

การพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนแบบครอบครัวและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกสว่าง อำเภอนองเกี จังหวัดบุรีรัมย์ ปี 2566

Developing a care system for schizophrenia patients in the community with the participation of families and network partners. Ban Khok Sawang Subdistrict Health Promoting Hospital, Nong Ki District, Buriram Province, Year 2023

(Received: November 26,2024 ; Revised: December 1,2024 ; Accepted: December 2,2024)

ศิวการ นามปัญญา¹

Siwakan Nampanya¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนแบบครอบครัวและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ในตำบลโคกสว่าง อำเภอนองเกี จังหวัดบุรีรัมย์ โดยมี 4 ขั้นตอนคือ 1.การวางแผน2.การปฏิบัติ3.การสังเกต4.การสะท้อนผล ดำเนินการระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2565 – 30 เมษายน 2566 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย ผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว ตำรวจ ชุติรักษาความปลอดภัยหมู่บ้าน อสม.อบต.พระสงฆ์ นักพัฒนาชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 41 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ60 มีระยะเวลาผู้ป่วยจิตเภทเฉลี่ย 15-20 ปี ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบิดามารดา กลุ่มเครือข่ายในชุมชนไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมาก่อนร้อยละ 55.55 พบประเด็น คือ (1) ด้านผู้ดูแลมีความชราและมีโรคประจำตัว ฐานะยากจน เครียดจากการดูแลเป็นระยะเวลานาน ถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกายบ่อยครั้งขาดทักษะการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม (2) ผู้ป่วยไม่ไปรักษาตามนัด ขาดยาและใช้สารเสพติดร่วมประจำคือ สุรา ยาบ้า น้ำกระเทียม หลังดำเนินการกิจกรรมผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายมีคะแนนทักษะการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 80 กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการทำให้มีระบบที่ชุมชนติดตามช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว พระสงฆ์ช่วยดูแลด้านจิตใจ มาตราการชุมชนปลอดภัย

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเภท,ครอบครัว,ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม

Abstract

This study was action research aimed to develop a community care system for schizophrenia patients with family and network partners participating. In Khok Sawang Subdistrict, Nong Ki District, Buriram Province It was 4 steps.1. Planning 2. Execution 3. Observation 4. Reflection Conducted between 1 April 2022 - 30 April 2023. The group of information providers consists of Family caregivers, police, village security unit Subdistrict Administrative Organization Village Health Volunteers, Monks community developer Pubichealth officials, 41 people Data were collected using a questionnaire. In-depth interview Data were analyzed using statistics, percentages, and averages. For qualitative data from focus groups, content analysis was used.

The results of the study found that Most caregivers are female, 60%. The average duration of schizophrenia is 15-20 years. Relationship with the patient as parents. The network group in the community had no previous experience in caring for psychiatric patients, 55.55%. The issues found were (1) the caregivers were elderly and had congenital diseases, were in poverty, and were stressed from caring for a long period of time; Frequently being physically abused by patients who lack appropriate patient care skills (2) The patient does not go to treatment as scheduled. Missing medication and regularly using drugs such as alcohol and amphetamines After carrying out the activities, caregivers and network partners had a high score of 80% in patient care skills. The practical research

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกสว่าง

process resulted in a community team system to follow up and help patients with schizophrenia and their families. Monks help take care of your mental health. Alcohol-free community measures
Keywords: schizophrenia patients, family, network partners are involved

