

Received: 23 Feb 2020, Revised: 29 Apr 2020,

Accepted: 11 May 2020

นิพนธ์ต้นฉบับ

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนบ้านหนองคู
อำเภอเสนางนิคม จังหวัดอำนาจเจริญ

จักรพงษ์ พระสุรัตน์^{1,*} วิรติ ปานศิลา² วรพจน์ พรหมสัตยพรต³

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีความมุ่งหมาย เพื่อศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนบ้านหนองคู ตำบลนาเวียง อำเภอเสนางนิคม จังหวัดอำนาจเจริญ คัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 36 คน ประกอบด้วยกลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 12 คน กลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน จำนวน 24 คน เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสัมภาษณ์ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วย การจดบันทึก การสนทนากลุ่ม และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม นำข้อมูลจากการเก็บรวบรวมมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มี 7 กิจกรรม ได้แก่ 1) ศึกษาบริบทพื้นที่ 2) คัดเลือกผู้ร่วมวิจัยและแต่งตั้งคณะทำงาน 3) เก็บรวบรวมข้อมูล 4) การวางแผนและจัดทำแผน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม ตามหลักเทคโนโลยีการมีส่วนร่วม 5) นำแผนไปสู่การปฏิบัติ ได้แก่ โครงการอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และโครงการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน 6) ติดตามผลการดำเนินงาน 7) สรุปผล ถอดบทเรียน จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อสะท้อนปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน หลังดำเนินการพบว่า กลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมทุกกิจกรรม ร่วมรับฟัง แสดงความคิดเห็น เสนอตัวรับผิดชอบงาน ร่วมปฏิบัติ และร่วมสรุปและประเมินผล ทั้งกลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วย และกลุ่มสุขภาพจิตชุมชน มีระดับทัศนคติ ระดับความรู้ และระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มากกว่าก่อนดำเนินการ ซึ่งทำให้เกิดรูปแบบที่เหมาะสมในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ข้อเสนอแนะการวิจัย ควรนำกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมตามหลักเทคโนโลยีการมีส่วนร่วม ไปประยุกต์ใช้ในทุกกิจกรรม เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

คำสำคัญ ผู้ป่วยจิตเภท เทคโนโลยีการมีส่วนร่วม รูปแบบการป้องกันอาการกำเริบซ้ำ

¹ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

³ รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

* Corresponding author: jprasurat@yahoo.com

Original Article

Community Participation Model for Preventing Recurrent Symptoms of Schizophrenic Patients in Nongkhu Community Senangkhanikhom District, Amnat Charoen Province

Jackrapong Prasurat^{1,*}, Wirat Pansila², Vorapoj Promasatayaprot³

Abstract

This action research aimed to study the pattern of community participation in relapse prevention of schizophrenic patients in Ban Nong Khu Community, Na Wiang Sub-district, Senang Nikom District Amnat Charoen Province. The sample was 36; caregivers 12, community mental health network groups 24, collected data using interview forms. The results showed that the model of community participation in prevention of relapses of schizophrenic patients in the community has 7 activities; 1) study the context of the area 2) select participants and appoint a working group 3) collect data 4) Planning and making plans by using the Technology of Participation technique 5) Implement training program to increase the potential of care for schizophrenic patients in the community. and monitoring 6) Follow up 7) Conclusion of lessons learned, organizing learning exchanges to reflect problems. After, the sample had participated in all activities, Research suggestion Participatory learning processes with technology for participation should be applied to all networks in the community. Including studying more than 1 cycle to strengthen the community in the prevention and relapse of schizophrenia patients continuously and sustainably.

Keyword: schizophrenic, preventing recurrent symptoms

¹ Student (Master of Public Health), Faculty of Public Health, Mahasarakham University

² Assistant Professor, Faculty of Public Health, Mahasarakham University

³ Association Professor, Faculty of Public Health, Mahasarakham University

* Corresponding author: jprasurat@yahoo.com

บทนำ

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่มีลักษณะการเจ็บป่วยทางจิต โดยมีผลกระทบต่อจิตใจที่แปลกแยกชัดเจน มีความแปรปรวนของการรู้คิด (Cognition) ภาวะทางอารมณ์ (Emotion) รวมถึงด้านการรับรู้ (Perception) และพฤติกรรม (Behavior)¹ จะมีอาการเป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน และต่อเนื่องมากกว่า 6 เดือน² พบในช่วงอายุ 15-54 ปี ส่วนใหญ่เริ่มมีอาการช่วงวัยรุ่น หรือผู้ใหญ่ตอนต้น³ ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการป่วยหรือกำเริบซ้ำ มี 3 ปัจจัยได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย ประกอบด้วย การปฏิเสธการเจ็บป่วย ขาดการรักษาที่ต่อเนื่อง ไม่ยอมรับประทานยาหรือปรับยาเอง ปัจจัยที่สองคือด้านผู้ดูแล ประกอบด้วย ผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ หรือผู้ดูแลไม่มีเวลาดูแลเท่าที่ควรเนื่องจากการประกอบอาชีพ ผู้ดูแลขาดความรู้และทักษะในการดูแล รวมไปถึงมีทัศนคติด้านลบต่อการรักษาของผู้ป่วย คิดว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หาย และปัจจัยสุดท้ายคือด้านชุมชน ได้แก่ คนในชุมชนมีทัศนคติด้านลบกับผู้ป่วย เพิกเฉย คิดว่าผู้ป่วยไม่สามารถอยู่ในชุมชนได้ ต้องรักษาในโรงพยาบาลเท่านั้น จึงมีความหวาดระแวงต่อการป่วยซ้ำ⁴

รายงานผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวช กรมสุขภาพจิต ภาพรวมทั้งประเทศ ในปี พ.ศ. 2558 – 2559 พบผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 455,118 ราย และ 580,181 ราย ตามลำดับ ซึ่งจากรายงานดังกล่าว พบว่าจำนวนผู้ป่วยจิตเภทมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับสถิติจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี ในปี พ.ศ. 2558 – 2560 ในภาพรวมของเขตสุขภาพที่ 10 ประกอบด้วย 5 จังหวัด ได้แก่ อุบลราชธานี ศรีสะเกษ

อำนาจเจริญ ยโสธร และมุกดาหาร มีจำนวน 6,578, 6,745 และ 6,883 ราย และคิดเป็นอัตรา 1.85, 1.88 และ 1.89 ต่อประชากร 1,000 ราย จากสถิติจำนวนผู้ป่วยจิตเภทพบว่ามีจำนวนเพิ่มขึ้นตามลำดับ⁵

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองคู ตำบลนาเวียง อำเภอสว่างคันคม จังหวัดอำนาจเจริญ รับผิดชอบ 4 หมู่บ้าน มีผู้ป่วยจิตเภทในเขตรับผิดชอบทั้งหมด จำนวน 19 คน การวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทตามระบบ ICD -10 (F20.0-F20.9) โดยได้รับการขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลเสนาณรงค์ ผู้ป่วยที่มีอาการคงที่แล้วจะถูกตัวส่งกลับคืนสู่ชุมชน และนัดผู้ป่วยพบแพทย์เพื่อประเมินอาการและรับยาทุก 2 เดือน บ้านหนองคู หมู่ที่ 3 ตำบลนาเวียง อำเภอสว่างคันคม จังหวัดอำนาจเจริญ มีผู้ป่วยจิตเภททั้งหมดจำนวน 12 คน ซึ่งเป็นหมู่บ้านที่มีผู้ป่วยจิตเภทมากที่สุดเกิดอาการกำเริบซ้ำเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ได้แก่ ปี 2559-2561 จำนวน 2, 3 และ 5 คน ซึ่งมีอาการกำเริบ ได้แก่ โวยวายส่งเสียงดังรบกวนผู้อื่น ชู่ออาฆาตจะทำร้ายผู้อื่น ลักขโมย ทำลายสิ่งของ ทารุณสัตว์เลี้ยง สร้างความเดือดร้อนรำคาญให้แก่เพื่อนบ้านและชุมชน

ดังนั้น ผู้วิจัยได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว เพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องยั่งยืน ด้วยการกระตุ้นให้ชุมชนได้เกิดความคิด ความรู้สึกเป็นเจ้าของและอยากมีส่วนร่วมในการพัฒนาบริการต่าง ๆ ตามแนวทาง และขั้นตอนการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ ก.พ.ร. ได้เสนอแนะไว้ 5 ระดับ ได้แก่ 1) การร่วมให้ข้อมูลข่าวสาร 2) การร่วมปรึกษาหารือ 3) การร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมตัดสินใจ 4) การร่วมดำเนินการ และ 5) การร่วมตรวจสอบและประเมินผล⁶ จึงสนใจศึกษาในรูปแบบ

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนบ้านหนองคู หมู่ที่ 3 อำเภอเสนางนิคม จังหวัดอำนาจเจริญ ซึ่งการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท จึงจำเป็นต้องได้รับการมีส่วนร่วมจากทุกคนในชุมชน เพื่อดูแลซึ่งกันและกัน ซึ่งไม่ได้ดูแลแค่สุขภาพจิตเท่านั้น ควรดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา⁷ เพื่อให้เกิดรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อย่างเป็นระบบ มีความต่อเนื่องและยั่งยืน แต่เนื่องด้วยกลุ่มญาติ/ผู้ดูแล และกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน เป็นคนในชุมชนเดียวกันที่มีความใกล้ชิดคุ้นเคยกับผู้ป่วย และมีประสบการณ์ในการดูแลมาแล้ว ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาในกลุ่มดังกล่าว

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนบ้านหนองคู อำเภอเสนางนิคม จังหวัดอำนาจเจริญ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยกำหนดขั้นตอนการวิจัยเป็นวงจร P-A-O-R spiral Cycle ร่วมกับการใช้แนวคิดกระบวนการมีส่วนร่วมโดยใช้ ทฤษฎีเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (Technology of Participation: TOP)

ประชากร ผู้วิจัยได้จำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน ประกอบด้วย คือ ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองคูซึ่งรับผิดชอบพื้นที่บ้านหนองคู พยาบาลจิตเวช

โรงพยาบาลเสนางนิคม และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) และเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่

1. ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในรายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (F20) และรับการรักษาที่โรงพยาบาลเสนางนิคม หรือ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ อาศัยอยู่ในพื้นที่บ้านหนองคู หมู่ที่ 3 เป็นระยะเวลาติดต่อกันอย่างน้อย 1 ปี

2. ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองคู พยาบาลจิตเวชโรงพยาบาลเสนางนิคม อาศัยอยู่ในพื้นที่ หรือปฏิบัติงานตลอดระยะเวลาทำการศึกษาวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่

1. ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วย ในรายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตเวชแบบอื่น

2. ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วย ที่มีได้อาศัยอยู่ในพื้นที่ หรืออาศัยอยู่ในพื้นที่ แต่ระยะเวลา ไม่ถึง 1 ปี

3. ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีได้อาศัยอยู่ในพื้นที่หรือปฏิบัติงานในพื้นที่

4. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานสุขภาพจิต จากหน่วยงานอื่น

5. ผู้ที่ปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้ศึกษาวิจัยตามขั้นตอนกระบวนการมีส่วนร่วมอาศัยเทคนิคเทคโนโลยีการมีส่วนร่วม (Technology Of

