อสม.ที่ดำเนินงานตามโครงการและมีอาชีพแตกต่างกันมีทัศนคติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 32 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทัศนคติของ อสม.ที่มีอาชีพแตกต่างกันด้วย Student Newman Keuls Test

อาชีพ	ค่าเฉลี่ย	รับจ้าง	ค้าขาย	เกษตรกรรม	อื่น ๆ (ระบุ)
	$\bar{X}$	54.50	55.00	58.52	60.00
รับจ้าง	54.50	-	0.50	4.02	5.50
ค้าขาย	55.00	-	-	3.52	5.00
เกษตรกรรม	58.52	-	-	-	1.48
อื่น ๆ (ระบุ)	60.00	-	-	-	-

จากตารางพบว่า เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้วย Student Newman Keuls test พบว่า อสม.ที่มีอาชีพเกษตรกรรมมีทัศนคติแตกต่างกับ อสม.ที่มีอาชีพค้าขายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 33 เปรียบเทียบคะแนนทัศนคติของ อสม.ที่มีระยะเวลาในการรับผิดชอบ
งานตามโครงการแตกต่างกันด้วยการทดสอบเอฟ

แหล่งความแปรปรวน	df	S.S	M.S	F	P.Value
ระหว่างกลุ่ม	2	30.03	15.01	.796	>.05
ภายในกลุ่ม	41	773.86	18.87		
ผลรวม	43	803.89			

จากตารางพบว่า อสม.ที่มีระยะเวลาในการรับผิดชอบงานตามโครงการ
ที่แตกต่างกันมีทัศนคติในการดำเนินงานตามโครงการ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การศึกษาความรู้ ทักษะและปัญหาในการปฏิบัติงานของ อาสาสมัคร
สาธารณสุขต่อโครงการค้นหา และดูแลผู้ป่วยโรคจิต ลมชัก และปัญญาอ่อน เป็นการ
วิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะและปัญหาในการปฏิบัติงานของอาสาสมัคร
สาธารณสุขตามโครงการค้นหาและดูแลผู้ป่วย โรคจิต ลมชักและปัญญาอ่อน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้และทักษะของอาสา
สมัครสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขที่รับผิดชอบ
งานโครงการค้นหาและดูแลผู้ป่วย โรคจิต ลมชัก และปัญญาอ่อนในเขต 6 ซึ่งโรง
พยาบาลจิตเวชขอนแก่นลงไปนิตเขต ทั้งในเขตเมืองและเขตรอบนอก ซึ่งมี ศสมช.ที่ไป
นิตเขตทั้งหมด 56 แห่ง พบว่า มี ศสมช. 40 แห่งที่ดำเนินงานครบทุกขั้นตอน ตามที่กรม
สุขภาพจิตกำหนด ได้กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษากัน 44 คน สุ่มตัวอย่างแบบ
เฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ

1. เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ที่รับผิดชอบงานตามโครงการค้น
หาและดูแลผู้ป่วยโรคจิต ลมชักและปัญญาอ่อน
2. ปฏิบัติงานใน ศสมช. ที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นนิตเขต
3. ดำเนินงานโครงการครบทุกขั้นตอน ที่กรมสุขภาพจิตกำหนด
คือใช้ใบสำรวจสุขภาพจิต ลงทะเบียนในสมุดทะเบียน และมีการติดตามดูแลผู้ป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบไปด้วย 4
ส่วน คือ

1. ข้อมูลทั่วไป
2. ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคจิต ลมชัก และปัญญาอ่อน
3. ทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีต่อการดำเนินโครงการ

4. ปัญหาในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อโครงการ

เมื่อสร้างแบบสัมภาษณ์แล้ว ผู้วิจัยได้นำไปตรวจความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และได้้นำแบบสัมภาษณ์ทดลองใช้ (Try out) กับอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในอำเภอพระยืน จำนวน 30 คน เพื่อดูความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ในแบบสัมภาษณ์ และหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ในหมวดความรู้โดยใช้ Kuder Richardson 20 และในหมวดความรู้เท่ากับ 0.774 และในหมวดทัศนคติเท่ากับ 0.763 จึงนำแบบสัมภาษณ์มาปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้ได้ภาษาที่เหมาะสมและสามารถสื่อให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เข้าใจตรงกันและเป็นแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์เพื่อใช้ในการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล จัดประชุมชี้แจงคณะผู้วิจัย ให้มีความเข้าใจตรงกันในการสัมภาษณ์และใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 3 เดือน และเก็บข้อมูล ในเขต 6 ได้แก่ จังหวัดขอนแก่น อุดรธานี หนองคาย หนองบัวลำภู สกลนคร เลย และกาฬสินธุ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขและปัญหาในการปฏิบัติงาน โดยการแจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้และทัศนคติของ อาสาสมัครสาธารณสุข โดยใช้สถิติ t-test , F-test และ Student Newman Keuls test

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุข

จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขพบว่า ส่วนใหญ่อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี สถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาในระดับ ประถมศึกษาและมี อาชีพเกษตรกรกรรม

ในด้านความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานส่วนใหญ่ได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาจัดประชุมให้ ระยะเวลาในการจัดอบรมส่วนใหญ่ตอบว่าเหมาะสม

ในด้านการรับผิชอบหน้าที่ในการดำเนินโครงการค้นหาและดูแลผู้ป่วยโรคจิต ลมชัก และปัญญาอ่อน ส่วนใหญ่รับผิชอบหน้าที่นี้มานาน 7-12 เดือน

2. ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานตามโครงการ แบ่งเป็นความรู้เรื่องโรคจิต ลมชัก และปัญญาอ่อน

2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคจิต พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขยังขาดความรู้ในหัวข้อ สาเหตุของโรคจิต ผลข้างเคียงของยารักษาโรคจิต

2.2 ความรู้เกี่ยวกับโรคลมชัก พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขยังขาดความรู้ในหัวข้อการวินิจฉัยโรคลมชัก ที่มีอาการอะละเวลาดหลังชัก สาเหตุของโรคลมชัก

2.3 ความรู้เกี่ยวกับปัญญาอ่อน พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขยังขาดความรู้ในหัวข้อสาเหตุของการเกิดปัญญาอ่อน การรับประทานยาของบุคคลปัญญาอ่อน และลักษณะของบุคคลปัญญาอ่อน

