

ผลของการใช้โปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข*

The effects of skills development program for healthcare volunteers on providing care for psychiatric patients and their families

พรประไพ แยกเต้า, ศษ.ม. (Pornprapai Khaektao, M.Ed., R.N.)**

สุวดี วงษ์พนม, วท.ม. (Suwadee Wongpanom, M.S., R.N.)***

จारी ทิพย์พินิจ, พย.ม. (Jaree Tippinij, M.N.S., R.N.)***

หทัยรัตน์ นพมิตร, พย.ม. (Hatairat Noppamit, N.S., R.N.)***

Abstract

Healthcare volunteers responsible for psychiatric patients should receive skills and knowledge training in providing care that brings a good quality of life to patients living with their families in community settings. This quasi-experimental, single group pretest-posttest design, aims to evaluate the effects of a skills development program for healthcare volunteers on providing care for psychiatric patients and their families. The subjects for this study consisted of 30 healthcare volunteers worked in Pakmarhk, a district in Chaiya city, located in Surat Thani province, Thailand. The instruments in this study developed by researchers included the skills development program for healthcare volunteers on providing care for psychiatric patients and their families,

and the questionnaire for measuring the skills of healthcare volunteers on providing care for psychiatric patients and their families. The reliability coefficient of the questionnaire was .759. Data was analyzed using descriptive statistic procedures, and one-way analysis of variance (ANOVA). Findings were: 1) the average scores of skills of healthcare volunteers on providing care for psychiatric patients and their families at pretest, posttest, and follow up were significantly different ($p < .05$), and 2) the average scores of skills of healthcare volunteers on providing care for psychiatric patients and their families at posttest and follow up were significantly different ($p < .05$) than pretest, whereas the scores at posttest and follow up were not significantly different.

This study provides support for the

* ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยเพื่อพัฒนางานประจำปี 2552 จากสภาการพยาบาล

** Corresponding author: พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี
E-mail : pornpai9@gmail.com

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ. สต. ปากหมาก อ. ไชยา จ. สุราษฎร์ธานี

benefit of utilizing this skills development program to increase healthcare volunteers' skills on providing care for psychiatric patients and their families. Therefore, it is recommended that healthcare personnel undertake this skills development program before providing care for psychiatric patients and their families.

Keywords : Care for psychiatric patients and their families, healthcare personnel volunteers, skill development program.

บทคัดย่อ

อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีผู้ป่วยจิตเวชในเขตรับผิดชอบ ควรได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถใช้ชีวิตกับครอบครัวและอยู่ในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี การศึกษาที่ทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวต่อทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวของอาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีผู้ป่วยจิตเวชในเขตรับผิดชอบในตำบลปากหมาก อำเภอไชยา จังหวัดสุราษฎร์ธานี เลือกกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 30 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข และแบบวัดทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข สร้างโดยทีมวิจัยทดสอบความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคมีค่าเท่ากับ .759 วิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ ผลการศึกษาพบว่า

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวของอาสาสมัครสาธารณสุขโดยรวม ที่ได้จากการวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง หลังการติดตามผล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวของอาสาสมัครสาธารณสุข หลังการทดลองและหลังการติดตามผล แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่หลังการทดลองกับหลังการติดตามผลแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวของอาสาสมัครสาธารณสุข หลังการทดลองกับหลังการติดตามผลแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขสามารถเพิ่มทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวของอาสาสมัครสาธารณสุขได้ ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุขควรนำโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขมาใช้เพื่อเพิ่มทักษะแก่อาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวต่อไป

คำสำคัญ : การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวอาสาสมัครสาธารณสุข โปรแกรมการพัฒนาทักษะ

ความสำคัญของปัญหา

การเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชในปัจจุบัน

มีแนวโน้มสูงขึ้น จากสถิติของผู้รับบริการโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ปีงบประมาณ 2550 ถึง 2552 มีผู้รับบริการประเภทผู้ป่วยนอกจำนวน 66,776 ราย, 69,038 ราย, 71,499 ราย ส่วนผู้รับบริการประเภทผู้ป่วยในมีจำนวน 3,090 ราย 3,251 ราย และ 3,328 ราย เป็นผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 1,119 ราย 1,219 ราย 1,249 ราย ตามลำดับ (งานเวชระเบียนและสถิติ, 2553) การรักษาผู้ป่วยจิตเวชในปัจจุบัน มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนและครอบครัวโดยเร็ว เพื่อให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2540) มีการพัฒนาด้านการบำบัดรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น สามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตามมาตรฐานการรักษา โดยส่งเสริมให้มีการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องที่บ้าน อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ป่วยจิตเวชร้อยละ 80 มีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่หลังจำหน่าย ได้แก่ อาการหงุดหงิด โมโหง่าย ก้าวร้าว ไม่เป็นมิตร นอนหลับไม่เป็นเวลา ลุกเดินเวลากลางคืน หนูแหว่ ภาพหลอน ความคิดแปลกประหลาด นิ่งเฉย ไม่ทำงานบ้านหรืองานประจำ แยกตนเองอยู่ตามลำพัง (ทูลลา บุญผาสังข์, 2545)

