



## HE003

การมีส่วนร่วมตัดสินใจในการดูแลรักษาของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิต  
Shared Decision Making of Family Caregivers of Patients with Psychosis

คชาชาญ เงินชุ่ม<sup>1</sup>จักรกฤษณ์ วัชรราชภู<sup>2</sup>วรารณณ์ บุญเชียง<sup>3</sup>**บทคัดย่อ**

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิต โรงพยาบาลขุนยวม อำเภอกันยวม จังหวัดแม่ฮ่องสอน ประชากรศึกษา คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิต จำนวน 83 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะประชากรและข้อมูลการมาตรวจรักษา และส่วนที่ 2 แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ โดยผู้ศึกษาแปลและดัดแปลงมาจาก Dyadic OPTION Scale ผู้ศึกษาตรวจสอบความตรงของเครื่องมือได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์แต่ละข้อคำถามมีค่า IOC มากกว่า 0.67 และ ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.88 ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตมีสัดส่วนเพศหญิงใกล้เคียงกับเพศชาย อยู่ในช่วง 41-50 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 31.3 นับถือศาสนาพุทธมากถึงร้อยละ 79.5 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสร้อยละ 84.3 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 39.8 ประกอบอาชีพเกษตรกรประมาณร้อยละ 50 รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อปีมากที่สุดอยู่ในช่วงต่ำกว่า 50,000 บาท ร้อยละ 43.4 ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตและผู้ป่วยโรคนั้นเป็นสามี-ภรรยา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.3 และมีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 4 คน คิดเป็น ร้อยละ 31.3 ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษามีเป้าหมาย คือ การไปตรวจตามนัด มากกว่าการรักษาตามอาการของผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 56.6 และ ร้อยละ 43.4 ตามลำดับ พบแพทย์ตรวจโรคทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 63.9 ส่วนใหญ่นำผู้ป่วยโรคจิตเข้าพบผู้ทำการรักษา มากกว่า 1 ครั้ง ร้อยละ 88.0 และดูแลผู้ป่วยมากกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 41.0 ในส่วนของผลการประเมินระดับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตส่วนใหญ่ “เห็นด้วย” มากกว่า ร้อยละ 60.0 นอกจากประเด็นการได้รับการอธิบายถึงแหล่งข้อมูลที่แตกต่างกันเพื่อช่วยในการตัดสินใจ เช่น ใบปลิว เว็บไซต์ การติดต่อกับบุคคลอื่น และ ประเด็นการพิจารณาข้อได้เปรียบ เสียเปรียบและความเป็นไปได้ของผลลัพธ์ที่ได้จากทางเลือกต่างๆ ที่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิต “เห็นด้วย” ร้อยละ 51.9

<sup>1-3</sup>คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



และ ร้อยละ 59.0 ตามลำดับ เพศและรายได้เฉลี่ยต่อปีของครอบครัวผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตมีการประเมินการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาไม่แตกต่างกัน ผู้ดูแลในครอบครัวกลุ่มอายุมากกว่า 50 ปีมีแนวโน้มการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่ต่ำกว่ากลุ่มอายุน้อยกว่า 50 ปี ระดับการศึกษาที่สูงกว่าประถมศึกษาามีแนวโน้มการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจสูงกว่าระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตกลุ่มสามี-ภรรยา ให้ความสำคัญต่อการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจมากกว่ากลุ่มอื่นๆ กลุ่มตรวจรักษาตามอาการผู้ป่วยมีแนวโน้มการมีส่วนร่วมการตัดสินใจที่สูงกว่ากลุ่มตรวจตามนัด กลุ่มพบแพทย์เฉพาะทางจิตเวช และกลุ่มพบพยาบาลเวชปฏิบัติคลินิกสุขภาพจิต และการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเป็นระยะเวลามากกว่า 5 ปีมีแนวโน้มการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่ต่ำกว่าการดูแลน้อยกว่า 5 ปี

การศึกษานี้แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษา และเล็งเห็นถึงความสำคัญของกระบวนการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ แต่ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงการพัฒนาผลลัพธ์ทางคลินิกและการกำหนดนโยบายที่เหมาะสมในกระบวนการมีส่วนร่วมในการรักษาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

**คำสำคัญ :** การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ, ผู้ดูแลในครอบครัว, ผู้ป่วยโรคจิต

## Abstract

The purpose of this descriptive study was to evaluate the shared decision making of family caregivers of patients with psychosis in Khunyuam hospital, Khunyuam district, Mae Hong Son province. A study population was selected from family caregivers and 83 cases were included as a sample. Data was collected by the interviewer, and the interview consisted of two parts. Part 1 consisted of population characteristics and treatment information, and Part 2 was an evaluation form about the shared decision making of family caregivers of patients with psychosis by translation and adaptation from the dyadic OPTION Scale. The content validity was based on the Index of Item-Objective Congruence (IOC) and were questions scoring more than 0.67. The reliability obtained by Cronbach's alpha coefficient was 0.88. Data were analyzed using descriptive statistics including: frequency, percentage, average and standard deviation.