เมื่อนำคะแนนความรู้ของอาสาสมัครที่ตอบแบบสัมภาษณ์มาจำแนกตามระดับความรู้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ระดับความรู้ดี คือ มีคะแนน 16 ถึง 20 คะแนน มีเพียงร้อยละ 15.9 ระดับความรู้ปานกลาง คือ มีคะแนน 12 ถึง 15 คะแนน จากการศึกษาค้นคว้า ร้อยละ 54.6 และมีระดับความรู้ต่ำ คือ มีคะแนน 1 ถึง 11 คะแนน ร้อยละ 29.5 จะเห็นได้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่มีระดับความรู้ปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 12.59 คะแนน (S.D 2.48)

3. ทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อการดำเนินงานตามโครงการ

3.1 ทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีต่อการดำเนินงานตามโครงการ พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ดี เพราะอาสาสมัครสาธารณสุขเข้าใจวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินงาน การสำรวจผู้ป่วย การลงทะเบียน การติดตามดูแล สามารถให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติได้ คิดว่าโครงการนี้ควรดำเนินต่อไปและสามารถดำเนินงานโดยชุมชนได้

3.2 ทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีต่อเอกสารสนับสนุนพบว่า

อาสาสมัครสาธารณสุขมีระดับความคิดเห็นที่เห็นด้วย คือ

- 3.2.1 ภาษาที่ใช้ในแบบสำรวจอ่านเข้าใจง่าย
- 3.2.2 คู่มือทั้ง 3 เล่ม มีขนาดรูปเล่มพอเหมาะ
- 3.2.3 เนื้อหาความรู้ที่มีอยู่ในคู่มือทั้ง 3 เล่มเป็นภาษาที่เข้าใจง่าย
- 3.2.4 ขนาดตัวหนังสือในคู่มือโรคจิต ลมชัก มีขนาดพอดี
- 3.2.5 ความรู้ที่ได้จากคู่มือทั้ง 3 เล่ม นำไปใช้ในการแนะนำผู้ป่วยและญาติได้

อาสาสมัครสาธารณสุขมีระดับความคิดเห็นไม่แน่ใจในข้อต่อไปนี้ คือ

1. ใบสำรวจตัวอักษรตัวเล็กเกินไป
2. แบบสำรวจควรแยกเป็น 1 โรค ต่อ 1 แผ่น
3. สมุดลงทะเบียนผู้ป่วยมีรายละเอียดในการลงมากเกินไป ควรให้เหลือน้อยกว่านี้
4. ภาษาที่ใช้ในการลงทะเบียนอ่านเข้าใจยาก
5. รูปภาพในคู่มือควรเป็นภาพจริง จะดีกว่าการ์ตูน หรือภาพวาด
6. ขนาดตัวหนังสือในคู่มือปัญญอ่อนควรตัวใหญ่กว่านี้

ปัญหาในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข

4.1 ปัญหาในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดำเนินงานตามโครงการค้นหาและดูแลผู้ป่วย โรคจิต ลมชัก และปัญญอ่อน พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขตัดสินใจไม่ได้กรณีพบว่าผู้ป่วยมีอาการของหลายโรครวมกัน และอาสาสมัครสาธารณสุขยังไม่ได้รับเงินค่าติดตามดูแลผู้ป่วย 30 บาท/คนปี

4.2 ปัญหาและอุปสรรคในการติดตามดูแลผู้ป่วยของอาสาสมัครสาธารณสุข

การติดตามดูแลผู้ป่วยของอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขได้ดูแลผู้ป่วย โรคจิต ลมชัก และปัญญอ่อนที่ขึ้นทะเบียนไว้ที่ ศสมช. ผู้ป่วยครบ 4 ครั้ง ร้อยละ 52.3 และ ดูแลผู้ป่วยไม่ครบ 4 ครั้ง ร้อยละ 47.7 สาเหตุ ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้ป่วยหลบหนีไปจากบ้านขณะที่ไปเยี่ยม ญาติไม่ให้ความร่วมมือ อาสาสมัคร

สาธารณสุขไม่มีเวลาเยี่ยม และอาสาสมัครสาธารณสุขเพิ่งจะเริ่มดำเนินการ และไม่ทราบว่าจะต้องเยี่ยมปีละ 4 ครั้ง

4.3 ปัญหาและอุปสรรคของอาสาสมัครสาธารณสุขในการออกติดตามดูแลผู้ป่วยในชุมชนพบว่า

4.3.1. ผู้ป่วยและญาติไม่เชื่อถือ และไม่ให้ความร่วมมือ

4.3.2. ผู้ป่วยไม่อยู่บ้านขณะติดตามเยี่ยม

4.3.3. ญาติปิดบังอาการของผู้ป่วย และไม่ยอมรับผู้ป่วย

4.3.4. อาสาสมัครสาธารณสุขไม่มีเวลาไปเยี่ยม

5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ และทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุข

5.1 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุข

เมื่อศึกษาเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีเพศ ช่วงอายุ การศึกษา อาชีพ ระยะเวลาในการรับผิดชอบงานโครงการ ที่แตกต่างกัน ด้วยการทดสอบทีและการทดสอบเอฟ พบว่าคะแนนความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขที่มี เพศ ช่วงอายุ การศึกษา อาชีพ ระยะเวลาในการรับผิดชอบงานตามโครงการ ที่แตกต่างกันมีคะแนนความรู้ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่ดำเนินงานตามโครงการที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน มีคะแนนความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานแตกต่างกัน และเมื่อทำการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้วย Student Newman Keuls test พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีคะแนนความรู้ แตกต่างกับอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีสถานภาพสมรสโสด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5.2 เปรียบเทียบทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานตามโครงการ

เมื่อศึกษาเปรียบเทียบคะแนนทัศนคติของอาสาสมัครที่มี เพศ ช่วงอายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ระยะเวลาในการรับผิดชอบโครงการด้วยการทดสอบทีและเอฟ พบว่ามีอาสาสมัครสาธารณสุขที่มี เพศ ช่วงอายุ สถานภาพสมรส การศึกษา

ระยะเวลาในการรับผิดชอบโครงการ ที่แตกต่างกัน มีทัศนคติในการดำเนินงานตามโครงการไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีอาชีพแตกต่างกัน ด้วยการทดสอบเอฟพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีทัศนคติแตกต่างกัน และทำการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้วย Student newman Keuls test พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีอาชีพเกษตรกรรม มีทัศนคติที่แตกต่างกับอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีอาชีพค้าขายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

