

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและแกนนำ สุขภาพจิต

รศวลีย์ ธรรมสาร และชนิษฐา พิมพ์โพธิ์

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเปือย

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยให้ครอบครัวและแกนนำสุขภาพจิตมีส่วนร่วม สุ่มตัวอย่าง แบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 32 ราย ประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 16 ราย ผู้ดูแลจำนวน 16 ราย และอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 8 ราย เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) กิจกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและแกนนำสุขภาพจิต โดยใช้โปรแกรมสนับสนุนครอบครัว และ 3) แบบประเมินอาการทางลบ ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

ผลการวิจัย ดังนี้ 1) ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องอย่างเป็นระบบ 2) เป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทและบุคคลในครอบครัว มีการสื่อสารกันมากขึ้น ส่งผลให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกันทำให้ปัญหาที่เกิดขึ้นภายในครอบครัวลดลง 3) ผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง 4) ผู้ดูแล และบุคคลในชุมชนมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผลการประเมินอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท หลังใช้โปรแกรมสนับสนุนครอบครัวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : ผู้ป่วยจิตเภท, การมีส่วนร่วมของครอบครัวและแกนนำสุขภาพจิต

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคซึ่งมีความผิดปกติในด้านความคิด การรับรู้และพฤติกรรม ซึ่งลักษณะทางคลินิกที่พบส่วนใหญ่ คือ อาการของโรคจิต ไร้อารมณ์ การแยกตัวเองออกจากสังคมและสูญเสียการรู้คิด (Cognitive impairment) อาการแสดงที่สำคัญของโรคจิตเภทแบ่งออกเป็นสองกลุ่มใหญ่ๆ คือ 1) กลุ่มอาการทางบวก ซึ่งส่วนใหญ่ พบในผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบ (Active phase) จนต้องเข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาล 2) กลุ่มอาการทางลบ (Negative symptoms) มักเกิดในระยะ Residual phase ซึ่งเป็นระยะที่ ผู้ป่วยมีอาการสงบและใช้ชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในชุมชน¹ โรคจิตเภทมีอัตราความชุกประมาณ ร้อยละ 1-1.5 ของประชากรทั่วโลกและมีอัตราการเกิดโรคประมาณ 2.5-5: 1,000 คนต่อปี ในประเทศไทยพบความชุกของโรคประมาณ 8.8 ต่อ 1,000² จังหวัดอำนาจเจริญมีผู้ป่วยโรคจิตเภท ปี พ.ศ. 2548 – 2550 จำนวน 1,660 คน, 1,687 คนและ 1,352 คน ตามลำดับ ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคจิตเภทพบว่าปี พ.ศ. 2548 – 2550 มีผู้ป่วยจิตเวชฆ่าตัวตายสำเร็จจำนวน 5 คน, 1 คน และ 3 คน ตามลำดับ ผู้ป่วยจิตเภทฆ่าผู้อื่นสำเร็จในปีพ.ศ. 2550 จำนวน 1 คน ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง คิดเป็นร้อยละ 75.06 (รายงานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวช งานสุขภาพจิตและยาเสพติดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ, 2550) ในประเทศไทย พบว่าอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหา การแก้ปัญหาทางด้านสุขภาพจิต เช่นการรักษาอย่างต่อเนื่อง การรับประทานยาและพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ จึงเป็นทางออกและเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการลดปัญหาทางสังคมเหล่านี้ อีกทั้งยังมีประสิทธิภาพในเชิงต้นทุนมากกว่าเพราะส่วนมากนั้นคนที่ป่วยทางจิตมักจะเป็นโรคเกี่ยวกับความจำในเวลาต่อมา ปัจจุบันการรักษาโรคจิตเภทที่มีประสิทธิภาพคือการใช้ยาเพื่อช่วยรักษาอาการของโรคให้ดีขึ้นและป้องกันการกลับเป็นซ้ำในโรงพยาบาล ดังนั้นจึงจำเป็นต้องหาวิธีเพื่อส่งเสริมหรือสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถจัดการกับอาการของโรคและการป้องกันโรคกลับเป็นซ้ำ ผู้ป่วยสามารถกลับไปอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนตามศักยภาพที่มีอยู่ ตามนโยบายของท่านนายแพทย์วิฑูรย์ พึ่งจันทร์ อธิบดีกรมสุขภาพจิต เน้นการจัดการกับสุขภาพจิตในระดับหมู่บ้านเพิ่มการเข้าถึงบริการสำหรับผู้ป่วยจิตเวช เพื่อสร้างเกราะป้องกันทางจิตใจให้มีความเข้มแข็ง สามารถเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคในภาวะวิกฤติของชีวิต

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเปือย มีภารกิจในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในเขตรับผิดชอบ 8 หมู่บ้าน มีผู้ป่วยโรคจิตทั้งหมด 76 ราย ผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 21 ราย การปฏิบัติงานเชิงรุกในประชาชนทั่วไป คือ การส่งเสริมสุขภาพจิต การคัดกรองโรคทางจิต โดยให้ อสม.ใช้แบบคัดกรองความเครียดและภาวะซึมเศร้าคัดกรองในประชาชนที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ผู้พิการ ผู้สูงอายุ หญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอด วัยรุ่น ผู้ใช้สารเสพติดและผู้สูญเสียบุคคลในครอบครัว เมื่อพบว่ามีอาการผิดปกติตั้งแต่ 1 ข้อขึ้นไป แนวทางการดูแลคือการออกติดตามเยี่ยมที่บ้านและทำการประเมินซ้ำเพื่อส่งต่อการวินิจฉัยและการรักษาที่ถูกต้อง ส่วนผู้ป่วยโรคทางจิตมีการติดตามเยี่ยมบ้านเดือนละ 1 ครั้ง โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพร้อมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่รับผิดชอบในเขตพื้นที่ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ ติดตามเรื่องการรักษา การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง สอบถามญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับการสังเกตอาการกำเริบ ผลข้างเคียงจากการรับประทานยา การประสานขอความร่วมมือกับผู้นำชุมชนในกรณีที่ผู้ป่วยคลุ้มคลั่งอาละวาด จากการดำเนินงานที่ผ่านมาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนต้อง

อาศัยความร่วมมือจากหลายหน่วยงาน เช่น ผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัว อสม. ผู้นำชุมชน คนในชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งแต่ละหน่วยงานยังมีความเข้าใจเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่แตกต่างกันและยังไม่มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน จึงส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบหลังการรักษาหลังกลับมาอยู่ในครอบครัวและชุมชน จากการสำรวจและติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลและกลับมาอยู่ในครอบครัว ชุมชน พบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องจำนวน 1 ราย ขาดการรักษา 1 ราย มีการเสพสารเสพติด 3 ราย ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล ซึ่งเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ว่าพฤติกรรมเหล่านี้ของผู้ป่วยเป็นความยุ่งยาก ญาติมีความคาดหวังกับผู้ป่วยว่าเมื่อได้รับการรักษาจะต้องหายเป็นปกติสามารถทำงานสร้างรายได้ช่วยคนในครอบครัวได้ เมื่อผู้ป่วยช่วยงานได้น้อยลงเนื่องจากฤทธิ์ของยาทำให้ง่วงซึม ทำให้ญาติรู้สึกไม่พอใจ จึงส่งผลให้เกิดปัญหาการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง มีอาการกำเริบ ขาดการรักษาตามนัด ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการมีส่วนร่วมของ ครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการรักษา และรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง พร้อมหาแนวทางให้บริการบริการและแก้ไขปัญหา ระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน เพื่อป้องกันการกลับป่วยซ้ำ ลดการเกิดปัญหาภาวะวิกฤติของผู้ป่วย ให้การช่วยเหลือ ครอบครัว ในการให้การดูแลผู้ป่วย ให้สามารถอาศัยอยู่ในสังคมได้ อันจะส่งผลต่อการมีศักดิ์ศรีและคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของครอบครัวและแกนนำสุขภาพจิต โดยใช้โปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และเปรียบเทียบอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัว

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยศึกษาการมีส่วนร่วมของครอบครัวและแกนนำสุขภาพจิตในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับการรักษาต่อเนื่องที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปือย อำเภอลืออำนาจ จังหวัดอำนาจเจริญ

