การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงเชิงรุกในชุมชนแบบครบวงจร

วิภาวี จันทมัตตุการ[1], นพรัตน์ ไชยชำนิ[2],
ก.สินศักดิ์ สุวรรณโชติ[3], สายฝน เอกวรางกูร[4]

บทคัดย่อ

ที่มา: ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมรุนแรงสูงกว่าประชากรทั่วไป 2-10 เท่า มีการทำร้ายผู้อื่นหรือฆ่าตัวตายสำเร็จร้อยละ 10 เป็นผลกระทบรุนแรงทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัว สังคมและชุมชน

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาและประเมินรูปแบบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงเชิงรุกในชุมชนแบบครบวงจร

วิธีการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง 40 คน ผู้ดูแล 40 คน และเครือข่ายสุขภาพในชุมชน 30 คน ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ดำเนินการ 3 ระยะ คือ 1) ระยะเริ่มต้นเตรียมทีมวิจัยและชุมชน 2) ระยะดำเนินการวิเคราะห์สถานการณ์และรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน 3) ระยะสิ้นสุดการวิจัย ติดตามผลหลังดำเนินการวิจัย 1, 3 เดือน ข้อมูลคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ข้อมูลปริมาณวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ และค่าทีอิสระ

ผลการศึกษา: ได้รูปแบบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงเชิงรุกในชุมชนแบบครบวงจร ผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยของการทำหน้าที่ทางสังคม คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแล และภาระการดูแลของผู้ดูแล ก่อน และหลังการทดลอง 1 และ 3 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (< 0.05) ($F = 14.368, 20.421, 28.89, 13.349$ ตามลำดับ) บุคลากรเครือข่ายมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตและความสุขสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (<0.05) ($t = 2.32, 4.54$ ตามลำดับ)

สรุป: รูปแบบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงเชิงรุกในชุมชนแบบครบวงจรนี้เน้นการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ก่อเกิดผลลัพธ์การพัฒนาเชิงบวกส่งผลให้ผู้ป่วย ครอบครัว และผู้เกี่ยวข้องอยู่ร่วมกันอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ การมีส่วนร่วม ผู้ป่วยจิตเภท พฤติกรรมรุนแรง การดูแลในชุมชน

[1]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์
[2]อาจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
[3]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์
[4]รองศาสตราจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

รับบทความ: 3 มกราคม 2566
ปรับแก้บทความ: 14 มีนาคม 2566
ตอบรับการตีพิมพ์: 20 มีนาคม 2566

Development of Network Participation Model for Caring Schizophrenic Patients with Violence Behavior Toward a Comprehensive Proactive Health Care in Community

Wipavee jantamattukarn[1], Nopparat Chaichumni [2],
K.Sinsak Suvanchot [3], Saifon ckwarangkoon[4]

Abstract

Background: Schizophrenic patients were more increased risk of violence behavior with 2-10 times than the general population. 10% of violence patients were impacted more seriously to themselves, families, society, and community.

Objectives: This study aim to develop and assess community health care networks (CHN) participation model for caring schizophrenic patients with violence behavior toward a comprehensive proactive health care in community.

Method: The sample of this study were 40 schizophrenic patients with violence behavior, 40 caregivers, and 30 CHN personnels. Participatory action research was conducted in 3 phases: 1) initial phase was Research team and community preparation 2) Operation stage included the situation analysis, developed, and evaluated care model and 3) Evaluation stage was follow-up of the research results after 1 and 3 months. The qualitative data were analyzed by content analysis. Quantitative data were analyzed by frequency distribution, percentage, mean, standard deviation. and one-way ANOVA and t-test.

Results: The model for caring schizophrenic patients with violent behavior toward a comprehensive proactive health care in community was developed. The result revealed that social functioning and quality of life of schizophrenic patients and caregivers, caregivers' burden mean score of experimental group and control group after 1 and 3 months were significantly different at $P< 0.05$ ($F=14.37$, 20.42, 28.89 and 13.35 respectively). Community health care networks personnel had a statistically significant in quality of life and happiness scores at $P< 0.05$ (t test = 2.32 and 4.54, respectively).

Conclusion: This model for caring schizophrenic patients with violent behavior toward a comprehensive proactive health care in community emphasized the participation of all stakeholders. The result created positive development which were supported for patients, families and stakeholder living together with good quality of life.

Keywords: model development, participation, schizophrenia, violent behavior, community care

Received: January 3, 2023.
Revised: March 14, 2023.
Accepted: March 20, 2023.

บทนำ

สถิติขององค์การอนามัยโลกระบุว่าโรคจิตเภทส่งผลกระทบต่อผู้คนประมาณ 24 ล้านคนหรือ 1 ใน 300 คน ทั่วโลก[1] เป็นโรคที่ก่อให้เกิดความทุกข์ยากและความบกพร่องในการใช้ชีวิตส่วนตัวของผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม เนื่องจากความแปรปรวนของสารเคมีในสมองทำให้เกิดความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม ในประเทศไทยผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงจำแนกตามกลุ่มโรค ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภทและโรคหลงผิด [2] ทั้งนี้สาเหตุของการมีพฤติกรรมรุนแรงเกิดจากขาดการรักษาไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ใช้สารเสพติด รวมทั้งการตีตราจากคนในสังคม ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทก่อความรุนแรงต่อทั้งตนเอง ครอบครัว และสังคม [2]

โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต ให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในเขตสุขภาพที่ 11 ดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเชิงรุกทั้งด้านการส่งเสริมป้องกันโรค บำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยแบบครบวงจรจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ผลการดำเนินงานในอำเภอชัยบุรี จังหวัดสุราษฎร์ธานี ปี พ.ศ. 2559-2561 พบว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองน้อย มีจำนวนผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มสูงขึ้นทุกปี (24, 29 และ 41 คน ตามลำดับ) และจากการสนทนากลุ่มพบปัญหาของพื้นที่คือ เมื่อปี พ.ศ. 2560 ผู้ป่วยจิตเภทก่อความรุนแรงจำนวน 5 คน เนื่องจากขาดการรักษาต่อเนื่อง ไม่ยอมรับความเจ็บป่วย ใช้สารเสพติด และระบบการดูแลผู้ป่วยไม่มีฐานข้อมูลที่ชัดเจน ประกอบกับประชาชนและบุคลากรสาธารณสุขขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย รู้สึกกลัวและขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยขณะมีพฤติกรรมรุนแรง ญาติไม่ให้ความร่วมมือ

สำหรับความต้องการการพัฒนาของพื้นที่ประกอบด้วย ความรู้เรื่องการดูแลและการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง และปัญหาส่วนหนึ่งเกิดจากระบบหรือรูปแบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชนที่ขาดการติดตามและประเมินผล ประเด็นสำคัญที่สุดคือไม่มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่เป็นรูปธรรมชัดเจนและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน เครือข่ายบริการสุขภาพตำบลคลองน้อยจึงร่วมกับโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ประสานความร่วมมือภายใต้หลักการระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System) มุ่งเน้นสุขภาพประชาชนเป็นที่ตั้ง เริ่มจากชุมชนรับรู้ข้อมูล สร้างความตระหนักสู่การวางแผนร่วมกันในการดูแล เฝ้าระวัง เยียวยา ผ่านความร่วมมืออย่างจริงจังของภาคีเครือข่าย และการศึกษาวิจัยพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงเชิงรุกในชุมชนแบบครบวงจร ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ทางสังคม มีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมทั้งเกิดประโยชน์ต่อชุมชนในการสร้างความรู้ความเข้าใจเชิงบวก ลดอคติ และสามารถอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทได้