The findings showed that the samples of female gender were similar to male most (31.3%) who were from the age of 41 to 50 years, most of them were Buddhists (79.5%) and married (84.3%), and most of them graduated from primary school (39.8%). In addition, about 50% were farmers, the average annual household income was less than 50,000 baht



(43.4 %), the relationship between family caregivers and psychiatric patients was mostly the spouse (37.3%), and the number of families with four members accounted for 31.3%. Family caregivers who brought patients into treatment with the goal of a follow up rather than treating patients were 56.6% and 43.4%, respectively, and those who visited with a general practitioner were 63.9%. The family caregivers who brought the patient to treatment more than once was 88.0%, and family caregivers caring for the patient for more than five years accounted for 41.0%. The results of the levels of shared decision making of family caregivers showed that most family caregivers "agree" at more than 60.0%. In regard to the statements, "Different sources of information (e.g. leaflets, websites, contact with other people) to help make the decision were offered" and "The advantages, disadvantages and possible outcomes of options were discussed," family caregivers wrote "agree" to 51.9% and 59.0%, respectively. Gender and family income having a level of shared decision making were not different. Family caregivers older than 50 years had a level of shared decision making lower than those younger than 50 years. Those with a higher education level had a level of shared decision making higher than those with a lower education level. Husband-wife group family caregivers paid attention to shared decision making more than the other groups. The symptom treatment group had a level of shared decision making higher than the follow-up group. The general practitioners group had a level of shared decision making lower than the psychiatrist group and nurse practitioners practicing mental health clinics group. The care of patients with psychosis of more than five years had a level of shared decision making lower than the care of patients with psychosis with less than five years.

This study clearly shows that family caregivers are involved in shared decision making and recognize the importance of the process involved in shared decision making. However, there should be further studies on the development of clinical outcomes by the shared decision making process and determining appropriate policies in the process of shared decision making of the family caregivers of patients with psychosis

**Keywords** : Shared Decision Making, Family Caregivers, Patients with Psychosis



## 1. บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัญหาสุขภาพที่มีความสำคัญในปัจจุบัน สถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตในประเทศไทยพบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้น รายงานระดับประเทศปี 2556-2560 พบว่า ผู้ป่วยสุขภาพจิต คิดเป็น 2,608.85, 2,677.14, 2,848.52, 3,105.24 และ 4,094.52 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ โดยโรคทางด้านสุขภาพจิตที่พบมากที่สุด คือ โรคจิต โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า เช่นเดียวกับสถานการณ์ปัญหาของจังหวัดแม่ฮ่องสอนที่พบผู้ป่วยด้านสุขภาพจิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากสถิติปี 2556-2560 พบว่า จังหวัดแม่ฮ่องสอนมีผู้ป่วยด้านสุขภาพจิต คิดเป็น 1,672.59, 2,469.69, 2,452.07, 4,029.49 และ 4,087.95 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2560) และจากรายงานของโรงพยาบาลขุนยวม จังหวัดแม่ฮ่องสอน ปี 2560 ผู้ป่วยปัญหาสุขภาพจิตเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลขุนยวม จำนวน 943 ราย คิดเป็น 4,108.66 ต่อแสนประชากร ซึ่งถือว่ามีปริมาณผู้ป่วยสุขภาพจิตที่สูงเมื่อเทียบกับระดับประเทศและระดับจังหวัด โรคทางด้านสุขภาพจิตที่พบมากที่สุดสามอันดับแรก คือ โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล และโรคจิต จากข้อมูลของโรงพยาบาลยังพบว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการสุขภาพจิต โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคจิตยังเป็นสาเหตุลำดับต้นๆที่ทำให้เกิดการฆ่าตัวตาย ข้อมูลในปี 2560 พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตพยายามฆ่าตัวตาย 2 รายคิดเป็น ร้อยละ 22 ของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายทั้งหมด และฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 ราย คิดเป็น ร้อยละ 25 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จทั้งหมด (งานสุขภาพจิตโรงพยาบาลขุนยวม, 2560) และโรคจิตมีอัตราการฆ่าตัวตายที่สูงกว่าโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล ทำให้ปัญหาโรคจิต

(Psychosis) จึงเป็นหนึ่งในปัญหาทางสุขภาพจิตที่ควรให้ความสำคัญ

โรคจิต เป็นโรคที่พบได้บ่อยและเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสุขภาพจิต การรักษาโรคจิตนั้นมีทั้งการรักษาทางด้านชีวภาพ และการรักษาทางจิตสังคม (Psychosocial Interventions) โดยพยายามให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางการรักษา และการประเมินผลกระบวนการรักษาเพื่อส่งเสริมให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ (ณัฐกร จำปาทอง, 2554) และผู้ป่วยโรคจิตจะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลก็ต่อเมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรง โดยรักษาในระยะสั้นประมาณ 3-4 สัปดาห์ เมื่อผู้ป่วยอาการทุเลาลงก็จะถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ถึงแม้ว่าผู้ป่วยโรคจิตจะมีอาการทุเลาแต่ก็มักจะไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เหมือนคนปกติ นอกจากนี้ยังพบปัญหาอื่นได้อีกเช่น การแสดงพฤติกรรมรุนแรง ถูกกีดกันและเลือกปฏิบัติ ถูกปฏิเสธทางสังคม (WHO, 2011) ด้วยเหตุผลเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ทำให้ญาติหรือผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ซึ่งการให้ผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Shared Decision Making: SDM) ในการรักษาถือเป็นกระบวนการหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมการดูแลรักษาผู้ป่วย (The Health Foundation, 2012) จากที่กล่าวไว้ข้างต้นว่าผู้ป่วยโรคจิตต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและควรมีผู้ดูแลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการรักษา ฉะนั้นหากสามารถให้ผู้ป่วยโรคจิตและผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตในเขตอำเภอขุนยวม เข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจย่อมเกิดประโยชน์ทั้งกับผู้ป่วยและระบบบริการสุขภาพ

