บทความวิจัย

การประเมินผลโครงการพัฒนาศักยภาพชุมชนในการดูแลผู้พิการทางจิต: กรณีชุมชนกึ่งเมือง จังหวัดสงขลาที่ชาวไทยพุทธและมุสลิมอยู่ร่วมกัน[1]

An Evaluation of a Project on Community Ability Development to Care for Mentally Disabled: A Case of Coexistence of Buddhists and Muslims in One Suburban Community, Songkhla Province[1]

จุฑามาศ สุวรรณวัฒน์[2] วีณา คันฉ้อง[2] ตรีนุช ฟุ่มมณี[3]*

Jutamas Suwannawat[2] Weena Chanchong[2] Treenut Pummanee[3]*

ไผโรส มูฮัมหมัดสกุล[2] ชญานันท์ แก้วสังข์ไชย[4]

Phairose Muhammadsakul[2] Chayanan Kaewsangchai[4]

[1]งานวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองแห จังหวัดสงขลา

[1]Granting supported by Hospital maintenance from Khlong Hae Tambon Health Promoting Hospital, Songkhla, Thailand.

[2]อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

[2]Lecturer, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand.

[3]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

[3]Assistant Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand.

[4]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองแห จังหวัดสงขลา

[4]Registered Nurse Professional level, Khlong Hae Tambon Health Promoting Hospital, Songkhla, Thailand.

**Corresponding author: treenut.p@psu.ac.th*

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลลัพธ์ของโครงการพัฒนาศักยภาพชุมชนในการดูแลผู้พิการทางจิต ที่เป็นงานบริการวิชาการสู่ชุมชนของคณะพยาบาลศาสตร์ โดยใช้รูปแบบ CIPP Model ในชุมชนกึ่งเมืองแห่งหนึ่งของจังหวัดสงขลา ที่ประชาชนกลุ่มไทยพุทธและไทยมุสลิมอาศัยร่วมกัน กลุ่มตัวอย่างเป็น ผู้พิการทางจิต 4 คน (ไทยพุทธ 2 คน ไทยมุสลิม 2 คน) ผู้ดูแล 4 คน (ไทยพุทธ 2 คน ไทยมุสลิม 2 คน) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 9 คน (ไทยพุทธ 7 คน ไทยมุสลิม 2 คน) ที่เข้าร่วมโครงการฯเกิน 2 ปีขึ้นไป รวบรวมข้อมูลโดยการสนทนาด้วยแนวคำถามกึ่งโครงสร้าง และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการของ Colaizzi ผลการวิจัยในกลุ่มผู้พิการทางจิต พบ 3 ประเด็น (เกิดการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการดูแลตนเอง, รู้สึกพอใจกับการดูแลที่ได้รับจากผู้ดูแลและอสม., มีความมั่นใจในการดูแลตนเองหลังเข้าร่วมโครงการฯ) กลุ่มผู้ดูแล พบ 4 ประเด็น (รู้สึกอบอุ่นใจจากการเอาใจใส่ของโครงการฯ, ตระหนักและใส่ใจให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาเพิ่มขึ้น, ผู้ป่วยได้รับการกระตุ้นให้ดูแลตนเอง, เปลี่ยนแปลงความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดูแลผู้ป่วย) และกลุ่ม อสม. พบ 5 ประเด็น

(มีทิศทางในการดูแล, อุทิศตนในการดูแลผู้ป่วยด้วยใจ, ภูมิใจในการเป็นผู้ให้, ศักยภาพการดูแลผู้พิการทางจิตได้รับการเติมเต็ม, มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช)

ผลการวิจัยสะท้อนจุดแข็งของโครงการที่ประสบผลสำเร็จ คือ การบูรณาการความร่วมมือทางวิชาการระหว่างมหาวิทยาลัยและรพ.สต.ในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับ อสม.

คำสำคัญ: การวิจัยประเมินโครงการ; ผู้พิการทางจิต; ผู้ดูแล; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน; ชุมชนกึ่งเมือง

Abstract

The purpose of this project evaluation research was to evaluate a project on community ability development to care for mentally disabled based on Faculty of Nursing's community service by using CIPP model in one coexistence of Buddhists and Muslims suburban community, Songkhla province. The participants were 4 mentally disabled people (2 Thai Buddhists and 2 Thai Muslims), caregivers (2 Thai Buddhists and 2 Thai Muslims), and village health volunteers (7 Thai Buddhists and 2 Thai Muslims), who have been participated within the project for at least 2 years. We applied focus group interviewing (using semi-structure questions) to collect data and analyzed data with Colaizzi's method. We found 3 themes from mentally disabled group (changing ability to care themselves; satisfying with caring from caregivers and village health volunteers; having self-confidence to care themselves after participating in the project); 4 themes from caregivers (feeling comforted regarding caring from the project; feeling more concern and pay attention to mentally disabled people to be cured; encouraging mentally disabled people to take care themselves; changing own believe about illness and caring mentally disabled people); and 5 themes from village health volunteers (earning direction for caring; dedicating to care mentally disabled people with heart; being proud to give; feeling fulfillment in ability to care for mentally disabled people; having self confidence in caring mentally disabled people).

The results reflect the strength of the project to succeed which are the academic integrating between university and sub-district health promotion hospital continuously, and processing of knowledge sharing with village health volunteers.

Keywords: Buddhists and Muslims community; evaluation research; mentally disabled; caregiver; village health volunteers;

ความเป็นมาของปัญหา

ปัจจุบันปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทยและส่งผลกระทบที่เพิ่มขึ้นต่อครอบครัว สังคมและชุมชน จากสถิติของกรมสุขภาพจิตปี พ.ศ 2560[1] พบว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่ผู้ป่วยมารับการรักษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 31 ของโรคทางจิตเวชที่มารับการรักษา โรคจิตเภทจัดเป็นโรคเรื้อรังเนื่องจากหลังได้รับการรักษาแล้วมักมีอาการกลับมากำเริบได้อีก[2] ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550[3] กำหนดว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทจัดเป็นกลุ่ม ผู้ป่วยจิตเวชหรือผู้พิการทางจิต เนื่องจากภาวะความผิดปกติทางจิตใจและพฤติกรรม ได้ส่งผลกระทบต่อสุขภาวะอนามัย รวมทั้งความถดถอยในหน้าที่การงานและการเข้าสังคม โดยทั่วไปผู้พิการทางจิตที่อยู่ในชุมชนที่อาการด้านบวก-หูแว่ว ประสาทหลอน ยังไม่กลับมากำเริบมักเป็นกลุ่มที่อยู่ในระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) กล่าวคือ จะแสดงอาการส่วนใหญ่เป็นด้านลบ-อารมณ์เฉย ไม่มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น อย่างไรก็ตามอาการในระยะดังกล่าว พบว่า มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบได้สูงหากไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม[2] อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล ครอบครัวและชุมชน โดยส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลด้านร่างกายจากการที่ต้องใช้เวลาดูแลผู้พิการทางจิตเรื้อรังเป็นเวลานาน ทำให้ผู้ดูแลละเลยการดูแลสุขภาพของตนเอง[4] รวมไปถึงขาดการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน นอกจากนี้ ยังส่งผลกระทบต่อจิตใจต่อผู้ดูแลจากภาวะความเครียดในการดูแลและการถูกตีตราจากสังคมจากภาวะการเจ็บป่วยทางจิต[5] และผลกระทบต่อเศรษฐกิจในภาพรวมของประเทศที่ต้องสูญเสียความสามารถของบุคลากรที่เป็นผู้พิการทางจิตในการพัฒนาประเทศ

จากปัญหาผู้พิการทางจิตในชุมชนที่เพิ่มมากขึ้นอย่างมากในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ในขณะที่การพัฒนาระบบการติดตามและดูแลอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาลจิตเวชยังขาดบุคลากรและทีมงานทำงานในชุมชน ได้แก่ พยาบาลเฉพาะทางจิตเวชรวมทั้ง เจ้าหน้าที่สุขภาพของชุมชน ที่มีความรู้ความเข้าใจในการเข้าถึงผู้พิการทางจิตในชุมชน รวมทั้ง องค์กรซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนของชุมชน ยังมีข้อจำกัด ได้แก่ การผลิตพยาบาลจิตเวช การเพิ่มพูนความรู้แก่ อสม. ทางจิต[6] ผู้ดูแลผู้พิการทางจิตที่บ้าน ถือได้ว่าเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในการดูแลผู้พิการทางจิตที่อยู่ในระยะเรื้อรังที่ขาดความสามารถในการดูแลตัวเอง และจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นขณะอยู่บ้าน จากการศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากคนรอบข้างรวมทั้งจากทีมสุขภาพและครอบครัวมีส่วนทำให้ผู้ดูแลรับรู้และเข้าใจการดูแลผู้ป่วยได้มากขึ้น[7] ทั้งนี้นอกจากผู้ดูแลหลักที่บ้านแล้ว ทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญที่ร่วมดูแลผู้พิการทางจิตในชุมชน คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งจัดเป็นกลุ่มที่มีความใกล้ชิดกับชุมชนที่สุดและทำหน้าที่ให้การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและการป้องกันโรค โดยให้คำแนะนำและถ่ายทอดความรู้แก่ประชาชนในชุมชนเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ[8] จากรายงานการวิจัยสนับสนุนว่า การพัฒนาความรู้ให้กับกลุ่ม อสม. จะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล[9-11] ดังนั้นการพัฒนาความรู้และเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้พิการทางจิตให้แก่กลุ่ม อสม. จึงยังคงมีความจำเป็นและยังเป็นที่ต้องการของชุมชน