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาและประเมินรูปแบบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงเชิงรุกในชุมชนแบบครบวงจร

วัสดุและวิธีการ

วิธีการศึกษา

กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) อาศัยแนวคิดและกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research, PAR) ของเคมมิสและแมคทากกาท (Kemmis & Mctaggart) [3] ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ

ผ่านกิจกรรม 4 ขั้นตอนหลัก ประกอบด้วย 1) ระยะเริ่มต้นการวิจัย: ขั้นการวางแผน (planning) 2) ระยะดำเนินการวิจัย: ขั้นการปฏิบัติ (action) และ 3) ระยะสิ้นสุดการวิจัย: ขั้นการสังเกต (observation) และขั้นการสะท้อนกลับ (reflection) โดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ดำเนินการวิจัยระหว่างตุลาคม 2562 ถึงกันยายน 2564 ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเริ่มต้นการวิจัย: ขั้นการวางแผน ประกอบด้วย

1. การเตรียมทีมวิจัย จัดประชุมชี้แจง ร่วมวางแผนการดำเนินงาน และมอบหมายดำเนินงานตามแผน

2. การเตรียมชุมชน มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมกับผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย กำหนดพื้นที่ศึกษา สร้างสัมพันธภาพกับผู้นำชุมชน ภาคีเครือข่าย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และกลุ่มเป้าหมาย โดยกำหนดพื้นที่ศึกษาวิจัย ศึกษาข้อมูลพื้นฐาน ร่วมกำหนดผู้มีส่วนร่วม สร้างความตระหนักและความต้องการมีส่วนร่วมเพื่อแก้ปัญหาของชุมชน เข้าใจสถานการณ์ปัญหา/อุปสรรค และความต้องการการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงในชุมชน ใช้การสำรวจ สัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม ให้ชุมชนได้ร่วมประเมิน วิเคราะห์กำหนดแนวทางการมีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาการดูแลผู้ป่วย ด้วยกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control, AIC) ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย และมุ่งเน้นความสำคัญของการมีส่วนร่วมให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบ

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการวิจัย: ขั้นการปฏิบัติ ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ประกอบด้วย

1. ขั้นทำความเข้าใจสถานการณ์ โดยจัดประชุมผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน เพื่อชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย ข้อมูลพื้นฐาน และผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาและความต้องการการดูแลให้กับทีมเครือข่ายการดูแลผู้ป่วย ร่วมกันวิเคราะห์ทบทวนสถานการณ์และสภาพปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในพื้นที่ พัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นผ่านการสนทนากลุ่มย่อยในทีมภาคีเครือข่าย สัมภาษณ์เชิงลึกกับทีมผู้บริหาร ผู้ป่วย และญาติ ในประเด็นปัญหาความต้องการและรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน การสร้างความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโดยใช้คำถามกึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

2. ขั้นพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง โดยประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (AIC) เพื่อกำหนดโครงสร้างและกลยุทธ์การมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย โดยการนำเสนอ วิเคราะห์อภิปราย และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยตามบทบาทของผู้เกี่ยวข้องแต่ละกลุ่มโดยใช้ความรู้และภูมิปัญญาท้องถิ่นของแต่ละหมู่บ้าน แล้วจัดทำแผนปฏิบัติการ ควบคุม กำกับการดำเนินงาน และประเมินผล

ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการวิจัย : ขั้นการสังเกตและขั้นการสะท้อนกลับ ระยะนี้เป็นการประเมินผลขั้นสุดท้าย เพื่อสะท้อนการดำเนินการ หาข้อสรุปร่วม จุดเด่น จุดด้อย ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานตามกระบวนการวิจัย

พื้นที่เป้าหมายคือ อำเภอชัยบุรี จังหวัดสุราษฎร์ธานี ประกอบด้วย 4 ตำบล ได้แก่ คลองน้อย ชัยบุรี ไทรทอง และสองแพรก พื้นที่รวม 430 ตารางกิโลเมตร 37 หมู่บ้าน 11,013 หลังคาเรือน โรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4 แห่ง ประชากร 28,096 คน ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม มีบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 34 คน และอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 624 คน ผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 84 คน ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทจำนวน 46 คน

กลุ่มตัวอย่าง มี 3 กลุ่ม ประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง, ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง และ สมาชิกเครือข่ายผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงในชุมชน

โดยมีการกำหนดเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกเพื่อดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sample) เข้าร่วมการวิจัยตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนด ดังนี้

1) ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง
   - เกณฑ์การคัดเข้า ผู้ป่วยได้รับการวินิจเป็นโรคจิตเภท อายุ 20 – 60 ปี มีประวัติพฤติกรรมรุนแรงตั้งแต่เล็กน้อยถึงรุนแรงมาก วัดด้วยแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) ระดับ 1 - 3
   - เกณฑ์การคัดออก ผู้ป่วยจิตเภทที่มีโรคแทรกซ้อนทางกาย มีอาการทางจิตรุนแรงระหว่างดำเนินการวิจัย และไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบทุกขั้นตอน
   - จากสถิติพบว่าในพื้นที่เป้าหมายมีผู้ป่วยจิตเภท ทั้งหมดจำนวน 46 คน ที่ มีผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์ทั้งหมด 40 ราย ได้รับการคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้
2) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง
   - เกณฑ์การคัดเข้า อายุ 20 ปีขึ้นไป เป็นผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป และสมัครใจเข้าร่วมวิจัยได้ครบทุกขั้นตอน
   - เกณฑ์การคัดออก ประกอบด้วย ผู้ดูแลที่มีโรคแทรกซ้อนทางกายที่รุนแรง มีอาการทางจิตไม่สามารถดูแลผู้ป่วย
   - ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลจำนวน 40 คน ที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่ผ่านการคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง
3) เครือข่ายผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงในชุมชน ผู้ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ สาธารณสุขอำเภอ นักวิชาการสาธารณสุข ผู้นำชุมชน ตำรวจ เจ้าหน้าที่รักษาความสงบหมู่บ้าน อสม. เป็นต้น
   - เกณฑ์การคัดเข้า เป็นผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงโดยตรง และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยได้ครบทุกขั้นตอน
   - เกณฑ์การคัดออก มีโรคแรกซ้อนทางกายที่รุนแรง
   - โดยมีสมาชิกผ่านเกณฑ์ จำนวน 30 คน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต เอกสารรับรองเลขที่ DMH.IRB.COA 024/2563

เครื่องมือวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป พัฒนาโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลภาวะสุขภาพ ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง 2) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง และ 3) ข้อมูลส่วนบุคคลของเครือข่ายฯ

2. คำถามกึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ประเด็นปัญหาการดูแลผู้ป่วยในชุมชน และความ

ต้องการรูปแบบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงในชุมชน เพื่อใช้เป็นแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus group) พัฒนาโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถามปลายเปิด จำนวน 5 ข้อ ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน พิจารณาความถูกต้องของเนื้อหาและภาษา แล้วนำแนวคำถามดังกล่าวไปทดลองใช้และปรับปรุงก่อนนำไปใช้

3. แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ส่วนบุคคลและทางสังคม (Personal and Social Performance Scale Thai version, Thai PSP) พัฒนาโดยโมโรสินิและคณะ แปลเป็นภาษาไทยโดยมานิต ศรีสุรภานนท์ [4] ค่าความเชื่อมั่นของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.75

4. แบบวัดคุณภาพชีวิต (QOL) ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BRIEF-THAI) ของสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ [5] พัฒนาจากแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ค่าความเชื่อมั่นของครอนบาค เท่ากับ 0.84 ค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) เท่ากับ 0.65

5. แบบวัดดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย (Thai Happiness Indicator 15, THI15) ของกรมสุขภาพจิต [6] ค่าความเชื่อมั่นของครอนบาค เท่ากับ 0.70

6. แบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต (Thai General Health Questionnaire 12, Thai GHQ 12) พัฒนาโดยธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ [7] ความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ของข้อคำถามมีค่าความเชื่อมั่นของครอนบาค ตั้งแต่ 0.84 ถึง 0.94 ค่าความไว (sensitivity) ตั้งแต่ร้อยละ 78.1 ถึง 85.3 และค่าความจำเพาะ (specificity) ตั้งแต่ร้อยละ 84.4 ถึง 89.7

7. แบบวัดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท สร้างจากแนวคิดของ มอนท์โกเมอรีและคณะ พัฒนาโดย นพรัตน์ ไชยชำนิ[8] มีข้อคำถามจำนวน 24 ข้อ การแปลค่าคะแนนภาระการดูแล คะแนนสูงหมายถึงมีภาระการดูแลสูง ค่าความเชื่อมั่นของครอนบาค เท่ากับ 0.93

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (Repeated Measure ANOVA) และค่าทีอิสระ (Independent t-test)

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 ระยะเริ่มต้นการวิจัย: ขั้นการวางแผน

ผู้เกี่ยวข้องมีความรู้ความเข้าใจ ทัศนคติเชิงบวก มีสมรรถนะและทักษะการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มองเห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยในชุมชนมากขึ้น ตระหนักถึงความสำคัญและความมั่นใจในความร่วมมือนำไปสู่การวางแผนดำเนินการวิจัยตั้งแต่การกำหนดพื้นที่ ลงพื้นที่ร่วมค้นหากลุ่มเป้าหมาย ดำเนินตามแผน และการติดตามผลการวิจัยทั้งระหว่างและเสร็จสิ้นการดำเนินงาน มีการมอบหมายงานตลอดระยะเวลาการวิจัย และสะท้อนผลการปฏิบัติงานในแต่ละระยะเพื่อวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน ปัญหาและอุปสรรค ทุกฝ่ายให้ข้อมูลเชิงบวกในลักษณะการเรียนรู้และเติบโตร่วมกัน

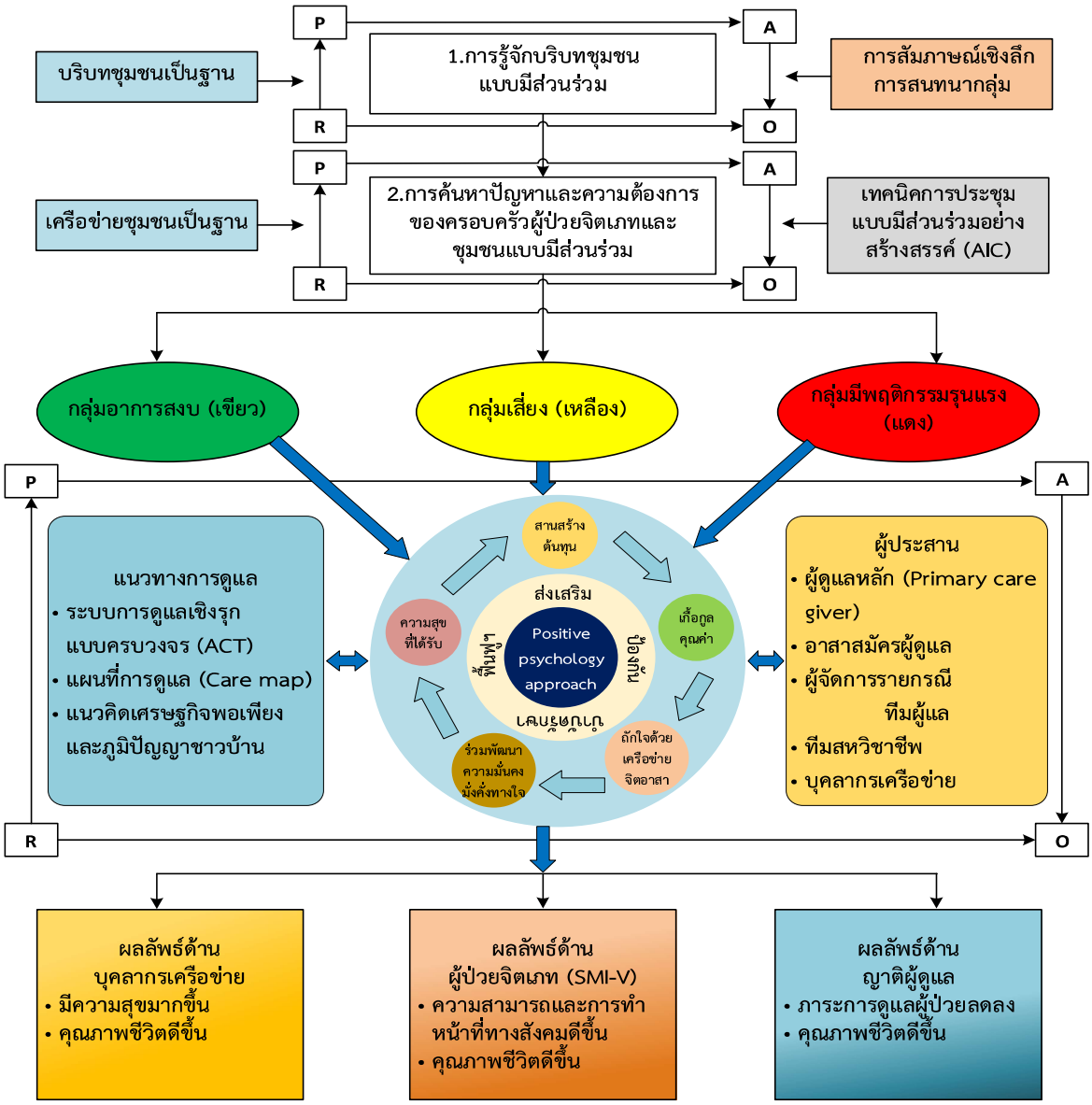
พบปัญหาสำคัญในตำบลชัยบุรีคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงส่วนใหญ่ใช้สารเสพติดร่วมด้วย ทำให้การดูแลยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้น ต้องใช้

ความรู้ความเข้าใจที่ลึกซึ้งด้านจิตเวชในภาวะวิกฤติฉุกเฉิน และอาศัยความร่วมมือจากผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่าย รวมทั้งต้องดำเนินการรูปแบบเชิงระบบของคนในชุมชนและเครือข่าย