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยโรคจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคจิตเภท มีความผิดปกติทางความคิด พฤติกรรม ไม่สามารถเข้าใจสถานะต่างๆตามความเป็นจริง อาจมีอาการหลงผิด ประสาทหลอน หูแว่ว ขาดความรู้จักตนเอง ส่งผลให้การตัดสินใจของผู้ป่วยเสียไป

คู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท หมายถึง คู่มือการดำเนินกิจกรรม การให้บริการผู้ป่วยโรคจิตเภทและญาติ ในคู่มือได้บันทึกวิธีการบริการผู้ป่วยจิตเภทและญาติ ความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิต สาเหตุอาการ การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ยารักษาโรคจิตเภท การเกิดอาการกำเริบ

การมีส่วนร่วมของครอบครัว หมายถึง การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โดยญาติหรือผู้ดูแล มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยด้านการกินยา การพบแพทย์ตามนัด การสนับสนุนการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน การดำเนินชีวิตในสังคมและชุมชน

แกนนำสุขภาพจิตชุมชน หมายถึง บุคคลที่ผ่านการอบรมให้มีความรู้เรื่องโรคจิตเภท การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรีบนำส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาลทันที ตลอดจนแนวทางการส่งต่อกรณีภาวะสุขภาพจิตฉุกเฉิน

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method Research) ทำการศึกษาข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเปื่อย ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท อาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย มี 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้ป่วยจิตเภท 2) ครอบครัว 3) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออก ที่ผู้วิจัย ได้กำหนดไว้ ดังต่อไปนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขเข้ากลุ่มตัวอย่าง

- 1) สามารถสื่อสาร ได้ทั้งภาษาไทยและภาษาพูด
- 2) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขไม่น้อยกว่า 3 ปี

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภทเข้ากลุ่มตัวอย่าง

- 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (ICD-10 รหัส F-20) มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งชายและหญิง
- 2) ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการแสดงในลักษณะ อาการทางลบ เช่น สีหน้าเรียบเฉย พูดน้อย และมีระดับคะแนนอาการทางลบ 5-13 คะแนน ประเมินโดยใช้แบบประเมินอาการทางลบ³ และมีคะแนนประเมินอาการทางจิต คือ Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ไม่เกิน 30 คะแนน
- 3) สื่อสารภาษาไทยเข้าใจ พูดคุยโต้ตอบและอ่านออกเขียนได้
- 4) ไม่มีพยาธิสภาพทางกาย ไม่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยไฟฟ้า และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ดูแลในครอบครัว เข้ากลุ่มตัวอย่างคือ เป็น ผู้ที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยและเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 6 เดือน สามารถฟังอ่านภาษาไทย ได้และยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์คุณสมบัติการคัดเลือกเข้า-และคัดออก จากกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 16 คน ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 16 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 8 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการหาคุณภาพของเครื่องมือ

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินวิจัย** คือ คู่มือในการใช้โปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว⁴ ประกอบด้วย การดำเนินกิจกรรมกลุ่ม 5 กิจกรรม ดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธภาพและประเมินความต้องการในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน 2) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท 3) การพัฒนาทักษะทางสังคม 4) การพัฒนาทักษะการ

จัดการอาการทางลบและการเผชิญกับความเครียด 5) การค้นหาแหล่ง สนับสนุนทางสังคมและทบทวนสรุป
รวมทั้งหมด ซึ่งผู้วิจัยได้นำ คู่มือของอดิญา โพธิ์ศรี และเพ็ญพักตร์ อุทิศ มาใช้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
ประกอบ ด้วย เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ศาสนา ระยะเวลาที่เจ็บ ป่วย สัมพันธภาพภายในครอบครัว
เป็นแบบเลือกตอบและเติม คำในช่องว่าง ส่วนที่ 2 แบบวัดอาการทางลบฉบับ ภาษาไทย Positive and
Negative Syndrome Scale¹² ซึ่งสร้างขึ้นโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ¹⁰ ประกอบด้วย แบบตรวจสอบ
รายการจำนวน 13 ข้อ ครอบคลุมการประเมิน ลักษณะอาการทางลบ 7 อาการ คือ การแสดงอารมณ์น้อยกว่า
ปกติ การแยกตัวทางอารมณ์ มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง อาการแยกตัวจากสังคม มีปัญหาในการใช้ความคิด
นามธรรม การสนทนาไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ และการคิดอย่างตายตัว แปลผลค่าคะแนนโดย ค่า
คะแนนสูงหมายถึง มีอาการทางลบมาก ค่าคะแนนต่ำ หมายถึง มีอาการทางลบน้อย แบ่งระดับเป็น 3 ระดับ
คือ 10-13 คะแนน ถือว่ามี อาการทางลบมาก คะแนน 5-9 ถือว่าเป็นผู้มีอาการทางลบ ปานกลาง และคะแนน
0-4 คะแนน ถือว่า มีอาการทางลบน้อย

3. เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

1) การสังเกต (Observation) ผู้วิจัยใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วม เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการสังเกตการดำเนิน
กิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่ การร่วมแสดงความคิดเห็น การแบ่งหน้าที่ ความรับผิดชอบและการช่วยเหลือของการทำงานภายในกลุ่ม

2) การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เป็นการสนทนาที่แสดงความคิดเห็นของกลุ่มและในประเด็น
ที่ ผู้วิจัยเห็นว่าควรได้ข้อมูลในลักษณะเฉพาะเจาะจง และแนวคำถามปลายเปิด

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

1. เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท 16 ราย ข้อมูลส่วนบุคคลของ
ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท 16 ราย ข้อมูลส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุข 8 ราย

2. ใช้โปรแกรมสนับสนุนครอบครัว ผู้ทำกลุ่มเป็นนักวิจัยและพยาบาลวิชาชีพ ในการวิจัยครั้งนี้จะแบ่งการทำ
กลุ่มเป็น 2 ชุด แต่ละชุดจะมีสมาชิกในกลุ่มประกอบด้วย ผู้ป่วย ผู้ดูแล และอาสาสมัครสาธารณสุข โดยใช้
เวลาในการทำโปรแกรม 30-60 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติ หาความถี่ ร้อยละและค่าเฉลี่ย ข้อมูลแบบวัดอาการทางลบ
ของ ผู้ป่วยจิตเภท ใช้สถิติทดสอบที่ t-test วัดกลุ่มเดียว เปรียบเทียบ อาการทางลบ ก่อนและหลังเข้า
โปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว

2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (descriptive content analysis) โดยผู้วิจัยได้
วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มโดยการถอดเทปแบบ คำต่อคำพร้อมนำผลรายละเอียดขณะสนทนา
กลุ่มมาโดยใช้วิธีการอ่านข้อมูลหลายๆครั้ง กลั่นกรองประเด็นสำคัญ จัดเป็นหมวดหมู่ แล้วเปรียบเทียบกับ

ข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลรายอื่น ปรับหมวดหมู่ให้มีความชัดเจน กระชับ ลดความซับซ้อน และ ครอบคลุมมากขึ้น ทำซ้ำกันหลายครั้ง จนกระทั่งไม่พบหมวดข้อมูลใหม่

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา

ลักษณะกลุ่มตัวเอง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	11	68.75
หญิง	5	31.25
อายุ		
20-29 ปี	3	18.75
30-39 ปี	3	18.75
40-49 ปี	2	12.5
50-59 ปี	8	50
สถานภาพสมรส		
คู่	3	18.75
โสด	11	68.75
หย่าร้าง	2	12.5
หม้าย		
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	11	68.75
มัธยมศึกษา	5	31.25
อนุปริญญา		
ปริญญาตรี		

จากตารางที่ 1 ลักษณะของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 68.75 มีอายุอยู่ระหว่าง 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 มีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 68.75 มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 68.75 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ผลการใช้กระบวนการกลุ่มแบบมีส่วนร่วมโดยใช้โปรแกรมการสนับสนุนครอบครัว

จากการจัดกิจกรรมกลุ่มโดยใช้โปรแกรมการสนับสนุนครอบครัว สรุปข้อมูลสำคัญที่ได้จากการใช้กระบวนการกลุ่ม ดังนี้

1. ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น ทั้งผู้ดูแลในครอบครัว และแกนนำสุขภาพจิต สามารถเรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ดีขึ้น
2. ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลมีการสื่อสารเข้าใจกันมากขึ้น เข้าใจความต้องการของกันและกันมากขึ้น
3. ผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง มีกำลังใจในการแก้ปัญหามากขึ้น โดยมีผู้ดูแลและแกนนำสุขภาพจิตคอยสนับสนุนทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีกำลังใจและความมั่นใจในการทำกิจกรรม

4. ผู้ดูแล และแกนนำสุขภาพจิตมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยผู้ดูแลและแกนนำสุขภาพ ได้เรียนรู้ถึงความรู้เรื่องโรคมามากขึ้น ได้เข้าใจถึงอาการของผู้ป่วยมากขึ้น

ส่วนที่ 3 ผลการประเมินอาการทางลบ

ผลการเปรียบเทียบอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังเข้าใช้โปรแกรมสนับสนุนครอบครัว ดังแสดงใน ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการทางลบของผู้ป่วยในจิตเภทกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังรับโปรแกรมสนับสนุนครอบครัว

อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท	\bar{X}	S.D.	Df	t	p-value
ก่อนใช้โปรแกรม	8.75	2.02	15	8.476	.000
หลังใช้โปรแกรม	6.19	2.40			
ผลต่าง (D)	2.56	1.21	15		

* $p < .05$

จากตารางที่ 2 พบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการทางลบ ของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเดียว ก่อนและหลัง ได้รับการดูแลด้วย โปรแกรมสนับสนุนครอบครัว มีความแตกต่างกันอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยอาการทางลบของ ผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมสนับสนุนครอบครัว ($\bar{X} = 6.19$) น้อยกว่าก่อนได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมสนับสนุนครอบครัว ($\bar{X} = 8.75$)

อภิปรายผลการวิจัย

การใช้กระบวนการกลุ่มแบบมีส่วนร่วมโดยใช้ โปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว ในการวิจัยครั้งนี้ สรุปข้อมูลสำคัญที่ได้จากการสนทนากลุ่ม ดังนี้

1. ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น ทั้งผู้ดูแลในครอบครัว และแกนนำสุขภาพจิต สามารถเรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ดีขึ้น ทั้งนี้เนื่องจาก โปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว เป็นกระบวนการกลุ่มสนับสนุนที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งมาจากครอบครัวเดียวกันเกิดการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน จนกลายเป็นการสร้างควมไว้วางใจและเกิดการยอมรับซึ่งกันและกัน นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีโอกาสมีปฏิสัมพันธ์เพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ผู้ดูแลซึ่งมาจากครอบครัวอื่นๆ และแกนนำสุขภาพจิตด้วย ซึ่งการสร้างปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกันดังกล่าว ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นนำไปสู่การพัฒนาและปรับปรุงตนเองเพื่อแก้ไขปัญหาการมีสัมพันธภาพที่บกพร่อง⁴ สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องมุมมองของพยาบาล จิตเวชเกี่ยวกับสัมพันธภาพกับสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษาพบว่า การส่งเสริมความร่วมมือในการดูแลเป็น ขั้นตอนหนึ่งที่สำคัญของการมีสัมพันธภาพระหว่างพยาบาล จิตเวชและสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทในการช่วยให้ สมาชิกครอบครัวนั้นสามารถดูแล และสนับสนุนผู้ป่วยจิตเภท ให้ใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวและชุมชน⁵

2. ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลมีการสื่อสารเข้าใจกันมากขึ้น เข้าใจความต้องการของกันและกันมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรู้สึกห่วงใยซึ่งกันและกัน มีความใกล้ชิด ผูกพัน ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมั่นคง รับรู้ และคาดหวังว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีโอกาสดูแลช่วยเหลือผู้อื่น ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง⁶

3. ผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง มีกำลังใจในการแก้ปัญหามากขึ้น โดยมีผู้ดูแลและแกนนำสุขภาพจิตคอยสนับสนุนทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีกำลังใจและความมั่นใจในการทำกิจกรรม สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่า การศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว ได้รับการพัฒนาทักษะในด้านการทำกิจวัตรประจำวัน โดยร่วมกันวางแผนกับครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและแรงจูงใจที่จะปฏิบัติตามกิจกรรมตามแผนที่วางไว้ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง และทำให้อาการทางลบลดลง⁴