อย่างไรก็ตาม การเข้าไปพัฒนาศักยภาพและคุณภาพของ อสม.ในพื้นที่ห่างไกล นับว่ายังมีข้อจำกัด แม้หน่วยงานภาครัฐจะสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาระบบการดูแลผู้พิการทางจิตในชุมชนมากขึ้นก็ตาม ภายใต้ข้อจำกัดดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ภายใต้พันธกิจที่ต้องการเอื้อประโยชน์เชิงวิชาการแก่สังคมและเชื่อมโยงงานด้านการเรียนการสอนและการวิจัยกับงานบริการวิชาการสู่ชุมชน จึงเข้ามามีบทบาทในการพัฒนาดังกล่าว โดยชุมชนที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นชุมชนในอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลาที่มีความหลากหลายของวัฒนธรรมและศาสนาจากการอยู่ร่วมกันของชาวไทยพุทธและมุสลิมมายาวนาน จัดเป็นชุมชนกึ่งเมือง ประกอบด้วยหมู่บ้านและชุมชน ทั้งหมด 11 หมู่บ้าน มีประชากรทั้งหมด 36,500 คน ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 92.67 อิสลามร้อยละ 7.30 และคริสต์ร้อยละ 0.03 มีทั้งวัด สำนักสงฆ์ และมัสยิด รวมทั้งโรงเรียนสามัญและโรงเรียนสอนศาสนาอิสลามในชุมชน[12] ปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด 182 คน นับถือศาสนาพุทธ 128 และศาสนาอิสลาม 54 คน[13] พื้นที่ของชุมชนก่อนการจัดทำโครงการ มีข้อจำกัดเรื่องการสนับสนุนองค์ความรู้จากหน่วยงานของรัฐที่จะเข้าสู่พื้นที่ดังกล่าว อีกทั้งการทำงานลงพื้นที่จำเป็นต้องอาศัยผู้ที่คุ้นเคยกับชุมชนที่มีลักษณะวัฒนธรรมและความหลากหลายทางศาสนา โดยเฉพาะการเข้าเยี่ยมผู้พิการทางจิตที่บ้านที่มีอาการทางจิตกำเริบแต่ขาดการรักษาต่อเนื่อง ยังขาดแคลนทีมเจ้าหน้าที่ผู้เชี่ยวชาญ ในส่วนของปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่พบว่า ผู้ป่วยด้วยอาการทางจิตขาดการส่งต่อไปรับการรักษากับแพทย์แผนปัจจุบันเนื่องจากยังมีความเชื่อว่าอาการทาง

จิตเกิดจากไสยศาสตร์ และหลายรายที่กักขังผู้ป่วยไว้ในบ้านเพื่อป้องกันอันตรายอันอาจเกิดจากผู้ป่วยทางจิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ ภาควิชาการพยาบาลจิตเวชในขณะนั้น (พ.ศ. 2553) จึงได้ริเริ่มจัดทำโครงการบริการวิชาการในชุมชนเพื่อป้องกันปัญหาในผู้พิการทางจิตเรื้อรังในชุมชนดังกล่าว โดยได้ทุนสนับสนุนมาตลอดเป็นระยะเวลา 8 ปี ซึ่งในระยะ 3 ปีแรก มุ่งเน้นการเข้าถึงพื้นที่และให้ความรู้ความเข้าใจ รวมทั้งสร้างเจตคติที่ดีแก่ อสม. ในการดูแลผู้พิการทางจิต รวมถึงนำทีมลงพื้นที่เยี่ยมบ้านผู้พิการทางจิตร่วมกับอสม. 5 ปีต่อมาได้มุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพอสม.และผู้ดูแลผู้พิการทางจิตทั้งความรู้และทักษะในการดูแล (เช่น การรับประทานยา การดูแลสุขอนามัย) จนในปัจจุบันสามารถพัฒนาเป็นชมรมผู้พิการทางจิต ที่มีคณะกรรมการชมรมเป็น ผู้บริหารชุมชน อสม. และทีมสุขภาพในพื้นที่ โดยในปัจจุบัน อสม. ในชมรมได้พัฒนาเป็นแกนนำทีมเยี่ยมบ้านให้แก่นักศึกษาปริญญาตรีในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตได้

อย่างไรก็ตามแม้จะมีการติดตามประเมินผลโครงการดังกล่าวทุกปี แต่ยังไม่เคยมีการติดตามประเมินผลโครงการโดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยอย่างเป็นระบบในการประเมินผลลัพธ์ภาพรวมนับแต่เริ่มดำเนินโครงการ การวิจัยนี้จึงมีเป้าหมายเพื่อประเมินผลลัพธ์ของโครงการดังกล่าว โดยมุ่งหวังเพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการตัดสินใจปรับปรุงและพัฒนาการดำเนินโครงการ และเป็นข้อมูลแก่ผู้ที่จะพัฒนาโครงการในชุมชนอื่นๆ ที่มีลักษณะใกล้เคียง อีกทั้งยังสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาโครงการที่เกิดจากกิจกรรมบริการวิชาการภายใต้พันธกิจของมหาวิทยาลัย ที่มุ่งตอบสนองความต้องการของชุมชน และความผูกพันระหว่างมหาวิทยาลัยกับชุมชน รวมทั้งเป็นข้อมูลในการบูรณาการการเรียนการสอนในพื้นที่ต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิดการประเมินโครงการ ตามรูปแบบการประเมินเชิงระบบ CIPP Model ของ Stufflebeam[14] โดยมุ่งเน้นศึกษาในส่วนของการประเมินผลผลิต (product) ของโครงการ ทั้งนี้ได้สรุปแผนการดำเนินงานในช่วงเวลา 8 ปีที่ผ่านมาตามรูปแบบการประเมินเชิงระบบ CIPP Model ดังแผนภูมิ 1

บริบท(Context)	ปัจจัยนำเข้า (input)	กระบวนการ (process)	การประเมินผลผลิต (product)
1. ปี พ.ศ. 2553 ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวชในพื้นที่ทำให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพในการผู้ดูแลผู้พิการทางจิตในชุมชน 2. อสม. มีความต้องการพัฒนาตนเองแต่แหล่งสนับสนุนยังเข้าไม่ถึงพื้นที่ 3. การมีความร่วมมือด้านวิชาการระหว่างมหาวิทยาลัยกับ รพ.สต.ในพื้นที่ 4. การมีเป้าหมายมุ่งสร้างศักยภาพและพัฒนาการดูแลผู้พิการทางจิตในชุมชน	1. งบประมาณบริการวิชาการจากคณะพยาบาลศาสตร์และมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ 2. การสนับสนุนและประสานงานจาก ผู้บริหารและบุคลากรสุขภาพของ รพ.สต. ในพื้นที่ 3. ความมุ่งมั่นและความร่วมมือ ร่วมใจจาก อสม.ในพื้นที่ 4. ความร่วมมือของครอบครัวผู้พิการทางจิต 5. ความสะดวก/ความพร้อมของคณาจารย์ในการให้บริการวิชาการแก่ชุมชนในพื้นที่	1.การจัดกิจกรรม เพื่อสร้างความเข้าใจระหว่างคณาจารย์ รพ.สต. และ อสม.ปีละ 1-2 ครั้ง 2. การจัดอบรมให้ความรู้เฉพาะทางด้านการดูแลผู้พิการทางจิตในชุมชนแก่ อสม. ปีละ 1 ครั้ง 3. การติดตามเยี่ยมบ้านผู้พิการทางจิตร่วมกันของคณาจารย์ รพ.สต. และ อสม. อย่างต่อเนื่องปีละ 2 ครั้ง 4. การประเมินผลกิจกรรมโครงการตามระบบ Plan-Do-Check-Act เพื่อปรับปรุงแก้ไขโครงการต่อเนื่องทุกปี	1. ปี พ.ศ. 2553-2555 - ประเมินการพัฒนาความรู้ความเข้าใจและเจตคติในการดูแลผู้พิการทางจิตของ อสม. ในพื้นที่ 2. ปี พ.ศ. 2556-2560 - มุ่งพัฒนาความรู้ และทักษะในการดูแลผู้พิการทางจิต ของ อสม. และผู้ดูแล (การรับประทานยา การดูแลสุขอนามัย เป็นต้น) - เกิดชมรมการดูแลผู้พิการทางจิตในพื้นที่ 3. ปี พ.ศ. 2561 ประเมินผลผลิตตามเป้าหมาย โดยกระบวนการวิจัย

แผนภูมิ1: รูปแบบการดำเนินงานในช่วงเวลา 8 ปี ของโครงการพัฒนาศักยภาพชุมชนในการดูแลผู้พิการทางจิตฯ