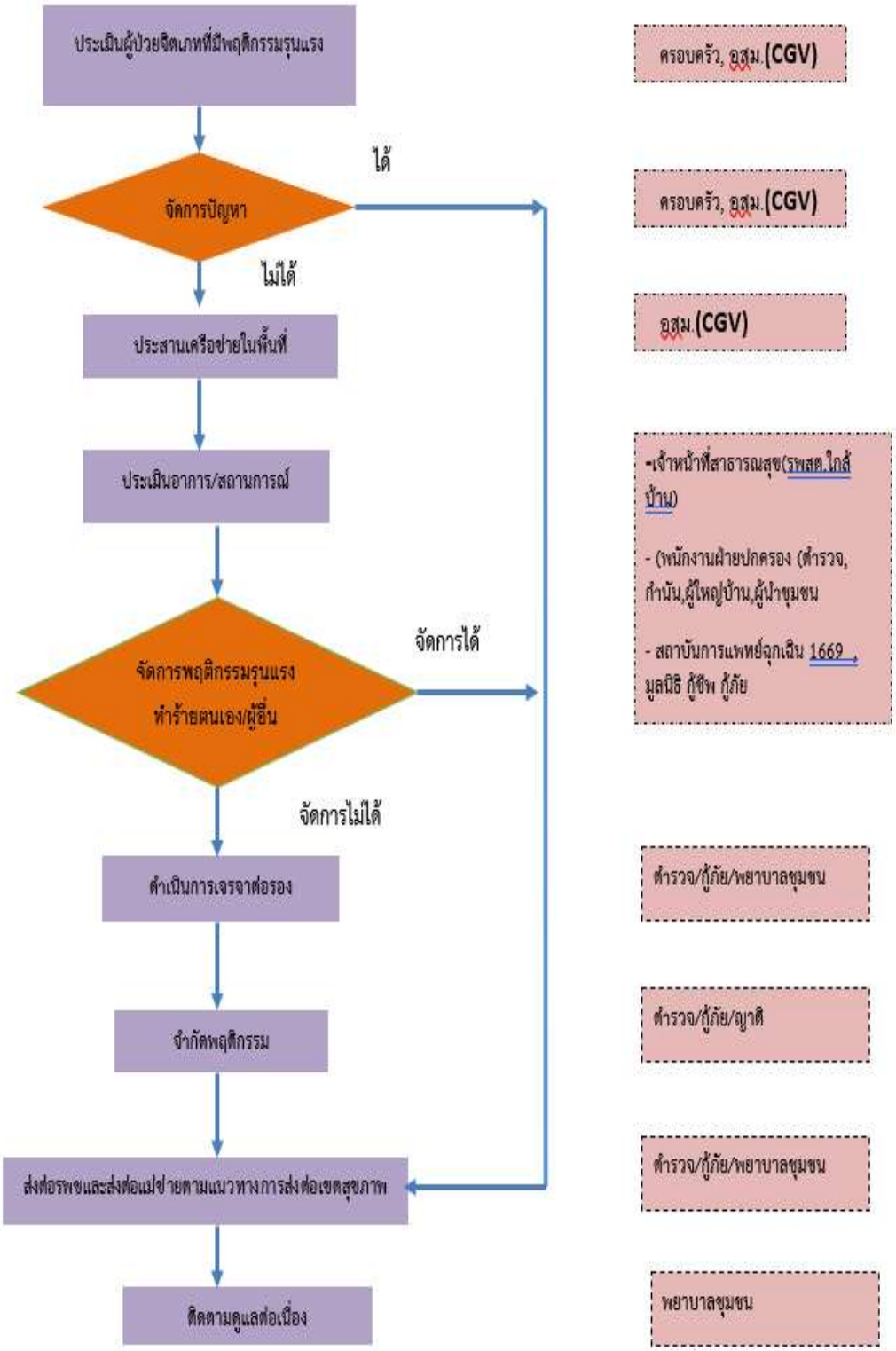
ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการวิจัย: ขั้นการปฏิบัติ ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) พบว่านายอำเภอและทีมเครือข่ายผู้ดูแลผู้ป่วยในตำบลชัยบุรี มีความตระหนักถึงปัญหาและผลกระทบของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ที่ส่งผลให้ประชาชนมีความหวาดกลัว ขาดความสุข เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพและเครือข่าย ผู้ดูแล ขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลเชิงระบบ ทำให้เครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเห็นถึงความสำคัญในการร่วมมือเพื่อวิเคราะห์ปัญหา หาแนวทาง และรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่เป็นระบบและมีประสิทธิภาพ

ทีมเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในตำบลชัยบุรี มีความรู้ความเข้าใจรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ให้ความสนใจและร่วมมือในการดำเนินการวิจัยทุกขั้นตอน ตั้งแต่วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา อภิปราย หาแนวทางแก้ปัญหา พัฒนาระบบการดูแล นำรูปแบบการดูแลสู่การปฏิบัติ ประเมินผล สะท้อนผลลัพธ์การดูแล รวมถึงปรับปรุงรูปแบบการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทแบบครบวงจรของชุมชนชัยบุรี ดังรายละเอียดใน**แผนภาพที่ 1** ซึ่งเน้นการสานสร้างต้นทุนที่ดีในการปฏิบัติการ และใช้แนวทางการลดการตีตราผู้ป่วยจิตเภทด้วยการดูแลแบบเกื้อกูล ส่งเสริมคุณค่าในตนเอง เปิดพื้นที่ให้ผู้ป่วยทมีที่ยืนในสังคม มีการดำเนินงานสอดคล้องกับกรอบคิดของการสาธารณสุข บนพื้นฐานการคิดเชิงบวก ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่ดี ภายใต้การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของกลุ่มผู้ดูแลและกลุ่มบุคลากรเครือข่าย รวมทั้งได้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนตั้งแต่การประเมิน การจัดการกับปัญหาและพฤติกรรมรุนแรง ตลอดจนการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ดังรายละเอียดใน**แผนภาพที่** 2

แผนภาพ ที่ 1 แสดงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงเชิงรุกแบบครบวงจร ชุมชนชัยบุรี



แผนภาพที่ 2 แสดงผังการไหลของแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนชัยบุรี



ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการวิจัย : ขั้นการสังเกตและขั้นการสะท้อนกลับ เป็นการประเมินผลขั้นสุดท้าย เพื่อหาข้อสรุปร่วม จุดเด่น จุดด้อย ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานตามกระบวนการวิจัย รวมถึงการวิเคราะห์ข้อมูลก่อนเข้าร่วมกิจกรรม เมื่อเสร็จสิ้นการเข้าร่วมกิจกรรม 1 และ 3 เดือน โดยผู้วิจัยนัดกลุ่มตัวอย่างติดตามประเมินผล ณ สาธารณสุขอำเภอชัยบุรี พบว่า

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

1. ตัวแปรคุณลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีลักษณะไม่แตกต่างกันทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกันทั้งคุณลักษณะต่าง ๆดังรายละเอียดที่แสดงใน**ตารางที่ 1**