Participation) แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) วิธีการแก้ปัญหา (ORID Method) (ว่ามองเห็นอะไร รู้สึกอย่างไร คิดอย่างไร จะทำอย่างไรต่อ) 2) การประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop Method) 3) การวางแผนปฏิบัติงาน (Action Planning Method) (มี 7 กิจกรรม คือ ศึกษาบริบทพื้นที่ คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย/แต่งตั้งคณะทำงาน เก็บรวบรวมข้อมูล ประชุมวางแผนและจัดทำแผนปฏิบัติการ ติดตามผลการดำเนินงาน และสรุปผล ถอดบทเรียน) ร่วมกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบปฏิบัติ (Practical Action Research) ดำเนินการเป็นวงรอบ ซึ่งมี 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกต (Observe) และการสะท้อนผล (Reflection)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

จริยธรรมในการวิจัย ผู้วิจัยจึงได้ขออนุญาตทำการศึกษาจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่การรับรอง 161/2562

ผลการวิจัย

ศึกษาบริบทการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนบ้านหนองคู พื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองคู ตำบลนาเวียง อำเภอนาคู จังหวัดอำนาจเจริญ

ขั้นวางแผน (Planning)

กิจกรรมที่ 1 ศึกษาบริบท วิเคราะห์ปัญหา

1) **ข้อมูลลักษณะประชากรของผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และข้อมูลผู้ป่วยจิตเภท**

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้งสิ้นจำนวน 12 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 75.0 อายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ 33.3 รองลงมาอายุระหว่าง 60 - 69 ปี และอายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 25.0 และ 25.0 ตามลำดับ มีอายุเฉลี่ย 61.08 ปี (SD=12.31) อายุต่ำสุด 40 ปี อายุสูงสุด 78 ปี มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 50.0 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 91.7 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 91.7 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนตั้งแต่ 2,001 บาทขึ้นไป ร้อยละ 50.0 รองลงมา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 1,001-2,000 บาท ร้อยละ 33.3 ฐานะทางการเงินของครอบครัวมีพอกินพอใช้ ร้อยละ 66.7 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท พบมากที่สุด คือ บิดา มารดา หรือ พี่น้อง ร้อยละ 33.3 รองลงมา คือ คู่สมรส ร้อยละ 25.1 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาดูแลผู้ป่วยจิตเภทน้อยกว่า 21 ปี ร้อยละ 58.4 มีระยะเวลาดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 24.83 ปี (SD=15.96) ระยะเวลาดูแลต่ำสุด 2 ปี ระยะเวลาดูแลสูงสุด 49 ปี

ข้อมูลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 12 คน เป็นเพศชายร้อยละ 58.3 อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ 41.7 รองลงมาอายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 33.3 และอายุระหว่าง 30-39 ปี ร้อยละ 16.7 ตามลำดับ มีอายุเฉลี่ย 51.33 ปี (SD=14.36) อายุต่ำสุด 35 ปี อายุสูงสุด 68 ปี มีสถานภาพโสด ร้อยละ 58.3 สาเหตุสำคัญที่ทำให้ป่วยมากที่สุด คือ ความเครียดในการดำเนินชีวิต ร้อยละ 46.7 รองลงมาเนื่องมาจากสาเหตุอื่น ๆ เช่น เสพยาเสพติด ดื่มสุรา และป่วยเป็นไข้หนัก และมีระยะเวลาที่เป็นโรคจิตเภทตั้งแต่ 21 ปี ร้อย

ละ 41.7 มีระยะเวลาที่เป็นโรคจิตเภทเฉลี่ย 20.17 ปี (SD=14.36) ระยะเวลาป่วยต่ำสุด 1 ปี ระยะเวลาป่วยสูงสุด 45 ปี

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชน ทั้งสิ้นจำนวน 24 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 58.3 อายุระหว่าง 40-49 ปี พบมากที่สุดร้อยละ 54.2 รองลงมาอายุ 50 ปีขึ้นไป ร้อยละ 33.3. และอายุระหว่าง 30-39 ปี ร้อยละ 12.5 ตามลำดับ มีอายุเฉลี่ย 45.58 ปี (SD=5.71) อายุต่ำสุด 34 ปี อายุสูงสุด 55 ปี มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 75.0 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 91.7 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 37.6 รองลงมาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 33.3 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2,000 บาท ร้อยละ 29.2 รองลงมา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 3,001-4,000 บาท ร้อยละ 25.0 และ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนตั้งแต่ 5,001 บาทขึ้นไป ร้อยละ 20.8 ตามลำดับความสัมพันธ์ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท พบมากที่สุด คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร้อยละ 70.8 รองลงมา ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ร้อยละ 16.6 รู้จักกับผู้ป่วยจิตเภตน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี ร้อยละ 54.2 รองลงมาอยู่ระหว่าง 11-20 ปี ร้อยละ 33.3 และตั้งแต่ 21 ปีขึ้นไป ร้อยละ 12.5 เวลาที่รู้จักผู้ป่วยจิตเภทต่ำสุด 3 ปี และเวลาที่รู้จักผู้ป่วยจิตเภทมากที่สุด 46 ปี

กิจกรรมที่ 2 คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย/แต่งตั้งคณะทำงาน ได้คณะทำงานและ

กลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา ได้แก่ กลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 12 คน กลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน จำนวน 24 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 36 คน ผลของการดำเนินงานเป็นไปตามวัตถุประสงค์/เป้าหมาย เนื่องจากมีการประสานงานด้วยวาจา และทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลการทำวิจัยกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ โดยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย สิทธิของผู้ร่วมวิจัย แก่กลุ่มเป้าหมายก่อนสมัครเข้าร่วมวิจัย ได้แก่ ผู้นำชุมชน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสนางคนิคม ผู้อำนวยการ รพ.สต.หนองคู กลุ่มญาติผู้ป่วยจิตเภท และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กิจกรรมที่ 3 เก็บรวบรวมข้อมูล ได้ใช้แบบสัมภาษณ์สำหรับญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน ทำให้ทราบข้อมูล ระดับทัศนคติ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ดังต่อไปนี้

1) กลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า กลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้โดยรวมอยู่ในระดับดี มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.58 (SD=2.02) คะแนนต่ำสุด 13 คะแนนและคะแนนสูงสุด 19 คะแนน รายละเอียดดังแสดงใน ที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับคะแนนความรู้ของกลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนเข้าร่วมกิจกรรม (N=12)

ระดับความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนเข้าร่วมกิจกรรม		จำนวน (ร้อยละ)
ระดับดี	16-20 คะแนน	7 (58.3)
ระดับปานกลาง	12-15 คะแนน	5 (41.7)
(Mean=15.58, SD=2.02, Min=13, Max=19)		

ระดับทัศนคติ กลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
คะแนนทัศนคติโดยรวมต่อผู้ป่วยจิตเภทก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับมาก จำนวน 7 ราย ร้อยละ 58.3 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.10 (SD=0.46) คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 2.60 และคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 4.00 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
ของญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แบบสัมภาษณ์ พบว่า กลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีระดับคะแนนการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 10 ราย ร้อยละ 83.4 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.96 (SD=0.29) คะแนนต่ำสุด 1.43 และคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 2.38 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ระดับทัศนคติโดยรวมของกลุ่มญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

ระดับ	ช่วงค่าเฉลี่ย (SD)	จำนวน (ร้อยละ)
มากที่สุด	3.27-4.00	5 (41.7)
มาก	2.52-3.26	7 (58.3)
(Mean=3.10, SD=0.46, Min = 2.60 , Max = 4.00)		

ตารางที่ 3 ระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

ระดับ	ช่วงค่าเฉลี่ย (SD)	จำนวน (ร้อยละ)
มาก	2.34-3.00	1 (8.3)
ปานกลาง	1.67-2.33	10 (83.4)
น้อย	1.00-1.66	1 (8.3)
(Mean=1.96, SD=0.29, Min = 1.43 , Max = 2.38)		

2) กลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน ในระดับปานกลาง ร้อยละ 79.2 มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ เท่ากับ 13.96 (SD=1.48) คะแนนต่ำสุด 11 กลุ่มเครือข่ายในชุมชน ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม คะแนนและคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 17 คะแนนพบว่า กลุ่มเครือข่ายในชุมชนมีความรู้โดยรวมอยู่ รายละเอียดแสดงในที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม (N=24)

ระดับความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนเข้าร่วมกิจกรรม		จำนวน (ร้อยละ)
ระดับดี	16-20 คะแนน	4 (16.7)
ระดับปานกลาง	12-15 คะแนน	19 (79.2)
ระดับน้อย	0-11 คะแนน	1 (4.2)
(Mean=13.96, SD=1.48, Min=11, Max=17)		

ทัศนคติ ต่อผู้ป่วยจิตเภทก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับมาก จำนวน 7 ราย ร้อยละ 87.5 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.82 (SD=0.20) คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 2.50 และคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3.30 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 5

การมีส่วนร่วมของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชน พบว่า กลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนมีระดับคะแนนการมีส่วนร่วมโดยรวมก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 13 ราย ร้อยละ 54.2 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.20 (SD=0.40) คะแนนต่ำสุด 1.50 และคะแนนสูงสุด 3.00 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 5 ระดับทัศนคติโดยรวมของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม (N=24)

ระดับ	ช่วงค่าเฉลี่ย (SD)	จำนวน (ร้อยละ)
มากที่สุด	3.27-4.00	1 (4.2)
มาก	2.52-3.26	21 (87.5)
ปานกลาง	1.76-2.51	2 (8.3)
(Mean=2.82, SD=0.20, Min = 2.50 , Max = 3.30)		

ตารางที่ 6 ระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม จำแนกรายด้าน (N=24)

ระดับ	ช่วงค่าเฉลี่ย (SD)	จำนวน (ร้อยละ)
มาก	2.34-3.00	9 (37.5)
ปานกลาง	1.67-2.33	13 (54.2)
น้อย	1.00-1.66	2 (8.3)
(Mean=2.25, SD=0.40, Min = 1.50 , Max = 3.00)		

กิจกรรมที่ 4 ประชุมวางแผนและจัดทำแผน มีวิธีดำเนินการ โดยการจัดประชุมวางแผนและจัดทำแผน โดยใช้เทคโนโลยีการมีส่วนร่วม (Technology Of Participation) 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) วิธีการแก้ปัญหา (ORID Method) (ว่ามองเห็นอะไร รู้สึกอย่างไร คิดอย่างไร จะทำอย่างไร ต่อ) 2) การประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop Method) 3) การวางแผนปฏิบัติงาน (Action Planning Method) เพื่อให้ได้แผนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งผลการประชุมวางแผนและจัดทำแผน ทำให้ได้ 2 โครงการ ได้แก่ โครงการอบรมเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และโครงการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สิ่งที่เกิดขึ้นจริงจากการดำเนินการกิจกรรมนี้ เป็นไปตามวัตถุประสงค์และเป้าหมาย เนื่องจากกระบวนการมีส่วนร่วม (Technology of participation : TOP) ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา มีส่วนร่วมคอยกระตุ้น และกำกับให้ดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนกระบวนการ จึงส่งเสริมให้ทุกคนในกลุ่มย่อย และกลุ่มใหญ่ได้แสดงความคิดเห็น สะท้อนปัญหา เกิดกระบวนการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ รู้สึกเป็นเจ้าของแผน เสนอตัวเข้ามาทำหน้าที่ในโครงการ บทเรียน/ การเรียนรู้ที่เกิดขึ้น จากกิจกรรมนี้ คือ