จากแผนภูมิ 1 ในช่องการประเมินผลผลิต (product) แสดงให้เห็นว่า การวิจัยในครั้งนี้ใช้กระบวนการวิจัยอย่างเป็นระบบ เพื่อตัดสินว่าเป้าหมายในการสร้างศักยภาพและพัฒนาการดูแลผู้พิการทางจิตในชุมชนบรรลุผลหรือไม่ โดยทำการประเมินผลใน 3 กลุ่ม คือ 1) ผู้พิการทางจิต 2) ผู้ดูแล และ 3) อสม. ซึ่งเป็นผู้ที่เข้าร่วมโครงการอย่างต่อเนื่อง 2 ปี นับเป็นกลุ่มที่สามารถสะท้อนให้เห็นความเปลี่ยนแปลงในการเข้าร่วมโครงการอย่างเป็นรูปธรรม โดยทำการประเมินผลผลิตในส่วนของผู้พิการทางจิตว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของตนเองหลังการเข้าร่วมโครงการอย่างไร ทั้งด้านบวกและด้านลบ[15] และประเมินในกลุ่ม ผู้ดูแล และ อสม. ว่าคุณภาพการดูแลผู้พิการทางจิตเกิดการเปลี่ยนแปลงตามความต้องการหรือไม่ อย่างไร เพื่อนำผลที่ได้ไปพัฒนารูปแบบการให้บริการโครงการในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินผลผลิต/ผลลัพธ์ที่เกิดจากโครงการพัฒนาศักยภาพชุมชนในการดูแลผู้พิการทางจิต ในกลุ่มผู้ใช้บริการทางจิตเวชที่อยู่ในชุมชนที่เป็นผู้พิการทางจิต ผู้ดูแลและ อสม. ทั้งชาวไทยพุทธและมุสลิม ในพื้นที่อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา เพื่อนำผลจากการประเมินไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาโครงการที่เกิดจากกิจกรรมบริการวิชาการภายใต้พันธกิจของมหาวิทยาลัย รวมทั้งเป็นข้อมูลในการบูรณาการการเรียนการสอนในพื้นที่

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยประเมินโครงการ (project evaluation research) โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อประเมินผลผลิต/ผลลัพธ์ ที่เกิดขึ้นหลังเข้าร่วมโครงการด้านการดูแลตัวเองของผู้พิการทางจิต รวมทั้งด้านความรู้ เจตคติ และทักษะในการดูแลผู้พิการทางจิตของ ผู้ดูแล และ อสม.

ประชากร คือ ผู้พิการทางจิต ผู้ดูแลผู้พิการทางจิต (จำนวนรวม 40 ครอบครัว) และ อสม. (จำนวนรวม 15 คน) ในชุมชนกึ่งเมืองแห่งหนึ่ง เขตอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาศักยภาพชุมชนในการดูแลผู้พิการทางจิตในชุมชนอย่างต่อเนื่อง 2 ปีขึ้นไป

กลุ่มผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้พิการทางจิต ผู้ดูแล และ อสม. ที่ถูกคัดเลือกโดยใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยก่อนเก็บข้อมูลจริงได้วางแผนจำนวนกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่เหมาะสมในการสนทนากลุ่ม (Focus group) แต่ละครั้ง คือ 6-12 คน[16] ซึ่งสามารถปรับลดหรือเพิ่มกลุ่มตัวอย่างได้ ขึ้นกับผลการวิเคราะห์ข้อมูลและความอิ่มตัวของข้อมูล[17,18] อย่างไรก็ตามจากการนัดหมาย กลุ่มผู้พิการทางจิต 6 คน ผู้ดูแล 6 คน และอสม.10 คน ที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมวิจัย พบว่ามีผู้ไม่มาตามนัดในวันเก็บข้อมูล จึงได้คัดออกจากการวิจัยตามเกณฑ์การคัดออก ทำให้มีจำนวนผู้ให้ข้อมูลจริงในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้พิการทางจิต 4 คน ผู้ดูแล 4 คน และอสม.9 คน ทั้งนี้จากการเก็บข้อมูล 1 ครั้ง พบว่าสามารถได้ข้อมูลที่พอเพียงและอิ่มตัวที่สามารถรายงานผลการวิจัยครั้งนี้ได้

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย (inclusion criteria) ที่เป็นผู้ให้ข้อมูล

1. ผู้พิการทางจิต

1.1 ไม่มีอาการทางจิตอยู่ในระยะกำเริบ โดยมีคะแนนอาการทางจิต จากแบบประเมินอาการทางจิตด้วย BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale)[19] น้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน

1.2 เคยได้รับการเยี่ยมบ้านและการดูแลจาก อสม. อย่างน้อย 3 ครั้ง

1.3 สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ พูดคุยเข้าใจให้ข้อมูลและตอบคำถามได้

1.4 ยินดีและให้ความร่วมมือในการวิจัย รวมทั้งได้รับการยินยอมจากญาติผู้ดูแลให้เข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้ดูแล

2.1 เป็นผู้ดูแลหลักของผู้พิการทางจิต เช่น บิดา มารดา คู่สมรส บุตร พี่ น้องหรือบุคคลอื่นๆ

2.2 ไม่มีอาการทางจิต สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ พูดคุยให้ข้อมูลและตอบคำถามได้

2.3 เคยได้รับการเยี่ยมและการดูแลจาก อสม. อย่างน้อย 3 ครั้ง

2.4 ยินดีและให้ความร่วมมือในการวิจัย

3. อสม.

3.1 ปฏิบัติงานเป็น อสม. และมีส่วนร่วมในการติดตามดูแลผู้พิการทางจิตในชุมชนต่อเนื่องตลอดระยะเวลา 2 ปีขึ้นไป

3.2 สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ พูดคุยให้ข้อมูลและตอบคำถามได้

3.3 ยินดีและให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยออก (exclusion criteria) ของทั้งสามกลุ่มคือ นัดหมายแล้วไม่มาตามนัด มีภาวะแทรกซ้อนหรือป่วยขณะเข้าร่วมวิจัยจนไม่สามารถร่วมการวิจัยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป โดยให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็น ผู้พิการทางจิต ผู้ดูแล และ อสม. สามารถเลือกตอบแบบสอบถามด้วยตัวเองหรือสามารถให้ทีมผู้วิจัยช่วยอ่านแบบสอบถามให้ ข้อคำถามที่ใช้ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส และคำถามเฉพาะกลุ่มเช่น ระยะเวลาในการเจ็บป่วย (ผู้พิการทางจิต) ระยะเวลาในการดูแลผู้พิการทางจิต (ผู้ดูแล) และประสบการณ์ในการเป็น อสม. เป็นต้น

ส่วนที่ 2 แนวคำถามกึ่งโครงสร้าง สำหรับการสนทนากลุ่ม (focus group interview) ใช้แนวคำถามกึ่งโครงสร้าง 3 ชุด สำหรับใช้ในแต่ละกลุ่ม

ตัวอย่างแนวคำถาม (กึ่งโครงสร้าง)

1. การสนทนากลุ่มกับกลุ่มผู้พิการทางจิต

- ก่อนเข้าร่วมโครงการฯ ภาวะสุขภาพและความสามารถในการดูแลตนเองของท่านเป็นอย่างไรบ้าง
- หลังเข้าร่วมโครงการฯ การดูแลที่ท่านได้รับจากผู้ดูแล และ อสม. เปลี่ยนแปลงไปหรือไม่อย่างไร และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นท่านคิดว่าเกิดจากอะไร
- ท่านคิดว่าการที่ท่านและผู้ดูแลเข้าร่วมโครงการฯ มีส่วนช่วยทำให้ท่านดูแลตนเองได้ดีขึ้นหรือไม่ ในเรื่องใดอย่างไร และมีข้อเสนอแนะอย่างไรบ้างในการปรับปรุงพัฒนาโครงการฯ

2. การสนทนากลุ่มกับกลุ่มผู้ดูแล

- ก่อนเข้าร่วมโครงการฯ ท่านให้การดูแลญาติของท่านซึ่งป่วยด้วยโรคทางจิตเวชอย่างไร
- หลังเข้าร่วมโครงการฯ ท่านคิดว่าความสามารถในการดูแลญาติที่ป่วยของท่านต่างจากก่อนเข้าร่วมโครงการหรือไม่อย่างไร ในเรื่องใดบ้าง
- หลังเข้าร่วมโครงการฯ ท่านมีความเชื่อหรือคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับการดูแลญาติที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช และความเชื่อหรือความคิดเห็นของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่อย่างไรกับก่อนเข้าร่วมโครงการฯ
- การมีส่วนร่วมของ อสม. ในการดูแลญาติของท่านเป็นอย่างไรบ้างก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการฯและความรู้สึก ความคิดเห็นในการมีส่วนร่วมของ อสม. เป็นอย่างไรและมีข้อเสนอแนะอย่างไรบ้างต่อโครงการฯ