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตยังเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทยโดยพบประชากร 1 ใน 5 ของประเทศมี ปัญหาสุขภาพจิต โรคจิตเภทเป็นโรคที่ทำให้เกิดความบกพร่องทางสุขภาพเป็นภาระโรคที่ทำให้เกิดการสูญเสียทั้งทางสุขภาพกาย สุขภาพจิต สังคม เศรษฐกิจของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว โรคจิตเภทถือเป็นปัญหาที่มีความชุกมากที่สุด ร้อยละ 1.00-1.50 ของประชากรทั่วโลก และมีอัตราการเกิดโรคประมาณ 2.5-5.0 ต่อ 1,000 คนต่อปี จากรายงานประจำปีของกรมสุขภาพจิตพบว่าจำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการของหน่วยงานบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิตมีจำนวนสูงอย่างต่อเนื่องปี 2562 จาก 168,087 ราย เป็น ราย 389,732 ราย และ 406,337 ราย ในปี 2563 และ 2564 ตามลำดับ¹ และยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ในขณะที่จำนวนบุคลากรสาขาที่เกี่ยวข้อง เช่น จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช และบุคลากรอื่นๆ มีจำนวนไม่เพียงพอในการขับเคลื่อนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ผู้ป่วยจิตเภท คือผู้ที่มีความบกพร่องด้านความรู้สึนึกคิดทำให้เกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติหน้าที่ความรับผิดชอบ ปัญหาการปรับตัวในชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยไม่สามารถสร้างคุณค่าหรือความหมายของชีวิต การดำเนินชีวิตเป็นไปอย่างไร้จุดหมาย หนีออกจากความเป็นจริงมีการตอบสนองต่อบุคคลอื่นในลักษณะที่ไม่มีความแน่นอนพฤติกรรมที่แสดงออกไม่อยู่ในขอบข่ายที่สังคมยอมรับได้แต่เดิมการดูแลรักษาเมื่อมีการป่วยทางจิตผู้ป่วยจะถูกนำเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลทางจิตเภทซึ่งส่วนใหญ่จะถูกสร้างอยู่ในที่ไกลจากชุมชน เนื่องจากแนวคิดที่ว่าหากอยู่ในชุมชนผู้ป่วยจะถูกรังเกียจและอาจทำความเดือดร้อนให้แก่ชุมชนได้ อาการแสดงที่สำคัญแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอาการด้านบวกและกลุ่มอาการด้านลบ การดำเนินโรค มีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป มี 3 ระยะ คือระยะที่มีอาการ (prodromal phase) ระยะกำเริบ (active

phase) และระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) เป็นที่ทราบกันดีว่าเมื่อป่วยโรคจิตเภทแล้วมักไม่หายขาด ผู้ป่วยจะมีดำเนินของโรคแบบเรื้อรังส่วนใหญ่มักมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ จนต้องเข้ารับการ รักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะๆ² ส่งผลให้สมรรถภาพในการดำเนินชีวิตเสื่อมลงส่งผลให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลมีภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นเวลานาน ประกอบกับนโยบายการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบัน มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการรักษาตัวต่อเนื่องที่บ้าน ถ้าจำเป็นต้องรับรักษาตัวในโรงพยาบาล ก็ให้อยู่ในโรงพยาบาลสั้นที่สุดโดยให้ผู้ดูแลจำหน่ายจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนโดยเร็ว จากการที่ผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลซึ่งเป็นเพียงเมื่ออาการทุเลาลงทำให้ผู้ป่วยจิตเภทยังมีอาการผุดผกติดอยู่ในบางด้านเหลืออยู่ เมื่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนพบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนมากมีความเสี่ยงในหน้าที่ด้านต่างๆที่พบบ่อยในชุมชนได้แก่ การปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวัน การทำอาชีพ ความสัมพันธ์กับสังคม ด้านชีวิตความเป็นอยู่ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านอารมณ์ และ ด้านจิตใจ ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลซึ่งเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ว่าพฤติกรรมของผู้ป่วยมีผลกระทบต่อผู้ดูแลทำให้ครอบครัวต้องประสบปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการพากลับมารักษาซ้ำ ขาดงานเพื่อมาดูแลทำให้ขาดรายได้ เป้าหมายในการดูแลเนื่องจากป่วยมาเป็นเวลานาน³ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจะช่วยให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีขึ้นระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลการมีกิจกรรมร่วมกันและการคอยสังเกตอาการผุดผกติด เพื่อจัดการดูแลช่วยเหลือได้ทันจะส่งผลดีต่อการควบคุมอาการผู้ป่วยจิตเภทได้ การมีเพื่อนบ้านและผู้เกี่ยวข้องในชุมชนให้การยอมรับเกิดการสนับสนุนในด้านต่างๆ ก็ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและลดความรุนแรงและลดผลกระทบต่อการเป็นผู้ป่วยจิตเภทได้ การสนับสนุนส่งเสริมให้

ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะต้องอาศัยความร่วมมือและดำเนินการที่มีประสิทธิภาพซึ่งมีผลในการลดจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่กลับเข้ามาได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ประหยัดค่าใช้จ่ายของในโรงพยาบาลของรัฐได้อีกทางหนึ่งด้วย ที่สำคัญคือจะส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ป่วยรู้สึกมีค่าในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญ สามารถจะแก้ไขปัญหาในการดำเนินชีวิตในชีวิตประจำวันได้ดี⁴

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกสว่างมีประชากรที่รับผิดชอบทั้งหมด จำนวน 5436 ราย แบ่งเป็น 9 หมู่บ้าน มีผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 36 ราย จากการสำรวจและติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล และกลับมาอยู่ในครอบครัวชุมชน พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องจำนวน 2 ราย ขาดการรักษา 2 ราย มีการเสพสารเสพติด 5 ราย มีการถืออาวุธในชุมชน 3 ราย ทำร้ายคนในครอบครัว 1 ราย ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลซึ่งเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดผู้ดูแลเกิดการรับรู้ว่าพฤติกรรมเหล่านี้ของผู้ป่วยเป็นความยุ่งยาก ญาติมีความคาดหวังกับผู้ป่วยว่าเมื่อได้รับการรักษาจะต้องหายเป็นปกติสามารถทำงานได้ ส่วนใหญ่ญาติไม่มีเวลาดูแลเรื่องรับประทานยาเนื่องจากการประกอบอาชีพ ผู้ป่วยมีการใช้สารเสพติดกระตุ้นต่อเนื่อง จึงส่งผลให้เกิดปัญหาการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง มีอาการกำเริบ ขาดการรักษาตามนัด ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาและรับประทานยาต่อเนื่องพร้อมหาแนวทางให้รับบริการและแก้ไขปัญหาระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนเพื่อป้องกันการกลับป่วยซ้ำลดการเกิดปัญหาภาวะวิกฤติของผู้ป่วยให้การช่วยเหลือครอบครัวในการให้การดูแลผู้ป่วยให้สามารถอาศัยอยู่ในครอบครัวและสังคมได้แบบมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนแบบครอบครัวและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ในตำบลโคกสว่าง อำเภอนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์

วิธีการดำเนินการวิจัย

ใช้รูปแบบวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม⁵ ดำเนินการระหว่างเดือน 1 มกราคม 2565 - 30 เมษายน 2566 แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

1.การวางแผน (planning) มีการศึกษาสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวโดยมีการประชุมเชิงปฏิบัติการ ระดมสมอง 1 วัน จากครอบครัวผู้ป่วย อสม. อบต. ทีมผู้นำและทีมสหวิชาชีพ จากนั้นมีการสนทนากลุ่มและลงพื้นที่เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในขั้นตอนนี้ ดำเนินการเพื่อทราบความคิดเห็นเกี่ยวกับสภาพปัญหาสถานการณ์ของผู้ป่วย ครอบครัวผู้ป่วย ค้นหาความต้องการ รวมทั้งการแต่งตั้งทีมดำเนินงานเพื่อติดต่อประสานงาน

2.การปฏิบัติ (acting) เป็นการประชุมเชิงปฏิบัติการระดมสมอง 1 วัน ร่วมกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย เพื่อค้นหาข้อมูลสถานการณ์ปัญหาจากระยะวางแผนและออกแบบกิจกรรมสำหรับการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลักการเข้ากลุ่ม ดังนี้