## 2. วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินระดับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตโรงพยาบาลชุมชนวม อำเภอบางบาล จังหวัดแม่ฮ่องสอน

## 3. แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 3.1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Shared Decision Making: SDM)

3.1.1 นิยาม (The Health Foundation, 2012)

การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Shared Decision Making: SDM) คือกระบวนการที่ผู้ให้การรักษาและผู้ป่วย/ผู้เกี่ยวข้องทำงานร่วมกัน เพื่อที่จะทดสอบ การรักษา การจัดการ และการสนับสนุน โดยอยู่บนพื้นฐานของหลักวิชาการทางคลินิกและความต้องการของผู้ป่วย

3.1.2 ความสำคัญ (The Health Foundation, 2012)

การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจช่วยลดตัวเลือกที่ไม่มีประโยชน์และเพิ่มการใช้ตัวเลือกที่มีประโยชน์ให้ชัดเจน เพิ่มความปลอดภัยในการรักษา ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืนของระบบการดูแลสุขภาพ ส่งเสริมสิทธิของผู้ป่วยที่จะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการสุขภาพ เพิ่มความพึงพอใจให้แก่ผู้ป่วยและเพิ่มความมั่นใจในตนเองของผู้ป่วย เพิ่มความเสมอภาค

### 3.1.3 เครื่องมือที่ช่วยในการประเมินระดับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

เครื่องมือที่ช่วยในการวัดระดับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจนั้นมีอยู่ด้วยกันหลายแบบ แต่ละแบบจะมีความเหมาะสมกับวัตถุประสงค์ที่

แตกต่างกันออกไป ในการศึกษานี้ผู้ศึกษาเลือก Dyadic OPTION Scale (Melbourne et al., 2010) เพื่อนำมาใช้ในการศึกษานี้ เนื่องจากเครื่องมือนี้ใช้ประเมินการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจภาพรวมทั้งกระบวนการ และ มีการนำมาใช้อย่างแพร่หลาย ซึ่ง Dyadic OPTION Scale มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ครอนบาคแอลฟา (Cronbach Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.79 ประกอบด้วยแบบประเมิน 12 ข้อ ลักษณะการประเมินแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

3.1.4 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (The Health Foundation, 2012)

1) ปัจจัยด้านลักษณะของผู้ป่วย/ผู้ดูแล แบ่งออกเป็น

1.1) การให้คุณค่าและทัศนคติของผู้ป่วยจะส่งผลต่อการตัดสินใจร่วมกัน

1.2) ลักษณะทางประชากรของผู้ป่วย/ผู้ดูแลประกอบด้วย

- อายุ: มีการศึกษาบ้างชี้ว่า ผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี ต้องการที่จะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจมากกว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี

- การศึกษา: ผู้ที่มีการศึกษามากกว่าต้องการที่จะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

- เพศ: ส่วนใหญ่นั้นพบว่า เพศนั้นไม่มีผลต่อมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

- บริบททางวัฒนธรรมและสังคมของการดูแลสุขภาพ ค่านิยมทางวัฒนธรรมมีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญกับความคาดหวังและพฤติกรรมดูแลสุขภาพ



- ฐานะเศรษฐกิจและสังคม:  
ฐานะทางเศรษฐกิจที่สูงหรือมีรายได้ที่สูงมีแนวโน้ม  
การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่สูง

- ความรู้ แรง และ  
ระยะเวลาการเจ็บป่วย: การศึกษาที่ศึกษาในผู้ป่วย  
จิตเภทพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความสุขในการจะให้  
แพทย์ตัดสินใจและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจน้อย

1.3) ความรู้ การขาดความรู้  
ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

## 2) ปัจจัยด้านลักษณะของ ผู้เชี่ยวชาญ/ผู้ให้การรักษา แบ่งออกเป็น

2.1) ทักษะของผู้เชี่ยวชาญ  
โดยผู้เชี่ยวชาญนั้นต้องเชื่อมั่นถึงประโยชน์ของการมี  
ส่วนร่วมในการตัดสินใจต่อผู้ป่วย

2.2) ลักษณะทางประชากรของ  
ผู้เชี่ยวชาญ จากการศึกษาต่างๆพบว่าลักษณะทาง  
ประชากรของผู้เชี่ยวชาญนั้นผลการศึกษายังไม่  
ชัดเจนต่อการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

## 3) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและ ผู้เชี่ยวชาญ

3.1) มุมมองที่สอดคล้องกัน  
ระหว่างผู้ป่วยและผู้เชี่ยวชาญ

3.2) รูปแบบการสื่อสาร จะต้อง  
เลือกรูปแบบให้เหมาะสม

3.3) มีหลักฐานยืนยันว่าการ  
ตัดสินใจร่วมกันจะทำงานได้ดีที่สุดเมื่อผู้เชี่ยวชาญ  
มุ่งเน้นในการให้ข้อมูลและจัดการอารมณ์และ  
มุมมองของผู้ป่วย