ตารางที่ 1 แสดงเปรียบเทียบตัวแปรคุณลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		χ^2	*p*-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					.102	0.749
ชาย	12	30.0	11	27.5		
หญิง	8	20.0	9	22.5		
สถานภาพสมรส					4.167	0.244
โสด	15	37.5	9	22.5		
คู่	4	10.0	8	20.0		
ม่าย	0	0.0	1	2.5		
หย่า/แยก	1	2.5	2	5.0		
อาการทางบวกที่เป็นปัญหามากที่สุด					7.105	0.069
หลงผิด	0	0.0	2	5.0		
ประสาทหลอน	1	2.5	0	0.0		
เคลื่อนไหวมากเกินปกติ	6	15.0	1	2.5		
ไม่พบอาการที่กล่าวมา	13	32.5	17	42.5		
อาการทางลบที่เป็นปัญหามากที่สุด					9.556	0.215
แสดงออกทางอารมณ์น้อย	1	2.5	1	2.5		
ไร้อารมณ์สุข	1	2.5	0	0.0		
ว่างเปล่า	1	2.5	0	0.0		
ขาดพลังไม่ริเริ่ม	4	10	1	2.5		
ขาดสมาธิ	3	7.5	3	7.5		
แยกตัว	2	5.0	0	0.0		

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		χ^2	*p*-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
พูดไม่ต่อเนื่อง	3	7.5	2	5.0		
ไม่พบอาการที่กล่าวมา	5	12.5	13	32.5		
	Mean	SD	Mean	SD	T test	*p*-value
อายุ	40.65	11.56	46.40	14.65	1.38	0.176
ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มป่วย	3.65	3.45	6.25	5.04	1.90	0.065
จำนวนครั้งที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน	2.50	1.10	2.95	1.96	0.90	0.376
ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน	5.25	3.65	6.00	3.36	0.68	0.503

2. ความสามารถในการทำหน้าที่ส่วนบุคคลและทางสังคม (Thai-PSP) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรมการดูแลโดยเครือข่าย กับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ พบว่าก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 3 เดือน ค่าคะแนนเฉลี่ย Thai-PSP เพิ่มขึ้น (mean difference = -6.25, SE = 0.65) ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 1 เดือน ค่าคะแนนเฉลี่ย Thai-PSP เพิ่มขึ้น (mean difference = -4.60, SE = 0.61) แสดงใน**ตารางที่ 3** สำหรับการทดสอบความแปรปรวนแบบวัดซ้ำระหว่างกลุ่ม (repeated measure ANOVA, between group) (F = 10497.775, p < .05)

3. คุณภาพชีวิต เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรมการดูแลโดยเครือข่ายกับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ พบว่าก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 3 เดือน ค่าคะแนนเฉลี่ย QOL เพิ่มขึ้น (mean difference = -2.80, SE = 0.66) ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 1 เดือน รวมถึงหลังการทดลอง 1 เดือน และหลังการทดลอง 3 เดือน ค่าคะแนนเฉลี่ย QOL เพิ่มขึ้น (mean difference = -1.38 และ -1.43, SE = 0.44 และ 0.45 ตามลำดับ) แสดงใน**ตารางที่ 3** สำหรับการทดสอบความแปรปรวนแบบวัดซ้ำระหว่างกลุ่ม (repeated measure ANOVA, between group) (F = 2242.977, p < .05)

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

1.ตัวแปรคุณลักษณะของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่เข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้มีลักษณะไม่แตกต่างกันทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกันทั้งคุณลักษณะต่าง ๆ ดังรายละเอียดใน**ตารางที่ 2**

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคุณลักษณะของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่เข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		χ^2	*p*-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					1.129	0.288
ชาย	7	17.5	13	32.5		
หญิง	4	10.0	16	40.0		
สถานภาพสมรส					5.153	0.161
โสด	8	20.0	2	5.0		
คู่	5	12.5	9	22.5		
ม่าย	1	2.5	2	5.0		
หย่า/แยก	6	15.0	7	17.5		
ระดับการศึกษา					1.182	0.757
ประถมศึกษา	6	15.0	6	15.0		
มัธยมศึกษา	12	30.0	10	25.0		
อนุปริญญา	1	2.5	3	7.5		
ปริญญาตรี	1	2.5	1	2.5		
อาชีพ					1.679	0.795
ว่างงาน	1	2.5	1	2.5		
ทำนา/ทำสวน	4	10.0	3	7.5		
รับจ้าง	4	10.0	4	10.0		
ค้าขาย	2	5.0	5	12.5		
ราชการ	9	22.5	4	10.0		
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย					2.15	0.905
บิดา	6	15.0	5	12.5		
มารดา	8	20.0	9	22.5		
พี่	3	7.5	3	7.5		
น้อง	1	2.5	1	2.5		
สามี	1	2.5	0	0.0		
ภรรยา	1	2.5	1	2.5		
บุตร	0	0.0	1	2.5		
	Mean	SD	Mean	SD	T test	*p*-value
อายุ	52.45	16.85	45.70	14.61	1.353	0.184
จำนวนสมาชิกในครอบครัว	5.85	2.74	7.70	4.34	1.612	0.115

2. ภาระการดูแล เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ดูแลที่เข้าร่วมกิจกรรมการดูแลโดยเครือข่าย กับกลุ่มผู้ดูแลที่ได้รับการดูแลตามปกติ พบว่าก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 3 เดือน ค่าคะแนนเฉลี่ยลดลง (mean ภาระการดูแล (mean difference = 0.29, SE = 0.07) ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 1 เดือน ค่าคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลลดลง (mean difference = 0.26, SE = 0.06) แสดงใน**ตารางที่ 3** สำหรับการทดสอบความแปรปรวนแบบวัดซ้ำระหว่างกลุ่ม (repeated measure ANOVA, between group) (F = 3451.009, p < .05)

3. คุณภาพชีวิต เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ดูแลที่เข้าร่วมกิจกรรมการดูแลโดยเครือข่าย กับกลุ่มผู้ดูแลที่ได้รับการดูแลตามปกติ พบว่าก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 3 เดือน ค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น (mean QOL (mean difference = -7.28, SE = 1.05) ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 1 เดือน รวมถึงหลังการทดลอง 1 เดือน และหลังการทดลอง 3 เดือน ค่าคะแนนเฉลี่ย QOL เพิ่มขึ้น (mean difference = -4.85 และ –2.43, SE = 0.99 และ 0.96 ตามลำดับ) แสดงใน**ตารางที่ 3** สำหรับการทดสอบความแปรปรวนแบบวัดซ้ำระหว่างกลุ่ม (repeated measure ANOVA, between group) (F = 2464.923, p < .05)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบรายคู่ของตัวแปรที่ศึกษาตามจุดเวลาของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วย Bonferroni Adjustment

ตัวแปรที่ศึกษา	จุดเวลา (time points)	MD	SE	*p* value	95% CI	
ความสามารถในการทำหน้าที่ส่วนบุคคลและทางสังคม	ก่อนทดลอง - หลังทดลอง 1 เดือน	-4.60	0.61	0.001	-6.12	-3.08
	หลังทดลอง 1 เดือน - หลังทดลอง 3 เดือน	-1.65	0.69	0.063	-3.36	0.07
	ก่อนทดลอง - หลังทดลอง 3 เดือน	-6.25	0.65	0.001	4.62	7.88
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย	ก่อนทดลอง - หลังทดลอง 1 เดือน	-1.38	0.44	0.01	-2.48	-0.28
	หลังทดลอง 1 เดือน - หลังทดลอง 3 เดือน	-1.43	0.45	0.01	-2.56	-0.29
	ก่อนทดลอง - หลังทดลอง 3 เดือน	-2.80	0.66	0.001	1.14	4.46
คุณภาพชีวิตของญาติ	ก่อนทดลอง - หลังทดลอง 1 เดือน	-4.85	0.99	0.001	-7.34	-2.36
	หลังทดลอง 1 เดือน - หลังทดลอง 3 เดือน	-2.43	0.96	0.04	-4.82	-0.03
	ก่อนทดลอง - หลังทดลอง 3 เดือน	-7.28	1.05	0.001	-9.90	-4.65
ภาระการดูแลของญาติ	ก่อนทดลอง - หลังทดลอง 1 เดือน	0.26	0.06	0.001	0.12	0.40
	หลังทดลอง 1 เดือน - หลังทดลอง 3 เดือน	0.03	0.04	1.000	-0.08	0.15
	ก่อนทดลอง - หลังทดลอง 3 เดือน	0.29	0.07	0.001	0.11	0.47

p value: Bonferroni Adjustment for multiple comparison

Note. MD = mean difference; SE = standard error; CI = confidence interval

เครือข่ายผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงในชุมชน

บุคลากรเครือข่ายฯ ที่เข้าร่วมการวิจัยและรับรู้กิจกรรมการดูแลโดยเครือข่าย มีค่าคะแนน QOL และ THI15 สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (t = 2.32, 4.54 ตามลำดับ) ดังแสดงใน**ตารางที่ 4**

