

ผลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนภายใต้ สภาวะวิถีใหม่ (New Normal) ต่อการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

Effects of Community Participation Care for Chronic Psychiatric Patients in the New Normal on the Relapse of People with Schizophrenia

เบญญาภา หมั่นงาน*
Benyapha Manngan*

ABSTRACT

Relapse in people with schizophrenia affects the patients themselves, their families, and their communities. Community-based care for psychiatric patients is crucial. The objective of this quasi-experimental research was to compare the relapse rate in people with schizophrenia and their appointment attendance rates before and after receiving the community participation care under the New Normal. The sample comprised the dyad of 35 people with schizophrenia and their 35 caregivers, and 15 village health volunteers, 10 village chiefs, one police officer, and one local government officer. This research used the community participation framework. Research instruments were the Family Caregiving Program and the Community Mental Health of Caring for Risky Chronic Manual. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, and paired sample t-test.

The results revealed that: 1) the relapse rate after acquiring community participation care under the New Normal showed a statistically significant decrease compared with before ($p < .05$), and 2) the patient appointment attendance rate after receiving community participation care under the New Normal showed a statistically significant increase compared with before ($p < .05$). This program can be used for other communities for planning the community participation care for people with schizophrenia to prevent relapse continuingly.

Keywords: Community participation; Persons with Schizophrenia; Relapse Rate; New Normal; Appointment Attendance

ARTICLE INFO

Article History:

Received : February 24, 2024

Revised : May 27, 2024

Accepted : June 20, 2024

* โรงพยาบาลวังเหนือ, 362 หมู่ 4 ตำบลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง 52140

* Wangnuea Hospital, 362 Village No. 4, Wang Nuea Subdistrict, Wang Nuea District, Lampang Province, 52140, Thailand.

* Corresponding author, E-mail: Manngan7007@gmail.com

บทคัดย่อ

การกำเริบซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัวและชุมชน การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นสิ่งสำคัญ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการกำเริบซ้ำและการมาตามนัดของผู้ที่เป็นจิตเภทก่อนและหลังการได้รับการดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนภายใต้วิถีชีวิตใหม่ กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ประกอบด้วย ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท จำนวน 35 คน ผู้ดูแล จำนวน 35 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 15 คน แกนนำของชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 10 คน ตำรวจ จำนวน 1 คนและเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 1 คน ตามกรอบแนวคิด การมีส่วนร่วมของชุมชน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว และคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง กลุ่มเสี่ยงในชุมชน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ paired sample t-test

ผลการศึกษาพบว่า 1) การกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนภายใต้วิถีชีวิตใหม่ มีค่าเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < 0.05$) และ 2) การมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนภายใต้วิถีชีวิตใหม่ มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < 0.05$) ผลการศึกษาสามารถนำข้อมูลไปขยายผลต่อในชุมชนอื่นๆเพื่อประโยชน์ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำ

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมของชุมชน, ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท, การกลับเป็นซ้ำ, วิถีชีวิตใหม่, การมาตรวจตามนัด

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่มีความรุนแรงและทำให้เกิดความผิดปกติในการทำหน้าที่ของสมองซึ่งส่งผลกระทบต่อบุคคลในสังคมทุกระดับ ตั้งแต่ระดับครอบครัวจนถึงระดับประชากรของประเทศ (Wang *et al.*, 2016) และมีอัตราการกลับเป็นซ้ำรวมถึงกลับมารักษาซ้ำมากกว่าผู้ป่วยโรคทางจิตเวชอื่นๆ (Dumrak *et al.*, 2014) และเป็น 1 ใน 5 โรคทางจิตเวชที่พบอัตราการกลับมาเป็นซ้ำสูงที่สุดและมีอาการรุนแรงตลอดชีวิต (Shao *et al.*, 2013; Boaz *et al.*, 2013) สาเหตุสำคัญของการกลับเป็นซ้ำ คือ การไม่รับประทานยาต้านอาการทางจิตเวชอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ (Choorat, 2016) จำนวนผู้ป่วยที่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ เป็นอัตราส่วนสูงสุดถึงร้อยละ 80 (Jaramillo-Gonzalez *et al.*, 2014) การกลับเป็นซ้ำเป็นการเพิ่มโอกาสของการมีพยาธิสภาพที่ถาวร (Mueser & McGurk, 2004) ส่งผลกระทบหลายด้านทั้งต่อตนเอง ครอบครัว สังคมและประเทศชาติ (American Psychiatric Association, 2013)

จากสถานการณ์การระบาดของโรคโคโรนาไวรัส 2019 ครั้งแรกที่เมืองอู่ฮั่นในประเทศจีนและมีการแพร่ระบาดไปทั่วโลกอย่างรวดเร็ว สถิติการติดเชื้อของผู้ป่วยโควิด-19 ทั่วโลกทั้งหมด จำนวน 110,022,111 ราย ผู้เสียชีวิตรวม จำนวน 2,428,358 ราย สำหรับประเทศไทยพบการระบาดของโรคโควิด-19 เริ่มตั้งแต่วันที่ 13 มกราคม พ.ศ. 2563 ทำให้เกิดการสูญเสียชีวิตและทำให้เศรษฐกิจของประเทศได้รับผลกระทบอย่างมาก (Department of Disease Control Ministry of Public Health, 2021) และมีผลต่อการมารับบริการของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังโดยเฉพาะผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ผู้ป่วยและญาติ มีความเครียด วิตกกังวลจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 นอกจากนี้ ชุมชนยังขาดการเฝ้าระวังในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท การติดตามเยี่ยมบ้าน การส่งเสริม

การรับยาตามนัด ทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ มีผลให้เกิดอาการกำเริบซ้ำ (Wangnuea Hospital, 2020) กรมสุขภาพจิต มีนโยบายในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชโดยเน้นให้ความสำคัญของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านให้สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข (Department of Mental Health, 2015-2016) จากการระบาดของโรคโควิด-19 ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกควรจะได้รับดูแลให้สอดคล้องกับนโยบายของกรมสุขภาพจิต ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการ และให้ความร่วมมือในการรักษา การรับประทานยาต่อเนื่อง การมาตรวจตามนัดเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำและการปฏิบัติตัวภายใต้มาตรการของการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 (Wangnuea Hospital, 2020)