3.5) ความไว้วางใจ หากผู้ป่วยมี  
ความไว้วางใจต่อผู้เชี่ยวชาญย่อมส่งผลดี

## 4) วัฒนธรรมและโครงสร้าง พื้นฐาน อาจส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการ

ตัดสินใจ ประกอบด้วย นโยบาย วัฒนธรรมการ  
ให้บริการสุขภาพ บุคลากรอื่นๆที่เกี่ยวข้องนอกจาก  
แพทย์ผู้รักษา การสนับสนุนทางสังคม การเข้าถึง  
ระบบบริการ ความเหมาะสมของเครื่องมือ

## 3.1.5 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ กับผลลัพธ์ทางคลินิก

การศึกษาของ Hamann และคณะ  
(2007) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้กระบวนการมีส่วนร่วม  
ร่วมในการตัดสินใจมีโอกาสเข้ารับการรักษาใน  
โรงพยาบาลซ้ำได้น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบ  
ทั่วไป และการศึกษาของ Clever และคณะ (2006)  
ศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าใน  
การตัดสินใจเกี่ยวข้องกับแนวทางการรักษา พบว่า  
ผู้ป่วยที่มีคะแนนการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่สูง  
จะมีแนวโน้มที่จะได้รับการดูแลเป็นอย่างดีและมี  
อาการที่ดีขึ้น และการศึกษาเชิงทดลองของ Malm  
และคณะ (2003) เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการ  
ใช้การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจร่วมกับการ  
เสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วยจิตเภท ผล  
การศึกษาพบว่าสมรรถภาพทางสังคม ความพึงพอใจ  
และผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  
ผู้ศึกษายังไม่พบข้อมูลการศึกษาการมีส่วนร่วม  
ตัดสินใจในการรักษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิต

## 4. วิธีดำเนินการ

4.1 รูปแบบการศึกษา: การศึกษาเชิง  
พรรณนา (Descriptive Study)

4.2 ประชากรศึกษา: ผู้ดูแลในครอบครัว  
ผู้ป่วยโรคจิต (ได้รับการวินิจฉัยตาม ICD10 รหัสโรค  
F20-F29) ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน  
จังหวัดแม่ฮ่องสอนทั้งหมด



เกณฑ์คัดเข้า : เป็นผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ป่วยโรคจิต ที่ได้รับการรักษาจากโรงพยาบาล ชุนยวม และสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และ ยินดี เข้าร่วมงานวิจัย

เกณฑ์คัดออก: มีปัญหาในการพูดคุย หรือการได้ยิน ที่ทำให้ไม่สามารถสื่อสารกับผู้ศึกษา ได้อายุน้อยกว่า 18 ปี หรือไม่สามารถติดต่อกลุ่ม ตัวอย่างได้

**4.3 เครื่องมือในการศึกษา:** แบบ สัมภาษณ์ ผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ป่วยโรคจิต ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะ ประชากรและข้อมูลการมาตรวจรักษา ประกอบด้วย ข้อมูล เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่าง ผู้ดูแลกับผู้ป่วย เป้าหมายการมารักษาผู้ทำการรักษา จำนวนครั้งในการพบผู้ทำการรักษาของผู้ดูแล ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และ ส่วนที่ 2 แบบ ประเมินการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ผู้ศึกษาใช้ แบบ ประเมิน Dyadic OPTION Scale ของ Melbourne และคณะ (2010)

#### 4.3.1 การพัฒนาเครื่องมือในการวิจัย

**ขั้นที่ 1** การศึกษาและทำความเข้าใจแบบประเมิน Dyadic OPTION Scale

**ขั้นที่ 2** การแปลแบบประเมินจาก ต้นฉบับภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย

**ขั้นที่ 3** การตรวจสอบเครื่องมือ วิจัยฉบับแปลโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

#### 4.3.2 การตรวจสอบคุณภาพ

##### เครื่องมือ

##### 1. การตรวจสอบความตรงของ เครื่องมือ (Content validity)

ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อ คำถามกับจุดประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence : IOC) แต่ละข้อคำถามมีค่า IOC มากกว่า 0.67

##### 2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น ของเครื่องมือ (Reliability)

ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้ค่า สัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค เท่ากับ 0.88

#### 4.4 วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ขออนุญาตและชี้แจงผู้เกี่ยวข้องเพื่อ ขอความร่วมมือดำเนินการศึกษา

2) ผู้ศึกษาอนุญาตดึงข้อมูลผู้ป่วยโรค จิตจากข้อมูลของโรงพยาบาลชุนยวม

3) การรวบรวมข้อมูลนั้น ผู้ศึกษาและผู้ช่วยในการศึกษาจะเป็นผู้สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง

4) ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ รวบรวมและนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

#### 4.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษานำข้อมูลที่ได้วิเคราะห์โดยใช้ โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิง พรรณนา (Descriptive Statistic) ในการวิเคราะห์ ข้อมูล ใช้ ความถี่ (Frequency) และ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (Standard Deviation)



## 5. ผลการศึกษา

### 5.1 จำนวนประชากรศึกษา

ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตที่เข้าร่วมการศึกษามีจำนวน 83 คน

### 5.2 ข้อมูลลักษณะประชากรและข้อมูลการมาตรวจรักษา

ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตมีสัดส่วนเพศหญิงใกล้เคียงกับเพศชาย โดยผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตจำนวนมากที่สุดมีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.3 ผู้ป่วยโรคจิตที่ได้รับการดูแลจำนวนมากที่สุดมีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี ร้อยละ 32.5 และผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตนับถือศาสนาพุทธมากถึงร้อยละ 79.5 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส ร้อยละ 84.3 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 39.8 ประมาณร้อยละ 50 ประกอบอาชีพเกษตรกร และมีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อปีอยู่ในช่วง ต่ำกว่า 50,000 บาทมากที่สุด โดยความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตและผู้ป่วยโรคจิตนั้นเป็นคู่สมรส มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.3 และมีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 4 คน คิดเป็นร้อยละ 31.3

ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตได้นำผู้ป่วยโรคจิตเข้ารับการรักษาโดยเป้าหมายในการมารับการรักษา คือ การไปตรวจตามนัด มากกว่าการรักษาตามอาการของผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 56.6 และ ร้อยละ 43.4ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่ไปพบแพทย์ตรวจโรคทั่วไป และนำผู้ป่วยโรคจิตเข้าพบผู้ทำการรักษาส่วนใหญ่มากกว่า 1 ครั้ง และผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตดูแลผู้ป่วยมากกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 41.0

### 5.3 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิต

การประเมินระดับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตทั้ง 12 ข้อ พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตส่วนใหญ่ให้คำตอบ “เห็นด้วย” มากกว่าร้อยละ 60.0 นอกจากนี้ประเด็นที่ได้รับการอธิบายถึงแหล่งข้อมูลที่แตกต่างกันเพื่อช่วยในการตัดสินใจ เช่น ไปปลิว เว็บไซต์ การติดต่อกับบุคคลอื่น และ ประเด็นมีการพิจารณาข้อได้เปรียบ เสียเปรียบและความเป็นไปได้ของผลลัพธ์ที่ได้จากทางเลือกต่างๆ ที่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตให้คำตอบ “เห็นด้วย” ร้อยละ 51.9 และ ร้อยละ 59.0 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิต

| การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ<br>(n=83)                          | ระดับการประเมิน จำนวน(ร้อยละ) |             |          |                       |
|---------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------|----------|-----------------------|
|                                                               | ไม่เห็นด้วย<br>อย่างยิ่ง      | ไม่เห็นด้วย | เห็นด้วย | เห็นด้วย<br>อย่างยิ่ง |
| 1. ปัญหาสุขภาพที่มีอยู่จำเป็นต้องมีการตัดสินใจร่วมกัน         | 0 (0.0)                       | 4(4.8)      | 58(69.9) | 21(25.3)              |
| 2. ได้รับการอธิบายถึงวิธีการจัดการปัญหาสุขภาพมากกว่าหนึ่งวิธี | 3(3.6)                        | 12(14.5)    | 52(62.6) | 16(19.3)              |



| การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ<br>(n=83)                                                                            | ระดับการประเมิน จำนวน(ร้อยละ) |             |          |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------|----------|-----------------------|
|                                                                                                                 | ไม่เห็นด้วย<br>อย่างยิ่ง      | ไม่เห็นด้วย | เห็นด้วย | เห็นด้วย<br>อย่างยิ่ง |
| 3. ได้รับ การอธิบายถึงแหล่งข้อมูลที่แตกต่างกันเพื่อช่วยในการตัดสินใจ เช่น ใบปลิว เว็บไซต์ การติดต่อกับบุคคลอื่น | 10(12.0)                      | 21(25.3)    | 43(51.9) | 9(10.8)               |
| 4. ผู้ทำการรักษามีการกล่าวถึงทางเลือกต่างๆ ในการรักษา                                                           | 3(3.6)                        | 16(19.3)    | 51(61.4) | 13(15.7)              |
| 5. มีการพิจารณาข้อได้เปรียบเสียเปรียบ และความเป็นไปได้ของผลลัพธ์ที่ได้จากทางเลือกต่างๆ                          | 2(2.4)                        | 22(26.6)    | 49(59.0) | 10(12.0)              |
| 6. ผู้ทำการรักษาได้มีการกล่าวถึงความคิดหรือความคาดหวังเกี่ยวกับการจัดการปัญหาสุขภาพ                             | 1(1.2)                        | 16(19.3)    | 56(67.5) | 10(12.0)              |
| 7. ผู้ทำการรักษาได้กล่าวถึงความกังวลเกี่ยวกับการจัดการปัญหาสุขภาพ                                               | 1(1.2)                        | 17(20.5)    | 55(66.3) | 10(12.0)              |
| 8. ผู้ทำการรักษามีการเน้นย้ำถึงความเข้าใจในข้อมูล                                                               | 0(0.0)                        | 8(9.6)      | 58(69.9) | 17(20.5)              |
| 9. ได้รับโอกาสในการซักถาม                                                                                       | 2(2.4)                        | 5(6.0)      | 56(67.5) | 20(24.1)              |
| 10. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเป็นที่ยอมรับ                                                                     | 0(0.0)                        | 14(16.9)    | 55(66.2) | 14(16.9)              |
| 11. ผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ทำการรักษามีการตัดสินใจร่วมกันในระหว่างการรักษาเรื่องแผนการรักษา                        | 3(3.6)                        | 7(8.4)      | 57(68.7) | 16(19.3)              |
| 12. ผู้ทำการรักษาชี้ให้เห็นความจำเป็นในการทบทวนการตัดสินใจ                                                      | 1(1.2)                        | 5(6.0)      | 61(73.5) | 16(19.3)              |