2.1 กลุ่มผู้ดูแลในครอบครัวจะเน้นองค์ความรู้เกี่ยวกับโรค อาการ การรักษา สถานที่ที่ไปรักษา เน้นวิธีดูแลผู้ป่วย เช่น การใช้ยา การจัดการและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย

2.2 กลุ่มภาคีเครือข่าย เน้นการช่วยเหลือด้านสังคมการจัดการสิ่งที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย/ครอบครัว และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ดูแลที่เป็นอุปสรรคต่อการช่วยเหลือผู้ป่วย เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว ดุด่าผู้ป่วย ช่วยลดภาวะเครียดในผู้ดูแลโดยหมุนเวียนเข้าเยี่ยมให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอ ติดตามเยี่ยมบ้านโดยประเมินสภาพปัญหา วางแผนแก้ไขร่วมกับภาคีเครือข่ายและใช้กระบวนการพยาบาลศึกษาครอบครัว รวบรวมข้อมูล ประวัติการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้อง ค้นหาวิธีการให้ครอบครัวมีทักษะในการ

ดูแลที่เหมาะสม ภาศิเครือข่ายมีองค์ความรู้และทักษะร่วมกันดูแล ขั้นตอนนี้เชิญผู้ที่มีความเชี่ยวชาญตัวอย่างที่ประสบผลสำเร็จของชุมชนในการดูแล การใช้ระบบปรึกษา ได้ตลอดเวลาผ่านช่องทางที่หลากหลาย เช่น โทรศัพท์ โอน์ หรือการประสานงานโดยตรง มีพยาบาลออกติดตามร่วมดูแลและประเมินผลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพและภาศิเครือข่าย เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับทีมได้จัดหาสนับสนุนแหล่งความรู้ เอกสารวิชาการเพื่อเสริมองค์ความรู้ให้กับทีมอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลแม่ข่าย

3.การสังเกต (observing) โดยสังเกตข้อค้นพบเพื่อนำสู่การปรับปรุงและหาแนวทางแก้ไขขณะดำเนินการ

4.การประเมินผลสะท้อนกลับ (reflecing) โดยวิธีการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลในครอบครัวและภาศิเครือข่ายในชุมชนและปัญหาอุปสรรคในการดูแล

กลุ่มผู้ให้ข้อมูล

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย ผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว 5 คน ตำรวจ 2 คน ชุติรักษาความปลอดภัยหมู่บ้าน 10 คน อสม. 10 คน ผู้นำชุมชน 6 คน คน พระสงฆ์ 2 คน อบต. 3 คน นักพัฒนาชุมชน 1 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 3 คน รวมจำนวนทั้งหมด 41 คน เลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง โดยเป็นผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการ สื่อสารได้ดีและสามารถร่วมทำกิจกรรมได้ตลอดการวิจัยและไม่เป็นผู้ที่เจ็บป่วยหรือเป็นโรคติดต่อที่ร้ายแรง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1 . แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรสระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2 . แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ของ ดร.กำธร ดานา มี 15 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ 1 (ตอบถูก) และ (ตอบผิด) คะแนนรวม 15 คะแนน แปลผลโดยใช้เกณฑ์ ดังนี้

-คะแนนระดับ 1-7 คะแนน หมายถึง มีความรู้ระดับต่ำ

-คะแนนระดับ 8-12 คะแนน หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง

-คะแนนระดับ 13-15 หมายถึง มีความรู้ระดับสูง

3 . แบบประเมินทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ของ ดร.กำธร ดานา ประกอบด้วย การประเมินและสังเกตอาการ การเตือน การบอกสิ่งที่จริง การกระทำกิจกรรมแทน การสอนการกำกับการถอยห่าง การต่อรองใกล้เคียง การจัดการเรื่องยา การจัดสิ่งแวดล้อม การขอความช่วยเหลือและการป้องกันตนเองลักษณะการตอบ คือ ทำได้ (1 คะแนน) ทำไม่ได้ (0 คะแนน) คะแนนเต็ม 18 คะแนน แปลผลโดย คะแนนมากกว่าร้อยละ 70.00 ถือว่ามีทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เครื่องมือผ่านการขออนุญาตและได้รับอนุญาตให้ใช้เครื่องมือได้