3. การสนทนากลุ่มกับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน

- ก่อนเข้าร่วมโครงการฯ ท่านรู้สึกอย่างไรต่อการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช
- หลังเข้าร่วมโครงการฯ การดูแลผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชและเป็นพี่เลี้ยงให้กับผู้ดูแลเหมือนเดิมหรือเปลี่ยนแปลงในเรื่องใด อย่างไรบ้าง
- ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช ผู้ดูแล และตัวท่านเองหลังเข้าร่วมโครงการฯ เป็นอย่างไรและเกิดขึ้นจากอะไร
- ความมั่นใจในการปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชและเป็นพี่เลี้ยงให้กับผู้ดูแล ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการเป็นอย่างไร เปลี่ยนแปลงหรือไม่ อย่างไรและสิ่งที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงความมั่นใจของท่านคืออะไรและมีข้อเสนอแนะอย่างไรบ้างต่อโครงการฯ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือทั้งสองส่วนพัฒนาโดยคณะผู้วิจัยจากกรอบแนวคิดรูปแบบการประเมินเชิงระบบ CIPP Model ของ Stufflebeam[14] โดยมุ่งเน้นการประเมินตัวเองของผู้เข้าร่วมโครงการในส่วนของผู้พิการทางจิตว่ามีการพัฒนาตัวเองและได้รับประโยชน์อย่างไรจากการเข้าร่วมโครงการอย่างต่อเนื่องตลอด 2 ปี เช่นเดียวกับในกลุ่มผู้ดูแล และ อสม. ว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงในเรื่องศักยภาพในการดูแลผู้พิการทางจิตอย่างไร ทั้งนี้ภายหลังได้เครื่องมือฉบับร่างแล้วทีมผู้วิจัยได้ส่งข้อคำถามไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity)โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเรื่องงานวิจัยเชิงคุณภาพ 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ในชุมชน 1 ท่าน จากนั้นนำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงก่อนนำไปเก็บข้อมูลจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังโครงการผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยได้ประสานงานกับพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและอสม.ที่รับผิดชอบพื้นที่เพื่อวางแผนในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และนัดหมายกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัยตามเวลาที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก โดยใช้สถานที่เป็นห้องประชุมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและเก็บข้อมูลด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม โดยแยกสนทนา

กลุ่มย่อย สามกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้พิการทางจิต (4 คน) กลุ่มผู้ดูแล (4 คน) และกลุ่ม อสม. (9 คน) กลุ่มละ 60-90 นาที โดยวางแผนนัดหมายจนกว่าจะได้ข้อมูลอิ่มตัว บันทึกข้อมูล โดยการใช้เทปบันทึกเสียง บันทึกในกระดาษฟลิบชาร์ต และทีมผู้วิจัยร่วมสังเกตการณ์ตลอดการสนทนา

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เลขที่ PSU IRB 2017-NL 004 เมื่อวันที่ 7 มิถุนายน 2560 และได้รับการอนุญาตจากกลุ่มตัวอย่าง ที่เข้าร่วมโครงการทั้ง 3 กลุ่ม โดยทีมวิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงรายละเอียดการวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล รวมทั้งการรักษาความลับก่อนเก็บข้อมูล เมื่อกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอมและลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยให้ทำแบบสอบถามและสัมภาษณ์ด้วยการสนทนากลุ่ม พร้อมทั้งบันทึกเสียง หากกลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกในการให้บันทึกเสียง หรือรู้สึกสะเทือนใจกับเรื่องราวที่เล่า สามารถแจ้งผู้วิจัยเพื่อหยุดการบันทึกเสียงได้ โดยผู้วิจัยจะดูแลช่วยเหลือและเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้พูดระบายความรู้สึก หากไม่พร้อมที่จะให้ข้อมูลต่อได้ สามารถหยุดการสัมภาษณ์ได้ตลอดเวลา และผู้วิจัยพร้อมจะประเมินหรือส่งต่อเพื่อให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสมต่อไป ซึ่งจากการเก็บข้อมูลการวิจัยนี้ไม่พบปัญหาใดๆ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม ใช้วิธีวิเคราะห์ของ Colaizzi[20] โดยมีขั้นตอนของการวิเคราะห์ดังนี้ 1) อ่านทบทวนข้อมูลจากการถอดเทปแบบคำต่อคำซ้ำๆ 2-3 รอบ, 2) ทำความเข้าใจเนื้อหาข้อมูลในภาพรวม 3) แยกประเด็นข้อมูลที่ได้ออกเป็นข้อความ ประโยคหรือวลีที่สื่อถึงประเด็นต่างๆ 4) นำข้อมูลที่มีความหมายใกล้เคียงกันมาจัดเป็นหมวดหมู่ข้อมูล และ 5) วิเคราะห์หาข้อสรุปประเด็นที่ได้ จากนั้นคณะผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (credibility) โดยวิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (data triangulation) โดยพิจารณาว่าข้อมูลที่ได้มาจากกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกันทั้ง 3 กลุ่มมีความสอดคล้องกันหรือแตกต่างกันอย่างไร และทำการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นทีมวิจัย 3 คน (peer debebritfing)[21] ว่าข้อมูลทั้งหมดมีความสอดคล้องกันหรือไม่

ผลการวิจัย

1.ข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 กลุ่มผู้พิการทางจิต จำนวน 4 คน เป็นเพศหญิงทั้งหมด อายุต่ำสุด-สูงสุดคือ 41-46 ปี อายุเฉลี่ยคือ 43.75 ปี (SD=2.22) นับถือศาสนาพุทธ 2 คนและอิสลาม 2 คน เรียนจบชั้นประถมศึกษา 2 คน และมัธยมศึกษาตอนต้น 2 คน 3 ใน 4 คน รับการรักษาเกิน 10 ปี และทุกคนเข้าร่วมโครงการฯมาแล้วเกิน 2 ปี แต่ไม่ถึง 5 ปี ปัจจุบันมีงานทำ 2 คน ไม่ได้ทำงาน 2 คน 1 ใน 4 คน เคยสมรส แต่ปัจจุบันแยกกันอยู่ ส่วนอีก 3 คนโสด ทั้งนี้ทุกคนอยู่กับผู้ดูแลที่เป็นญาติพี่น้องหรือพ่อแม่

1.2 กลุ่มผู้ดูแลผู้พิการทางจิต จำนวน 4 คน เป็นเพศชาย 3 คน เพศหญิง 1 คน อายุต่ำสุด-สูงสุด คือ 31-49 ปี อายุเฉลี่ยคือ 39.75 ปี (SD=9.57) นับถือศาสนาพุทธ 2 คน และอิสลาม 2 คน เรียนจบชั้นประถมศึกษา 2 คน มัธยมศึกษาตอนต้น และอาชีวศึกษาอย่างละ 1 คน สมรส 2 คน โสด 2 คน ปัจจุบันทุกคนมีงานทำ มีรายได้เป็นของตัวเอง เฉลี่ย 9,000 บาท/เดือน และทุกคนเข้าร่วมโครงการฯมาแล้วเกิน 2 ปี แต่ไม่ถึง 5 ปี และดูแลผู้พิการทางจิตที่เป็นญาติพี่น้องหรือพ่อแม่มาแล้วเกิน 2 ปี (โดยเฉลี่ย 17 ปี)

1.3 กลุ่ม อสม. จำนวน 9 คน เป็นเพศหญิงทั้งหมด อายุต่ำสุด-สูงสุด คือ 39-57 ปี อายุเฉลี่ยคือ 50.33 ปี (SD=5.73) นับถือศาสนาพุทธ 7 คน และอิสลาม 2 คน เรียนจบชั้นประถมศึกษา 1 คน มัธยมศึกษาตอนต้น 2 คน มัธยมศึกษาตอนปลาย 2 คน อาชีวศึกษา 3 คน และปริญญาตรี 1 คน สมรสทั้งหมด ปัจจุบัน อสม. ทุกคนมีงานทำและมีรายได้เป็นของตนเองเฉลี่ย 13,500 บาท/เดือน ระยะเวลาในการเป็นอสม. ตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไปแต่ไม่ถึง 10 ปี 5 คน และเกิน 10 ปีขึ้นไป 4 คน ทุกคนเข้าร่วมโครงการฯ มาแล้วต่อเนื่อง 2 ปีขึ้นไปแต่ไม่ถึง 5 ปี 8 คน และเกิน 5 ปีขึ้นไป 1 คน ก่อนเข้าร่วมโครงการฯ อสม. 6 คน จากทั้งหมด 9 คน คิดเป็นร้อยละ 66 ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้พิการทางจิตมาก่อน

2. ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม

2.1 กลุ่มผู้พิการทางจิต ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มในผู้พิการทางจิต 4 ราย พบ 3 ประเด็นสำคัญ ดังนี้

2.1.1 เกิดการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการดูแลตนเอง

กลุ่มผู้พิการทางจิตกล่าวว่า ก่อนเข้าร่วมโครงการฯ ต้องอยู่แต่ในบ้าน ขาดการติดต่อสื่อสารกับเพื่อนบ้านและคนในชุมชน แต่หลังจากเข้าร่วมโครงการฯ มีทีมจากโครงการมาเยี่ยม และแนะนำเรื่องการดูแลตนเอง จนสามารถดูแลตัวเองได้ โดยเฉพาะด้านการทำกิจวัตรประจำวันและการรับประทานยา ดังตัวอย่างคำบอกเล่า

"ทำได้มากขึ้น เขามาสอนให้รักษาความสะอาดของร่างกาย" P2

"เขามาสอนอาบน้ำ ถูสบู่ จัดเสื้อผ้า" P1

"เขามาสอนอาบน้ำแปรงฟัน กินยาค่ะ" P3

2.1.2 รู้สึกพอใจกับการดูแลที่ได้รับจากผู้ดูแลและอสม.