การประชุมวางแผนและจัดทำแผนไม่อาจทำสำเร็จในครั้งเดียว ควรนัดหมายทำกิจกรรมต่อเนื่อง จนกว่าจะครบตามกระบวนการภายใต้บริบทพื้นที่

ขั้นปฏิบัติ (Action)

กิจกรรมที่ 5 นำแผนไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งมีโครงการดังต่อไปนี้

1. โครงการอบรมเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีวิธีดำเนินการ โดยเชิญวิทยากรพยาบาลจิตเวชจากโรงพยาบาลเสนาณรงค์ม อบรมให้ความรู้ในประเด็น โรคจิตเภทคืออะไร ทศนคตที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท การรักษา การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (เครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ดำเนินกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการ กลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมโครงการทุกคน บรรยายภาคอบรมเป็นกันเอง วิทยากรใช้คำพูดภาษาท้องถิ่นเข้าใจง่าย ผู้เข้าอบรมซักถามแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผลดีจากการดำเนินงานกิจกรรมนี้ พบว่ากลุ่มเป้าหมายได้รับความรู้ จากพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ซึ่งเป็นผู้ดูแลงานสุขภาพจิตและจิตเวชในพื้นที่อำเภอเสนาณรงค์โดยตรง ส่วนข้อจำกัด/ปัญหาอุปสรรค คือ ด้วยเวลาการอบรมที่มีจำกัดประกอบกับเป็นฤดูหนาว ผู้เข้าอบรมไม่

อยากให้จัดการอบรมติดต่อกันเป็นเวลาหลายวัน

2. โครงการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีวิธีดำเนินการ โดยผู้วิจัยและกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน ออกติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีวิธีดำเนินการ โดยผู้วิจัยและกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน ออกติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผลการดำเนินงานไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ เนื่องจากกลุ่มเครือข่ายไม่สามารถออกติดตามผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ เนื่องจากพื้นที่บ้านหนองคู ได้รับการกระทบเกิดความเสียหายจากอุทกภัยครั้งใหญ่จากพายุ บ้านเรือน ไร่นาน้ำท่วมเป็นเวลานาน 3 สัปดาห์ ระดับน้ำจึงเข้าสู่ภาวะปกติ กลุ่มเครือข่ายออกติดตามเยี่ยมบ้านอีกครั้ง ผู้ป่วยจิตเภททุกคนได้รับการดูแลติดตามเยี่ยมบ้านจากเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน มีการลงชื่อกำกับการเยี่ยมบ้าน และการกินยาของญาติ/ผู้ดูแล และเครือข่ายสุขภาพจิตครบทุกครั้ง ผลการดำเนินงานเป็นไปตามวัตถุประสงค์และเป้าหมาย เนื่องจากชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยเฉพาะเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน ออกติดตามเยี่ยมบ้าน กำกับกำกับการทานยา ทำให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ผลดีจากการทำกิจกรรมนี้กลุ่มเป้าหมายได้รับความรู้ จากพยาบาลจิตเวช ซึ่งเป็นผู้ดูแลงานสุขภาพจิตและจิตเวชในพื้นที่อำเภอเสนาณรงค์โดยตรง ทำให้ผู้รับการอบรมให้ความสนใจตั้งใจเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีข้อจำกัด/ปัญหาอุปสรรค คือด้วยเวลาการอบรมที่มีจำกัดประกอบกับเป็นช่วงทำนา ผู้เข้าอบรมไม่

ขั้นสังเกต (Observation)

กิจกรรมที่ 6 กิจกรรมการสังเกตผลการดำเนินงาน มีวัตถุประสงค์/เป้าหมายเพื่อติดตามผลการดำเนินงานทุกกิจกรรม มีวิธีการดำเนินงาน

คือ สังเกตผลการดำเนินงานโดยรวบรวมข้อมูลการดำเนินงานจากกิจกรรมที่ 1-5 สามารถสรุปได้ดังนี้

1. การร่วมกิจกรรม กลุ่มเป้าหมายจำนวน 36 คน สนใจเข้าร่วมกิจกรรมทุกกิจกรรม มีส่วนร่วมในกระบวนการทุกขั้นตอน กิจกรรมมีความคล่องตัว สนุกสนาน บรรยากาศการประชุมเป็นกันเองส่งเสริมให้ทุกคนมีส่วนร่วม กล้าแสดงความคิดเห็นในกลุ่มย่อยและกลุ่มใหญ่ ทุกคนร่วมรับฟัง แสดงความคิดเห็น มีส่วนร่วมในวิเคราะห์ปัญหา สรุปประเด็นสำคัญได้ ผู้เข้าร่วมประชุมเสนอตัวรับผิดชอบ ทั้งในกลุ่มย่อยและในกลุ่มใหญ่ภาพรวม ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแล โดยญาติ/ผู้ดูแล และเครือข่ายออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ลงชื่อกำกับ การทานยา และการเยี่ยมบ้าน การดำเนินงานทุกกิจกรรมสำเร็จได้ จากการใช้สัมพันธภาพที่ดีของผู้วิจัย การชี้แจงขั้นตอนการวิจัย สิทธิผู้ร่วมวิจัย ทำให้ผู้ร่วมวิจัยให้ความร่วมมือทุกกิจกรรม จากใช้เทคนิคการมีส่วนร่วมโดยใช้แนวคิด เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (TOP) ทำให้เกิดการร่วมคิดสะท้อนปัญหา เกิดการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ มีข้อจำกัด/ปัญหาอุปสรรค คือผู้วิจัยต้องเป็นที่ปรึกษา คอยกระตุ้นและควบคุมผู้ร่วมวิจัยดำเนินกิจกรรมให้สำเร็จ ตามแผนปฏิบัติการทั้ง 7 กิจกรรม บางกิจกรรมต้องปรับตามสถานการณ์จริง ได้แก่โครงการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งตรงกับช่วงน้ำท่วม ต้องรอให้ระดับน้ำลดลงเข้าสู่สภาวะปกติ จึงสามารถดำเนินการตามโครงการได้