## 5.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิต

### ตารางที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิต

| ปัจจัย                                               | ผลต่อการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ                                                                                                                           |
|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ปัจจัยที่ไม่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ    | 1. เพศ<br>การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจแต่ละกลุ่มไม่แตกต่างกัน                                                                                               |
|                                                      | 2. รายได้เฉลี่ยต่อปีของครอบครัว<br>การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจแต่ละกลุ่มไม่แตกต่างกัน                                                                      |
|                                                      | 1. อายุของผู้ดูแล<br>กลุ่มอายุมากกว่า 50 ปี มีการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจน้อยกว่า กลุ่มอายุน้อยกว่า 50 ปี                                                  |
|                                                      | 2. ระดับการศึกษาของผู้ดูแล<br>กลุ่มที่การศึกษาสูง ประถมศึกษามีการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจมากกว่ากลุ่มที่ศึกษาน้อยกว่า ประถมศึกษา                           |
| ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ | 3. ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคจิต<br>กลุ่มสามี-ภรรยา มีการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจมากกว่ากลุ่มอื่นๆ                                            |
|                                                      | 4. เป้าหมายการรักษา<br>กลุ่มที่รักษาตามอาการ มีการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจมากกว่ากลุ่มที่ตรวจตามนัด                                                        |
|                                                      | 5. ผู้ทำการรักษา<br>กลุ่มที่พบแพทย์ตรวจโรคทั่วไป มีการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจน้อยกว่ากลุ่มที่พบแพทย์เฉพาะทางด้านจิตเวช และพยาบาลเวชปฏิบัติคลินิกสุขภาพจิต |
|                                                      | 6. ระยะเวลาการดูแลของผู้ดูแล<br>กลุ่มที่ดูแลผู้ป่วยมากกว่า 5 ปี มีการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจน้อยกว่ากลุ่มที่ดูแลผู้ป่วยน้อยกว่า 5 ปี                      |

## 6. การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการดูแลรักษาของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตพบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่งว่าตนเองนั้นมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษามากกว่าร้อยละ 80 เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยมีความต้องการที่จะมีส่วนร่วมในการรักษา จะเห็นได้จากผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิต

เห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่งว่าปัญหาสุขภาพที่มีอยู่นั้นจำเป็นต้องมีการตัดสินใจร่วมกันถึงร้อยละ 95.2 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิตาภา พลายกล้า (2559) ที่พบว่า ครอบครัวมีระดับความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท ระดับมาก ร้อยละ 91.80 และการศึกษาที่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่งว่าผู้ทำการรักษาเปิดโอกาส



ในการซักถามรวมกันถึงร้อยละ 91.6 แสดงให้เห็นว่า ผู้ทำการรักษาเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย ซักถามและแสดงความคิดเห็นอย่างมาก ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการรักษาในปัจจุบันที่มุ่งเน้น ให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient Centered Care) ดูแลผู้ป่วยให้สอดคล้องกับบริบทและความต้องการ แท้จริงของผู้ป่วยและครอบครัว เปิดโอกาสให้มีการ ซักถาม และร่วมกันตัดสินใจในการรักษา (วีรวิฑู พัฒนวรพงศ์, 2558) ถึงแม้ว่าผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ป่วยโรคจิตส่วนใหญ่เห็นด้วยว่าตนเองนั้นมีส่วนร่วม ในการตัดสินใจในการรักษา แต่ยังมีบางประเด็น ในการศึกษานี้ที่สามารถพัฒนาให้ดีขึ้นได้ ได้แก่ ประเด็นการได้รับการอธิบายถึงแหล่งข้อมูลที่ แตกต่างกันเพื่อช่วยในการตัดสินใจ เช่น ใบปลิว เว็บไซต์ การติดต่อกับบุคคลอื่น ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยโรค จิตไม่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งรวมกันถึงร้อย ละ 37.3 แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลเหล่านี้คิดว่าตนเอง นั้นได้รับการอธิบายถึงแหล่งข้อมูลเพื่อสนับสนุนการ รักษาน้อยเกินไป สะท้อนได้ว่าผู้ดูแลในครอบครัวนั้น ต้องการข้อมูลข่าวสารเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับ การศึกษาของ พัชรี คำธิตา (2546) ที่พบว่า ความ ต้องการด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารของผู้ดูแลผู้ป่วย โรคจิตอยู่ในระดับสูง และการได้รับข้อมูลจากแหล่ง ต่างๆเพิ่มขึ้นมีส่วนช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการ รักษาได้

การศึกษาปัจจัยต่างๆ พบว่า ปัจจัย ทางด้านเพศของผู้ดูแลมีการประเมิณการมีส่วนร่วม ในการตัดสินใจในการรักษาไม่แตกต่างกันระหว่าง เพศชายกับเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลของ The Health Foundation (2012) ที่ระบุว่าเพศนั้น ไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ แต่บางกร การศึกษาพบว่าเพศหญิงมีแนวโน้มการมีส่วนร่วมในการ