กลุ่มผู้พิการทางจิตกล่าวถึง การได้รับการเอาใจใส่ที่ดีทั้งจากผู้ดูแล อสม. และทีมงานของโครงการฯ ทำให้มีความสุขจากการได้เข้าร่วมโครงการฯ ดังตัวอย่างคำบอกเล่า

"เขาเอาใจใส่ดี อาการดีขึ้น" P2

"รู้สึกดีใจ มีความสุข (ที่ทีมจากโครงการมาเยี่ยม) " P4

2.1.3 มีความมั่นใจในการดูแลตนเองหลังเข้าร่วมโครงการฯ

กลุ่มผู้พิการทางจิตกล่าวว่า คำแนะนำต่างๆ ที่ได้รับ ทำให้เกิดความเข้าใจจนนำไปสู่การดูแลตนเองได้ ส่งผลให้เกิดความมั่นใจในการดูแลตนเองมากขึ้น ดังตัวอย่างคำบอกเล่า

"รู้สึกมั่นใจ (ในการดูแลตัวเอง) ดีค่ะ" P1-4

2.2 กลุ่มผู้ดูแลผู้พิการทางจิต ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มในผู้ดูแลผู้พิการทางจิต 4 ราย พบ 4 ประเด็นสำคัญ ดังนี้

2.2.1 ผู้ดูแลรู้สึกอบอุ่นใจจากการเอาใจใส่ของโครงการฯ

กลุ่มผู้ดูแลกล่าวว่า การที่ อสม. รับยาจากรพ. มาให้ที่บ้าน และการมาเยี่ยมที่บ้านทำให้ผู้พิการทางจิตได้เจอกับผู้คนมากขึ้น ส่งผลทำให้สัมพันธภาพทางสังคมของผู้พิการทางจิตดีขึ้น ผู้ดูแลรู้สึกพอใจเหมือนได้รับการแบ่งเบาภาระสำหรับผู้ดูแล และรับรู้ได้ถึงความเอาใจใส่ ไม่ได้ถูกทอดทิ้ง ดังตัวอย่างคำบอกเล่า

"รู้สึกดีนะค่ะ" "เขาได้ช่วยเอายามาให้ เหมือนได้แบ่งเบา คนไข้ก็ดีขึ้น ได้รับความเอาใจใส่ มีหมอไปเยี่ยม คนไข้ก็จะบอกว่าวันนี้มีหมอมาเยี่ยม หมอให้ทำกิจกรรม" P3

2.2.2 ผู้ดูแลตระหนักและใส่ใจให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาเพิ่มขึ้น

กลุ่มผู้ดูแลระบุว่า หลังเข้าร่วมโครงการฯ มีความรู้และตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยาและวิธีในการดูแลเพื่อให้ผู้พิการทางจิตได้รับยาอย่างสม่ำเสมอ เช่น การพาไปฉีดยา การจัดเตรียมยาให้รับประทานทุกวัน รวมถึงเรื่องการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้พิการทางจิตมากขึ้น ดังตัวอย่างคำบอกเล่า

"พอหลังเข้าร่วมโครงการฯ ก็มีเจ้าหน้าที่มาแนะนำให้ได้รู้ เอายามาให้...เหมือนบางครั้งหนูต้องทำงาน เจ้าหน้าที่ก็เอาใจใส่ถามว่ายาจะหมดหรือยังเดี๋ยวพี่ไปติดต่อให้ หรือจะไปรับให้อะไรอย่างนี้ค่ะ" P4

"เห็นความสำคัญเรื่องการกินยาของคนไข้มากขึ้น พอกินยาแล้วคนไข้ใจเย็นขึ้นและก็เดินน้อยลง" P1

"อสม.แนะนำให้อาบน้ำแปรงฟัน ให้พาผู้ป่วยออกนอกบ้านได้แต่ต้องอยู่ในบริเวณบ้าน คือ ต้องบอกให้อาบน้ำ ช่วยเตือนเวลา" P3

2.2.3 ผู้ป่วยได้รับการกระตุ้นให้ดูแลตนเอง

กลุ่มผู้ดูแลกล่าวว่า การมีเจ้าหน้าที่ของโครงการฯ มาให้คำแนะนำที่บ้าน ทำให้ผู้พิการทางจิตได้รับการกระตุ้นให้ดูแลตัวเองขณะเดียวกันผู้ดูแลก็เรียนรู้วิธีสื่อสารกับผู้พิการทางจิตด้วย ดังตัวอย่างคำบอกเล่า

"หลังเข้าร่วมโครงการฯ เขาไปแนะนำคนไข้ว่าต้องทำอะไรบ้าง ต้องทำความสะอาดตัวเอง" P2

"คนไข้ชอบเวลา อสม.มาเยี่ยม บอกว่าพูดดี อยากให้ไปเยี่ยมบ่อยๆ บอกให้เขาแปรงฟัน ซักผ้า ดูแลตัวเอง" P3

"การที่ อสม.ไปเยี่ยมบ้านและให้ความรู้ ไปกระตุ้นมีผลทำให้คนไข้ดูแลตัวเองดีขึ้น" P2

2.2.4 ผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดูแลผู้ป่วย

กลุ่มผู้ดูแลกล่าวว่า ก่อนเข้าร่วมโครงการฯ มีความเชื่อว่าสาเหตุของการเจ็บป่วยทางจิตเกิดจากด้านไสยศาสตร์ โดนทำคุณไสยใส่และทำให้เจ็บป่วย ดังนั้นการรักษาก็จะต้องรักษาด้วยหมอทางด้านไสยศาสตร์ แต่ปัจจุบันหลังเข้าร่วมโครงการฯ และได้รับคำแนะนำ ความเชื่อได้เปลี่ยนแปลงไป ดังตัวอย่างคำบอกเล่า

"ในความคิดคือถ้าใครไม่ชอบเรา ก็มาแกล้งมาทำคุณไสยโบราณใส่เรา แต่มาตอนนี้ไม่เชื่อแล้ว รู้จักว่ามันเกี่ยวข้องกับกรรมพันธุ์จากการที่มี อสม. มาเยี่ยมบ้าน" P3

"คิดว่าไม่เกี่ยวกับศาสนา" P1-P4

"มีคนจากโครงการฯ มาพูดให้ฟัง เราคิดตามที่ อสม.บอก เราไม่เชื่อแล้วของโบราณเพราะทำก็ไม่ดีขึ้น" P3

2.3 กลุ่มอสม. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มใน อสม.9 ราย พบ 5 ประเด็นสำคัญดังนี้

2.3.1 มีทิศทางในการดูแล

กลุ่ม อสม. กล่าวว่า ก่อนเข้าร่วมโครงการฯ จะเน้นให้คำแนะนำเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เหมาะสมในการอยู่ในสังคมของผู้พิการทางจิตเนื่องจากผู้ที่มีอาการทางจิตมักมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม แต่หลังจากได้รับความรู้จากโครงการฯ ได้ปรับเป็นการส่งเสริมให้ผู้พิการทางจิต ดูแลเรื่องความบกพร่องในการดูแลตนเอง เช่น การไม่ทำความสะอาดร่างกาย การไม่รับประทานยา และให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพของตัวญาติผู้ดูแลมากขึ้น เพราะเป็นบุคคลสำคัญที่ต้องร่วมดูแลผู้พิการทางจิต ดังตัวอย่างคำบอกเล่า

"ก็แนะนำญาติให้เขากินยา ให้อาบน้ำ" P5

"ก็แนะนำผู้ดูแลว่าเขาป่วยนะ จิตเวชก็เหมือนไข้หวัด ต้องกินยาครบทุกมื้อแล้วตัวผู้ดูแลก็ต้องดูแลสุขภาพด้วยไม่ใช่เราไปเครียดกับเขาด้วย" P6

2.3.2 อุทิศตนในการดูแลผู้ป่วยด้วยใจ

กลุ่มอสม. กล่าวว่า การเข้าร่วมโครงการทำให้ตระหนักมากขึ้นว่าผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้พิการทางจิตและการที่จะเข้าถึงผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือได้นั้น จะต้องเข้าถึงญาติหรือผู้ดูแลก่อนเป็นลำดับแรก การจะทำให้ญาติหรือผู้ดูแลเปิดใจได้ ต้องอาศัยเวลา ความพยายาม ความอดทน ความเข้าใจ และความทุ่มเทด้วยใจอย่างมาก ดังตัวอย่างคำบอกเล่า

"ตอนแรกก็ต้องเข้าไปดูแลญาติก่อน ญาติก็ต้องเปิดใจกับเราด้วย ญาติบอกขอทำใจสักปีสองปี เราก็บอกได้ไม่มีปัญหา แล้วเขาก็บอกว่าถ้าพี่คุยจะรักษาความลับได้ไหม เราก็ไม่พูด หลังจากนั้นเราก็ดีใจที่เราเข้าไปคุยไปพูดให้เขานั้นมีที่ระบาย พอเข้าถึงญาติได้เข้าถึงคนไข้ก็ไม่ใช่ปัญหาแล้ว" P8

"การดูแลผู้ป่วยก็เหมือนกับเราดูแลลูก ตอนเช้าเราถามว่ามียาเช้าไหม ก่อนอาหารกินหรือยัง คำถามนี้เราต้องบอกผู้ดูแลให้พูดให้ย้ำทุกวัน ขับรถไปบ้านผู้ป่วยทุกวันเลย เราก็คิดนะว่าทำไมเราต้องหาภาระใส่ตัว แต่พอวันไหนไม่ได้ไปเหมือนมันขาดอะไรสักอย่าง" P6