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของครอบครัวได้ ตักงาน ไม่มีงานทำ ต้องพึ่งพาสมาชิกในครอบครัว มักปฏิเสธการเจ็บป่วยและรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ทำให้มีอาการทางจิตรุนแรงเพิ่มขึ้น (Rose, 1996 อ้างถึงใน นพรัตน์ ไชยธานี, 2544) ผู้ป่วยบางรายมีพฤติกรรมทั้งยา ซ่อนยา หรือลี้ลับรับประทานยา ส่งผลกระทบให้ต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ (ภารดี การเร็ว, 2541) นอกจากนี้พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการบำบัดรักษา บางรายไม่มีโอกาสที่จะใช้ความสามารถที่มีอยู่ให้เป็นประโยชน์

อย่างเหมาะสม เนื่องจากสังคมโดยเฉพาะญาติ พี่น้องยังไม่ยอมรับผู้ป่วย ทั้งไม่เชื่อว่าจะทำประโยชน์ได้ และเกรงว่าจะไปรบกวนความเป็นอยู่ของชาวบ้าน ซึ่งเป็นผลให้ผู้ป่วยเหล่านี้ ไม่สามารถอยู่ในชุมชน และช่วยเหลือตนเองได้ดีเท่าที่ควร บางรายก็ถูกทอดทิ้งหรือช่วยุให้เกิดอาการทางจิตเพิ่มขึ้น (ขนาน หัสศิริและคณะ, 2537) จากการศึกษาของ ขวัญฤทัย ธนรักษ์และคณะ (2547) พบว่า ตัวผู้ป่วยรับรู้ว่าการเจ็บป่วยทางจิตมีผลให้ตนเองไม่มีรายได้ ไม่มีคนจ้างงาน ครอบครัวไม่ยอมให้ทำงาน คิดมาก ไม่มีความสุข นอนไม่หลับ สุขภาพทรุดโทรม เป็นภาระของญาติและเป็นปัญหาต่อชุมชน ส่วนญาติผู้ป่วยจิตเวชพบปัญหา คือ ผู้ป่วยไม่เชื่อฟัง เป็นภาระ ต้องคอยดูแลเรื่องยา ความเป็นอยู่ ความปลอดภัย การใช้จ่าย ญาติบางรายไม่สามารถไปทำงานได้ นอกจากนี้ทั้งญาติ เพื่อนบ้านและผู้ในชุมชนรับรู้เหมือนกันว่า การมีผู้ป่วยจิตเวช อยู่ร่วมด้วยก่อให้เกิดความเดือดร้อนด้านพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม รบกวนผู้อื่นและเป็นอันตรายต่อชุมชน ผลกระทบต่างๆ ที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ดูแลต้องใช้ ความอดทน ความพยายามและระยะเวลา ยาวนานในการดูแลผู้ป่วย (วาสนา ปานดอก, 2545) ผู้ดูแลส่วนหนึ่งเครียด ลำบากใจ (รัชนิกร อุปเสน, 2541) บางครั้งร้องไห้ หดท้อกำลังใจ รู้สึกอับอายเมื่อผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมที่สังคมไม่ยอมรับ ทำให้เครียด เกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย (เอื้ออารีย์ สาริกา, 2543) จากอาการหลงเหลือของผู้ป่วยหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลและผลกระทบที่มีต่อครอบครัวและชุมชนดังกล่าว ทำให้มีความจำเป็นที่ผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน จะต้องร่วมมือกันเพื่อให้ผู้ป่วยมีวิถีชีวิตปกติ