4 .แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ผู้ดูแลในครอบครัว ภาศิในชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

การเก็บรวบรวมข้อมูล

โดยวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลในครอบครัวและภาศิเครือข่ายในชุมชน และปัญหาอุปสรรคในการดูแล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้หลักการพิทักษ์สิทธิกลุ่มผู้ให้ข้อมูล โดยขอความยินยอมที่จะร่วมโครงการ การรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล ตลอดกระบวนการวิจัยไม่มีกิจกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อผู้ร่วมวิจัยและก่อนที่จะเริ่มดำเนินการวิจัยทีมผู้วิจัยจะมีเกณฑ์การคัดเข้าและออกของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่ชัดเจนไม่มีอคติกับตัวบุคคล

ผลการวิจัย

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว เป็นเพศหญิง มากกว่าเพศชาย ส่วนใหญ่อายุ 60ขึ้นไป จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 80 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบิดามารดาและมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 15-20 ปี

กลุ่มเครือข่ายในชุมชน พบว่า มีจำนวนทั้งเพศชายและเพศหญิงใกล้เคียงกัน ส่วนมากมีอายุช่วง 51-60 ร้อยละ 58.33 จบชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 72.22 และส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมาก่อน ร้อยละ 55.55

จากการศึกษาสถานการณ์และการติดตามเยี่ยมบ้านพบประเด็น คือ (1) ด้านผู้ดูแลมีสภาพร่างกายไม่พร้อมเนื่องจากความชราและมีโรคประจำตัว เครียดและเหนื่อย จากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นระยะเวลานาน และขาดทักษะการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม (2) ผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอและขาดยา ได้รับการดูแลไม่เหมาะสมและหลีกเลี่ยงหนีจากชุมชน ทั้งยังมีการใช้สารเสพติดได้แก่ บุหรี่ สุรา ยาบ้าน น้ำกระท่อม (3) พบพฤติกรรมกรรมการทำร้ายคนในครอบครัวทะเลาะวิวาทกับผู้ดูแล ตลอดจนการเดินทางออกรั่วในชุมชน เช่น เหล็ก มีด ไม้ขนาดใหญ่ จอบ เสียม ส่วนใหญ่พฤติกรรมจะเกิดหลังจากการดื่มสุราและการดื่มน้ำกระท่อม

ผู้วิจัยและผู้ดูแลในครอบครัวร่วมกับทีมภาคีเครือข่ายในชุมชน เสนอแนวทางในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สรุปเป็น 3 วงจร ดังนี้

วงจรที่ 1 กิจกรรมคนบ้านเดียวกัน
ประกอบด้วย 1. กิจกรรมเพื่อนบ้านสร้างสัมพันธ์ภาพ เริ่มด้วยการทักทาย ชี้แจงวัตถุประสงค์การสร้างพันธมิตรที่ดีกับครอบครัวผู้ป่วยและทีมงานในชุมชน การอาศัยความคุ้นเคยทำงานร่วมกันมาก่อน และกิจกรรมรู้เขารู้เราผ่านลักษณะสัตว์ที่ชอบ เพื่อให้ทุกคนได้รู้จักและเข้าใจตนเองเห็นจุดดีและจุดบกพร่องของตนเองนำไปสู่การพัฒนาตนเอง ในขณะเดียวกันการที่บุคคลได้รู้จักและเข้าใจในสิ่งบกพร่องที่เกิดขึ้นกับบุคคลเรียนรู้การเลือกสิ่งที่ดียอมรับซึ่งกันและกัน เข้าใจคนอื่นยอมรับในตัวตนของบุคคลและ