"ก็ถามกินยาหรือยัง ถ้ากินแล้วก็บอกอาบน้ำนะ ผู้ดูแลก็เหมือนกัน ไปถึงพูดทุกวันทุกครั้งที่เจอต้องย้ำเหมือนเด็กอนุบาล เราต้องย้ำทุกเช้าเลย" P8

2.3.3 ภูมิใจในการเป็นผู้ให้

กลุ่มอสม. กล่าวว่า การเข้าร่วมโครงการฯ ในช่วงแรกมีความรู้สึกกลัวผู้พิการทางจิต เกรงว่าจะมีอาการกำเริบและอาจถูกทำร้ายได้ เพราะไม่มีความรู้ แต่หลังจากเข้าร่วมโครงการฯ ได้รับความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ทำให้สามารถเข้าไปดูแลช่วยเหลือทั้งผู้พิการทางจิตและผู้ดูแลได้ ส่งผลให้ผู้พิการทางจิตมีอาการทางจิตและพฤติกรรมการแสดงออกที่เหมาะสมจนสามารถดูแลตนเองและเข้าสังคมได้มากขึ้น ทำให้เกิดความรู้สึกดีใจและภูมิใจที่ได้ช่วยเหลือ ดังตัวอย่างคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล

"ก็รู้สึกดีใจที่ได้ดูแล จากคนที่ไม่รู้อะไรเลย มีการพัฒนาขึ้น เข้าสังคมได้ ถ้าได้รับยาเขาก็ดีขึ้น ทำงานบ้านได้ เราดูเป็นระยะๆ ก็ดีใจที่เรามีส่วนร่วมให้เขาได้ช่วยเหลือคนในครอบครัว" P5

"แค่มาสัมผัสเราก็รู้เลยว่าโอเค (อาการผู้พิการทางจิต ดีขึ้น) ภูมิใจที่สุด" P5

"ก็ดีใจนะ ดีใจที่ว่าผู้ป่วยมานั่งที่ร้านน้ำชาแล้วเพื่อนไม่ไล่อีกแล้ว แล้วได้ตัดเล็บ เนื้อก็ไม่เน่าอีกแล้ว ไม่ต้องนั่งเฝ้าเหมือนแต่ก่อน และผู้ป่วยอีกคนก็สามารถไปจ่ายกับข้าว ไปทำอย่างอื่น แล้วก็เข้าใจการกินยาของน้อง ไปรับยาแทนน้องได้ จากคนไข้เปลี่ยนมาเป็นผู้ดูแลคนในบ้านแล้ว ก็ภูมิใจกับเขา" P6

2.3.4 ศักยภาพการดูแลผู้พิการทางจิตได้รับการเติมเต็ม

กลุ่มอสม. กล่าวว่า จากการเข้าร่วมโครงการฯ ทำให้ได้รับความรู้ การลงปฏิบัติในพื้นที่ การทำงานเป็นทีม ส่งผลให้เกิดประสบการณ์และทักษะในการดูแลช่วยเหลือผู้พิการทางจิตและผู้ดูแลมากขึ้น แตกต่างจากก่อนเข้าโครงการที่เข้าไปช่วยเหลือตามความรู้ความเข้าใจที่มี ดังตัวอย่างคำบอกเล่า

"ก็ทำให้เรามีน้ำใจกับคนแบบนี้มากขึ้น พอเราทำหลายๆ ปี ก็สามารถชักจูงคนที่อยู่รอบข้างมาร่วมงานกับเราได้" P1

"ถ้าพูดถึงโครงการนี้มันก็ได้จุดประกาย จากที่มีคนไม่กี่คน พอมีกิจกรรมก็กว้างไปอีกนิด คือ ไม่ใช่แค่เรียนทฤษฎี ได้ปฏิบัติได้เห็นภาพชัดเจน" P1

2.3.5 มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

กลุ่ม อสม. กล่าวว่า ก่อนเข้าร่วมโครงการฯรู้สึกลังเล ไม่มั่นใจในการช่วยเหลือ ทำให้ไม่สามารถแก้ไขปัญหาของผู้ดูแลหรือผู้พิการทางจิตได้ตรงจุด แต่หลังจากเข้าร่วมโครงการฯ การร่วมลงพื้นที่กับทีมผู้จัดโครงการทำให้เกิดทักษะและประสบการณ์ส่งผลให้มีความมั่นใจมากขึ้น ดังตัวอย่างคำบอกเล่า

"สิ่งที่ทำให้มั่นใจ คือความรู้ที่เราได้ค่ะ ที่เราได้เข้ามาในชมรมตรงนี้เมื่อก่อนไม่ได้รู้อะไรเลยเหมือนว่าเรารู้แค่ความคิดของเราเอง แต่พอมาเข้าชมรมเจออาจารย์ อาจารย์บอกทำแบบนี้ ถ้าเกิดอาการนี้ให้ไปหาตรงนี้เพื่อแก้ปัญหาให้ถูกจุด" P8

"ถ้าพูดถึงโครงการนี้มันก็ได้จุดประกาย คือ ไม่ใช่แค่เรียนทฤษฎี ได้ปฏิบัติได้เห็นภาพชัดเจน" P8

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยนี้พบว่า โครงการฯที่จัดทำขึ้นบรรลุวัตถุประสงค์ในขั้นผลผลิต กล่าวคือ ผู้พิการทางจิตเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของตนเองหลังการเข้าร่วมโครงการไปในทางที่พัฒนาขึ้น รวมทั้งผู้ดูแล และ อสม. มีศักยภาพเพิ่มขึ้นในการดูแลดังรายละเอียดต่อไปนี้

กลุ่มผู้พิการทางจิต ได้สะท้อนว่าหลังเข้าร่วมโครงการฯ เกิดการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการดูแลตนเอง โดยเฉพาะในด้านการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาโดยส่วนใหญ่ที่สนับสนุนว่าการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้และเกิดทักษะในการดูแลตัวเองเพิ่มขึ้น และมีความสามารถในการทำหน้าที่ทั่วไปและมีสมรรถภาพทางจิตที่ดีขึ้น[22,23] นอกจากนี้ผู้พิการทางจิตยังรู้สึกพอใจกับการดูแลที่ได้รับทั้งจากผู้ดูแล อสม. และเจ้าหน้าที่ของโครงการฯ และมีความมั่นใจในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ทั้งนี้อาจเกิดจากที่ผู้พิการทางจิตได้รับความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการดูแลตนเองแบบตัวต่อตัวที่บ้าน ซึ่งเป็นการได้เรียนรู้จากประสบการณ์ของตนเอง ประกอบกับการเอาใจใส่ติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้พิการทางจิตมีความความมั่นใจในการดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยที่สนับสนุนว่า การติดตามผลและการเยี่ยมบ้านส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ[10,11]

กลุ่มผู้ดูแลผู้พิการทางจิต สะท้อนว่ารู้สึกอบอุ่นใจจากการเอาใจใส่ของโครงการฯ โดยเฉพาะการติดตามเรื่องการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องของผู้พิการทางจิต การติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อมาพบปะพูดคุยกับทั้งผู้พิการทางจิตและผู้ดูแล และการให้คำแนะนำเรื่องการดูแลสุขอนามัยของผู้พิการทางจิต ซึ่งตรงกับความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน[24] นับได้ว่าโครงการนี้สามารถช่วยผู้ดูแลให้จัดการกับภาระในการดูแลผู้พิการทางจิตที่บ้านได้ตรงตามความต้องการ จัดเป็นการสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยลดภาระให้ผู้ดูแลได้[25] นอกจากนี้ผู้ดูแลยังสะท้อนว่า การเข้าร่วมโครงการทำให้ตัวผู้ดูแลตระหนักและใส่ใจให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาเพิ่มขึ้นและในขณะเดียวกัน ผู้พิการทางจิตก็ได้รับการกระตุ้นให้ดูแลตนเองมากขึ้นด้วย สะท้อนได้ว่าผู้ดูแลเกิดความตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่มีคุณค่าและยั่งยืนของโครงการที่สำคัญ นอกจากนี้ยังพบสาระสำคัญที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อในเรื่องการเจ็บป่วยทางจิตในพื้นที่ที่มีทั้งไทยพุทธและมุสลิมอยู่ร่วมกัน จากการที่กลุ่ม

ผู้ดูแลเคยมีความเชื่อร่วมกันในพื้นที่ไม่ว่าจะเป็นผู้ที่นับถือศาสนาพุทธหรืออิสลามว่าสาเหตุของการเจ็บป่วยทางจิตเกิดจากด้านไสยศาสตร์ ต้องรักษาทางด้านไสยศาสตร์ ซึ่งพบความเชื่อแบบนี้ได้ในพื้นที่อื่นๆ[26] แต่ในปัจจุบันหลังเข้าร่วมโครงการฯ ความเชื่อนี้ได้เปลี่ยนไปซึ่งเกิดจากการได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค การดูแล และมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลจาก อสม. และทีมในโครงการ นับได้ว่าเป็นผลลัพธ์ที่น่าพึงพอใจด้านการเปลี่ยนแปลงความเชื่อของผู้ดูแลในพื้นที่ในการดูแลผู้พิการทางจิตที่สำคัญ