ตารางที่ 4 แสดงค่าความสัมพันธ์ของคะแนนคุณภาพชีวิต (QOL) และ ความสุข (THI) ของบุคลากรเครือข่าย ก่อนและหลังการรับรู้กิจกรรมการดูแลโดยเครือข่าย

การเข้าร่วมกิจกรรมการดูแลโดยเครือข่าย	Mean	SD	t-test	p-value
ก่อนเข้าร่วม ค่าคะแนน QOL	92.97	12.73	2.323	0.027*
หลังเข้าร่วม ค่าคะแนน QOL	98.50	8.58		
ก่อนเข้าร่วม ค่าคะแนน THI	46.80	5.40	4.538	0.00
หลังเข้าร่วม ค่าคะแนน THI	50.33	3.92		

P<.05

ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงใน 2 ประเด็นหลัก ประกอบด้วย 1) มีวิถีชีวิตเหมือนคนปกติทั่วไป และ 2) มีความสามารถในการดูแลตนเองและการทำหน้าที่ทางสังคม มีความสุขในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรี ตัวอย่างคำพูด *“...มีความสุข ไปไหนมาไหนเพื่อนบ้านทักทาย เมื่อก่อนไม่มีใครพูดด้วย เหมือนอยู่คนเดียวในโลก...”* ผู้ป่วยคนที่ 2 (ชาย)

ครอบครัวของผู้ป่วย ครอบครัวมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงได้อย่างมั่นใจยิ่งขึ้น หากผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมากจนไม่สามารถดูแลได้ยังมีที่พึ่ง ได้แก่ เพื่อนบ้าน อสม. ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน ตำรวจ กู้ภัย ฯลฯ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสามารถส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาได้โดยความร่วมมือของทีมเครือข่ายในชุมชน ตัวอย่างคำพูด *“...มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น เวลามีปัญหาเพื่อนบ้านเข้าใจและให้ความช่วยเหลือ ยังมี อสม. กู้ภัย ตำรวจและพยาบาล รวมทั้งคุณหมอให้การดูแลดีมาก...”* ญาติผู้ดูแลคนที่ 3 (หญิง)

เครือข่าย มีการทำงานเป็นระบบมากขึ้น มีคู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พัฒนาร่วมกันของทีมเครือข่าย ได้แก่ อาสาสมัครหมู่บ้าน กู้ภัย ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน ตำรวจ เจ้าหน้าที่อนามัย พยาบาล และแพทย์ ทำให้เครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่เกี่ยวข้องรู้บทบาทหน้าที่ชัดเจนขึ้น มีทีมการดูแลที่ชัดเจน ทีมเครือข่ายสามารถดูแลและส่งต่อผู้ป่วยกรณีมีพฤติกรรมรุนแรงได้อย่างมั่นใจ และมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ตัวอย่างคำพูด *“...หลังได้ร่วมพัฒนาระบบการดูแลร่วมกันกับเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ทำให้เห็นภาพของการทำงานเป็นระบบชัดเจนขึ้น มีแนวทางที่ชัดเจน ทีมที่เกี่ยวข้องทุกคนได้รับการอบรมความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง ทำให้มีความรู้และมั่นใจมากขึ้น รู้บทบาทที่ชัดเจนและสามารถให้การดูแลในแต่ละระบบเพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาได้...”* ทีมเครือข่ายคนที่ 2 (ชาย)

วิจารณ์

ผลการวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพไม่เพียงสะท้อนภาพความสุข คุณภาพชีวิต และความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยและครอบครัว และการเพิ่มขึ้นของภาวะสุขภาพจิต คุณภาพชีวิต และความสุขของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องตลอดกระบวนการและผลลัพธ์สุดท้ายของการดำเนินงาน แต่ยังสะท้อนภาพความสำเร็จของความร่วมมืออย่างจริงจังเพื่อตอบโจทย์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงเชิงรุกในชุมชนแบบครบวงจร ทั้งนี้ การเปลี่ยนแปลงเชิงบวกและความสำเร็จของการดำเนินงานดังกล่าวอาจอธิบายได้จาก 5 ประเด็นหลักดังนี้

ประเด็นที่ 1 การค้นหาเพื่อนำต้นทุนภาคีบุคคลของพื้นที่ที่สำคัญเข้ามาร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง จะเห็นได้ว่าการมีภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องอย่างเพียงพอ ครอบคลุมบุคคลหลัก ช่วยให้กระบวนการดำเนินงานเกิดขึ้นได้จริง เข้มแข็ง และมีประสิทธิภาพ[9] ยิ่งกว่านั้นการทำความเข้าใจและเตรียมความพร้อมทั้งด้านความรู้ ทัศนคติเชิงบวก และทักษะการดำเนินงานในชุมชนแบบมีส่วนร่วม รวมทั้งการค้นหาและพัฒนาความต้องการจำเป็นของแต่ละกลุ่มให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องเกิดสมรรถนะ มีความพร้อมและความมั่นใจที่จะดำเนินงานร่วมกันตามบทบาทหน้าที่ของตน[10] การให้ความสำคัญกับความครอบคลุมและสมรรถนะของทีมงานดังกล่าวช่วยให้การดำเนินงานพัฒนาเกิดประสิทธิภาพ[11]

ประเด็นที่ 2 กระบวนการมีส่วนร่วม ความรู้สึกเป็นเจ้าของ และความรู้สึกรับผิดชอบร่วมกันอย่างจริงจังของชุมชน ส่งผลให้เกิดความร่วมมือ ร่วมแรง ร่วมใจ นำมาซึ่งผลสำเร็จของการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตที่ขับเคลื่อนด้วยพลังของชุมชนอย่างแท้จริง[12] นอกจากนี้การปรับเปลี่ยนประชาชนให้เกิดทัศนคติเชิงบวก ลดการตีตรา ลดความขัดแย้ง มองเห็นศักดิ์ศรี คุณค่าของความเป็นมนุษย์อย่างเท่าเทียม การสนับสนุน การให้โอกาสผู้ป่วยและครอบครัวได้มองเห็นคุณค่า ศักยภาพ และศักดิ์ศรีในการดูแลชีวิตของตนเองและคนรอบข้างที่เกิดขึ้นในกระบวนการวิจัยช่วยให้เกิดการรวมพลังสร้างคุณค่า แบ่งปัน ให้โอกาส และให้ความร่วมมือสร้างชุมชนพลังบวกได้อย่างเข้าใจและมีประสิทธิภาพ[13] การลงพื้นที่เพื่อสร้างความสัมพันธ์และทำความเข้าใจร่วมกันต่อการดำเนินการสร้างการเปลี่ยนแปลงในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชร่วมกันตั้งแต่ระยะเริ่มต้นจนสิ้นสุดกระบวนการในลักษณะ เป็นงานของชุมชนดำเนินการโดยชุมชน มีเป้าหมายเพื่อสร้างความสุขและพัฒนาผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนเป็นที่ตั้ง ให้อำนาจชุมชนดำเนินการเป็นหลัก ทำให้ชุมชนเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ มีความรับผิดชอบ และเกิดความสามัคคีนำไปสู่การพัฒนาสังคมเกื้อกูลที่ยั่งยืน[14] สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าความร่วมมือคือหัวใจสำคัญของการพัฒนาชุมชน[15]