เหมือนคนทั่วไป ซึ่งครอบครัวและชุมชนจะเป็นพลังที่สำคัญยิ่งที่จะช่วยประคับประคอง สร้างกำลังใจ ให้โอกาสตลอดจนสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถกลับมาประกอบอาชีพได้ตามศักยภาพ ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข โดยเฉพาะกลุ่มคนในชุมชนที่มีบทบาทที่สำคัญด้านสุขภาพ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละหมู่บ้าน และได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดเป็นผู้ที่ได้รับการยอมรับจากพื้นฐานของการเป็นคนเห็นแก่ส่วนรวม มีน้ำใจชอบให้ความช่วยเหลือผู้อื่น (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, ปารณัฐ สุขสุทธิ, 2550) น่าจะเป็นกลุ่มคนสำคัญในการบรรเทาปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีผู้ป่วยจิตเวชในเขตรับผิดชอบ จำนวน 10 คน ด้วยคำถาม 2 ข้อ คือ รู้สึกอย่างไรต่อผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว เคยให้การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวอย่างไรบ้าง ได้คำตอบคล้ายคลึงกัน คือ รู้สึกว่าผู้ป่วยน่าสงสาร แต่กลัวผู้ป่วยเนื่องจากบางรายดูร้าย ก้าวร้าว สงสารผู้ดูแลเพราะบางรายถูกผู้ป่วยทำร้าย บางรายสูงอายุแล้วต้องดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่เคยช่วยเหลือ เช่น ช่วยนำส่งโรงพยาบาล ชวนผู้ป่วยพูดคุยเนื่องจากอยู่บ้านใกล้กัน รู้จักสนิทสนมกันตั้งแต่เด็กฯ บางรายเคยจ้างงานเมื่อผู้ป่วยอาการสงบ ส่วนหนึ่งตอบว่าอยากช่วยเหลือแต่ไม่ทราบว่าจะต้องช่วยอย่างไรบ้าง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของขวัญฤทัยและคณะ (2547) ที่ว่าแกนนำชุมชนขาดความรู้ในการดูแล ต้องการให้บุคลากรสาธารณสุขมาให้ความรู้เรื่องโรคจิตเวชสาเหตุของโรค และวิธีการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแก่

ญาติ อาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อนบ้าน และผู้นำชุมชน จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยจิตเวชเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง มีความผิดปกติด้านพฤติกรรม ด้านการรับรู้ การดูแลตนเอง เป็นภาระต่อญาติ ชุมชนในการดูแลช่วยเหลือ อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญเนื่องจากเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิด มีจิตอาสา มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลสุขภาพในชุมชน และสามารถให้การช่วยเหลือเบื้องต้นได้ แต่ยังมีความรู้สึกกลัวผู้ป่วยไม่มั่นใจว่าจะช่วยเหลืออย่างไร เนื่องจากขาดความรู้ทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งอาจเกิดอันตรายทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัว และอาสาสมัครสาธารณสุขผู้ให้การช่วยเหลือ และส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยจิตเวชจากชุมชน สังคมและถูกทอดทิ้งในที่สุด

จากความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเข้าถึงผู้ป่วยจิตเวช งานจิตเวชชุมชนตระหนักถึงความสำคัญดังกล่าว จึงได้พัฒนารูปแบบการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข โดยดำเนินการในอำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร ในปีงบประมาณ 2551 ผลการดำเนินงาน พบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขในระดับมาก ผู้ป่วยสามารถอยู่บ้านได้นานเกิน 3 เดือน ร้อยละ 94.8 อาสาสมัครสาธารณสุขมีความพึงพอใจในการดำเนินงาน เนื่องจากมีความรู้ทักษะในการเยี่ยมผู้ป่วย และมีความภาคภูมิใจที่ได้ช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว งานจิตเวชชุมชนจึงปรับปรุงเป็นโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข ตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Health Care) (จิติ เจริญสรรพ และคณะ,

2548) และแนวคิดการฝึกทักษะของ Tindall and Gray. (1985) ปรับให้เหมาะสมกับบทบาทของ อาสาสมัครสาธารณสุข โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการจัดอบรม คาดว่าผลที่ได้รับจะเป็นประโยชน์กับบุคลากรสาธารณสุข ในการนำไปพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขให้มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และครอบครัว และส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวได้รับการดูแลจากชุมชนอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เปรียบเทียบความแตกต่างของทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวของอาสาสมัครสาธารณสุขก่อนและหลังการอบรมตามโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวและระยะติดตามผล

สมมติฐานการศึกษา

1. อาสาสมัครสาธารณสุขภายหลังได้รับการอบรมตามโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวทันที มีคะแนนทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวสูงกว่าก่อนได้รับการอบรม
2. อาสาสมัครสาธารณสุขภายหลังได้รับการอบรมตามโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว 1 เดือน มีคะแนนทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชและครอบครัวสูงกว่าก่อนได้รับการอบรม
3. อาสาสมัครสาธารณสุขภายหลังได้รับการอบรมตามโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว 1 เดือน มีคะแนนทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชและครอบครัวสูงกว่าหลังได้รับการอบรมทันที