1. ในด้านความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขยังไม่เข้าใจในเรื่อง

- สาเหตุของโรคจิต
- ผลข้างเคียงของยาที่รักษาโรคจิต
- สาเหตุของโรคลมชัก
- การวินิจฉัยโรคลมชักซึ่งมีอาการของหลายโรครวมกัน
- สาเหตุของปัญญาอ่อน
- การรับประทานยาของบุคคลปัญญาอ่อน (อสม.เข้าใจว่าปัญญาอ่อน

ทุกรายต้องรับประทานยาซึ่งยังเข้าใจไม่ถูกต้อง)

- ลักษณะของบุคคลปัญญาอ่อน

เมื่อหาคะแนนความรู้ของอาสาสมัครที่ทำแบบทดสอบ มาจำแนกตามระดับความรู้อาสาสมัครที่มีระดับความรู้ในเกณฑ์ปานกลางร้อยละ 54.6

2. ในด้านทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีต่อโครงการส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ดี

อาสาสมัครสาธารณสุขมีทัศนคติที่ดีต่อการดำเนินโครงการค้นหาและดูแลผู้ป่วยโรคจิตลมชักและปัญญาอ่อน เพราะว่า อาสาสมัครสาธารณสุขคิดว่าโครงการนี้ดีมีประโยชน์และควรจะมีต่อไป และชุมชนสามารถดำเนินการต่อได้ ซึ่งเป็นสิ่งที่บอกให้เราทราบว่าโครงการนี้จะมีการดำเนินการต่อจริงและการที่มีเจ้าหน้าที่ที่

เป็นตัวแทนของกรมสุขภาพจิตลงไปเฝ้าถึงระดับ ศสมช. ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุข รู้สึกว่าตัวเองไม่ได้ถูกทอดทิ้ง ยังมีเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลไปติดตามเยี่ยมให้คำแนะนำ ทำให้อาสาสมัครรู้สึกว่าตนเองเป็นตัวจักรกลที่สำคัญของโครงการ และมีความยินดีที่จะติดตามดูแลผู้ป่วยโรคจิต ลมชัก และปัญญาอ่อน โดยไม่จำเป็นต้องมีเงินค่าตอบแทน

3. ในด้านปัญหาในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข

3.1 อาสาสมัครสาธารณสุขทั้งหมดจะสำรวจผู้ป่วยเฉพาะรายที่สงสัยว่าเป็นโรคเท่านั้น ฉะนั้นข้อมูลของจำนวนผู้ป่วยโรคจิต ลมชักและปัญญาอ่อน ที่ได้ในปัจจุบันจึงเป็นเพียงจำนวนของผู้ป่วยที่มีอาการเด่นชัด แต่ไม่ใช่ข้อมูลระบาดวิทยาของผู้ป่วยทั้ง 3 โรค ซึ่งจะต้องเก็บข้อมูลจากประชากรทั้งหมด ดังนั้น จึงยังมียุป่วยที่มีอาการเริ่มแรกแต่ยังไม่แสดงอาการเด่นชัด และไม่ได้รับการสำรวจจากโครงการนี้

3.2 จากการศึกษาอาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่ยังไม่เคยได้รับเงินค่าติดตามดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้เนื่องจากบาง ศสมช. เพิ่งเริ่มสำรวจผู้ป่วย จึงยังไม่มียอดผู้ป่วย และบางจังหวัดประมาณการจำนวนผู้ป่วยส่งให้กรมสุขภาพจิต เมื่อสำรวจจริงพบว่ามากกว่าทำให้เงินค่าติดตามดูแลไม่พอจ่าย ดังนั้นจึงควรจัดสรรงบประมาณในการดูแลผู้ป่วยจากยอดจริงที่สำรวจได้ในปี 2539 และกรมสุขภาพจิต ควรจะมีการจัดสรรเงินค่าตอบแทนในการติดตามดูแลต่อไป เนื่องจากความเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่ก็เห็นด้วยว่าควรจะมีเงินค่าติดตามดูแลต่อไป

3.3 ผู้ป่วยและญาติใน ศสมช.บางแห่งไม่ให้ความร่วมมือในโครงการนี้โดยเฉพาะญาติผู้ป่วยที่มีความรู้ เพราะญาติคิดว่าอาสาสมัครสาธารณสุขไปให้แต่เพียงคำแนะนำช่วยเหลืออะไรไม่ได้

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุข

พบว่า ปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติดังนี้

1. เมื่อทำการศึกษาเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันด้วยการทดสอบเอฟ พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันมีคะแนนความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานแตกต่างกัน และเมื่อทำการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้วย Student Newman

Keuls test พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีสถานภาพสมรสคู่มีคะแนนความรู้แตกต่างกับอาสาสมัครที่มีสถานภาพสมรสโสดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อย่างไรก็ตามผลการศึกษาที่ได้รับ น่าจะมีการศึกษาในครั้งต่อไปว่าให้ผลการศึกษาที่ได้ เช่นเดียวกับการศึกษานี้หรือไม่ เพื่อนำผลที่ได้รับมาเป็นแนวทางในการพิจารณา อาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อช่วยเหลืองานสุขภาพจิตต่อไป

2. เมื่อศึกษาเปรียบเทียบทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีอาชีพแตกต่างกันด้วยการทดสอบเอฟ พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีอาชีพแตกต่างกันมีทัศนคติแตกต่างกัน และทำการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้วย Student Newman Keuls test พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีอาชีพเกษตรกรรมมีทัศนคติที่ดีต่อโครงการมากกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีอาชีพค้าขายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ อาสาสมัครสาธารณสุขมีอาชีพเกษตรกรรมทำสวน ทำนา ยังพอมีเวลาในการดำเนินงานตามโครงการในช่วงเย็น ๆ แต่อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีอาชีพค้าขายต้องใช้เวลามากในการค้าขายเพื่อหารายได้จุนเจือครอบครัว ทำให้ไม่ค่อยมีเวลาในการดำเนินงานตามโครงการ จึงมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อโครงการเหมือนอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีอาชีพเกษตรกรรม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การจัดอบรมให้ความรู้แก่อาสาสมัครที่ยังไม่ผ่านการอบรม