การป้องกันการกำเริบซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเป็นสิ่งที่สำคัญที่สามารถลดความรุนแรงและผลกระทบที่เกิดขึ้นในครอบครัวและชุมชน ปัจจัยที่สำคัญ ได้แก่ การรักษาด้วยยา การบำบัดฟื้นฟูและการดูแลต่อเนื่องในชุมชน การให้สุขภาพจิตศึกษาหรือ psycho education เป็นการให้ความรู้อย่างเป็นระบบในเรื่องโรคที่เป็นหรือความผิดปกติที่พบ อาการ การรักษา การจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ (Anderson *et al.*, 1980) ในการดูแลผู้ที่เป็นจิตเภทในชุมชนเป็นการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมวางแผน ร่วมกันเป็นเจ้าของ โดยเน้นผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเป็นศูนย์กลางให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งที่เกิดขึ้นเพื่อให้เกิดพฤติกรรมกลุ่มในการดูแลรักษาและฟื้นฟูผู้ที่เป็นโรคจิตเภท (Dumrak *et al.*, 2014) ภาาติเครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ ทีมสุขภาพ ผู้นำท้องถิ่น ชุมชน ครอบครัวและญาติผู้ดูแลที่จะร่วมมือกัน ชุมชนหรือภาาติเครือข่ายต้องพร้อมให้การสนับสนุนครอบครัวร่วมหาแนวทางแก้ไขปัญหาย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำและลดปัญหาของผู้ป่วยในภาวะวิกฤติช่วงอาการกำเริบรุนแรง (Choorat, 2016) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การดูแลผู้ที่เป็นจิตเภทในชุมชนมีหลากหลายวิธี ดังนี้ 1) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมารักษาซ้ำ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (Seangpro, 2021) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีหลากหลายวิธี ดังนี้ 1) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมารักษาซ้ำ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (Seangpro, 2021) เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method Research) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวช ที่มีประวัติกลับมานอนรักษาซ้ำในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ผลการวิจัย พบว่าการกินยาและความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มตัวอย่างไม่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำด้วยอาการทางจิตจากการมีส่วนร่วมของชุมชนในการออกมาตรการและใช้มาตรการนั้นภายในชุมชน การสร้างและดำเนินงานเครือข่ายดูแล รวมถึงการติดตามเยี่ยมบ้าน 2) โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลอุดรธานี (Sungkate *et al.*, 2021) เป็นการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลและศึกษาความแตกต่างของการผิคนัดการรักษาและการขาดยาของผู้ป่วยจิตเวชก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวชและผู้ดูแลหลัก ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยรวงผึ้ง โรงพยาบาลอุดรธานี จำนวน 40 ราย ใช้ระยะเวลาในการวิจัย 10 เดือน ผลการวิจัยพบว่า หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีจำนวนครั้งการผิคนัดการรักษาลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และหลังเข้าโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับประทานยาจากการติดตามครั้งที่ 1, 2 และ 3 สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) 3) โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวและการมีส่วนร่วม

ของชุมชน (Tungpankom *et al.*, 2005) โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวจะมุ่งเน้นความรู้เกี่ยวกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการและอาการแสดงต่างๆ ความรู้เกี่ยวกับยา รวมทั้งการรักษาอื่นๆ ที่ใช้รักษาโรคจิตเวช ทักษะที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและญาติ ทักษะการดูแลด้านอาการที่เกิดจากภาวะโรค และบทบาทของเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนของกรมสุขภาพจิต เกี่ยวกับโรค ที่เป็นโดยให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท อาการ การรักษา การช่วยเหลือส่งต่อตามบทบาทหน้าที่ที่สำคัญของเครือข่าย ดังนี้ 1) อาสาสมัครสาธารณสุขทำหน้าที่คล้ายกับญาติผู้ป่วย คือประเมินอาการ สังเกตสัญญาณเตือนอาการทางจิต การติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การเยี่ยมบ้าน 2) แกนนำ/ผู้นำชุมชนมีหน้าที่ แจ้งเหตุหรือช่วยประสานงานเจ้าหน้าที่ตำรวจ และปกครอง ถ้าผู้ป่วยมีอาการรุนแรง ช่วยเจรจาต่อรอง ลงเยี่ยมให้กำลังใจหลังจากผู้ป่วยอาการดีขึ้น 3) เจ้าหน้าที่ตำรวจมีหน้าที่ควบคุมสถานการณ์ดูแลความปลอดภัยร่วมเจรจาต่อรอง และ 4) เทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบลมีบทบาทด้านนโยบายและงบประมาณในการสนับสนุนบุคลากร อุปกรณ์และสวัสดิการต่างๆ เช่น เบี้ยยังชีพผู้พิการ รถส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษา และการส่งเสริมอาชีพ รายได้ให้กับผู้ป่วยที่มีศักยภาพในการทำงานประกอบอาชีพได้

โรงพยาบาลวังเหนือ จังหวัดลำปาง เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ให้บริการผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยจิตเวช ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเป็นหนึ่งในผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการกำเริบซ้ำมากที่สุดของโรงพยาบาลวังเหนือ ซึ่งมีสถิติการกำเริบซ้ำในปี 2561-2563 พบว่ามี จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.26 จำนวน 13 ราย คิดเป็น ร้อยละ 6.73 และจำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.69 ตามลำดับ และพบผู้ป่วยเสียชีวิตจากการทำร้ายตนเองและอาการกำเริบซ้ำ จำนวน 2 ราย 3 ราย และ 4 รายตามลำดับ สำหรับการไม่มาตรวจตามนัด ในปี 2563 พบ ผู้ที่เป็นโรค จิตเภท จำนวน 40 ราย จากผู้ที่เป็นโรคจิตเภท จำนวน 195 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.51 และพบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเสียชีวิต จำนวน 2 ราย จากการขาดยาและทำร้ายตนเอง นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากการใช้สารเสพติดรายใหม่จำนวน 10 ราย ที่มีประวัติทำลายข้าวของ เผาที่นอน เผาข้าวสาร ขู่ว่าร้ายพ่อแม่ และมีอาวุธครอบครอง (Wangnuea Hospital, 2020)