สิ่งที่เกิดขึ้นจริงเป็นไปตามวัตถุประสงค์ และเป้าหมาย เริ่มต้นจากกิจกรรมที่ 4 ประชุมวางแผนและจัดทำแผน โดยการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมแนวคิด (Technology of participation

: TOP) แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) วิธีการแก้ปัญหา (ORID Method) (ว่ามองเห็นอะไร รู้สึกอย่างไร คิดอย่างไร จะทำอะไรต่อไป) 2) การประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop Method) 3) การวางแผนปฏิบัติงาน (Action Planning Method) ซึ่งส่งเสริมให้ผู้ร่วมวิจัยได้ร่วมแสดงความคิดเห็น มีการสะท้อนปัญหา เกิดกระบวนการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ เกิดความรู้สึกรู้สึกเป็นเจ้าของแผน เสนอตัวเข้ามาแก้ไขปัญหอย่างจริงจัง จนได้ 2 โครงการ คือ โครงการอบรมเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และโครงการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน แล้วนำแผนไปสู่การปฏิบัติในกิจกรรมที่ 5 บทเรียน/การเรียนรู้ที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยต้องเป็นที่ปรึกษาคอยกระตุ้น และกำกับให้เป็นไปตามแผนการดำเนินการ ควรให้กำลังใจชื่นชมผู้ร่วมวิจัยทุกขั้นตอน

1. หลังให้กิจกรรม ทดสอบด้วยแบบสัมภาษณ์ทั้ง 2 ชุด ได้แก่ แบบสัมภาษณ์สำหรับกลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และแบบสัมภาษณ์สำหรับกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน ผลการทดสอบ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ผลจากการศึกษาด้านทัศนคติของกลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ทัศนคติของกลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทหลังเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.64 (SD=0.46) ขณะที่ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมทัศนคติของกลุ่มญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก และมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.10 (SD=0.46) ซึ่งแตกต่างกันอย่างชัดเจน แสดงว่าการเข้าร่วมกิจกรรมทำให้กลุ่มญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้น

ผลจากการศึกษาด้านความรู้กลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ความรู้ของกลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 18.67 (SD=1.07) ขณะที่ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ความรู้ของกลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.58 (SD=2.02) ซึ่งแตกต่างกันอย่างชัดเจน แสดงว่าการเข้าร่วมกิจกรรมทำให้กลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้เพิ่มขึ้น

ผลจากการศึกษาด้านทัศนคติกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน พบว่า ระดับทัศนคติของกลุ่มเครือข่ายในชุมชนต่อผู้ป่วยจิตเภทหลังเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.65 (SD=0.21) ขณะที่ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมทัศนคติของกลุ่มเครือข่ายในชุมชนต่อผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก และมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.82 (SD=0.21) ซึ่งแตกต่างกันอย่างชัดเจน แสดงว่าการเข้าร่วมกิจกรรมทำให้กลุ่มเครือข่ายในชุมชนมีทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้น

ผลจากการศึกษาด้านการมีส่วนร่วมกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน พบว่า การมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชน หลังเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.85 (SD=0.08) ขณะที่ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชนส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง และมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.25 (SD=0.40) ซึ่งแตกต่างกันอย่างชัดเจน แสดงว่าการเข้าร่วมกิจกรรมทำให้กลุ่มเครือข่าย

สุขภาพจิตในชุมชน มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้น

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เกิดจากผู้ร่วมวิจัยสมัครใจเข้ามามีส่วนร่วมทุกขั้นตอนจนครบตามกระบวนการ ตามขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบปฏิบัติ และกระบวนการมีส่วนร่วม โดยใช้เทคโนโลยีการมีส่วนร่วม (Technology Of Participation) ซึ่งจากกิจกรรมดังกล่าว ผู้ร่วมวิจัยเข้ามามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สภาพปัญหาและตัดสินใจมีส่วนร่วมในการวางแผนตั้งแต่เริ่มต้นจนครบกระบวนการทั้งหมด จึงเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ เสนอตัวรับผิดชอบตามหน้าที่ที่แต่งตั้งขึ้น และทำให้เกิดการเรียนรู้ขั้นสูงสุด

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

บริบทการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่าบ้านหนองคู หมู่ที่ 3 มีผู้ป่วยจิตเภทเกิดอาการกำเริบซ้ำเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ได้แก่ ปี 2559-2561 จำนวน 2, 3 และ 5 คน ในจำนวนผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด 12 คน สาเหตุของการเกิดอาการกำเริบซ้ำในชุมชน ซึ่งได้จากกาสอบถามและสัมภาษณ์พบว่าปัจจัยที่สำคัญ ด้านตัวผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทานยาหรือการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา ด้านผู้ดูแลมีข้อจำกัดในการให้การดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม และการขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท คิดว่าผู้ป่วยจิตเภทไม่ควรอยู่ในชุมชน ต้องรักษาในโรงพยาบาลเท่านั้น ถ้าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติหรือมีอาการกำเริบค่อยประสานและรอการส่งการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่งผลต่อผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลต่อเนื่อง จนทำให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีโอกาส

เกิดอาการกำเริบซ้ำขึ้น จนต้องส่งกลับไปรักษาเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเยาวภา ไตรพรพฤษชาติ⁸ ศึกษาเกี่ยวกับผลการบำบัดเพื่อสร้างแรงจูงใจในการร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาที่ตึกเฟื่องฟ้า ด้วยการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภทแบบรายบุคคล จากผลการศึกษาพบว่า หลังการบำบัดและในระยะติดตามผล ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการรับประทายามากขึ้น มีความรู้ในการปฏิบัติตัวขณะรับประทายาจิตเวชมากขึ้น และมีพฤติกรรมมารับประทายาตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างถูกต้องในระดับสูง และมีอาการทางจิตลดลง ทั้งผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจกับการบำบัดในระดับมาก สอดคล้องกับทฤษฎีเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยจิตเภทของ มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิชัย³ กล่าวว่า การรักษาด้วยยาถือว่าเป็นหัวใจของการรักษาผู้ป่วยจิตเภท นอกจากจะควบคุมอาการด้านบวกแล้ว ยังสามารถลดการกำเริบหรือป่วยซ้ำของโรคได้ โดยผู้ป่วย สามารถกลับมากำเริบหรือป่วยซ้ำอยู่บ่อย ๆ นั้น ส่วนใหญ่เนื่องมาจากปัญหาการขาดยาสอดคล้องกับงานวิจัยของ อรสา วัฒนศิริ และเสาวภา ศรีภูสิตโต⁹ ศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาและเครือข่ายผู้ดูแลโรงพยาบาลกำแพงเพชร ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการพัฒนากระบวนการดูแล ต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการกำเริบซ้ำและอาการกำเริบรุนแรงต้องส่งต่อลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลลัพธ์ของการใช้กระบวนการดูแลต่อเนื่อง ได้แก่ การรับประทายสม่ำเสมอ การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน ระดับความสามารถโดยรวม และคุณภาพชีวิต เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 และ

สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุนทรีภรณ์ ทองไสย¹⁰ ศึกษาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในบริบทสังคมไทย อย่างยั่งยืน เนื่องจากปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังกลับเข้าสู่ชุมชน บุคลากรทางสุขภาพจิตและ ครอบครัวยังคงมีข้อจำกัดในการดูแลหลายด้าน จำเป็นต้องมีกระบวนการดูแลผู้ป่วยในบริบทของ ครอบครัวที่มีประสิทธิภาพ และต่อเนื่องภายใต้ การวางแผนการดำเนินงานโดย ทีมสหสาขา วิชาชีพ ตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยกลับจากโรงพยาบาล มาสู่สังคมเดิมของผู้ป่วย โดยผู้ให้การดูแลต้อง ได้รับการเตรียมความพร้อมอย่างเป็นระบบ เป็น การลดปัญหาต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น ดังนั้น เพื่อให้ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทภายใต้บริบทของสังคมไทย เกิดประสิทธิภาพสูงสุดและยั่งยืนทั้งต่อคุณภาพ ชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและผู้ให้การดูแล นั่นคือ การ ส่งเสริมให้ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีความรู้ ความเข้าใจและทัศนคติที่ดีในการให้การดูแล ผู้ป่วย เกิดเป็น พฤติกรรมกลุ่มเครือข่ายของ ครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่ไม่ รู้สึกถึงการเป็นภาระในการดูแล แต่กลับรู้สึกถึง ความมั่นคงและปลอดภัย ญาติได้รับคำปรึกษา และคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วย ภายหลังจากการ รับผู้ป่วยกลับมารักษาที่บ้าน ส่งผลให้ผู้ป่วย สามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามศักยภาพ ไม่รู้สึก เป็นภาระของครอบครัว ซึ่งเป็นวิธีการหนึ่งที่จะ ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถกลับคืนสู่ครอบครัว ชุมชน และสังคมของตนได้อย่างมีความสุขยิ่งขึ้น ภายใต้บริบทการดูแลของสังคมไทย

รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการ ป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน บ้านหนองคู ตำบลนาเวียง อำเภอเสนางนิคม จังหวัดอำนาจเจริญ จากการดำเนินงานตาม วงรอบ PAOR กิจกรรมประชุมวางแผนและจัดทำ แผน และกิจกรรมนำแผนไปสู่การปฏิบัติ โดยการ

จัดประชุมวางแผนและจัดทำแผน โดยใช้ เทคโนโลยีการมีส่วนร่วม (Technology Of Participation) ประกอบด้วย 3 วิธี ได้แก่ วิธีการ ถกปัญหา (ORID) วิธีการประชุมเชิงปฏิบัติการ (WORK SHOP Method) และวิธีการวางแผน ปฏิบัติการ (Action Planning Method) (มี 7 กิจกรรม คือ ศึกษาบริบทพื้นที่ คัดเลือกผู้เข้าร่วม วิจัย/แต่งตั้งคณะทำงาน เก็บรวบรวมข้อมูล ประชุมวางแผนและจัดทำแผนปฏิบัติการ ติดตาม ผลการดำเนินงาน และสรุปผล ถอดบทเรียน) จน ได้แผนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกัน อาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำนวน 2 โครงการ ได้แก่ โครงการอบรมเครือข่าย สุขภาพจิตชุมชนเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแล ผู้ป่วย และโครงการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทใน ชุมชน โดยกิจกรรมดังกล่าวทำให้ผู้ร่วมวิจัยมีส่วน ร่วมในการวิเคราะห์สภาพปัญหาและตัดสินใจมี ส่วนร่วมในการวางแผนตั้งแต่เริ่มต้นจนครบ กระบวนการทั้งหมด จึงทำให้เกิดการเรียนรู้ชั้น สูงสุด ตามแนวคิดเกี่ยวกับกรวยประสบการณ์ (Cone of Experience) ของเอ็ดการ์ เดลีย์¹¹ ซึ่ง สอดคล้องกับแนวทางและขั้นตอนการสร้างการมี ส่วนร่วมของชุมชนที่ ก.พ.ร. ได้เสนอแนะไว้ 5 ระดับ ได้แก่ 1) การร่วมให้ข้อมูลข่าวสาร 2) การ ร่วมปรึกษาหารือ 3) การร่วมคิดร่วมวางแผน ร่วม ตัดสินใจ 4) การร่วมดำเนินการ และ 5) การร่วม ตรวจสอบและประเมินผล เทคโนโลยีเพื่อการมี ส่วนร่วม (Technology Of Participatory: TOP) เป็นเทคนิคหนึ่งที่สถาบันพระปกเกล้า ได้ทำการ พัฒนาขึ้นและแนะนำให้ใช้ในการสร้างเสริม กระบวนการกลุ่ม ที่ผ่านการทดสอบและปรับปรุง ให้ดีขึ้นจากวิธีการเดิม ๆ มีผู้นำมาใช้ในการสร้าง การมีส่วนร่วมของชุมชน จนประสบผลสำเร็จ มาแล้วหลายพื้นที่ เนื่องจากเป็นเทคนิคที่มีวิธีการ