กลุ่ม อสม. สะท้อนว่าการเข้าร่วมโครงการ ทำให้มีทิศทางในการดูแล จากเดิมที่ดูแลช่วยเหลือผู้พิการทางจิตแบบลองผิดลองถูก ไม่มีความรู้ ความเข้าใจเพียงพอ แต่หลังจากเข้าร่วมโครงการฯ มีทิศทางในการดูแลที่ชัดเจนขึ้น เนื่องจากโครงการมีการจัดอบรมให้ความรู้และการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็นประจำทุกปี[9] รวมทั้งมีการประชุมทีมอสม. และวางแผนก่อนเยี่ยมบ้าน ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการดูแล[10] นอกจากนี้กลุ่ม อสม. ยังสะท้อนถึงการพัฒนาตัวตนจากการได้มีโอกาสเข้าร่วมโครงการว่า ต้องเป็นผู้ที่อุทิศตนในการดูแลผู้ป่วยด้วยใจงานจึงจะสำเร็จ รวมถึงภูมิใจในการเป็นผู้ให้ และรับรู้ว่าการร่วมโครงการทำให้ศักยภาพการดูแลผู้พิการทางจิตของตัวเองได้รับการเติมเต็มและมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย จากเสียงสะท้อนของกลุ่ม อสม. ซึ่งรับรู้และตระหนักถึงความมีคุณค่าในตนเองในการเป็นส่วนหนึ่งที่ได้ดูแลช่วยเหลือ[27] ทำให้รู้สึกถึงศักยภาพและมีความมั่นใจในการทำหน้าที่เพิ่มขึ้น[8] แสดงให้เห็นว่าโครงการนี้ได้สร้างทีมงานที่สามารถร่วมช่วยดูแลผู้พิการทางจิตในพื้นที่ได้เป็นอย่างดี โดยช่วยเสริมความแกร่งให้กับ ทีม อสม. ซึ่งถือได้ว่าเป็นบุคคลที่มีความเสียสละและพร้อมในการทำประโยชน์ช่วยเหลือชุมชน และเป็นกลุ่มที่ได้รับความไว้วางใจและทราบปัญหาในชุมชนมากที่สุด ซึ่งจะเป็นผลสนับสนุนให้การดูแลผู้พิการทางจิตในพื้นที่ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ได้

จากผลลัพธ์ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ นับได้ว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ทั้งนี้จุดแข็งที่เป็นปัจจัยหลักสู่ความสำเร็จของโครงการคือ การบูรณาการความร่วมมือทางวิชาการระหว่างมหาวิทยาลัย และรพ.สต. ในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับ อสม. เนื่องจากการพัฒนาโครงการมีจุดเริ่มต้นจากการตอบสนองพันธกิจของมหาวิทยาลัยในการให้บริการวิชาการแก่ชุมชน โดยทีมคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ ร่วมกับความร่วมมือจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งรูปแบบการในการดำเนินการของการให้บริการวิชาการของมหาวิทยาลัยอาจมีความแตกต่างจากระบบการเข้าไปให้บริการของระบบของภาครัฐที่เน้นการปฏิบัติงานตามนโยบาย และมีผู้รับผิดชอบคือทีมสหวิชาชีพเพียงกลุ่มเดียวในการติดตามดูแล[19,28,29] ดังนั้นการเข้าไปปฏิบัติงานกับชุมชนที่มุ่งสู่การให้บริการวิชาการนั้น จำเป็นต้องใช้เวลาในการเข้าไปสร้างสัมพันธภาพระหว่างคณาจารย์สายวิชาการกับชุมชนผ่านรพสต และ อสม. รวมทั้งต้องใช้เวลาในการสร้างความไว้วางใจให้เกิดขึ้นในการปฏิบัติงาน เปรียบเสมือนคณาจารย์เข้าไปเป็นพี่เลี้ยงในระยะแรกให้กับ อสม. รวมถึง เป็นต้นแบบในการเข้าเยี่ยมผู้พิการทางจิตและครอบครัวในชุมชน ซึ่งจากการสนับสนุนทั้งเรื่องความรู้ ให้กำลังใจและเป็นที่ปรึกษาในการดูแลผู้พิการทางจิตอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาหลายปี ทำให้ อสม.เกิดทักษะประสบการณ์ ความชำนาญ และความมั่นใจเพิ่มมากขึ้นจนสามารถให้การดูแลผู้พิการทางจิตและครอบครัวได้ด้วยตัวเอง นอกจากนี้การบูรณาการกิจกรรมของโครงการร่วมกับการเรียนการสอนในระดับปริญญาตรีโดยให้นักศึกษาร่วมเยี่ยมบ้านผู้พิการทางจิตร่วมกับ อสม. นับเป็นการเชื่อมโยงความรู้ทางวิชาการกับการปฏิบัติเพื่อดูแลผู้พิการทางจิต ซึ่งก่อให้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันอย่างยั่งยืน และร่วมสร้างความเข้มแข็งให้กับอสม. และผู้ดูแลรวมทั้งผู้พิการทางจิตในชุมชนต่อไป

ข้อสังเกตสำคัญในส่วนประเด็นของพื้นที่ที่ได้จัดทำโครงการที่มีลักษณะเฉพาะด้านความเป็นพหุวัฒนธรรมทางศาสนา แต่ผลการวิจัยพบว่าศักยภาพในการดูแลผู้พิการทางจิตได้รับการพัฒนาไปในทิศทางเดียวกัน สะท้อนให้เห็นว่าการจัดทำโครงการนี้สามารถพัฒนาศักยภาพของ อสม. และผู้ดูแลในพื้นที่ที่มีความเป็นพหุวัฒนธรรมทางศาสนาได้ ปัจจัยที่เป็นส่วนสนับสนุนให้สามารถดำเนินโครงการได้ในทิศทางเดียวกันที่พบจากผลการวิจัยคือ การมีความเชื่อที่มีร่วมกันในพื้นที่ทั้งในคนไทยพุทธและมุสลิมในเรื่องสาเหตุของการเจ็บป่วยทางจิตที่เกิดจากไสยศาสตร์ และแม้พื้นที่ดังกล่าวจะมีเอกลักษณ์เรื่องการอยู่ร่วมกันของสองศาสนา แต่เนื่องจากชุมชนส่วนใหญ่สื่อสารโดยใช้ภาษาถิ่นใต้เท่านั้น ซึ่งแตกต่างจากชุมชนพหุวัฒนธรรมอื่นๆ ในพื้นที่ภาคใต้ที่มีการสื่อสารมากกว่าการใช้ภาษาถิ่นใต้[30,31] น่าจะเป็นปัจจัยที่ทำให้โครงการในชุมชนพหุวัฒนธรรมแห่งนี้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

สรุปและข้อเสนอแนะ

รูปแบบการจัดกิจกรรมของโครงการฯ สามารถพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้พิการทางจิต ทั้งในส่วนของ อสม. ผู้ดูแลและผู้พิการทางจิตได้สอดคล้องตามเป้าหมาย ข้อสรุปจากการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่องในพื้นที่ได้สะท้อนให้เห็นว่าในแต่ละกลุ่มได้รับการพัฒนาในระดับที่ดีขึ้น โดยในกลุ่ม อสม. ได้รับการพัฒนาให้เกิดกระบวนการพัฒนาพลังอำนาจ (empowerment) ในตนเอง สามารถวัดได้จากกระบวนการสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้ กับทีมคณาจารย์ผู้จัดโครงการและทีมบุคลากรในพื้นที่ ที่นำไปสู่การเรียนรู้ และเปลี่ยนแปลงเจตคติในการดูแลผู้พิการทางจิตในชุมชนทางบวก จนในปัจจุบัน เกิดความเชื่อมั่นในตนเองและมีความมั่นใจในการพัฒนา “ศักยภาพ” ที่มีอยู่ในตนเองในการจะเป็นผู้ให้และอุทิศตัวเพื่อการดูแลผู้พิการทางจิตและผู้ดูแลในชุมชนและสามารถเข้าร่วมเป็นทีมสุขภาพในการเรียนการสอนเชิงปฏิบัติการกับนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรีของคณะพยาบาลศาสตร์ได้ สะท้อนให้เห็นถึงระดับของการพัฒนาตนเองของ อสม. ว่ามีเกิดการพัฒนาพลังอำนาจในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับบุคคลอื่นได้นับเป็นการพัฒนาที่เข้มแข็งและยั่งยืนแก่พื้นที่ต่อไป

ในส่วนของผู้พิการทางจิตที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพอย่างเป็นรูปธรรมคือสามารถหันมาให้ความสนใจในการดูแลตนเองมากขึ้นและใส่ใจอาการของตนเองที่ได้รับคำแนะนำ ส่วนผู้ดูแลมีเจตคติและความคิดในการดูแลผู้พิการทางจิตไปในทิศทางที่สอดคล้องกับการรักษาที่เหมาะสมกับความเจ็บป่วยของผู้พิการทางจิต นอกจากนี้ยังสะท้อนให้เห็นว่าการเข้าร่วมโครงการเป็นผลให้ผู้ดูแลปรับเปลี่ยนความเชื่อเดิมเกี่ยวกับสาเหตุของโรคจิตเวชที่คิดว่าเกิดจากไสยศาสตร์และหันมาให้การดูแลรักษาผู้พิการทางจิตที่ถูกต้องในปัจจุบัน