จากสถานการณ์ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มีอาการกำเริบซ้ำของโรงพยาบาลวังเหนือมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเหล่านี้ยังต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งนี้เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงจากอาการกำเริบซ้ำ ซึ่งโรงพยาบาลวังเหนือ จังหวัดลำปาง ยังไม่ได้มีแนวทางในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชนมาก่อนผู้วิจัยจึงสนใจในวิธีการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโดยการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวของภัทรภรณ์ พุ่มปั้นคำและคณะ (2548) ซึ่งครอบคลุมในการมีส่วนร่วมของครอบครัวและบทบาทชุมชนในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทตามบริบทของอำเภอวังเหนือ มาปรับใช้เพื่อส่งเสริมศักยภาพของผู้ดูแล/ญาติ และเครือข่ายในชุมชนในการดูแล ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการมีส่วนร่วมของชุมชนน่าจะช่วยให้ช่วยลดการกำเริบซ้ำ และการมาตามนัด ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบการกำเริบซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวและการมีส่วนร่วมของชุมชนในสภาวะวิถีใหม่

2. เพื่อเปรียบเทียบการมาตามนัดของผู้ป่วยที่เป็นจิตเภทระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวและการมีส่วนร่วมของชุมชนในสภาวะวิถีใหม่

สมมุติฐาน

1. การกำเริบซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทก่อนและหลังการดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนมีความแตกต่างกัน

2. การมาตามนัดของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทก่อนและหลังการดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนมีความแตกต่างกัน

กรอบแนวคิด

การวิจัยนี้ ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของโคเฮนและอัฟฮอฟ (Cohen & Uphoff, 1980) ประกอบด้วย 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) 2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (Implementation) 3) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefits) และ 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการบูรณาการโดยใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวที่พัฒนาขึ้นโดยภัทรภรณ์ พงษ์ปันคำและคณะ (2548) เป็นแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน มุ่งเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช อาการ อาการแสดงต่างๆ ความรู้เกี่ยวกับยาที่ใช้รักษาโรคจิตเวช ความรู้เกี่ยวกับทักษะในการดูแลผู้ป่วย และความรู้เกี่ยวกับการบริหารยา ในส่วนของเครือข่ายชุมชน ใช้หลักการมีส่วนร่วมของชุมชนตามบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชนของกรมสุขภาพจิต (2559) หลังจากที่ได้ชุมชนได้รับการส่งเสริมความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชทำให้เครือข่ายในชุมชน มีความรู้ ความเข้าใจ มีทักษะ และมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่งผลให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา ลดการกำเริบซ้ำและการมาตรวจตามนัดเพิ่มขึ้นดังแสดงในรูปที่ 1.

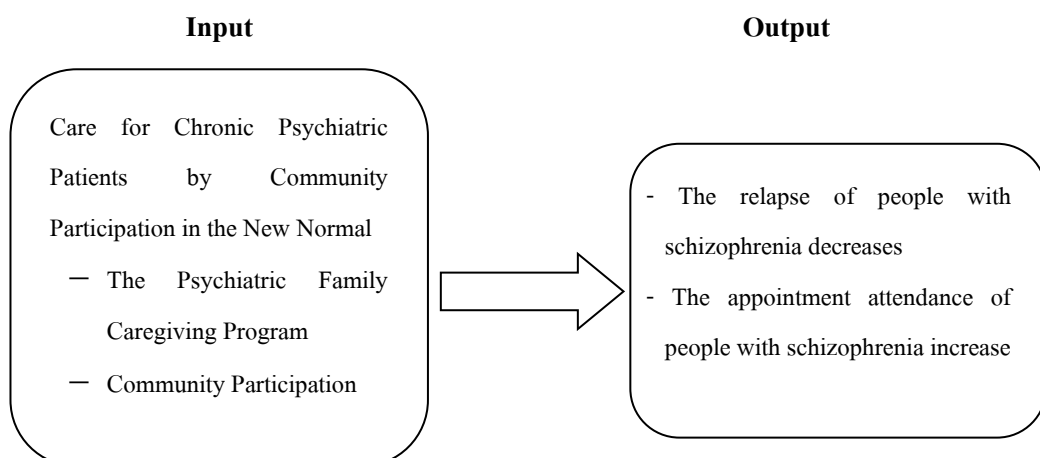


Figure 1 Conceptual framework of this study's model on relapse schizophrenic patients

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ อาชีพ สถานะ การศึกษา รายได้ โดยผู้ปวยมีข้อคำถามเพิ่ม คือ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ส่วนผู้ดูแลมีข้อคำถามเพิ่มคือ ระยะเวลาการดูแล

2. เครื่องมือในการทำวิจัย

2.1) โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว ที่พัฒนาขึ้นโดย ภัทธกรณ์ หุ่นปั้นคำและคณะ (2548) มีทั้งหมด 6 ครั้งๆ ละ 2 ชั่วโมง โดยแต่ละครั้ง มีจุดมุ่งเน้นแตกต่างกันออกไปดังต่อไปนี้ ครั้งที่ 1 เป็นความรู้เกี่ยวกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ครั้งที่ 2 เป็นความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช อาการและอาการแสดงต่างๆ ครั้งที่ 3 เป็นความรู้ เกี่ยวกับยา รวมทั้งการรักษาอื่นๆ ที่ใช้รักษาโรคจิตเวช ครั้งที่ 4 เป็นทักษะที่จำเป็นที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและญาติ ครั้งที่ 5 เป็นทักษะที่เกี่ยวกับการดูแลด้านอาการที่เกิดจากภาวะโรคมีทั้งหมด 14 ทักษะครั้งที่ 6 เป็นทักษะที่เกี่ยวกับการบริหารยา

2.2) คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนและคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน สำหรับบุคลากรของหน่วยบริการปฐมภูมิของกรมสุขภาพจิต (2559) (Department of Mental Health Ministry of Public Health, 2016)