หรือขั้นตอนในการกระตุ้นให้ชุมชนได้เกิดความคิด ความรู้สึก มีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็นใน มุมมองที่หลากหลาย ได้อย่างอิสระ โดยไม่เป็นการเผชิญหน้ากัน ทำให้เกิดปัญญารู้แจ้งโดยองค์ รวมของชุมชนอย่างลึกซึ้ง ทำให้ได้มติ หรือข้อสรุป เกี่ยวกับการกระทำที่ชัดเจน ซึ่งผ่านการตีความ กระบวนการไตร่ตรอง และการตัดสินใจร่วมกัน ซึ่งน่าจะมีความเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษา ของ ปานชีวา ณ หนองคาย¹² ที่ทำการศึกษา พัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัด อุดรธานี โดยใช้กระบวนการตามเทคโนโลยีเพื่อ การมีส่วนร่วม (TOP) ได้แก่ การถกปัญหา การ ประชุมเชิงปฏิบัติการ และการจัดทำแผนปฏิบัติ ผลการ ศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมใน กระบวนการระดมสมอง และมีความคิดริเริ่ม เพื่อ วางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันอย่างแท้จริง ก่อให้เกิด แนวทางและร่วมการดำเนินงานตามที่กำหนด รวมทั้งการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์และมี ส่วนร่วมในการประเมินผล ทำให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้ง ทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ในทาง ที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของศักรินทร์ ทอง ภูธร¹³ ทำการศึกษาประสิทธิผลของการใช้ โปรแกรมการมีส่วนร่วมในการพัฒนามาตรฐาน ศูนย์สุขภาพชุมชน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัด มหาสารคาม ใช้เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (Technology Of Participation : TOP) ของ สถาบันพระปกเกล้า มาใช้ในการศึกษาร่วมกับ กลุ่มคณะกรรมการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชน ผล จากการวิจัยทำให้ได้รูปแบบการพัฒนามาตรฐาน ศูนย์สุขภาพชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งเป็นรูปแบบที่มีประสิทธิภาพ สามารถนำไปใช้ ประโยชน์ในการตัดสินใจกำหนดเป็นนโยบายหรือ

แนวทางในการดำเนินการพัฒนาศูนย์สุขภาพ ชุมชน ที่เป็นต้นแบบของการบริการด้านสุขภาพที่ ได้มาตรฐานแก่ประชาชน สามารถนำไปใช้กับ พื้นที่อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพรวมทั้ง เป็นการ สร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างชุมชนกับศูนย์ สุขภาพชุมชน อันจะนำไปสู่การจัดการความรู้เพื่อ การพัฒนาการบริการสุขภาพแก่ประชาชนที่มี มาตรฐานอย่างยั่งยืนร่วมกัน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านที่มีส่วนทำให้ การวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี และขอบขอบคุณค่า และประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการทำวิจัยในครั้งนี้แก่ ทุกท่านที่อยู่เบื้องหลังความสำเร็จของผู้วิจัยในครั้ง นี้

เอกสารอ้างอิง

1. วัฒนะ แก้วมะไฟ. การบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วย รับประทานยาต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ใน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. การศึกษาอิสระปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2555.
2. นาถนภา วงษ์ศีล. การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนก กลุ่มผู้ป่วยและไม่ป่วยของผู้ป่วยจิตเภท ไทยมุสลิม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555.
3. มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์พิมพ์; 2548.

4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนสำหรับบุคลากรหน่วยบริการปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ: แสงจันทร์การพิมพ์; 2559.
5. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. รายงานจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์: โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี; 2561.
6. วิรัตน์ ปานศิลา และคณะ. (2551). รูปแบบการพัฒนาสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานด้วยภูมิปัญญาพื้นบ้าน ในการบริโภคอาหารของชาวอีสาน. มหาวิทยาลัยสารคาม, 2551.
7. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.). พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี : สำนักงาน, 2550.
6. เยาวภา ไตรพลุกษชาติ. การเสริมสร้างแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยโรคจิตเภทโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. การศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2554
7. อรสา วัฒนศิริ และเสาวภา ศรีภูสิตโต. การพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเภทโดยสหสาขาและเครือข่ายผู้ดูแล โรงพยาบาลกำแพงเพชร. วารสารกองการพยาบาล, 2556: 40(1),67-83.
8. สุนทรีภรณ์ ทองไสย. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในบริบทสังคมไทยอย่างยั่งยืน. วารสารกองการพยาบาล, 2558: 42(3), 159-165.
9. Dale, Edgar. Audio-Visual Methods in Teaching. 3 Ed. New York: The Dryden Press Holt, Rineheart and Winston. Inc; 1996.
10. ปานชีวา ณ หนองคาย. การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ในจังหวัดอุดรธานี. หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2551.
11. ศักรินทร์ ทองภูธรณ์. ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมในการพัฒนามาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน อำเภอเมืองจังหวัดมหาสารคาม. วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2553.