จุดแข็งของโครงการที่สามารถพัฒนาให้เกิดความเข้มแข็งยั่งยืนต่อไปที่ได้จากการวิจัยนี้ คือ 1) การให้การสนับสนุนงบประมาณจากคณะพยาบาลศาสตร์และมหาวิทยาลัยตามแนวพันธกิจของมหาวิทยาลัยในการให้บริการวิชาการแก่ชุมชนอย่างต่อเนื่อง และมุ่งเน้นการส่งเสริมการเรียนการสอนที่ตอบสนองความต้องการของชุมชน 2) การให้ความร่วมมือของเครือข่ายในการดูแลผู้พิการทางจิตคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ ที่เป็นสื่อกลางในการอำนวยความสะดวกและประสานงานต่างๆ ทำให้งานบริการวิชาการ งานการเรียนการสอน ที่เป็นเป้าหมายของมหาวิทยาลัยและคุณภาพในการดูแลผู้พิการทางจิตที่เป็นเป้าหมายของ รพสต ในพื้นที่ได้รับการพัฒนาและบูรณาการร่วมกัน 3) ความร่วมมือและความเข้มแข็งของอสม.ในพื้นที่ซึ่งอุทิศตนเป็นกลุ่มจิตอาสาเป็นกลุ่มสำคัญที่เป็นสื่อกลางในการเข้าถึงชุมชน เนื่องจากมีข้อมูลและรู้จักผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนเป็นอย่างดี นำไปสู่การลงติดตามเยี่ยมบ้านในพื้นที่ได้อย่างต่อเนื่อง และ 4) การสื่อสารที่ใช้ภาษาถิ่นใต้ร่วมกันในชุมชน แม้จะเป็นพหุวัฒนธรรมทางศาสนา แต่สามารถทำให้การดำเนินโครงการสามารถพัฒนาไปในทิศทางเดียวกันและสามารถพัฒนาอย่างต่อเนื่องได้ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

งานวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัด เช่น การเลือกกลุ่มตัวอย่างที่นำมาประเมินผลลัพธ์ของโครงการยังเป็นเพียงกลุ่มหลักที่เป็นผู้มีส่วนได้เสียในชุมชนเพียง 3 กลุ่ม (ผู้พิการทางจิต ผู้ดูแล และอสม.) อีกทั้งจำนวนอายุและเพศในกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลที่ยังมีจำนวนน้อยและจำกัดเฉพาะในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ ดังนั้นการจะพัฒนาต่อยอดและส่งเสริมโครงการให้มีความเข้มแข็งอย่างต่อเนื่อง ควรเพิ่มขนาดและลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่มีส่วนได้เสียต่อการพัฒนาโครงการเพิ่มขึ้น ได้แก่ กลุ่มพยาบาลและผู้บริหารใน รพสต ที่เกี่ยวข้อง รวมไปถึงคณาจารย์และนักศึกษาที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับโครงการ เป็นต้น รวมทั้งเพิ่มการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุที่หลากหลาย และเสนอแนะให้ติดตามประเมินซ้ำอย่างต่อเนื่องทุกปีโดยเพิ่มการศึกษาแนวโยบายการพัฒนาของภาครัฐ เช่น กรมสุขภาพจิตในการดูแลผู้พิการทางจิตร่วมด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ทีมผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้เข้าร่วมโครงการฯทุกท่านเป็นอย่างสูง รวมถึงทีมคณาจารย์ผู้ร่วมก่อตั้งโครงการฯ ในระยะเริ่มแรกจนถึงปัจจุบัน และผู้บริหาร-ทีมสุขภาพของ รพ. สต. ที่มีส่วนสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Mental Health. Report of psychiatric patients using service from hospital for fiscal year 2017: Data from service center for Thai psychiatric patients, Department of Mental Health [internet]. Nonthaburi: Department of Mental Health, Ministry of Public Health;

2016 [updated 2019 April 19th; cited 2019 May 9th]. Available from: https://www.dmh.go.th/report/datacenter/map/ Thai.

2. Lotrakoon M, Sukanich P. Ramathibodi essential psychiatry 4th ed. Bangkok: Department of Psychiatry Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University; 2015. Thai.
3. Ministry of Labour. Empowerment of persons with disabilities Act, B.E. 2550 (2007) [internet]. Bangkok: Ministry of Labour; 2017 [updated 2019 April 9th; cited 2019 May 9th]. Available from: http://www.mol.go.th/content/62670/1504757160. Thai.
4. Gupta A, Sharma R. Burden and coping of caregiver of physical and mental illnesses. Delhi Psychiatry Journal. 2013; 16(2): 367-74.
5. Puasiri S, Sitthimongkol Y, Tilokskulchai F, et al. Adaptation of Thai families with mentally ill young people. Pacific Rim Int J Nurs Res. 2011; 15(2): 137-51.
6. Chankham W. The development of psychiatric and mental health care system in the community: Roles of psychiatric nurses. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health. 2016; 30(3): 1-9. Thai.
7. Kolyanee A, Dangdomyouth P, Aumtanee A. Selected factors relating to quality of life among caregivers caring for patients with schizophrenia at home. JOPN. 2015; 7(1):128-40. Thai.
8. Sararak M. Empowerment of village health volunteers (VHV). UBU Journal. 2010; 12(2): 39-48. Thai.
9. Buatchum K, Chetchaovalit T, Christraksa W, et al. The effect of knowledge provision on perceived self-efficacy in psychotic screening of village health volunteers. Songklanagarind J Nurs. 2018; 38(2): 33-42. Thai.
10. Wattanasiri O, Sripusito S. The development of process of continuity care in schizophrenia patient by interdisciplinary team and care giver network of Kamphaeng Phet hospital. NDJ 2013; 40(1): 67-83. Thai.
11. Choorat N. The study of causes and ways to prevent a recurrence of schizophrenic patients in the community of Pi-leng district health care promoting hospitals which experiencing unrest situation in the Southern provinces of Thailand. Princess of Naradhiwas University Journal of Humanities and Social Science. 2016; 3(1): 24-36. Thai.
12. Klonghae Municipality. Population at Klonghae municipality [internet]. Songkhla: Klonghae Municipality; 2018 [updated 2019 March 19th; cited 2019 May 9th]. Available from: http://klonghaecity.go.th/ Thai.
13. Khlong Hae Tambon Health Promoting Hospital. Statistical data of psychiatric patients in Khlong Hae community 2017 [Computer file]. Songkhla: n.p; 2018. Thai.
14. Stufflebeam DL, Shinkfield AJ. Evaluation theory, models and applications. CA: Jossey-Bass; 2007.
15. Buosonte R. CIPP and CIPPIEST evaluation models: mistaken and precise concepts of applications. suedureasearchjournal. 2013; 5(2): 7-24. Thai.
16. Srisatidnaraku B. Research methodology in nursing 5th ed. Bangkok: U and I Intermedia; 2010. Thai.
17 White M.D, Marsh E.E. Content analysis: A flexible methodology. Library Trends 2006; 55 (1): 22-45. doi:10.1353/lib.2006.0053
18. Joungtrakul J. Sample size and sampling issues in qualitative research. Journal of Business Administration and Social Sciences Ramkham-haeng University. 2018; 1(2): 1-21. Thai.
19. Department of Mental Health. Manual for caring serious mental illness with high risk to violence:SMI-V in hospital under Department of Mental Health. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2018. Thai.

20. Sanders C. Application of Colaizzi's method: interpretation of an auditable decision trail by a novice researcher. Contemp. Nurse. 2003; 14(3): 292-302.
21. Denzin NK, Lincoln YS. The SAGE handbook of qualitative research 5th ed. USA: SAGE Publications; 2017.
22. Chaiyalap S, Viriyakosol A. Home visit to patients with mental illness in the community after returning to society. Kuakarun Journal of Nursing. 2014; 21(Suppl): 139-54. Thai.
23. Srireunthong W, Wiroteurairuang K, Thanee T, et al. Evaluation research on psychiatric patients service development project for the public health region 10. Journal of Health Science. 2017; 26(2): 362-71. Thai.
24. Chetchaovalit T, Christraksa W, Wae-Alee D, et al. Needs of caregivers providing home care for psychiatric patients living in the border of Southern Thailand. J Psychiatr Assoc Thailand. 2017; 62(4): 323-36. Thai.
25. Kongnirundon S, Vatanasin D, Nabkasorn C. Factors influencing burden among caregivers of patients with Schizophrenia. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health. 2018; 32(3): 118-32. Thai.
26. Kanungpiarn T. Experience of care givers in caring for people with schizophrenia in community. NDJ. 2013; 40(1): 57-66. Thai.
27. Dumrak P, Wangtong A, Wangtong A. Community participation in caring of complex chronic schizophrenia patients in Nongjik, Pattani province. jar. 2014; 19(2): 92-103. Thai
28. Department of Mental Health. Manual for caring schizophrenia patients for hospital: Nursing/ Public Health Technical Officer version. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2017. Thai.
29. National Health Security Office (NHSO). Manual for caring chronic patients with mental illness in the community for primary care unit personnel. Bangkok: Sangchan Printing limited partnership; 2016. Thai.
30. Kanchanakhew J. The cohabitation of Muslim and Buddhist communities, in the area of Tepa district, Sabayoi district, Natawe district, and Chana district, Songkhla province. Journal of MCU Nakhondhat. 2018; 5(2): 284-94. Thai.
31. Dachdee C. Thai Muslim caregiver's need and received needs from nurses in caring for psychiatric patients in Songkhla Ratchanakarindra Psychiatric hospital. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health. 2011; 25(2): 29-50. Thai.