การจัดอบรมควรเน้นให้ความรู้แก่อาสาสมัครในเรื่องเหล่านี้ คือ สาเหตุของการเกิดโรคจิต ผลข้างเคียงของการรักษาโรคจิต การแยกโรคระหว่างโรคลมชัก และโรคจิต สาเหตุของโรคลมชัก ลักษณะของบุคคลปัญญาอ่อน การรักษาบุคคลปัญญาอ่อนที่เหมาะสม ทั้งนี้เนื่องจากอาสาสมัครยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องดังกล่าว ทำให้เกิดความเห็นไม่ได้แน่ชัดว่าเป็นโรคใดแน่ และให้แนวทางแก่อาสาสมัครในกรณีที่ไม่น่าเชื่อว่าผู้ป่วยเป็นโรคใดแน่ ให้ส่งปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์ที่ชัดเจน กรณีถ้าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกิดความไม่แน่ใจให้ปรึกษาแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนต่อไป ในกรณีมีอาการของทั้ง 2 โรคก็ให้ลงทะเบียนว่าเป็นทั้ง 2 โรค แต่อยู่ในใบเดียวกัน

2.การจัดอบรมฟื้นฟูความรู้ให้แก่อาสาสมัครที่เคยอบรมแล้วเกี่ยวกับความรู้โรคจิต ลมชัก และปัญญาอ่อน

ควรจัดอบรมความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขทุกปี เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขจะต้องนำความรู้ที่เกี่ยวข้องไปใช้ในการค้นหาและดูแลผู้ป่วยในชุมชนอย่างต่อเนื่อง และในการพบปะกันในการอบรมฟื้นฟูอาสาสมัครสาธารณสุขจะได้นำปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นมาร่วมกันหาแนวทางแก้ไข และเป็นแบบอย่างให้อาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้านอื่น ๆ ได้มีแนวคิดในการดำเนินงานด้วย

3. จากผลการศึกษาพบว่า มีปัญหาเกี่ยวข้องกับใบสำรวจผู้ป่วยพบว่ามีไม่เพียงพอถึงร้อยละ 43.2 เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นที่นี้เทศงานถ้าพบปัญหากรณีเช่นนี้ ควรประสานงานกับผู้รับผิดชอบให้ขอใบสำรวจจากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยหรือสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นลำดับขึ้นไป เพราะถือว่าปัญหานี้เป็นปัญหาสำคัญมาก ถ้าไม่ได้ใบสำรวจไปคัดกรองผู้ป่วยออกจากคนปกติ อาจทำให้การวินิจฉัยโรคตามที่กำหนดอาจผิดพลาดได้ ทำให้ข้อมูลยอดผู้ป่วยที่ได้ไม่น่าเชื่อถือ

4. การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยของอาสาสมัครสาธารณสุขที่กรมสุขภาพจิตกำหนดให้เยี่ยมปีละ 4 ครั้ง

จากที่ทำการศึกษอาสาสมัครสาธารณสุขเกือบครึ่งหนึ่งที่เยี่ยมผู้ป่วยไม่ครบ 4 ครั้ง จากการสอบถามพบว่า ไม่ทราบว่าต้องเยี่ยมหรือเยี่ยมแล้ว แต่ไม่ลงทะเบียน ปัญหานี้ น่าจะแก้ไขได้โดยโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นประสานงานกับผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ให้ประสานงานกับพื้นที่ให้เยี่ยมผู้ป่วยให้ครบอย่างน้อยปีละ 4 ครั้ง

5. ในด้านปัญหาการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขพบว่า ผู้ป่วยและญาติไม่ให้ความร่วมมือโดยเฉพาะญาติผู้ป่วยที่มีความรู้ เพราะญาติผู้ป่วยคิดว่าอาสาสมัครให้คำแนะนำช่วยเหลืออะไรไม่ได้ ดังนั้นจึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ควรจะมียาที่สถานีอนามัยใกล้บ้าน เพื่ออาสาสมัครสาธารณสุขจะสะดวกในการประสานงานให้ผู้ป่วยและญาติได้รับยาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในรายผู้ป่วยเก่าที่แพทย์ตรวจรักษาแล้วพบว่าเป็นโรคนี้ ซึ่งเป็นข้อคิดที่น่าจะมีการพิจารณา

เพื่อทำการศึกษาสำรวจในเรื่องนี้เพื่อดูปัญหาและอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นก่อนนำไปขยายผลต่อไป

2. ควรมีการนิเทศงานในระดับ ศสมช. อย่างน้อยปีละครั้ง เพื่อที่จะได้ทราบปัญหาและอุปสรรค และหาทางแก้ไขเพื่อให้สามารถดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง โดยการจัดในรูปของการนิเทศงานเป็นโซน และมีอาสาสมัครที่รับผิดชอบงานมาประชุมร่วมกันโดยนำไปสำรวจและทะเบียนมาด้วย เพื่อจะได้ตรวจสอบว่า มีความรู้ มีความเข้าใจที่ถูกต้องหรือไม่ ถ้าไม่ถูกต้องจะได้ให้แนะนำเพื่อที่จะได้ปรับปรุงและสามารถดำเนินงานต่อไปได้

3. ควรมีการประชาสัมพันธ์ โครงการค้นหาและดูแลผู้ป่วยโรคจิต ลมชัก และปัญญาอ่อน เพื่อให้ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยและชุมชนเข้าใจถึงวิธีดำเนินงาน โครงการจะได้ให้ความร่วมมือ และช่วยเหลือผู้ป่วยต่อไป ซึ่งเราสามารถประชาสัมพันธ์โดยการติดโปสเตอร์ แผ่นพับ หอกระจายข่าว และอื่น ๆ

4. เมื่อสำรวจได้จำนวนผู้ป่วยโรคจิต ลมชักและปัญญาอ่อนแล้ว ควรมีการให้บริการต่าง ๆ แก่ผู้ป่วย เช่น ทำบัตรรักษาฟรีตลอดไปให้ผู้ป่วย เพราะเท่าที่สำรวจมาผู้ป่วยไม่ได้รับสวัสดิการอะไร สำรวจให้ทุกปี อาสาสมัครสาธารณสุขคิดว่าไม่ค่อยมีประโยชน์กับผู้ป่วยเท่าที่ควร