ประเด็นที่ 3 การมีกลยุทธ์และกิจกรรมการพัฒนาที่หลากหลาย ยืดหยุ่น เป็นมิตร ทุกกลยุทธ์และกิจกรรมเกิดจากความต้องการ การร่วมคิดและออกแบบโดยผู้ป่วยจิตเภท ครอบครัว และชุมชน ทำให้การดำเนินการได้รับความสนใจเกิดความร่วมมือและเป็นไปได้ง่ายขึ้น[12] เช่น การจัดกิจกรรมสร้างสุขที่

เกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชน ทำให้ชุมชนเกิดความมั่นใจในการอยู่ร่วมกันมากขึ้น ชุมชนเข้าใจความเจ็บป่วยทางจิตเวชมากขึ้น ทำให้ลดการตีตรา ให้โอกาสในการอยู่ร่วมในชุมชนมากขึ้น การเลือกกิจกรรมที่สอดคล้องกับบริบท ความต้องการของผู้ป่วยและชุมชนช่วยให้กิจกรรมที่จัดน่าสนใจ เป็นไปได้ และมีประสิทธิภาพต่อการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ครอบครัว และชุมชน สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าการพัฒนาที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการที่แท้จริงช่วยให้การดำเนินงานเกิดประสิทธิภาพ และประสบผลสำเร็จสูงสุด[14] โดยเฉพาะกิจกรรมที่มีเป้าหมายเพื่อให้เกิดการรู้จัก เข้าใจ เห็นใจกัน ผ่านกิจกรรมของชุมชนช่วยลดความแตกต่าง สร้างความรัก ความผูกพัน และความเข้าใจกันมากขึ้น[14] นอกจากนี้ยังพบว่าการได้เข้าร่วมกิจกรรมหลากหลายลักษณะจากการมีส่วนร่วมของชุมชนดังกล่าวไม่เพียงช่วยให้ชุมชนเกิดความเข้าใจผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้น แต่ยังส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงในเชิงบวก มีการรวมกลุ่มเพื่อนผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมจนเกิดการฟื้นฟูสภาพจิตใจได้อย่างมั่นคง ลดอาการกำเริบและการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลมากขึ้น[14]

ประเด็นที่ 4 กระบวนการดำเนินการที่มุ่งเน้น “มุมบวกมากกว่ามุมลบ มองที่ต้นทุน โอกาส และการพัฒนาต้นทุนมากกว่าปัญหาหรือการขจัดปัญหา” ดำเนินงานในลักษณะกัลยาณมิตร การมุ่งเน้นกลยุทธ์เสริมสร้างพลังอำนาจ ให้กับผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายด้วยการค้นหา การให้คุณค่า และการสนับสนุนตลอดกระบวนการดำเนินงานช่วยให้การทำงานมีบรรยากาศของความสุข ภาคภูมิใจ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าการเริ่มต้นและดำเนินการด้วยแนวคิดเชิงบวกช่วยให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ[16] นอกจากนี้ ทุกกิจกรรมมุ่งเน้นชุมชนเป็นเจ้าของ เกิดจากความต้องการ ตอบโจทย์ปัญหาของผู้เกี่ยวข้อง ผู้ป่วยจิตเภท ครอบครัว และชุมชน มากกว่าการสั่งการขององค์กร หน่วยงาน หรือทีมวิจัย ผลลัพธ์ของกระบวนการดังกล่าวจึงก่อให้เกิดความสุข[17]

ประเด็นที่ 5 ความสุขจากการเติบโต ผ่านการให้ด้วยความร่วมแรงร่วมใจจนผู้ป่วย ครอบครัว และผู้เกี่ยวข้องรับรู้ได้ถึงประสบการณ์ร่วมสร้างสังคมเกื้อกูล ความเข้าใจ การแบ่งปันศักดิ์ศรีและการมีชีวิตอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ได้ถึงโอกาสและการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม การมีพื้นที่ยืนในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรี เกื้อกูล เข้าใจ ลดความเครียดและความกดดัน สามารถพัฒนาการทำหน้าที่และคุณภาพชีวิตของตนเองได้อย่างเต็มศักยภาพ ครอบครัวรับรู้ถึงความสุข การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การลดการตีตราจากสังคม การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีพื้นที่ในสังคมเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน มีความมั่นใจเพิ่มขึ้น ขณะที่กลุ่มเครือข่ายรู้สึกสุขใจจากความเข้าใจ การมีทัศนคติเชิงบวก รู้สึกปลอดภัยจากการมีข้อมูลที่ถูกต้อง รอบด้านและมีทักษะในการช่วยเหลือเยียวยาบาดแผลใจ แต่ละฝ่ายลุกขึ้นมาทำบทบาทตามหน้างานของตนเองเพื่อร่วมมือช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท ครอบครัว และชุมชนอย่างเต็มความสามารถ ความสุขจึงเป็นพลังขับเคลื่อนงานได้อย่างเต็มพลังศักยภาพ [16] ช่วยให้คนแบ่งปันและเรียนรู้ที่จะแบ่งปันซ้ำ[14] สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าความสุขทวีพลังความสำเร็จ[13]

เป็นแรงขับเคลื่อนที่ทรงพลังของการดำเนินงานพัฒนาโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ของการพัฒนาชุมชน[15] และเมื่อชุมชนเกิดการแบ่งปัน ความสุขสงบการเติบโตทางจิตวิญญาณจะเพิ่มมากขึ้น[13, 17]

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะพื้นที่ จึงแปลผลได้เฉพาะงานวิจัยนี้เท่านั้น ไม่สามารถอ้างผลการวิจัยไปใช้ทั่วไปได้ และมีติดตามผลหลังเข้าร่วมกิจกรรมเป็นระยะเวลาเพียง 1 และ 3 เดือน ซึ่งเป็นข้อจำกัดในการพิจารณาความอย่างยั่งยืนของรูปแบบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ควรส่งเสริมการพัฒนาหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนสำหรับผู้เกี่ยวข้อง โดยบูรณาการการมีส่วนร่วมของเครือข่ายการสร้างชุมชนต้นแบบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ทำการศึกษาในพื้นที่ที่มีความแตกต่างด้านสังคม วัฒนธรรม และบริบทการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง และควรศึกษาติดตามผลหลังเข้าร่วมกิจกรรมเป็นระยะเวลา 6 เดือน ถึง 1 ปี เพื่อให้มีข้อมูลเรื่องความยั่งยืนของรูปแบบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงควรพิจารณากิจกรรมเพื่อการทบทวนความรู้ของผู้เกี่ยวข้องเป็นระยะ