2.3) แบบประเมินอาการทางจิต BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) (กรมสุขภาพจิต, 2561) จำนวน 18 ข้อ ซึ่งเป็นการประเมินเนื้อหาความคิดที่แสดงออกระหว่างการสัมภาษณ์ ดังนี้ 1) ความกังวลเกี่ยวกับอาการทางกาย (Somatic concern) 2) อาการวิตกกังวล (Anxiety) 3) ความรู้สึกผิด (Guilt feeling) 4) ความคิดว่าตนเองมีความสามารถเกินความจริง (Grandiosity) 5) อารมณ์ซึมเศร้า (Depressive mood) 6) ความรู้สึกไม่เป็นมิตร (Hostility) 7) ความรู้สึกหวาดระแวง (Suspiciousness) 8) อาการประสาทหลอน (Hallucination) 9) เนื้อหาความคิดผิดปกติ (unusual thought content) 10) อาการไม่รู้ว่าเวลา สถานที่ บุคคล (Disorientation) 11) ความคิดสับสน (Conceptual disorientation) 12) การแยกตัวทางอารมณ์ (Emotional withdrawal) 13) ความตึงเครียด (Tension) 14) ท่าทางและการเคลื่อนไหวผิดปกติ (Mannerism and posturing) 15) การเคลื่อนไหวช้า (Motor retardation) 16) การไม่ร่วมมือ (Uncooperativeness) 17) การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (Blunted affect) และ 18) อาการตื่นตัว กระวนกระวาย (Excitement)

มีรายละเอียดการให้คะแนนดังนี้ ไม่มีอาการ = 1 คะแนน มีอาการขั้นต่ำสุด = 2 คะแนน มีอาการเล็กน้อย = 3 คะแนน มีอาการปานกลาง = 4 คะแนน มีอาการค่อนข้างรุนแรง = 5 คะแนน มีอาการรุนแรง = 6 คะแนน มีอาการรุนแรงมาก = 7 คะแนน สำหรับข้อ 1-10 ให้คะแนนตามที่ผู้ป่วยบอก ข้อ 11-18 ให้คะแนนจากการสังเกตผู้ป่วย คะแนนรวมทั้งหมด 18-126 คะแนน คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน มีอาการระดับน้อย คะแนนมากกว่า 36 คะแนน มีอาการระดับมากของกรมสุขภาพจิต (2561)

2.4) แบบบันทึกการกำเริบซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ประกอบด้วย ข้อมูล การกำเริบซ้ำ และการไม่กำเริบซ้ำ ซึ่งมีการบันทึกเป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.5) แบบติดตามการมาตรวจตามนัดของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ประกอบด้วยข้อมูลของการมาตามนัด การไม่มาตามนัด บันทึกเป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงของเครื่องมือ (Validity)

โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน (Tungpankom *et al.*, 2005) ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรง เท่ากับ 0.92 มีค่ามากกว่า 0.80 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ (Polit & Hungler, 1999) เนื่องจากผู้ศึกษานำมาใช้โดยไม่ได้นำมาดัดแปลงเนื้อหา จึงไม่ต้องตรวจสอบความตรงของเครื่องมือซ้ำ

การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

เมื่อนำแบบสอบถามความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชไปทดสอบความเชื่อมั่นกับผู้ดูแล ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โดยการให้ผู้ดูแลซึ่งมีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 ราย ตอบแบบสอบถามความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และวัดความเชื่อมั่น โดยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยมีค่าความเชื่อมั่น 0.89 เป็นค่าที่ยอมรับได้ (Polit & Hungler, 1999)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

ประชากรที่ศึกษาได้แก่

1. ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ที่มารับบริการที่ รพสต. ตำบลร่องเคาะ อำเภอมวกเหล็ก จังหวัดลำปาง
2. ผู้ดูแล/ญาติผู้ที่เป็นโรคจิตเภท รพสต. ตำบลร่องเคาะ อำเภอมวกเหล็ก จังหวัดลำปาง
3. เครือข่ายในชุมชน ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขต รพสต. ร่องเคาะ อำเภอมวกเหล็ก จังหวัดลำปาง

กลุ่มตัวอย่าง

เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงโดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้

1. ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มารับบริการที่ รพสต. ซึ่งมีสถิติการกำเริบซ้ำมากที่สุดของอำเภอมวกเหล็ก ในปี 2564 จึงเลือกตำบลร่องเคาะ ในช่วงเดือนพฤษภาคม 2564-กันยายน 2564 จำนวน 35 ราย

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

- 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (International Classification of Diseases and Related Health Problems 10-ICD10) (F20)
- 2) ผู้ป่วยที่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้
- 3) สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้จนเสร็จสิ้นการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร (Exclusion criteria)

- 1) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มีอาการทางจิต
- 2) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มีปัญหาในการสื่อสาร การรับรู้

2. ผู้ดูแล/ญาติผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและให้การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท 1 ปี ขึ้นไป รพสต. ตำบลร่องเคาะ จำนวน 35 ราย
3. เครือข่ายในชุมชน ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในเขต รพสต. ร่องเคาะ เช่น การเฝ้าระวังอาการทางจิต การติดตามเยี่ยมบ้าน การช่วยเหลือส่งต่อ ประกอบด้วย แกนนำชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน 10 ราย อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 15 ราย ตำรวจ จำนวน 1 ราย และเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 1 ราย

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยศึกษากลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียว วัดก่อน-หลังมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการกลับเป็นซ้ำและการมาตามนัดของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2564 ถึงเดือนกันยายน 2564

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมการ

ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร ตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เตรียมเครื่องมือ ขอพิจารณาจริยธรรมจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง เตรียมผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ รพสต.ตำบลร่องเคาะ จำนวน 3 คน เตรียมข้อมูลผู้ป่วยศึกษาจากเวชระเบียนและเตรียมชุมชน โดยผู้วิจัยได้ลงพื้นที่ รพสต. ตำบลร่องเคาะ 3 แห่ง เตรียมแบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) และ แบบบันทึกการมาตามนัดของผู้ป่วยของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