6. ข้อเสนอแนะต่อ ออเอกสารดำเนินโครงการ

1. แบบสำรวจสุขภาพจิตควรใช้อักษรตัวใหญ่กว่านี้และควรจะใช้ 1 โรคต่อ 1 แผ่น แบบสำรวจปัญญาอ่อนภาษาที่ใช้เข้าใจยากและบางข้อเป็นปฏิเสธซ้อนปฏิเสธ ควรมีการปรับปรุงให้เข้าใจง่ายขึ้น สังเกตได้ว่าส่วนใหญ่อาสาสมัครสาธารณสุขจะกาข้อสุดท้าย ไม่ได้เรียนหนังสือ เพราะข้ออื่นไม่มีความมั่นใจในการทำ

2. สมุดทะเบียนมีรายละเอียดมากเกินไป

3. ภาพในคู่มือการดูแลผู้ป่วยทั้ง 3 โรคควรใช้ภาพจริงไม่ใช่การ์ตูน เพราะภาพจริงให้ความรู้จากการแสดงออกในการสื่อภาพได้ดีกว่าการ์ตูน เช่นภาพคนกำลังชักเป็นภาพการ์ตูน ดูแล้วมองไม่ออกว่ากำลังชัก แต่ดูเหมือนมีอะไรมาจุกอยู่ที่ปากหรืออมแท่งอะไรอยู่ในปาก

4. ตัวอักษรในคู่มือปัญญอ่อนควรตัวใหญ่กว่านี้ เพราะถ้าพิจารณาถึงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ดำเนินงานส่วนใหญ่ พบว่าอยู่ในช่วงอายุ 41-60 ปี ถึงร้อยละ 61.4 ซึ่งใกล้วัยสูงอายุ ทำให้มีปัญหาเกี่ยวกับการอ่านตัวอักษรที่เล็กไป

สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญที่กรมสุขภาพจิต ควรนำไปพิจารณา เพื่อประกอบการจัดทำเอกสารในการสนับสนุนครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเปรียบเทียบปัญหาอุปสรรค ในการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ดำเนินงานได้ตามขั้นตอนและไม่ครบตามขั้นตอน

2. ศึกษาความเห็นของผู้ป่วยและญาติ ที่มีต่อการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุข

3. ศึกษาความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีต่อการดำเนินงานโครงการค้นหาและดูแลผู้ป่วยโรคจิต ลมชัก และปัญญอ่อน

บรรณานุกรม

กรมสุขภาพจิต. คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิต. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์กรมศาสนา, 2538.

กรมสุขภาพจิต. คู่มือการดูแลผู้ป่วยลมชัก. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์กรมศาสนา, 2538.

กรมสุขภาพจิต. คู่มือการดูแลบุคคลปัญญาอ่อน . กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์กรมศาสนา, 2538.

กรมสุขภาพจิต. ความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขเกี่ยวกับสุขภาพจิตและการให้บริการสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต, 2539.

คณะกรรมการวิชาการร่วมกับสำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข. ประเมินผลการพัฒนาสาธารณสุข ประจำปี 2536. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก

ชวาลา เขียวรรณ . ชีวิตใหม่ของคนปัญญาอ่อน .การเรียนร่วม. พิมพ์ครั้งที่ 1 . กรุงเทพฯ.กองโรงพยาบาลราชานุกุล, พศ.2533.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. ทัศนคติ:การวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย. กรุงเทพฯ:ไทยวัฒนาพานิช, 2520.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. ทัศนคติ:การวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย. กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์พีรพัสนา, 2526 .

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรเจริญทัศน์, 2525 ,

พัชนี วรกวิน. จิตวิทยาสังคม:ทฤษฎีและปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์วัฒนาพานิช, 2526.

พระศรีมหาโพธิ์ โรงพยาบาล กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. สรุปรายงานผลการวิจัยประเมินผลโครงการค้นหาผู้ป่วย โรคจิต ลมชัก และปัญญาอ่อน เพื่อการดูแลและฟื้นฟูสภาพในชุมชน.อุบลราชธานี: โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ , 2539.

ราชานุกูล โรงพยาบาล. ภาวะปัญญาอ่อน . พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ : กองโรงพยาบาลราชานุกูล 2539.

วิชณี หัตถพนม และคณะ .ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น, 2529.

วิวัฒน์ ยถาภูรานนท์ และคณะ . คู่มือจิตเวชศาสตร์สำหรับแพทย์ทั่วไป.พิมพ์ครั้งที่ 1.ขอนแก่น:โรงพิมพ์ศิริกัณฑ์ ออฟเซ็ท, 2536.

ศักดิ์ดา กาญจนาวโรจน์กุล. คู่มือการรักษาผู้ป่วยโรคจิตสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น, 2537.

สมภาพ เรืองตระกูล และคณะ . คู่มือจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5 กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้ว , 2536.

สุวิทนา อารีพรรค . ความผิดปกติทางจิต. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2524.

อภิรัช มงคล และคณะ . การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิต.ขอนแก่น:โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น.

อรุณ จิรวัดน์กุลและคณะ . การศึกษาการยอมรับและการใช้บริการอาสาสมัคร
สาธารณสุข. ขอนแก่น: ม.ป.ท. , 2531.

Bloom B.S.etal .Evaluation to Improve Learning . New York: Mc Graw -
Hill Book Company, 1971.

Good, V.C. Ed. Dictionary of Education . New York: Mc Graw - Hill
Book Company, 1973.

Krechth D. and Cruthfield . Theory and Problem in Social Phychology.
New York : Mc Graw - Hill Book Company, 1948.

Thurston, L.L. “ Attitude Can be Measure ” In Attitude Theory and
Measurement . Edited by Fishbern . M. New York : John Wiley
and Son Inc., 1967.

Traindis, H.C. Attitude and Attitude Chang. New York : John Wiley
& Sons , INC. 1971.