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชขณะอยู่ที่บ้าน ส่วนใหญ่ญาติจะเป็นผู้ดูแล บางครั้งญาติมีความรู้สึกเหนื่อยล้า ท้อแท้ ต้องการความเข้าใจ เห็นใจช่วยเหลือ จากเพื่อนบ้าน แคนนำด้านสุขภาพในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขซึ่งเป็นแกนนำด้านสุขภาพในชุมชนจึงจำเป็นต้องได้รับการเพิ่มพูน ความรู้ ทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวได้พัฒนา ตามกรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Health Care) (จลิเจริญสรรพ และคณะ, 2548) และแนวคิดการฝึกทักษะของ Tindall and Gray. (1985) ซึ่งแนวคิดการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Health Care) (จลิเจริญสรรพ และคณะ, 2548) ผู้ศึกษาได้ศึกษาแนวคิด กระบวนการ ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน และปรับให้เหมาะสมกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งสามารถสรุปขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ดังนี้

ขั้นที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ โดยการแนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์การเยี่ยม กิจกรรมการเยี่ยม

ขั้นที่ 2 ประเมินปัญหา และความต้องการ โดยการพูดคุย การสังเกต การตรวจสอบ

ขั้นที่ 3 ขึ้นวางแผนให้การช่วยเหลือ กำหนดเป้าหมายและกิจกรรมการแก้ไขปัญหา

ขั้นที่ 4 ดำเนินการให้การช่วยเหลือ โดยดำเนินการตามสภาพปัญหาที่พบ

ขั้นที่ 5 ประเมินผล โดยการทบทวนความเข้าใจของครอบครัว สิ่งที่ได้ทำและผลการดำเนินงาน

ส่วนแนวคิดการฝึกทักษะของ Tindall and Gray อธิบายเป็นลำดับขั้นตอนของการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านตามโปรแกรมการ

พัฒนาทักษะ ดังนี้

1. อธิบายลักษณะของทักษะและความสำคัญของทักษะที่จะฝึกเพื่อให้เกิดการยอมรับ ดำเนินการร่วมกันระหว่างผู้ให้การฝึกกับผู้รับการฝึก โดยการจัดกิจกรรมเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขตระหนักถึงบทบาท ความสำคัญของตนเองในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว รวมทั้งสร้างเจตคติต่อผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวตามแผนกิจกรรมที่ 1 และ 2 ให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ตามแผนกิจกรรมที่ 3 - 6

2. สาธิตรูปแบบของทักษะเพื่อเป็นแบบอย่างในการปฏิบัติ โดยการสอนขั้นตอนการเยี่ยมบ้าน สาธิต ตามแผนกิจกรรมที่ 7

3. ผู้รับการฝึกเริ่มฝึกทักษะโดยผลัดเปลี่ยนบทบาทในการทำหน้าที่เพื่อให้มีประสบการณ์ร่วมกัน โดยการฝึกปฏิบัติตามแผนกิจกรรมที่ 7

4. ผู้รับการฝึกให้ข้อมูลย้อนกลับ หรือข้อสังเกตที่พบแก่กัน

5. ผู้รับการฝึกร่วมกันอภิปรายประสบการณ์ที่ได้จากการฝึกปฏิบัติ

อาสาสมัครสาธารณสุขที่เข้ารับการอบรมตามโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข น่าจะมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว สามารถนำไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนได้

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวสำหรับอาสาสมัคร

สาธารณสุข ซึ่งเป็นการศึกษาแบบทดสอบก่อนหลังกับกลุ่มเดียว (One group pretest- posttest design) โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ระยะก่อนการทดลอง ทีมวิจัยวัดทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง

2. ก่อนการอบรมตามโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข

3. ระยะหลังการทดลอง ทีมวิจัยวัดทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง หลังการอบรมตามโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขทันที

4. ระยะติดตามผล หลังการอบรมทีมวิจัยมอบหมายให้กลุ่มตัวอย่างดำเนินการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบจำนวน 1 ครอบครัว สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นระยะเวลา 1 เดือน รวม 4 ครั้ง ทีมวิจัยวัดทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง

กลุ่มตัวอย่าง เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข อ. ไชยา จ.สุราษฎร์ธานี จำนวน 30 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ 1) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่รับผิดชอบ โดยดูจากทะเบียนผู้ป่วยที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ในปีงบประมาณ 2552 และผู้ป่วยอยู่ในพื้นที่จนถึงปัจจุบัน 2) สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ทีมวิจัย ขออนุญาตดำเนินการวิจัยในพื้นที่จากสาธารณสุขอำเภอไชยา จังหวัดสุราษฎร์ธานี

นักประชุมกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว แจงวัตถุประสงค์ วิชั้ดำเนินการ วิชั้เก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการวิจัย ประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วย และชุมชนจะได้รับ รวมทั้งกลุ่มตัวอย่าง สามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดระยะเวลา การวิจัย จากนั้นสอบถามความสมัครใจและ เจริญยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และนัดหมายการ ดำเนินงาน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ชุด คือ

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรม การพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและ ครอบครัว สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่ง ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ ตรวจสอบความตรง ของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน ภายหลัง ปรับแก้ไข นำไปทดลองใช้กับบุคลากรสาธารณสุข ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต จำนวน 30 คน นำมา ปรับเพิ่มเติมก่อนการทดลอง ประกอบด้วย แผนการจัดกิจกรรม จำนวน 7 เรื่อง ระยะเวลา 7 ชั่วโมง ดังนี้

แผนกิจกรรมที่ 1 อาสาสมัครสาธารณสุข กับงานสุขภาพจิต ระยะเวลา 30 นาที

แผนกิจกรรมที่ 2 เจตคติของอาสาสมัคร สาธารณสุขต่อผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว ระยะเวลา 40 นาที

แผนกิจกรรมที่ 3 โรคทางจิตเวช อาการ และการช่วยเหลือเบื้องต้น ระยะเวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที

แผนกิจกรรมที่ 4 อาการข้างเคียงจาก ยาทางจิตเวชที่อาสาสมัครสาธารณสุขควรราย ระยะเวลา 40 นาที

แผนกิจกรรมที่ 5 ระบบการส่งต่อผู้ป่วย จิตเวชและสิทธิต่าง ๆ ของผู้ป่วยจิตเวช ระยะเวลา

เวลา 50 นาที

แผนกิจกรรมที่ 6 ปัญหาที่พบบ่อยในการ ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ระยะเวลา 50 นาที

แผนกิจกรรมที่ 7 การดูแลผู้ป่วยจิตเวช และครอบครัว ระยะเวลา 2 ชั่วโมง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม ข้อมูล ได้แก่ แบบวัดทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และครอบครัว

สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งทีมวิจัย ได้พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ตอนที่ 2 ข้อมูลด้านทักษะการดูแลผู้ป่วย จิตเวชและครอบครัวของอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ ให้เลือกตอบตามที่ ปฏิบัติจริง เกณฑ์การให้คะแนน ตอบ ข้อ 1 ให้ 1 คะแนน ตอบ ข้อ 2 ให้ 2 คะแนน ตอบ ข้อ 3 ให้ 3 คะแนน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพ จิตและจิตเวช จำนวน 5 คน ปรับแก้ตามข้อ เสนอแนะทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) วิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สูตร สัมประสิทธิ์ อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ .759

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ทักษะ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวของอาสา สมัครสาธารณสุข ก่อนการทดลอง หลังการ ทดลอง และระยะติดตามผล โดยการวิเคราะห์ ความแปรปรวนทางเดียว (One-way Repeated Measure ANOVA) (Stevens,2002)

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่าง รายคู่หรือทดสอบภายหลัง (Post Hoc Test) ของ ค่าเฉลี่ย ทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว

ของอาสาสมัครสาธารณสุข ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ด้วยวิธีการ LSD (Least Significant Difference) (Stevens, 2002)

ผลการศึกษา

1. กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 80 อายุเฉลี่ย 38.33 (SD = 8.75) อายุมากกว่า 50 ปี ร้อยละ 13.3 การศึกษาระดับประถมและมัธยมศึกษาเท่ากันที่ร้อยละ 43.3 ส่วนใหญ่อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 80 ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข เฉลี่ย 4.70 ปี มากกว่า 10 ปี ร้อยละ 9.9 ระยะเวลามากที่สุด คือ 22 ปี เคยผ่านการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิต ร้อยละ 76.7

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวของอาสาสมัครสาธารณสุข

โดยรวมที่ได้จากการวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะการติดตามผล มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (197.794) ดังแสดงในตารางที่ 1

3. ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวของอาสาสมัครสาธารณสุข หลังการทดลอง (2.850) และหลังการติดตามผล (2.282) แตกต่างจากก่อนการทดลอง (2.911) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่หลังการทดลองกับหลังการติดตามผล แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าการทดลองโดยใช้โปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขส่งผลต่อทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวของอาสาสมัครสาธารณสุขให้ดีขึ้น และหลังการติดตามผลมีแนวโน้มสูงขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวของอาสาสมัครสาธารณสุขโดยรวมก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล

แหล่งความแปรปรวน	Sum of Squares	df	Mean Squares	F
ผลการวัดก่อน หลังและหลังการติดตามผล	646.952	1	.973	32.326*
ความคลาดเคลื่อน	.408	29	.014	

*p < .05

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้จากผลการวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล ด้วยวิธีการ Bonferroni