สอบถามความปรารถนาที่อยากให้เกิดขึ้นในชุมชน 2. บรรยายให้ทราบข้อมูลโรคและการรักษาตอบปัญหาข้อข้องใจ ในสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้น ด้วยการมีส่วนร่วมในการดูแลของชุมชนนักพัฒนาชุมชน และอบต. เข้ามาช่วยเรื่องอาชีพเพื่อให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลมีทำงาน เพิ่มความภาคภูมิใจแก่ตนเอง ในกรณีนี้ทีมผู้วิจัยได้ประสานกับ นายก อบต. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชได้ไปเป็นวิทยากรในพื้นที่เรื่องการเก็บสิ่งของเหลือใช้ ในชุมชนไปรีไซเคิลและเก็บขวดเก็บพลาสติก การทำปุ๋ยหมักชีวภาพ ปลูกผักผลไม้ปลอดสารพิษขายเพื่อสร้างรายได้ในแก่ตนเองและครอบครัวซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยมีความถนัด 3. ให้กลุ่มสำรวจสภาพปัญหาการเจ็บของผู้ป่วยและครอบครัว ผลกระทบต่อผู้ดูแล ครอบครัว และชุมชนและเน้นย้ำเกี่ยวกับประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นที่ไม่ใช่ปัญหาเฉพาะของครอบครัวแต่มีผลกระทบต่อชุมชนด้วย 4. กิจกรรมความคาดหวังต่อผู้ป่วยจิตเภท ชุมชนได้รับความรู้ความคาดหวังต่อการดูแลผู้ป่วย กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนส่วนใหญ่มีสิ่งดีๆของบุคคลอื่นมาชื่นชมร่วมให้กำลังใจ แก้ไขจุดบกพร่องยอมรับผู้อื่นและปรับตัวอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้

วงจรที่ 2 กิจกรรมผูกพันจริงใจ มีกิจกรรมต่อเนื่อง ดังนี้ 1. ให้ทุกคนได้สำรวจปัญหา ตระหนักรู้ถึงศักยภาพความมีคุณค่าของตนเองและบุคคลอื่น พร้อมทั้งเกิดความภาคภูมิใจซึ่งความรู้สึกที่แต่ละคนมีต่อตนเองเป็นการรับรู้ภาพรวมเกี่ยวกับคุณค่าของตนเอง ให้ผู้ดูแลได้พูดระบายความรู้สึก การเผชิญกับการเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นระยะเวลานาน ดังคำพูด “อยากให้ลูกปกติ อยู่กับสังคมได้ กลัวเขาดำรงรายลูกเวลาลูกไปด่าว่าเขา สงสารลูก” 2. กลุ่มได้สร้างจินตนาการเกี่ยวกับความมุ่งหวังของตนที่มีต่อการช่วยเหลือผู้ป่วยให้กลุ่มเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญในการช่วยเหลือหรือแก้ปัญหาในชุมชน ร่วมคิดระบบการดูแลประสานช่วยเหลือในชุมชนนำหลักศาสนาตามมาช่วยเรื่องความเชื่อการทำดีได้ดีและอันสงฆ์ของการช่วยเหลือผู้อื่นและคนในชุมชนเป็นบุญใหญ่

วงจรที่ 3 กิจกรรมห่วงใยดูแลกัน โดยการค้นหาค้นหาหนทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ร่วมวางแผน

และผลักดันเพื่อแสดงพฤติกรรมดูแล เช่น (1) กิจกรรมร่วมคิดร่วมทำวางแผนกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย (2) กิจกรรมของเรา มอบหมายหน้าที่ให้ชัดเจน และช่องทางการติดต่อประสานงานเพื่อความสะดวกในการประสานการดูแลผู้ป่วยในชุมชน มอบหมายหน้าที่โดยเน้นการมีส่วนร่วมพร้อมผลักดันที่จะร่วมกันแสดงพฤติกรรมการทำงานให้บรรลุความหวังดังคำพูดที่ว่า “การที่เราดูแลผู้ป่วยช่วยกันสุดท้ายแล้วคนในชุมชนเราและผู้ป่วยจะปลอดภัย ทุกคนจะมีความสุข” ดังนั้นสามารถกล่าวได้ว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังเป็นการดำเนินกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนอีกทั้งยังสร้างเครือข่ายการประสานงานส่งต่อข้อมูลให้เจ้าหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพและมีความต่อเนื่องส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากขึ้น