4. ผู้ดูแล และแกนนำสุขภาพจิตมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยผู้ดูแลและแกนนำสุขภาพจิตได้เรียนรู้ถึงความรู้เรื่องโรคมกขึ้น ได้เข้าใจถึงอาการของผู้ป่วยมากขึ้น สอดคล้องกับศึกษากการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน ซึ่งเกิดการดูแลผู้ป่วยในชุมชนอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถยอมรับ และปรับตัวอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข ญาติมีความรู้มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ญาติและชุมชนยอมรับ มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภทจึงเป็นสิ่งจำเป็น⁷

5. ผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการทางลบของผู้ป่วยในจิตเภท กลุ่มเดี่ยววัดก่อนและหลังรับโปรแกรมสนับสนุนครอบครัว

คะแนนเฉลี่ยอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเดี่ยว ก่อนและหลัง ได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมสนับสนุนครอบครัว มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .05$ สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรมต่ออาการด้านลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน⁸ พบว่า อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลังได้รับ โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรม ความคิด ต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรม อย่างมีนัย สำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เช่นเดียวกับ การศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบ⁹ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่าก่อน ได้รับ โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .0520

บทสรุป

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและแกนนำสุขภาพจิต โดยใช้โปรแกรมการสนับสนุนครอบครัว ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องอย่างเป็นระบบ เป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทและบุคคลในครอบครัว มีการสื่อสารกันมากขึ้น ส่งผลให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกันทำให้ปัญหาที่เกิดขึ้นภายในครอบครัวลดลง ผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง และผู้ดูแล บุคคลในชุมชนมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแล

ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผลการประเมินอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท หลังใช้โปรแกรมสนับสนุนครอบครัว
ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอื่นๆ ชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้เกิด
ความเข้มแข็งในชุมชนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะต่างๆในการศึกษาครั้งนี้ และขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเปือยที่สนับสนุนอย่างดียิ่ง นอกจากนี้ขอขอบพระคุณอาสาสมัครวิจัยทุกคนที่เข้าร่วมโครงการและให้ข้อมูลตอบแบบสอบถามในการศึกษาครั้งนี้ อย่างครบถ้วน หากมีข้อเสนอแนะประการใด ผู้วิจัยขอน้อมรับไว้เพื่อปรับปรุงในการศึกษาครั้งต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Kaplan, H.I., and Sadock, B.J. Comprehensive textbook of Psychiatry. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995
2. อติญา โพธิ์ศรี. (2562). การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง: กรณีศึกษาที่ชุมชนบ้านท่าม่วง จังหวัดร้อยเอ็ด. ศรีนครินทร์เวชสาร, 34(1), 83-89
3. ธนา นิลชัยโกวิทย์, เปญ อุ๋นองงค์, ดารณศ เกษไสว, ปราการ ฅมยางกูร. Positive and negative syndrome scale ฉบับ ภาษาไทย (PANSS-T). กรุงเทพฯ: แจนแซนแลก, 2550.
4. อติญา โพธิ์ศรี, เพ็ญพัทธ์ อูทิต. (2551). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทชุมชน. วารสารพยาบาลสภาการชาติไทย. 2551; 1: 68-85
5. รัชณี เกิดโชค. (2553). สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลจิตเวชกับสมาชิกครอบครัว: การส่งเสริมความพร้อมในการดูแล. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 24(1), 14-23
6. แก้วตา มีศรี. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 26(1), 35-49.
7. เปรมฤดี ดำรักษ์, อังคณา วังทอง, และอนุชิต วังทอง. (2557). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี. วารสารสมาคมนักวิจัย, 19 (2), 92-103.
8. ชุมทรัพย์ ก้อนทอง, วิณา จีระแพทย์, และเพ็ญพัทธ์ อูทิต. (2559). ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรมต่ออาการด้านลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 30 (3), 52-65.
9. น้ำทิพย์ ไกรทอง และรัชณีกร อุปเสน. (2560). ผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบ. วารสารการพยาบาลทหารบก. 18 (ฉบับพิเศษ), 357-364.