ระยะเวลาทดลอง	Mean Difference	Std. Error
หลังการทดลอง (2.850) ก่อนการทดลอง (2.282)	.568*	.037
หลังการติดตามผล (2.911) ก่อนการทดลอง (2.282)	.629*	.038
หลังการติดตามผล (2.911) หลังการทดลอง (2.850)	.061	.028

*p < .05

การอภิปรายผล

สมมติฐานที่ 1 อาสาสมัครสาธารณสุขภายหลังได้รับการอบรมตามโปรแกรมการพัฒนาทักษะ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวทันที มีคะแนนทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวสูงกว่าก่อนได้รับการอบรม ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตาราง 1) อธิบายได้ว่าการเข้าร่วมโปรแกรมครบทั้ง 7 เรื่อง อาสาสมัครสาธารณสุขมีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันโดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมส่งผลให้เกิดความรู้ เข้าใจเกี่ยวกับโรคอาการแสดง และการรักษาทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขเกิดความตระหนักในบทบาทของตนเอง มีเจตคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว รวมทั้งการเข้าร่วมโปรแกรมจะทำให้มีแนวทางในการปฏิบัติกับผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวอย่างชัดเจน ซึ่งถือได้ว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุข สอดคล้องกับที่ชม ภูมิภาค (2523 อ้างอิงในบุญพา ณ นครและคณะ, 2546) กล่าวว่า การที่บุคลากรสาธารณสุขปฏิบัติในสิ่งใดได้

ถูกต้องนั้นบุคคลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องนั้นเสีย ก่อน และมีความรู้ความเข้าใจเป็นพื้นฐานในการคิด ไตร่ตรอง และปฏิบัติทำให้เกิดทักษะที่ดีต่อไป นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างคืออาสาสมัครสาธารณสุขที่เข้าร่วมโครงการมีอายุเฉลี่ย 38.33 โดยมีอายุมากกว่า 50 ปี ร้อยละ 13.3 ซึ่งอายุจะเป็นตัวบ่งบอกถึงวุฒิภาวะและประสบการณ์ของบุคคลที่ผ่านมาในการจัดการเกี่ยวกับเรื่องราว หรือปัญหาต่างๆ โดยพบว่าพฤติกรรมกรรมการเรียนรู้ จะเพิ่มขึ้นตามอายุ และสูงสุดเมื่ออยู่ในวัยผู้ใหญ่ (นงลักษณ์ วรรักษานานนท์, 2546) การที่อาสาสมัครสาธารณสุขได้เรียนรู้ เรื่องโรค อาการแสดงและการรักษาผู้ป่วย ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนมุมมองเข้าใจ เห็นใจผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว เมื่อได้รับการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขได้ดูแลตัวอย่างจากการสาธิต เรียนรู้จากการฝึกปฏิบัติตามหลักวิชาการ การผลัดเปลี่ยนแสดงบทบาทสมจริงในการฝึกเยี่ยมบ้าน ทำให้มีประสบการณ์ร่วมกันรวมทั้งการให้ข้อมูลหรือข้อสังเกตที่พบย้อนกลับจากผู้ร่วมฝึกและวิทยากร และการอภิปราย

ประสบการณ์ที่ได้จากการฝึกปฏิบัติร่วมกัน ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ ผสมผสานกับประสบการณ์ตรงของตนเองจนสามารถประยุกต์ใช้ได้เหมาะสมส่งผลให้เกิดความมั่นใจในการนำไปปฏิบัติ ผลการศึกษาจึงพบว่าอาสาสมัครมีทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สมมติฐานที่ 2 อาสาสมัครสาธารณสุขภายหลังได้รับการอบรมตามโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว 1 เดือน มีคะแนนทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชและครอบครัวสูงกว่าก่อนได้รับการอบรม ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขได้มีการพัฒนาทักษะอย่างต่อเนื่องภายหลังการอบรม 1 เดือน กล่าวคือ การนำความรู้ที่ได้จากการอบรมไปปฏิบัติ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านโดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลเป็นพี่เลี้ยง ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขสามารถนำความรู้มาผสมผสานกับประสบการณ์ของตนเอง ส่งผลให้มีความเข้าใจ มั่นใจ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมากขึ้น เมื่อมีการนำความรู้ไปปฏิบัติแล้วใช้ได้ผล สามารถแก้ปัญหา รวมถึงให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวตามสภาพปัญหาที่พบได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผู้ปฏิบัติมีความมั่นใจ มีกำลังใจ และแรงจูงใจในการทำงาน มองเห็นประโยชน์ของความรู้ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรม ผลการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขดังกล่าว อธิบายได้ตามแนวคิดการพัฒนาทักษะของ เดรฟัสและเดรฟัส (Dreyfus & Dreyfus, 2002 อ้างอิงใน จีระพรรณ สุริยงค์ และ