ขั้นที่ 2 ขั้นดำเนินการ

พบกลุ่มผู้ป่วยและเครือข่ายในชุมชนตามที่นัดหมาย และดำเนินกิจกรรมที่ รพสต. ตำบลร่องเคาะ ดังรายละเอียดดังนี้

2.1 ซักถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุข แกนนำชุมชน จนท.ตำรวจ และ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชี้แจงวัตถุประสงค์วิธีการดำเนินการวิจัย

2.2 กิจกรรมให้ความรู้โดยโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านโดยครอบครัวระยะเวลา 6 ครั้งๆ ละ 2 ชั่วโมง เป็นเวลา 6 สัปดาห์ สื่อการสอนเป็น power point วิดีโอ มีพยาบาล รพสต.เป็นผู้ช่วยแบ่งออกเป็น ครั้งที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ครั้งที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช อาการและอาการแสดงต่างๆ ครั้งที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับยา รวมทั้งการรักษาอื่นๆ ที่ใช้รักษาโรคจิตเวช ครั้งที่ 4 ทักษะที่จำเป็นที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและญาติ ครั้งที่ 5 ทักษะที่เกี่ยวกับการดูแลด้านอาการที่เกิดจากภาวะโรค ครั้งที่ 6 ทักษะที่เกี่ยวกับการบริหารยา ทักษะการดูแล ดังนี้

1. กระบวนการดูแล แบ่งออกเป็น 3 ช่วง ได้แก่ 1) การดูแลในช่วงวิกฤตหรือฉุกเฉิน 2) การดูแลในช่วงขอความช่วยเหลือ 3) การดูแลในช่วงการดำเนินชีวิตตามปกติ

2. กิจกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเวช สามารถแบ่งเป็น 3 ด้าน (Tungpunkom *et al.*, 2005) ได้แก่

- 2.1) การดูแลด้านการดำเนินชีวิตตามปกติ
- 2.2) การดูแลด้านอาการที่เกิดจากภาวะโรค
- 2.3) การดูแลด้านการบริหารยา ได้แก่

2.3.1) การจัดเตรียมยาให้เพียงพอ เช่น การนับเม็ดยาเพื่อให้เพียงพอจนถึงวันนัด การหาวิธีเพื่อรับยาก่อนวันนัด หากมียาไม่เพียงพอและพามารับยาก่อนนัด เพื่อรับยาตามแผนการรักษาแพทย์

2.3.2) การดูแลให้รับประทานยาตามแผนการรักษาเช่นการเตรียมยาให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อหน้าทุกครั้ง การเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามกำหนดเวลา การหาวิธีให้ผู้ป่วยได้รับยา หากผู้ป่วยมีอาการกำเริบ

2.3.3) การปรับยาตามความจำเป็นภายใต้การปรึกษาจิตแพทย์ การเอาใจใส่ดูแลขณะที่ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากยา และให้การช่วยเหลือเบื้องต้น การพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเมื่อผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากยาที่รุนแรง และปรึกษาแพทย์ในการปรับเปลี่ยนยา การดูแลผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่องแม้ว่าผู้ป่วยมีอาการทุเลาลง

3. ทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน แบ่งออกเป็น 14 ทักษะ ดังนี้ 3.1) ทักษะการประเมินสังเกตอาการ 3.2) ทักษะการเตือน 3.3) ทักษะการแนะนำ 3.4) ทักษะการบอกสิ่งที่จริง 3.5) ทักษะการทำกิจกรรม 3.6) ทักษะการสอน 3.7) ทักษะการถอยห่าง 3.8) ทักษะการต่อรอง 3.9) ทักษะการใกล้ชิด 3.10) ทักษะการจัดการเรื่องยา 3.11) ทักษะการจัดการสิ่งแวดล้อม 3.12) ทักษะการขอความช่วยเหลือ 3.13) ทักษะการจัดการการถูกรังเกียจ 3.14) ทักษะการป้องกันตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ หมายถึง เทคนิคการปกป้องตนเองจากการถูกทำร้ายจากผู้ป่วยอย่างปลอดภัย และไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลเพื่อให้ได้รับผลกระทบน้อยที่สุด และสามารถปรับตัวกับบทบาทของผู้ดูแลตลอดจนมีความสามารถหรือมีทักษะในการดูแลจะส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

หลังจากดำเนินกิจกรรมในแต่ละครั้งให้ญาติได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ปัญหาและอุปสรรคต่างๆร่วมกัน ส่วนใหญ่จะเป็นปัญหาเกี่ยวกับความร่วมมือในการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง การไม่ไปตรวจตามนัด อาการกำเริบซ้ำบ่อย การใช้สารเสพติด ดื่มสุรา สูบบุหรี่ ยาฆ่าล้าง เป็นต้น ข้อจำกัดในการเดินทางไปโรงพยาบาล และมีการติดตามเยี่ยมบ้านพร้อมกับใช้แบบประเมินอาการทางจิต BPRS จำนวน 18 ข้อคำถาม สอบถามญาติและประเมินอาการทางจิตจากผู้ที่เป็โรคจิตเภท พร้อมกับผู้ช่วยพยาบาลวิชาชีพจาก รพสต.ตำบลร่องเคาะ

2.3 กิจกรรม ให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชนของกรมสุขภาพจิต (2559) มีการนัดหมายเครือข่ายในชุมชน รพสต. ตำบลร่องเคาะ โดยการทำกิจกรรมกลุ่มสนทนาใช้ระยะเวลา 2 ชั่วโมง โดยให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท อาการ การรักษา การช่วยเหลือส่งต่อบทบาทหน้าที่ที่สำคัญของเครือข่าย ดังนี้ 1) อาสาสมัครสาธารณสุขทำหน้าที่คล้ายกับญาติผู้ป่วย คือประเมินอาการของผู้ป่วย สังเกตสัญญาณเตือนอาการทางจิต การติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การเยี่ยมบ้าน 2) แกนนำ/ผู้นำชุมชนมีหน้าที่ แจ้งเหตุหรือช่วยประสานงานเจ้าหน้าที่ตำรวจ และปกครอง ถ้าผู้ป่วยมีอาการรุนแรง ช่วยเจรจาต่อรอง หลังจากผู้ป่วยหายป่วยแล้วลงเยี่ยมให้กำลังใจ 3) เจ้าหน้าที่ตำรวจมีหน้าที่ควบคุมสถานการณ์ดูแลความปลอดภัย