ตัดสินใจสูงกว่า ปัจจัยด้านรายได้เฉลี่ยต่อปีของ ครอบครัวผู้ดูแล พบว่า มีการประเมิณการมีส่วนร่วม ในการตัดสินใจในการรักษาไม่แตกต่างกันในแต่ละ กลุ่มรายได้ อาจเนื่องจากรายได้เฉลี่ยต่อปีของ ครอบครัวในแต่ละกลุ่มไม่ได้แตกต่างกันมากนักทำ ให้ไม่พบความแตกต่างกันของระดับการประเมิณการ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ แต่มีรายงานของบาง การศึกษาพบว่าฐานะทางเศรษฐกิจที่สูงหรือมีรายได้ ที่สูงมีแนวโน้มการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่สูง (The Health Foundation , 2012) ปัจจัยด้านอายุ ของผู้ดูแล พบว่า กลุ่มอายุมากจะมีแนวโน้มการมี ส่วนร่วมในการตัดสินใจที่น้อยกว่ากลุ่มอายุน้อย ซึ่งมี งานวิจัยบ่งชี้ว่าผู้ที่มีอายุน้อย มีแนวโน้มต้องการที่จะ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจมากกว่าผู้ที่มีอายุมาก (The Health Foundation , 2012) ปัจจัยด้าน ระดับการศึกษาของผู้ดูแล พบว่า กลุ่มที่มีระดับ การศึกษาที่สูงกว่าจะมีแนวโน้มการมีส่วนร่วมในการ ตัดสินใจสูงกว่าในกลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า ซึ่ง สอดคล้องกับข้อมูลของ The Health Foundation (2012) ที่ระบุว่า ผู้ที่มีการศึกษาดีมักต้องการที่จะมี ส่วนร่วมในการตัดสินใจ (สถาบันส่งเสริมการจัดการ ความรู้เพื่อสังคม, 2555) ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ ระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคจิต แสดงให้เห็นว่า กลุ่ม สามี-ภรรยาให้ความสำคัญต่อการมีส่วนร่วมในการ ตัดสินใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบุญวดี และ คณะ (2546) พบว่าผู้ดูแลที่เป็นสามี-ภรรยา มี พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยมากกว่า ปัจจัยด้าน เป้าหมายการรักษา พบว่า กลุ่มตรวจรักษาตาม อาการผู้ป่วยมีแนวโน้มการมีส่วนร่วมการตัดสินใจที่ สูงกว่ากลุ่มตรวจตามนัด เนื่องจากกลุ่มรักษาตาม อาการของผู้ป่วยโรคจิตนั้นแสดงว่าผู้ป่วยมีอาการแย่ ลง เมื่อเข้าตรวจรักษาทำให้กระบวนการมีส่วนร่วม



ในการตัดสินใจและกระบวนการสื่อสารกับผู้ทำการรักษา มีมากกว่ากลุ่มตรวจตามนัด ปัจจัยด้านผู้ทำการรักษา พบว่า กลุ่มพบแพทย์ตรวจโรคทั่วไปมีแนวโน้มการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่ต่ำกว่า กลุ่มพบแพทย์เฉพาะทางด้านจิตเวช และกลุ่มพบพยาบาลเวชปฏิบัติคลินิกสุขภาพจิต อาจเนื่องมาจากภาระงานของแพทย์ตรวจโรคทั่วไปจะต้องตรวจผู้ป่วยโรคอื่นร่วมด้วยทำให้ระยะเวลาในการเจอผู้ป่วยโรคจิตไม่มากเท่ากับแพทย์เฉพาะทางด้านจิตเวช และพยาบาลเวชปฏิบัติคลินิกสุขภาพจิต รวมทั้งความเชี่ยวชาญด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิต ปัจจัยด้านระยะเวลาการดูแล พบว่าการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเป็นระยะเวลานานมีแนวโน้มการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่ต่ำกว่า อาจเนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานจะทำให้เกิดความเคยชินจนการดูแลผู้ป่วยนั้นเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวันของผู้ดูแลในครอบครัว

จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตนั้นคิดว่าตนเองนั้นมีส่วนร่วมในการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาผู้ป่วย แต่ในการศึกษานี้ยังไม่ได้กล่าวถึงเมื่อเกิดกระบวนการมีส่วนร่วมแล้วผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกที่ดีขึ้นหรือการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งมีการศึกษาหลายการศึกษาที่ระบุว่า การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจนั้นส่งผลดีต่อกระบวนการรักษา ดังเช่นการศึกษาของ Hamann และคณะ (2007) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจมีโอกาสเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลช้าน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบทั่วไป อย่างไรก็ตามยังมีบางการศึกษาที่ผลลัพธ์ทางกระบวนการรักษายังไม่ชัดเจน ดังเช่นการศึกษาของ Duncan และคณะ (2010) พบว่า การเพิ่มกระบวนการมีส่วนร่วมในการ

ตัดสินใจส่งผลดีต่อความพึงพอใจในการรักษา การปฏิบัติตามแผนการรักษาของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้น แต่ผลลัพธ์ทางคลินิกยังไม่ชัดเจน ปัจจุบันการศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคจิตและผู้ดูแลยังมีไม่มากนัก และผลการศึกษาบางการศึกษาของกระบวนการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจยังแสดงผลลัพธ์ที่ไม่ชัด เนื่องจากกระบวนการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาเป็นเพียงองค์ประกอบหนึ่งในกระบวนการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเท่านั้น และกระบวนการรักษาให้เกิดประสิทธิภาพต้องนำกระบวนการหลายๆ กระบวนการมาใช้ร่วมกันจึงจะเกิดการพัฒนาผลลัพธ์ทางการรักษาให้ดีขึ้น ดังเช่น การศึกษาเชิงทดลองของ Malm และคณะ(2003) เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการใช้การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วยจิตเภท พบว่า สมรรถภาพทางสังคม ความพึงพอใจ และผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ฉะนั้นการศึกษากลุ่มกระบวนการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคจิตและผู้ดูแลควรมีการศึกษาให้ต่อเนื่องและแพร่หลายมากขึ้น ทั้งการศึกษาเฉพาะกระบวนการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคจิตและผู้ดูแลและการศึกษาร่วมกับกระบวนการอื่นๆ เพื่อให้เกิดผลการศึกษาที่ชัดเจนและเป็นประโยชน์ต่อการนำไปกำหนดแนวทางและนโยบายในการรักษาต่อไป