คณะ, 2551) ที่อธิบายว่าการพัฒนาทักษะนั้น ขึ้นแรก อิงทฤษฎี ต่อมาจะผสมผสานกับประสบการณ์ จนเกิดความเชี่ยวชาญต่อไป และการเรียนรู้ตามทฤษฎีของไทเลอร์ (Tylor) (<http://th.wikipedia.org/>, 2553) กล่าวว่า การเปิดโอกาสให้มีการฝึกทักษะในกิจกรรมและประสบการณ์บ่อยๆ และต่อเนื่องกันเป็นการเพิ่มความสามารถทั้งหมดของผู้เรียนที่จะได้ใช้ประสบการณ์ได้ในสถานการณ์ต่างๆ กัน และทฤษฎีการเรียนรู้ 8 ขั้น ของกาเย่ (Gagne) (<http://th.wikipedia.org/>, 2553) ที่กล่าวว่า การรับรู้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ผู้เรียนจะรับรู้สิ่งที่สอดคล้องกับความตั้งใจ เกิดความจำระยะสั้นและระยะยาว สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับสิ่งที่เรียนรู้ และฝึกปฏิบัติ เพื่อให้เกิดทักษะหรือพฤติกรรม รวมทั้งการให้คำแนะนำเพิ่มเติม จะทำให้การเรียนรู้บรรลุวัตถุประสงค์ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างเคยผ่านการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิต ร้อยละ 76.7 และระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข เฉลี่ย 4.70 ปี โดยมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 9.9 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างได้สั่งสมประสบการณ์ในการทำงานด้านสุขภาพจิตมาเป็นระยะเวลาหนึ่ง จากผลการศึกษาครั้งนี้ น่าจะมีผลจากการได้รับความรู้และทักษะตามโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข ที่ตรงกับความต้องการและความจำเป็นในการนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในความรับผิดชอบ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างสามารถพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้ และมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชภายหลังการฝึกปฏิบัติเป็นระยะเวลา 1 เดือนสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สมมติฐานที่ 3 อาสาสมัครสาธารณสุข

ภายหลังได้รับการอบรมตามโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว 1 เดือน มีคะแนนทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชและครอบครัวสูงกว่าหลังได้รับการอบรมทันที ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจจะมีผลจากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านเพียง 1 ราย ทำให้มีการเรียนรู้พัฒนาทักษะได้น้อย หากมีประสบการณ์มากขึ้น ระยะเวลาในการปฏิบัติมากขึ้น อาสาสมัครสาธารณสุขน่าจะมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวสูงขึ้น อธิบายได้ตามทฤษฎีของ ไทเลอร์ (Tyler) (<http://th.wikipedia.org/2553>) ที่กล่าวว่า การเปิดโอกาสให้มีการฝึกทักษะในกิจกรรมและประสบการณ์บ่อย ๆ และต่อเนื่องกันเป็นการเพิ่มความสามารถทั้งหมดของผู้เรียนที่จะได้ใช้ประสบการณ์ได้ในสถานการณ์ต่างๆ ส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประเมินว่าตนเองมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวไม่แตกต่างจากทักษะที่เกิดขึ้นภายหลังอบรมทันที ซึ่งผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ จีระพรรณ สุริยงค์ และคณะ (2551) เรื่องผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทภายหลังได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านระยะติดตามผล 1 เดือน มีทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่บ้านสูงกว่าหลังได้รับโปรแกรมทันที โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งงานวิจัยชุดนี้อธิบายว่า ผู้ดูแลได้นำความรู้ที่ได้รับไปทดลองใช้มากขึ้น ซึ่งการนำความรู้และทักษะไปใช้นั้นส่งผลให้เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงที่มีพื้นฐานความรู้ที่ถูกต้องส่งผลให้ผู้ดูแลมีการพัฒนาทักษะมาก

ขึ้นกว่าหลังการได้รับโปรแกรมทันที

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

พยาบาลหรือบุคลากรสาธารณสุขสามารถนำโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขสุภาพไปใช้ในการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขสุภาพเพื่อให้ความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว รวมทั้งการวางแผนการดำเนินงานพัฒนาร่วมกับชุมชนองค์กรต่าง ๆ ในพื้นที่ เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรนำโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขสุภาพไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มจิตอาสา หรืออาสาสมัครกลุ่มอื่น เช่น NGO อสม.จิต
2. ควรศึกษาความสัมพันธ์ของทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชกับจำนวนผู้ป่วยและครอบครัวที่ดูแล ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว 3 เดือน 6 เดือน เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม และเพื่อการพัฒนาต่อเนื่องของโปรแกรม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ อาสาสมัครสาธารณสุขทุกท่านที่เข้าร่วมโครงการและให้ความร่วมมือในการดำเนินการศึกษาเป็นอย่างดี ขอพระคุณสาธารณสุขอำเภอไชยา และบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากหมาก อำเภอไชยา จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่ให้ความร่วมมือและสนับสนุนการดำเนินโครงการจนสำเร็จลุล่วง