ร่วมเจรจาต่อรอง และ 4) เทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบลมีบทบาทด้านนโยบายและงบประมาณในการสนับสนุนบุคลากร อุปกรณ์และสวัสดิการต่างๆ เช่น เบี้ยพิการยังชีพ รถส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษา และการส่งเสริมอาชีพ รายได้ให้กับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มีศักยภาพในการทำงานประกอบอาชีพได้ และให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการป้องกันการระบาดของโรคโควิด-19 ได้แก่ การล้างมือ สวมหน้ากากอนามัย การรักษาระยะห่าง เป็นต้น เปิดโอกาสให้เครือข่ายได้แสดงความคิดเห็นต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภท การช่วยเหลือและปัญหาที่พบ ส่วนใหญ่จะให้ความคิดเห็น การทานยาไม่ต่อเนื่องจากการดื่มสุรา และใช้สารเสพติด อาการที่พบมีอาการเดินไปมา ไม่หลับไม่นอน พูดคนเดียว ชู้ทำร้ายพ่อแม่ เป็นต้น

2.4 กิจกรรม ลงพื้นที่ รพสต. ตำบลร่องเคาะ โดยการตรวจ รักษาและจ่ายยา รักษา การประเมินอาการทางจิต ภาวะผลข้างเคียงของยา รักษาโรคจิต (Extrapyramidal syndrome) โดยใช้การประเมินอาการทางจิตเวช และการกำเริบซ้ำ ร่วมกับ จนท.รพสต. 3 แห่ง และส่งต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มีอาการทางจิตซับซ้อนให้ รพ.วังเหนือ เพื่อ Consult จิตแพทย์โรงพยาบาลลำปางในการรักษา ส่งต่อ ตามลำดับ ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ที่เป็นโรคจิตเภตกำเริบซ้ำ ขาดนัด รักษาไม่ต่อเนื่อง การดำเนินชีวิตประจำวันและการใช้สารเสพติด

2.5 กิจกรรม การนัดหมายผู้ดูแลและเครือข่ายในชุมชนเมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินการวิจัยเพื่อเก็บข้อมูล ให้เครือข่ายในชุมชนและสรุปผลการวิจัยในภาพรวม ในด้านอาการกำเริบซ้ำและการมาตรวจตามนัดของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ขั้นตอนที่ 3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรม มีการรวบรวมข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัย ผลการวิจัยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ในด้านการกำเริบซ้ำและการมาตามนัด เพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ paired sample t-test เปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวและการมีส่วนร่วมของชุมชน

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง เลขที่ E2564-036 เลขที่โครงการวิจัย 024/2564 วันที่รับรอง 5 พฤษภาคม 2564 ในการทำวิจัยได้ดำเนินการดังนี้ ผู้วิจัยได้แนะนำตนเองแก่ผู้เข้าร่วมวิจัยชี้แจงเกี่ยวกับ การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการ ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ข้อมูลทั้งหมดเก็บเป็นความลับ ใช้อักษรหรือรหัสแทน การเข้าร่วมวิจัยหรือไม่จะไม่มีผลใดๆ ต่อผู้เข้าร่วมวิจัย มีการรายงานผลเป็นภาพรวม หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีข้อสงสัยสามารถซักถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 71.41 มีอายุมากที่สุดอยู่ในช่วง 51-60 ปี ร้อยละ 31.4 มีสถานภาพสมรสเป็นโสด เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 42.9 การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับ ประถมศึกษา ร้อยละ 48.6 อาชีพส่วนใหญ่ เกษตรกรรม ร้อยละ 40 รองลงมา ว่างงาน ร้อยละ 34.3 รายได้อยู่ในช่วง 1000-2000 บาท ร้อยละ 54.3 ระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 10-20 ปี ร้อยละ 42.9

กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 62.9 มีอายุมากที่สุดอยู่ในช่วง 51-60 ปี ร้อยละ 42.9 มีสถานภาพสมรสเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 80 การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับ ประถมศึกษา ร้อยละ 74.3 อาชีพส่วนใหญ่ เกษตรกรรม ร้อยละ 74.3 รองลงมา รับจ้าง ร้อยละ 17.1 รายได้อยู่ในช่วง 1000-2000 บาท ร้อยละ 54.3 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย อยู่ในช่วง 10-20 ปี ร้อยละ 48.6 และรองลงมา น้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 25.7 และระยะเวลา 21-30 ปี ร้อยละ 22.9 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างเครือข่ายในชุมชนส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 70.4 มีอายุมากที่สุดอยู่ในช่วง 41-50 ปี ร้อยละ 48.1 มีสถานภาพสมรสเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 85.2 การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับ ประถมศึกษา ร้อยละ 40.74 และรองลงมา ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 37.04 อาชีพส่วนใหญ่ เกษตรกรรม ร้อยละ 63 รายได้ส่วนใหญ่มากกว่า 4000 บาท ร้อยละ 88.9

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาเปรียบเทียบการกำเริบซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท หลังการดำเนินกิจกรรมเสร็จสิ้น 3 เดือน พบว่า การกลับเป็นซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทก่อนการดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จำนวน 22 ราย คิดเป็น ร้อยละ 62.86 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.71 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.92 และหลังการดำเนินการเสร็จสิ้น 3 เดือน พบผู้ป่วยกำเริบซ้ำ จำนวน 5 ราย คิดเป็น ร้อยละ 14.28 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.86 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.63 การกำเริบซ้ำหลังการมีส่วนร่วมของชุมชน 3 เดือน ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < 0.05$ ดังแสดงในตารางที่ 1

Table 1. The relapse rates before and after receiving care from community participation (n=35)