ตารางที่ 1 การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน
ภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	บทบาทการมีส่วนร่วม
ผู้ดูแลในครอบครัว	-ดูแลผู้ป่วย/จัดการกับอาการที่เป็นปัญหาทั้งทางกายและใจ -ดูแลเรื่องการรับประทานยา/การพบแพทย์ตามนัด -ลดสิ่งกระตุ้นในครอบครัว พุดคุยให้กำลังใจ แสดงความรัก -ส่งต่อข้อมูลกับเครือข่ายในชุมชน/รพ.สต.
ภาคีเครือข่ายในชุมชน	-สร้างทีมร่วมกับติดตามและให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว -ให้ความรู้/เฝ้าระวัง/รายงาน อาการหรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหา -ลดสิ่งกระตุ้นในชุมชน งานบุญปลอดเหล้า -ติดตามเยี่ยมให้กำลังใจสม่ำเสมอ - พระสงฆ์ส่งเสริมการให้พรเทศน์อาณิสส์บุญจากการช่วยเหลือดูแลผู้อื่น - จัดอาสาดูแลในชุมชน - ส่งเสริมอาชีพและการหารายได้เสริมแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

	- เฝ้าระวังยาเสพติดและสารกระตุ้นอาการ สังเกตอาการเปลี่ยนแปลง
--	---

บทบาทการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง คณะแนวความรู้ของผู้ป่วยในครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน พบว่า ก่อนดำเนินการคะแนนความรู้ในระดับต่ำร้อยละ 60 หลังจกดำเนินการกิจกรรม ผู้ดูแลในครอบครัวมีคะแนนความรู้เพิ่มสูงขึ้นอยู่ในระดับสูงทุกราย และกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนมีคะแนนความรู้อยู่ในระดับสูงเช่นกัน 80 ตามตารางดังตารางที่ 3 คะแนนทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน พบว่า ก่อนดำเนินการผู้ดูแลทุกรายมีคะแนนทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในระดับต่ำภาคีเครือข่ายในชุมชนส่วนใหญ่มีทักษะการดูแลในระดับต่ำ ร้อยละ 97.22 หลังจกดำเนินการกิจกรรมผู้ดูแลในครอบครัวทุกรายมีคะแนนทักษะการดูแลเพิ่มสูงขึ้นระดับสูง และกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนมีคะแนนทักษะการดูแลเพิ่มขึ้นในระดับสูง ร้อยละ 88.88 ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

การสร้างสัมพันธภาพเป็นวิธีการบำบัดทางจิตที่มีความสำคัญมากเพราะทำให้เกิดการให้ข้อมูลที่ชัดเจนขึ้น เกิดความรู้สึกร่วมกันในกิจกรรมการดูแล มีเป้าหมายร่วมกันในกิจกรรมการดูแลกิจกรรมรู้เขารู้เรา มีเป้าหมายการพัฒนาตนเอง ในขณะเดียวกันการที่บุคคลได้รู้จักเป็นและเข้าใจถึงความแตกต่างของบุคคล เรียนรู้การอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข มองสิ่งดีของกันและกัน เข้าใจในส่วนบกพร่องที่เกิดขึ้นกับบุคคล เรียนรู้การเลือกสิ่งที่ดียอมรับสิ่งดีๆ ของบุคคลอื่นมาชื่นชม ร่วมให้กำลังใจแก้ไขจุดบกพร่อง ยอมรับผู้อื่นและปรับตัวอยู่ร่วมกับผู้อื่นเนื่องจากการที่บุคคลจะอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขนั้นบุคคลควรจะต้องรู้จักและเข้าใจตนเองและผู้อื่นมีทัศนคติที่ดีซึ่งเป็นวิธีการหนึ่งในการส่งเสริมความพร้อมให้สมาชิกครอบครัวเกิดความสามารถในการดูแลและสนับสนุนผู้ป่วยจิตเวช และสอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนาเหมะรัตน์และคณะ เรื่องการพัฒนาเครือข่ายเพื่อการดูแล

ผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ซึ่งหลังดำเนินกิจกรรมการพัฒนาแล้ว ผู้นำชุมชนเกิดความเข้าใจผู้ป่วยและครอบครัวมากขึ้น มีเครือข่ายบริการสุขภาพเกิดขึ้น และชุมชนมีความร่วมมือเป็นอย่างดีเพื่อให้ความช่วยเหลือกันมากขึ้นเกิดความสามัคคีอันนำไปสู่การช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถใช้ชีวิตร่วมกับชุมชนได้อย่างต่อเนื่องกระบวนการที่ให้กลุ่มร่วมกันสร้างจินตนาการความมุ่งหวังต่อการช่วยเหลือผู้ป่วย ช่วยให้กลุ่มเกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องการศึกษาของแก้วตา มีศรี และ เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่พบว่าการรับรู้สีกห่วยซึ่งกันและกันมีความใกล้ชิดผูกพันกันทำให้บุคคลเกิดอาการรับรู้และคาดหวังว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งการมีโอกาสได้ช่วยเหลือผู้อื่นทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และจากการศึกษาของพรประไพ แยกเต้าและคณะ เรื่องผลของการใช้โปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขจะเป็นพลังที่สำคัญยิ่งและมีความสำคัญที่จะต้องร่วมมือกันเพื่อให้ผู้ป่วยมีวิถีชีวิตปกติ ผลกา

ศึกษาพบว่าครอบครัวและชุมชนมีความรู้กับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มขึ้น เกิดความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมโดยการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขในระดับมากและอาสาสมัครสาธารณสุขมีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานเกิดความภาคภูมิใจที่ตนเองสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวได้^{6,7,8}

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการนำการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชหรือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนหรือกลุ่มเป้าหมายอื่นๆ เช่น การดูแลผู้สูงอายุผู้พิการทุพพลภาพที่มีปัญหาซับซ้อน พัฒนารูปแบบการดูแลแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเพื่อยืนยันผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นให้ชัดเจนและมีความน่าเชื่อถือต่อผลงานวิจัยมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท และสหสาขาวิชาชีพตลอดจนภาคีเครือข่ายผู้มีส่วนร่วมในชุมชนที่ให้ข้อมูลเป็นประโยชน์ต่อการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- 1.กรมสุขภาพจิต.คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ(ฉบับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข). พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: วิกทอเรีย; 2560.
- 2.แก้วตา มีศรี. เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสาร การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 26(1), 35-49.
- 3.รัชณี เกิดโชค. (2553). สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลจิตเภทกับสมาชิกครอบครัว: การส่งเสริมความร่วมมือ ในการดูแล. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 24(1), 14-23
- 4.เปรมฤดี ดำรักษ์, อังคณา วังทอง, อนุชิต วังทอง. การมีส่วนร่วม ของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน อำเภอ หนองจิก จังหวัดปัตตานี. วารสารสมาคมนักวิจัย 2557; 19(2):92-103.
- 5.อมารสี อัมพันศิริรัตน์, พิมพ์มล วงศ์ไชยา.การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม : ลักษณะสำคัญ และการประยุกต์ใช้ในชุมชน. วารสารมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 2560;36(6):193-2005.
- 6.กมลวรรณ สีเชียงสา, จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์, สายทิพย์ สุทธิรักษา. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยทีมสหวิชาชีพของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ. ว.เภสัชกรรมไทย 2562; 11(2): 457-462 .
- 7.ผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์. การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท บทบาทและกระบวนการ. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: ดีไซน์บรีนที มีเดีย; 2562.
- 8.กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชนสำหรับบุคลากรของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดแสงจันทร์การพิมพ์; 2559.