สรุป

รูปแบบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงเชิงรุกในชุมชนแบบครบวงจรนี้ถูกพัฒนาขึ้นจากการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน เริ่มจากมีความตระหนักและความต้องการแก้ปัญหาของชุมชนในการดูแลผู้ป่วย เห็นถึงความสำคัญในการร่วมมือเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่เป็นระบบและมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกในกระบวนการมีส่วนร่วม ทำให้ผู้ป่วย ครอบครัว และผู้เกี่ยวข้องรับรู้ได้ถึงประสบการณ์ร่วมสร้างสังคมเกื้อกูล การแบ่งปัน ศักดิ์ศรี และการมีชีวิตอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข อย่างไรก็ตามควรทำการศึกษาในพื้นที่ที่มีความแตกต่างด้านบริบทการดูแลผู้ป่วย และทำการศึกษาติดตามผลเป็นระยะเวลา 6 เดือน ถึง 1 ปี รวมถึงพิจารณากิจกรรมเพื่อการทบทวนความรู้ของผู้เกี่ยวข้องเป็นระยะ

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยความอนุเคราะห์จาก นายแพทย์จุมภฏ พรมสีดา แพทย์หญิงบุญศิริ จันศิริมงคล และ ดร.เบญจพร แก้วมีศรี ที่ได้ให้ข้อคิดเห็น คำเสนอแนะ และเป็นที่ปรึกษาในการทำวิจัยตลอดมา คณะผู้วิจัยขอขอบคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบคุณทีมงานวิจัย เจ้าหน้าที่และบุคลากรสาธารณสุขในอำเภอชัยบุรี จังหวัดสุราษฎร์ธานีที่ได้อำนวยความสะดวก และให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ

งานวิจัยชิ้นนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากทุนเงินอุดหนุนด้านวิทยาศาสตร์วิจัยและนวตกรรม (ววน.) ปีงบประมาณ 2564 ประเภท Function-based Research Fund

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization, Fact sheet Schizophrenia [online]. 2022 Jan 10 [cited 2023 Mar 11]; Available from: URL: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia
2. ชิดชนก โอภาสวัฒนา บรรณาธิการ. คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพมหานคร:บริษัท พรอสเพอรัสพลัส จำกัด; 2563.
3. Kemmis S., & Mc Taggart. The Action Research Planner. 3 rd ed. Victoria: Deakin University. 1988.
4. Srisurapanont M., Arunpongpaisal S., Chuntaruchikapong S., Silpakit C., Khuangsirikul V., Karnjanathanalers N.et al. Cross-cultural validation and inter-rater reliability of the Personal and Social Performance scale, Thai version. J Med Assoc Thai 2008; 91 (10): 1603-8.
5. สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ, ราณี พรมานะจิรังกุล.. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิต ครั้งที่ 4 เรื่องเปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัดระหว่าง, 7-9 กันยายน 2541; ณ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2541.
6. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. โครงการจัดทำโปรแกรมสำเร็จรูปในการสำรวจสุขภาพจิตในพื้นที่ ปี พ.ศ. 2545 ดัชนีวัดความสุขคนไทย Thai Happiness Indicator; THI [เข้าถึงเมื่อ 12 มีนาคม 2566]; เข้าถึงได้จาก: https://dmh.go.th/test/download/files/thi15.pdf.
7. ธนา นิลชัยโกวิทย์ จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง และชัชวาลย์ ศิลปะกิจ. ความเชื่อถือได้และความแม่นตรงของ General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2539 ; 41(1) : 2-17.
8. นพรัตน์ ไชยชำนิ. ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาระและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท. ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2544.
9. Kadakia A., Fan Q., Shepherd J., Dembek C., Bailey H., Walker C. et al. Healthcare resource utilization and quality of life by cognitive impairment in patients with schizophrenia. Schizophrenia Research: Cognition [publish online] 2022; [cited 2023 March 12]; 28, 100233, 1-6. Available from: URL: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2215001321000408
10. Nemoto T., Uchino T., Aikawa S., Matsuo S., Mamiya N., Shibasaki Y.et al. Impact of changes in social anxiety on social functioning and quality of life in outpatients with schizophrenia: A

naturalistic longitudinal study. Journal of Psychiatric Research [publish online] 2020 [cited 2023 March 12]; 131, 15-21. Available from: URL: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022395620309183

11. Bondre A. P., Shrivastava R., Raghuram H., Tugnawat D., Khan A., Gupta S., et al. A qualitative exploration of perceived needs and barriers of individuals with schizophrenia, caregivers and clinicians in using mental health applications in Madhya Pradesh, India. SSM-Mental Health [publish online] 2022[cited 2023 March 12]; 2, 14936, 1-17. Available from: URL: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666560322000032
12. Canty A.L., Cao Y., Neumann D., Shum D.H.K. The functional significance of cognitive empathy and theory of mind in early and chronic schizophrenia. Psychiatry Research [publish online] 2021[cited 2023 March 12]; 299, 113852, 1-11. Available from: URL: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178121001499
13. Ran M.S., Wang Y.A., Lu P.Y., Weng X., Zhang T.M., Deng S.Y.et al. Effectiveness of enhancing contact model on reducing stigma of mental illness among family caregivers of persons with schizophrenia in rural China: A cluster randomized controlled trial. The lancet Reginal Health – Western Pacific [publish online] 2022 [cited 2023 March 12]; 22, 100419. 1-13. Available from: URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8897707/pdf/main.pdf
14. Li J., Huang Y.J., Ran M.S., Fan Y., Chen W., Lacko S.E.et al. Community-based comprehensive intervention for people with schizophrenia in Guangzhou, China: Effects on clinical symptoms, social functioning, internalized stigma and discrimination. Asian Journal of Psychiatry [publish online] 2018[cited 2023 March 12]; 34, 21-30. Available from: URL: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1876201817308882
15. Li J., Guo Y.B., Huang Y.G., Liu J.W., Chen W., Zhang X.Y.et al. Stigma and discrimination experienced by people with schizophrenia living in the community in Guangzhou, China. Psychiatry Research [publish online] 2017[cited 2023 March 12]; 255, 225-231. Available from: URL: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178117302147
16. Kharawala S., Hastedt C., Podhorna J., Shukla H., Kappelhoff B., & Harvey P. D. The relationship between cognition and

functioning in schizophrenia: A semi-systematic review. Schizophrenia Research: Cognition Research [publish online] 2022 [cited 2023 March 12]; 27, 100217,2-16. Available from: URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8488595/pdf/main.pdf

17. Long M., Stansfeld J.K., Davies N., Crellin N.E., Moncrieff J. A systematic review of social functioning outcome measures in schizophrenia with a focus on suitability for intervention research. Schizophrenia Research Pacific [publish online] 2022 [cited 2023 March 12]; 241, 275-291 Available from: URL: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0920996422000809?via%3Dihub

18. Kelly J. F., Fallah-Sohy N., Cristello J., Stout R. L., Jason L. A., & Hoeppner B. B. Recovery community centers: Characteristics of new attendees and longitudinal investigation of the predictors and effects of participation. Journal of Substance Abuse Treatment [publish online] 2021 [cited 2023 March 12]; 124, 108287,1-25. Available from: URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8004554/pdf/nihms-1662444.pdf