	The relapse rates			<i>t</i>	<i>p-value</i>
	Number (%)	$\bar{X}$	<i>SD</i>		
Before					
Relapse	15 (62.86)				
Non-relapse	13 (37.14)	4.71	3.92	3.762	0.01*
Total	35 (100)				
After					
Relapse	5 (14.28)				
Non-relapse	30 (85.72)	2.86	1.63		
Total	35 (100)				

* $p\text{-value} < 0.05$

เปรียบเทียบการมาตามนัดก่อนและหลังการมีส่วนร่วมของชุมชน หลังการดำเนินกิจกรรมเสร็จสิ้น 3 เดือน ผลการศึกษาพบว่า การมาตามนัดของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทก่อนเข้าร่วมกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชน มีจำนวน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 57.14 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.29 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.90 และหลังเข้าร่วมกิจกรรม 3 เดือน การมาตามนัด จำนวน 32 ราย คิดเป็นร้อยละ 91.43 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.71 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.69 การมาตรวจตามนัดหลังการมีส่วนร่วมของชุมชน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P < 0.05$ ดังแสดงในตารางที่ 2

Table 2. The appointment attendance rates before and after receiving care from community participation (n=35)

	The patient appointment attendance rates			<i>t</i>	<i>p-value</i>
	Number (%)	$\bar{X}$	SD		
Before					
Appointment	20 (57.14)				
Miss Appointment	15 (42.86)	4.29	3.90	3.212	0.000***
Total	35 (100)				
After					
Appointment	32 (91.43)				
Miss Appointment	3 (8.57)	9.71	1.69		
Total	35 (100)				

***p-value<0.001

การติดตามระยะ 6 เดือน พบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มีการกำเริบซ้ำลดลง 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.71 เนื่องจากการใช้สูตรสำหรับการมาตามนัดทั้งหมด 35 ราย (ญาติมารับยาแทน 3 ราย) เนื่องจากผู้ป่วยไปทำงานต่างจังหวัด คิดเป็นร้อยละ 100

การอภิปรายผล

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยมีส่วนร่วมของชุมชนครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมตามแนวคิดของโคเฮนและอัฟฟอฟ (Cohen & Uphoff, 1980) ประกอบด้วย 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) ผู้วิจัยได้มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชน ผลกระทบ ความรุนแรงของการกำเริบซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และผลของการรักษาไม่ต่อเนื่อง ประกอบกับชุมชนได้รับข้อมูลข่าวสารจากโซเชียลมีเดีย (Social) กล่าวถึงภาวะอันตรายที่เกิดจากการกำเริบซ้ำรุนแรงของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่ทำร้ายคนในครอบครัว และชุมชน เป็นการส่งเสริมให้ครอบครัวและเครือข่ายในชุมชนได้มีการตัดสินใจวางแผนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทร่วมกัน 2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (Implementation) ในขั้นตอนนี้ ครอบครัวดูแลด้านการใช้ชีวิตประจำวัน การรับประทานยา การไปตรวจตามนัด ทักษะต่างๆ เช่น การเจรจาต่อรอง ทักษะการใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วย การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย การสังเกตอาการการกำเริบ การจัดการด้านยา ส่วนชุมชนได้ทำตามบทบาทหน้าที่

ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทร่วมกัน เช่น อสม.ดูแลด้านการรับประทานยาของผู้ป่วย การสังเกตอาการ และการติดตามเยี่ยมบ้าน ดำรวจดูแลด้านความปลอดภัย ความสงบสุข ท้องถิ่นดูแลในด้านการจัดสรรงบประมาณ การส่งต่อ และการส่งเสริมการได้รับเบี้ยพิการยังชีพ เป็นต้น 3) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefits) ในขั้นตอนนี้จะเห็นได้จากผลของการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภททำให้ครอบครัวและชุมชนดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้อย่างมีศักยภาพส่งผลให้ลดการกำเริบซ้ำและทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมารับการรักษาตามนัดอย่างต่อเนื่อง ครอบครัวและชุมชนดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ไม่มีภาวะหวาดระแวง ความวิตกกังวล และ 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้มีการค้นข้อมูลเกี่ยวกับผลการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทให้กับครอบครัวและชุมชนได้มีการประเมินผลร่วมกัน การดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนทำให้ลดการกำเริบซ้ำและการมาตรวจตามนัดของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีการประเมินผลปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ ได้แก่ การระบาดของโรคโควิด-19 การรักษามาตรการในการป้องกันโรคอย่างเคร่งครัด ทำให้ครอบครัว ชุมชน ผู้ป่วยกังวลกลัวการติดเชื้อโควิด-19 การใช้สารเสพติดของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โดยเฉพาะสุราและยาบ้า อุปสรรคด้านระยะทางไปรับการรักษาห่างไกลต่อการรับการรักษาต่อเนื่อง เมื่อชุมชนได้รับการส่งเสริมความรู้จากผู้วิจัยทำให้ ลดความวิตกกังวล มีความเข้าใจเกี่ยวโรคจิตเภท การติดตามดูแลต่อเนื่อง หลังจากการสิ้นสุดการวิจัย พบว่า ลดการกำเริบซ้ำและการมาตามนัดของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐธิดา ชูรัตน์ (2559) ที่ศึกษาสาเหตุและแนวทางป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชนเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปี่เหลียงที่ประสบเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า สาเหตุการกลับมาเข้ารับการรักษาเกิดจาก 1) ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเวช 2) ขาดความตระหนักในการรักษาตนเองต่อเนื่อง 3) การใช้สารเสพติด 4) ความเครียดของผู้ป่วย 5) ญาติหวาดกลัว เบื่อหน่าย ท้อแท้ ในการดูแล 6) สภาพแวดล้อม ชุมชน และเศรษฐกิจ จากการศึกษาของอาริยา ตั้งมโนกุลและสุรศักดิ์ ไชยสงค์ (2564) (Tangmanokun & Chaiyasong, 2521) ที่ศึกษาผลลัพธ์ของการเยี่ยมบ้านผู้ที่เป็นโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เครือข่ายบริการสุขภาพพบว่าการเกิดอาการกำเริบลดลงเป็นศูนย์ การศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองจัดร่วมกับครอบครัวต่ออาการทางจิตในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเรื้อรังในแผนกผู้ป่วยนอกสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา พบว่าอาการทางจิตโดยรวมภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทลดลง (Stithyudhakam *et al.*, 2021). สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐพน บุตตะโยธี (2564) (Butthayothi, 2021). ที่พบว่ากระบวนการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การมีส่วนร่วมโดยชุมชน และทีมสหวิชาชีพ แนวทางการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทตามทางการตัดสินใจแบบมีส่วนร่วม และกระบวนการกำกับติดตามผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ภายหลังการนำกระบวนการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท โดยชุมชนมีส่วนร่วมกับทีมสหวิชาชีพไปใช้ในผู้ที่เป็นโรคจิตเภท พบว่า ติดตามผลระยะ 1 เดือน พบอาการกำเริบ เมื่อ ติดตามครบระยะ 3 เดือน ไม่พบผู้ป่วยที่กำเริบซ้ำอีกเมื่อติดตามผลระยะยาวเวลา 90 วัน ไม่พบผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่เข้าร่วมวิจัยกลับเป็นซ้ำ