ภาคผนวก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามความรู้ ทักษะ และ
ปัญหาในการปฏิบัติงานของ อสม.
ในโครงการค้นหาและดูแลผู้ป่วย
โรคจิต ลมชัก และปัญญาอ่อน

แบบสอบถามความรู้ ทักษะ
และปัญหาในการปฏิบัติงานของ อ.ส.ม.
ในโครงการค้นหาและดูแลผู้ป่วยโรคจิต ลมชัก และปัญญาอ่อน

-----□+□+□+□+□+□+-----

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ฉบับนี้ประกอบไปด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคจิต ลมชัก ปัญญาอ่อน

ส่วนที่ 3 ทักษะที่มีต่อการดำเนินโครงการ

ส่วนที่ 4 ปัญหาในการปฏิบัติงานของ อ.ส.ม. ในการดำเนินงานตามโครงการ ฯ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

จงเติมคำลงในช่องว่างหรือกาเครื่องหมาย [/] หน้าข้อความที่ตรงตามความเป็นจริง

1. ชื่อ สกุล

2. ที่อยู่

3. อายุ ปี

4. เพศ

1. ☐ ชาย

2. ☐ หญิง

5. สถานภาพสมรส

1. ☐ โสด

2. ☐ คู่

3. ☐ หม้าย/หย่า

4. ☐ หย่า/ร้าง/แยกกันอยู่

สำหรับผู้วิจัย

Code

ID [] [] [] []

Age []

Sex []

Sta []

สำหรับผู้วิจัย

6. ระดับการศึกษา

Edu []

1. [] ไม่ได้เรียน
2. [] ประถม
3. [] มัธยมต้น
4. [] มัธยมปลาย
5. [] ต่ำกว่าปริญญาตรี
6. [] ปริญญาตรี
7. [] อื่น ๆ (ระบุ)

7. อาชีพ

Occ []

1. [] ค้าขาย
2. [] รับจ้าง
3. [] เกษตรกรรม เช่น ทำนา ทำสวน
4. [] อื่น ๆ (ระบุ)

8. ท่านได้รับความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานตามโครงการค้นหา และดูแลผู้ป่วยโรคจิต ลมชัก และปัญญาอ่อน

Reci []

1. [] ได้
2. [] ไม่ได้

9. ถ้าตอบว่าได้ ท่านได้รับความรู้โดยวิธีใด

Cha [] []

1. [] ได้รับการชี้แจงการดำเนินงานตามโครงการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในรูปแบบการจัดประชุม (ที่ ชั่วโมง) ชั่วโมง.
2. [] ได้รับการชี้แจงการดำเนินงานโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาอธิบายที่บ้าน หรือ ศส.มช. (ที่ ชั่วโมง) ชั่วโมง.

สำหรับผู้วิจัย

10. ท่านคิดว่าระยะเวลาที่รับการอบรมชี้แจงเหมาะสมหรือไม่

Tim [] []

1. [] เหมาะสมดีแล้ว

2. [] ไม่เหมาะสม (ควรเป็น ชั่วโมง)

11. ท่านรับผิดชอบในการทำหน้าที่ค้นหาและดูแลผู้ป่วยโรคจิต ลมชัก และปัญญาอ่อนมาเป็นเวลา เดือน

Men []

ส่วนที่ 2 ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคจิต ลมชัก ปัญญาอ่อน

1. นาย ก. บอกญาติว่ามีคนจะฆ่าตนเอง หลบหนีไปซ่อนตัว
ท่านคิดว่านาย ก. เป็นโรคอะไร

K1 []

ก. โรคลมชัก

ข. โรคจิต

ค. ปัญญาอ่อน

ง. โรคประสาท

2. อาการต่อไปนี้ข้อใดเป็นโรคจิต

K2 []

ก. สมชายแต่งตัวแปลก ๆ สกปรก

ข. สมทรงคิดว่าตนเองเป็นพระเจ้าให้คนกราบไหว้

ค. สมควรมีอาการคลุ้มคลั่งอาละวาดทำร้ายผู้อื่น

ง. ถูกทุกข้อ

3. ข้อใดไม่ใช่สาเหตุของโรคจิต

K3 []

ก. ผีเข้า ผีทำ ถูกทำทางไสยศาสตร์

ข. ได้รับพิษจากสารเสพติดหรือ ติดยาได้รับอันตราย

ค. กรรมพันธุ์

ง. ถูกทุกข้อ

สำหรับผู้วิจัย

K4 []

4. อสม. ควรแนะนำเรื่องการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคจิตอย่างไร
- ก. รับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างต่อเนื่อง
 - ข. ถ้าผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยาควรนำผู้ป่วยไปพบแพทย์
 - ค. รับประทานยาเฉพาะเมื่อมีอาการเท่านั้น
 - ง. ถูกเฉพาะข้อ ก. และ ข.

K5 []

5. อสม. ควรแนะนำผู้ป่วยโรคจิตที่มีอาการดีแล้วเกี่ยวกับการทำงานอย่างไร
- ก. ไม่ต้องทำงาน เพราะกินยาแล้วทำให้ง่วงนอนมาก
 - ข. ต้องทำงานตามกำลังความสามารถ เพื่อฟื้นฟูความสามารถของผู้ป่วยให้ดีขึ้นเหมือนเดิม
 - ง. ไม่ต้องทำงาน เพราะจะก่อให้เกิดความเสียหายมากกว่า

K6 []

6. การดูแลผู้ป่วยโรคจิต ควรแนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติอย่างไร
- ก. ไม่ควรเสพสิ่งเสพติด เช่น เหล้า ฝิ่น ยาบ้า
 - ข. ไม่ต้องเข้าสังคมเพราะทำให้ท้อแท้ใจ
 - ค. ให้ผู้ป่วยรับประทานยาเฉพาะช่วงที่มีอาการมากๆ เท่านั้น
 - ง. ไม่ต้องให้ผู้ป่วยทำงานควรให้อยู่เฉย ๆ

K7 []

7. ข้อใดคือผลข้างเคียงของยารักษาโรคจิต
- ก. เหงือกบวม เลือดออกตามไรฟัน
 - ข. คอบิด ตาค้าง ตัวแข็งมือสั่น
 - ค. มึนงง สับสน ความจำเสื่อม
 - ง. อารมณ์ร้ายแรงกว่าปกติ

E1 []

8. ผู้ป่วยมีอาการไม่รู้สึกตัว ตัวแข็งเกร็งชักกระตุกกัดลิ้นตัวเอง ผู้ป่วยเป็นโรคอะไร
- ก. โรคจิต

- ข. โรคลมชัก
- ค. โรคประสาท
- ง. ปัญญาอ่อน

9. นาย ก. มีอาการอะละวาดหลังจากชัก ท่านคิดว่านาย ก. เป็นโรคอะไร

E2 []

- ก. โรคจิต
- ข. โรคประสาท
- ค. โรคลมชัก
- ง. ปัญญาอ่อน

10. ข้อใดไม่ใช่สาเหตุของโรคลมชัก

E3 []

- ก. เนื้องอกในสมอง
- ข. พยาธิตัวตืดในสมอง
- ค. ได้รับอุบัติเหตุที่ศีรษะ
- ง. พิษจากไข้สูง

11. ถ้า อสม. พบว่ามีคนกำลังชัก จะช่วยเหลืออย่างไร

E4 []