และขอขอบคุณสภาการพยาบาลที่สนับสนุนทุนการวิจัยเพื่อพัฒนางานประจำปี 2552 ครั้งนี้

รายการอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต.(2540). *แผนพัฒนางานสุขภาพจิตตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 พ.ศ. 2540-2544* ด้านสาธารณสุข. นนทบุรี: สยามอินเสิร์ทมาเก็ตติ้ง.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, ปารณัฐ สุขสุทธิ. (2550). *ศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข: บทบาทและบริบทที่เปลี่ยนแปลงไปในสังคมไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข.* (1) ฉบับที่ 3-4 ต.ค.-ธ.ค.

ขนาน หัสศิริ และคณะ.(2537). *การพัฒนารูปแบบการพึ่งตนเองของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน.* โรงพยาบาลสวนปรุง สถาบันสุขภาพจิต.

ขวัญฤทัย ธนารักษ์ และคณะ. (2547). *การพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนตามแนวทางกิจกรรมบำบัด.* โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต.

จลี เจริญสรรพ และคณะ. (2548). *การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน.* โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต.

จิระพรรณ สุริยงค์ และ คณะ. (2551). *ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท.* *พยาบาลสาร.* 35(3). กรกฎาคม - กันยายน 2551.

ชนิกรรดา ไทยสังคม สาลินี สันศักดิ์การ และคณะ. (2547). *รายงานการวิจัย : ศักยภาพ*

ของชุมชนในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท : ศึกษากรณีชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนนทบุรี. โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

ชโลม สรรพสุ (2544). *รายงานการวิจัยเรื่องการศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคจิต: กรณีศึกษา ตำบลอุดมทรัพย์ อำเภอน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา.* โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา กรมสุขภาพจิต.

นงลักษณ์ วรรณรัตนันท์. (2546). *พฤติกรรมเอื้ออาทรของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท.* การค้นคว้าอิสระ หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

นพรัตน์ ไชยขำนิ. (2544). *ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาระและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บุญพา ณ นคร และ คณะ. (2549). *ความรู้เจตคติและทักษะของนักศึกษาที่ผ่านการอบรมโครงการเพื่อนผู้ให้การปรึกษา โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี.* โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

ทูลภา บุญผาสังข์. (2545). *ภาระและความ*

สามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการ
กลับมารักษาซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเวช.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาล
จิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ภารดี การเร็ว. (2541). *ความสามารถในการรับ
ยาของผู้ป่วยนอกโรคจิตเภท โรงพยาบาล
สวนปรุง. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุข-
ศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่,
เชียงใหม่.*

รัชนิกร อุปเสน. (2541). *การศึกษาบทบาทและ
ภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาล
จิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
ขอนแก่น.*

วาสนา ปานคอก. (2545). *กิจกรรมการดูแล
ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแล.
วิทยานิพนธ์สาธาณสุขศาสตรมหา
บัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.*

สนาม บินไชย. (2542). *รายงานการวิจัยเรื่อง
การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแล
ผู้ป่วยจิตเภท. จังหวัดชัยนาท. ศูนย์สุขภาพ
จิตชัยนาท. กรมสุขภาพจิต กระทรวง
สาธาณสุข.*

เอื้ออารี สาริกา. (2543). *ความเครียดและการ
เผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาล
จิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
มหิดล.*

ราตรี ภูบุญ. (2545). *พฤติกรรมทางสังคมของ
ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทตามการรับรู้ของผู้ดูแล.*

วิทยานิพนธ์สาธาณสุขศาสตรมหา
บัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

Steve James. (2002). *Applied Multivariate
Statistics for The Social Sciences 4th
edition.* New Jersey: Lawrence Erlbaum
Associates Inc.

Tindall A. Judith & Gray H. Dean. (1985).
*Peer Counseling An In-Depth Look At
Training Peer Helpers.* 2nd ed. Indiana :
Accelerated development inc. [http://
th.wikipedia.org/2553](http://th.wikipedia.org/2553). เข้าถึงข้อมูลเมื่อ
1 กุมภาพันธ์ 2553.