## 7. สรุปและข้อเสนอแนะ

### 7.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลได้รับการอธิบายถึงแหล่งข้อมูลที่แตกต่างกันเพื่อ

ช่วยในการตัดสินใจไม่มากนัก ซึ่งหากเน้นการอธิบายถึงแหล่งข้อมูลต่างๆ อาจช่วยเพิ่มการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจให้มากขึ้นทำให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพดีขึ้นได้

2. การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าระดับการศึกษาที่สูงมีแนวโน้มทำให้การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจสูงขึ้น การศึกษาที่สูงสะท้อนให้เห็นถึงความรู้ที่มากขึ้น ฉะนั้นหากเพิ่มความรู้ความเข้าใจอาจจะทำให้การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจสูงขึ้นตามไปด้วย

3. การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลในกลุ่มอายุมากกว่า 50 ปี มีการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่ต่ำกว่ากลุ่มอายุน้อยกว่า แต่หากกลุ่มผู้ที่มีอายุมากได้รับการสนับสนุนจากผู้ทำการรักษาและเกิดความไว้วางใจ แนวโน้มการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในกลุ่มนี้จะสูงให้ได้

## 7.2 ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาคครั้งต่อไป

1. การศึกษาการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้ดูแลผู้ป่วยในโรคจิตประเภทอื่นๆ หรือโรคอื่นๆที่ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษา เช่น ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยทุพพลภาพ เป็นต้น

2. การศึกษาเชิงทดลองเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังจากการให้กิจกรรม/แนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการเพิ่มมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Intervention) เพื่อนำผลการกิจกรรม/แนวทางปฏิบัติต่างๆ ไปใช้ในการเพิ่มการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้ดูแลผู้ป่วยในกระบวนการรักษาต่อไป

## 8. เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต. (2560). **ผู้ป่วยทางสุขภาพจิตของประเทศไทยกรมสุขภาพจิต**. สืบค้น 10 กรกฎาคม 2561 จาก: <https://www.dmh.go.th/report/datacenter/map/>
2. งานสุขภาพจิตโรงพยาบาลขุนยวม. (2560). **ข้อมูลผู้ป่วยสุขภาพจิต ปี พ.ศ. 2560**. แม่ฮ่องสอน: โรงพยาบาลขุนยวม.
3. จิตาภา พลายกล้า. (2559). **ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับ การดูแลรักษาของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท** (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. เชียงใหม่.
4. ณัฐกร จำปาทอง. (บ.ก.). (2554). **mhGAP interventions guide** (ฉบับที่ 1). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
5. บุญวดี เพชรรัตน์, เยาวนาถ สุวลักษณ์. (2546). **ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน**. สงขลานครินทร์เวชสาร, 21(4), 249-258.
6. พัชรี คำธิตา. (2546). **ความต้องการของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภทที่มารับบริการในคลินิกสุขภาพจิตโรงพยาบาลแม่ทา** (การค้นคว้าอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. เชียงใหม่.



7. วีรวุฒิ พัฒนวรพงศ์. การดูแลแบบผู้ป่วย เป็น ศูนย์ กลาง (Patient center medicine). สืบค้น 1 มิถุนายน 2558 จาก <https://sites.google.com/site/werawutpat/bthkhwam/wichakar/ka-r-dulae-baeb-phu-pwy-pen-sunyklang-patient-center-medicine>
8. สถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม. (2555). **Concept of family caregiving**. สืบค้น 30 ตุลาคม 2557 จาก <https://www.gotoknow.org/posts/121180>
9. Clever, S. L., Ford, D. E., Rubenstein, L. V., Rost, K. M., Meredith, L. S., Sherbourne, C. D. Cooper, L. A. (2006). **Primary care patients' involvement in decision - making is associated with improvement in depression**. Med Care, 44(5), 398-405.
10. Duncan, E., Best, C., & Hagen, S. (2010). **Shared decision making interventions for people with mental health conditions**. Cochrane Database Syst Rev (1), Cd007297.
11. Hamann, J., Cohen, R., Leucht, S., Busch, R., & Kissling, W. (2007). **Shared decision making and long-term outcome in schizophrenia treatment**. The Journal of Clinical Psychiatry, 68(7), 992-997.
12. Malm, U., Ivarsson, B., Allebeck, P., & Falloon, I. (2003). **Integrated care in schizophrenia: A 2-year randomized controlled study of two community-based treatment programs**. Acta Psychiatrica Scandinavica, 107(6), 415-423.
13. Melbourne, E., Sinclair, K., Durand, M. A., Legare, F., & Elwyn, G. (2010). **Developing a dyadic OPTION scale to measure perceptions of shared decision making**. Patient Educ Couns, 78(2), 177-183.
14. The Health Foundation. (2012). **Evidence: Helping people share decisions**. London: Health Foundation
15. World Health Organization. (2011). **Mental health atlas 2011**. Retrieved Oct 5, 2014, from [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9799241564359\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9799241564359_eng.pdf)