- ก. จับผู้ป่วยที่กำลังชักนอนราบกับพื้น คลายเช็ดขัดหรือตะขอที่รัดแน่น
- ข. เรียกคนมาช่วยมาก ๆ เพื่อเป็นกำลังใจแก่ผู้ป่วย
- ค. หายารักษาอาการชักให้ผู้ป่วยรับประทานทันที
- ง. ถูกทุกข้อ

12. ควรปฏิบัติอย่างไรขณะช่วยเหลือผู้ที่กำลังชัก

E5 []

- ก. ให้ดื่มยาเพื่อรักษาอาการชัก
- ข. จับไว้ กดไว้ หรือนั่งทับไม่ให้ชัก
- ค. เอาน้ำมันมาทาถูขนาดตามตัว
- ง. ให้ผู้ป่วยที่กำลังชักนอนตะแคงศีรษะด้านใดด้านหนึ่ง

สำหรับผู้วิจัย

E6 []

13. ผู้ป่วยโรคลมชักไม่ควรปฏิบัติ ข้อใด

- ก. ดื่มสุรา
- ข. กินหมูเพราะอาจทำให้ชักได้
- ค. รับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามแพทย์สั่ง
- ง. ปฏิบัติงานต่าง ๆ ได้ตามปกติ

E7 []

14. อสม. ควรแนะนำผู้ป่วยโรคลมชัก และญาติ อย่างไร

- ก. ไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อขอรับยา
- ข. รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ งดดื่มสุรา
- ค. ไม่ควรอยู่คนเดียวลำพัง
- ง. ถูกทุกข้อ

M1 []

15. ข้อใดไม่ใช่สาเหตุของปัญญาอ่อน

- ก. คลอดยาก
- ข. มารดามีอายุมากกว่า 30 ปี
- ค. มารดาติดเชื้อขณะตั้งครรภ์ เช่น หัดเยอรมัน
- ง. แม่ขาดสารอาหารที่มีคุณค่าขณะตั้งครรภ์

M2 []

16. ข้อใดกล่าวถูกต้อง

- ก. ปัญญาอ่อนขนาดเล็กน้อยกระตุ้นให้ฝึกงานอาชีพได้
- ข. ปัญญาอ่อนขนาดกลาง มักมีความพิการซ้ำซ้อนและต้องมีคนคอยดูแล
- ค. ปัญญาอ่อนทุกชนิดต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง
- ง. ถูกทุกข้อ

M3 []

17. ลักษณะของบุคคลปัญญาอ่อน

- ก. เรียนหนังสือไม่ได้ ตกซ้ำชั้นบ่อย มีพัฒนาการล่าช้า
- ข. กลัวคนทุกคนที่เข้าใกล้
- ค. อยู่ไม่ติดที่ เดินวิ่งวนวาย
- ง. ถูกทุกข้อ

กำหนดผู้วิจัย

M 4 []

18. ข้อใดไม่ใช่การช่วยเหลือครอบครัวที่มีเด็กปัญญาอ่อน

- ก. ให้กำลังใจพ่อแม่และอธิบายวิธีสอนเด็กปัญญาอ่อน
- ข. ให้เด็กอยู่แต่ในบ้านไม่ต้องเข้าโรงเรียน
- ค. กระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก
- ง. ไม่มีข้อถูก

19. การสอนเด็กปัญญาอ่อนไม่ควรทำข้อใด

M 5 []

- ก. ทำตัวอย่างให้ดู
- ข. บอกเด็กด้วยคำพูดให้ทำตาม ถ้ายังทำไม่ได้ให้จับมือทำ
- ค. ชมเชยเมื่อเด็กทำได้ด้วยตนเอง
- ง. ลงโทษเมื่อเด็กทำไม่ได้หรือไม่ต้องสอนอีก

20. การดูแลเด็กปัญญาอ่อนควรปฏิบัติในข้อใด

M 6 []

- ก. ให้เด็กอยู่แต่ในบ้านไม่ควรให้พบคนแปลกหน้า
- ข. ให้เด็กเข้าสังคมโดยร่วมกิจกรรมในสถานที่ต่าง ๆ เช่น ไปตลาด ไปวัด
- ค. ให้อยู่บ้านเฉย ๆ ไม่ต้องช่วยทำงาน
- ง. ให้เด็กอยู่แต่ในบ้านไม่ต้องเข้าโรงเรียน

ส่วนที่ 3 ทักษะคติของ อสม. ที่มีต่อการดำเนินงานตามโครงการ

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
<u>ทัศนคติที่มีต่อโครงการ</u>			
1. ท่านมีความเข้าใจในวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานของโครงการนี้			
2. ท่านทราบว่าท่านมีหน้าที่อะไรในการดำเนินงานของโครงการ			
3. ท่านมีความเข้าใจ วิธีการใช้แบบสำรวจเป็นอย่างดี			
4. ท่านสามารถลงทะเบียนผู้ป่วยในสมุดทะเบียนได้			
5. ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถลงรายงาน ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่ ขึ้นทะเบียนไว้ในสมุดลงทะเบียนได้อย่างถูกต้อง			
6. ท่านสามารถให้คำแนะนำเรื่องการดูแลผู้ป่วยทั้ง 3 โรคได้แก่ ญาติและครอบครัวได้			
7. ท่านคิดว่าควรมีการเพิ่มพูนความรู้เรื่อง 3 โรค อย่างน้อย ปีละครั้ง			
8. ท่านคิดว่าโครงการค้นหาและดูแลผู้ป่วยโรคจิต ลมชัก ปัญญาอ่อน ควรดำเนินต่อไป			
9. ท่านคิดว่าโครงการนี้ทำให้ท่านมีภาระมากและลำบากใจในการทำงาน			
10. การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนไม่จำเป็นต้องมีเงินตอบแทน			
11. ท่านคิดว่าโครงการค้นหาและดูแลผู้ป่วยโรคจิต ลมชักและปัญญาอ่อน สามารถดำเนินการต่อไปได้โดยชุมชน			

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
ทัศนคติที่มีต่อเอกสารที่สนับสนุนโครงการ			
12. ภาษาที่ใช้ในแบบสำรวจอ่านแล้วเข้าใจง่าย			
13. ใบสำรวจผู้ปวยตัวอักษรเล็กเกินไป			
14. แบบสำรวจควรแยกเป็น 1 โรคต่อ 1 แผ่น			
15. สมุดลงทะเบียนผู้ปวยมีรายละเอียดในการลงมากเกินไปควรให้เหลือน้อยกว่านี้			
16. ภาษาที่ใช้ในการลงทะเบียนอ่านเข้าใจยาก			
17. คู่มือในการดูแลผู้ปวยทั้ง 3 เล่ม มีขนาดรูปเล่มพอเหมาะ			
18. เนื้อหาความรู้ที่มีอยู่ในคู่มือทั้ง 3 เล่ม เป็นภาษาที่เข้าใจง่าย			
19. ทานชอบรูปภาพภายในเล่มเป็นการดูหรือรูปวาดมากกว่ารูปจริง			
20. ขนาดตัวหนังสือในคู่มือโรคจิต และโรคลมชัก มีขนาดพอดี			
21. ขนาดตัวหนังสือในคู่มือปัญญาอ่อนควรตัวใหญ่กว่านี้			
22. ความรู้ที่ได้จากคู่มือทั้ง 3 เล่ม นำไปใช้ในการแนะนำผู้ปวยและญาติได้			

ส่วนที่ 4 ปัญหาในการปฏิบัติงานของ อสม. ในการดำเนินงานตามโครงการค้นหา
และดูแลผู้ป่วย 3 โรค

ปัญหาในการปฏิบัติงาน	ใช่	ไม่ใช่	ข้อเสนอแนะ
1. ท่านสำรวจผู้ป่วยในหมู่บ้านเฉพาะคนที่ท่านสงสัยว่าจะเป็นโรค			
2. ท่านไม่เคยมีปัญหาในการสำรวจผู้ป่วย			
3. ท่านตัดสินใจไม่ได้กรณีพบว่าผู้ป่วยมีอาการของหลายโรครวมกัน			
4. ใบสำรวจที่ใช้ในการปฏิบัติงานมีไม่เพียงพอ			
5. สมุดลงทะเบียนผู้ป่วยไม่พอใช้ในการดำเนินงาน			
6. ท่านลงทะเบียนได้ถูกต้องและทุกช่อง			
7. ท่านลงทะเบียนทุกครั้งเมื่อเยี่ยมผู้ป่วยและญาติ			
8. เมื่อท่านมีปัญหาในการดำเนินงาน ส่วนมากท่านปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข			
9. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเคยมาซักถามปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานเกี่ยวกับโครงการค้นหา 3 โรคกับท่าน (ในรอบปีที่ผ่านมา)			
10. สิ่งที่ท่านหนักใจมากที่สุดในการทำงาน คือ ญาติผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือปฏิบัติตามคำแนะนำของท่าน			
11. ท่านเคยได้รับเงินในการดูแลผู้ป่วย 30 บาท / คน / ปี			
12. โดยภาพรวมแล้วท่านเข้าใจวิธีการปฏิบัติในโครงการ			

ท่านใช้การสำรวจผู้ป่วย 3 โรค ในหมู่บ้านโดยวิธีการ

Sur []

1. ใช้ใบสำรวจ ชักถามผู้ป่วยหรือญาติ โดยตรงและกาเครื่องหมายลงในใบสำรวจ
2. ชักถามรายละเอียดของอาการผู้ป่วยโดยใช้ความจำจากเนื้อหาในใบสำรวจโดยไม่ได้นำใบสำรวจไปด้วย
3. ทั้ง ศส.มช. มีใบสำรวจเพียงใบเดียวจึงใช้วิธีใช้ใบสำรวจ ชักถามและลงทะเบียนผู้ป่วยเลย โดยไม่ลงรายละเอียดของอาการในใบสำรวจ
4. อื่น ๆ (ระบุ)

ในการติดตามดูแลผู้ป่วย ท่านให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยและญาติในเรื่องอะไรบ้าง (เรียงลำดับจากสิ่งที่แนะนำบ่อย ๆ ไปหาสิ่งที่แนะนำน้อยที่สุด)

H.E. []

1. การรับการตรวจรักษาตามนัด รับประทานยาต่อเนื่อง
2. การกินยาตรงตามเวลา
3. การช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน
4. การช่วยเหลือตนเองในการประกอบอาชีพ
5. การช่วยเหลืองานในครอบครัว
6. การสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วย
7. การงดสิ่งเสพติดทุกชนิด
8. อื่น ๆ (ระบุ)

ในรอบปีที่ผ่านมาท่านดูแลผู้ป่วยไม่ครบ 4 ครั้ง

H.V. []

1. ไม่มี

2. มี เหตุผลเพราะ

Hav []

- 2.1 ผู้ป่วยมีอาการต้องนำส่งโรงพยาบาล
- 2.2 ผู้ป่วยย้ายไปอยู่ที่อื่น
- 2.3 ผู้ป่วยเสียชีวิต
- 2.4 ญาติไม่ให้ความร่วมมือไม่ต้องการให้เยี่ยมผู้ป่วย
- 2.5 ท่านไม่มีเวลาไปเยี่ยมบ้าน
- 2.6 อื่น ๆ (ระบุ)

จ.ร.
11/35
26397
2540.



2000-441

- 12 -

สำหรับผู้วิจัย

Pro [1]

ท่านพบปัญหาอุปสรรคในการติดตามดูแลผู้ป่วยหรือไม่

1. ไม่พบปัญหา
2. พบปัญหา หากพบปัญหาอุปสรรคปัญหานั้นคือ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 1. ไม่มีเวลา
 2. ท่านไม่มีความรู้พอที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติ
 3. ผู้ป่วยและญาติไม่เชื่อถือ และไม่ให้ความร่วมมือ
 4. ครอบครัวผู้ป่วยไม่สนใจและรังเกียจผู้ป่วย
 5. ครอบครัวผู้ป่วยปิดบังอาการผู้ป่วยและไม่ยอมรับว่าผู้ป่วยเป็นโรค
 6. ผู้ป่วยไม่อยู่บ้านขณะ ติดตามเยี่ยม
 7. อื่น ๆ (ระบุ)

ในรอบปีที่ผ่านมาท่านได้รายงานผลการดำเนินงานติดตามดูแลผู้ป่วยในชุมชนกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน ครั้ง

ถ้าไม่ได้รายงานเนื่องจาก

1. ไม่ได้ติดตามดูแลผู้ป่วย
2. ไม่ทราบว่าต้องรายงาน
3. ติดตามดูแลผู้ป่วยไม่สม่ำเสมอ
4. อื่น ๆ (ระบุ)