สรุป

การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแล/ญาติ และชุมชน มีทักษะ มีความมั่นใจ มีการเตรียมการในการป้องกันการกำเริบซ้ำ การบูรณาการในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ร่วมกัน ส่งผลให้การกำเริบซ้ำของผู้ป่วยลดลงและการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น นอกจากนี้การให้ข้อมูล เกี่ยวกับการรักษา ประโยชน์ของการมาตามนัด และผลเสียในการไม่มาตามนัดในระยะยาวต่อโรคที่เป็น จะช่วยให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา ดังนั้นในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทควรนำกระบวนการมีส่วนร่วม ของชุมชนไปใช้อย่างต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชนต่อไป

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษานี้มีข้อจำกัดในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. จากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 การปฏิบัติตัวตามแนวทางของการป้องกันระบาดของ โรคการรักษาระยะห่าง และการประกอบอาชีพที่ผู้เข้าร่วมวิจัยต้องดำเนินในชีวิตประจำวัน มีความจำเป็นต้องมี การปฏิบัติตัวตามแนวทางการป้องกันโรค Covid-19 อย่างเคร่งครัด การมาร่วมกิจกรรมกลุ่มจึงมีความกังวลใน การติดเชื้อโควิด กังวลในการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อ

2. การเก็บข้อมูลของผู้ป่วยไม่ครอบคลุม ในด้านการยุ่งเกี่ยวกับสารเสพติด การดื่มสุรา และกลุ่มตัวอย่าง มีจำนวนน้อย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลควรมีการสนับสนุนและส่งเสริมให้มีการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วม ของชุมชน ผลักดันให้ มีนโยบายในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชน มีการสนับสนุนงบประมาณในการทำวิจัย และส่งเสริมบุคลากรในการวิจัยการดูแลผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มอื่น

2. ควรมีการขยายผลโดยนำผลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวและชุมชนไปใช้ในตำบลอื่นๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมของผู้ป่วย ญาติ เพื่อศึกษาความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต่อการรักษา ต่อเนื่องและลดอาการกำเริบซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

2. ควรมีการศึกษาทบทวนของครอบครัวและชุมชนต่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ในด้านการประกอบอาชีพในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มีศักยภาพ เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้สำเร็จลงไปด้วยดี ด้วยความอนุเคราะห์และสนับสนุนเป็นอย่างดีจาก อาจารย์ ดร.ศรีประ ไพ อินทร์ชัยเทพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวังเหนือ ที่อนุญาติให้ทำวิจัย ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร่องเคาะ 3 แห่ง เจ้าหน้าที่ และผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านที่ทำให้การวิจัยสำเร็จลงไปด้วยดี

References

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Fifth Edition. *American Psychiatric Association*, Pub - lishing: VA.
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Anderson, C.M., Hogarty G.E., & Reiss D.J. (1980). Family treatment of adult schizophrenic patients: A Psychoeducation approach. *Schizophrenic Bulletin*, 6(3), 490-505.
<https://doi.org/10.1093/schbul/6.3.490>
- Butthayothi, N. (2021). Process of the relapse prevention by community participation with multidisciplinary team for schizophrenic patients at Kosumphisai Hospital, Mahasarakham District, Mahasarakham Province. *Academic Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office*, 5(9), 77-88. <https://thaidj.org/index.php/AJMP/article/view/9964>
- Choorat, N. (2016). 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 Sciences*, 3(1), 24-36. <https://li01.tci-thaijo.org/index.php/pnujr/article/view/243715>
- Cohen, J.M. & Uphoff, N.T. (1980). Participation's place in rural development: Seeking clarity through specificity. *World Development*, 8(3), 213-235. [https://doi.org/10.1016/0305-750X\(80\)90011-X](https://doi.org/10.1016/0305-750X(80)90011-X)
- Department of Disease Control Ministry of Public Health. (2021). Reports on the COVID-19 Outbreak Situation. *Department of Disease Control Ministry of Public Health*, 50(3), 268-277.
https://www.ph.mahidol.ac.th/thjph/journal/50_3/00.pdf
- Department of Mental Health Ministry of Public Health. (2016). A Manual of Caring for Risky Chronic Mental Illness Patients in the Community for Primary Care Providers. Sangjan Printing Co., Ltd. 188/4-5 Soi Sangjan 67 Charoen Krung Road Yan Nawa Subdistrict Sathon District Bangkok.
<https://bit.ly/4cjETSl>
- Department of Mental Health. (2015-2016). Mental Health Department Policy of the Year 2015-2016. Available at: <https://www.gov.uk/government/publications/monitoring-the-mental-health-act-2015-to-2016/> [Accessed on March 25, 2020].
https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a748df2ed915d0e8e3991f8/CQC_MHA_2015-2016_a.pdf
- Dumrak, P., Wangtong, A., & Wangtong, A. (2014). Community Participation in Caring of Complex Chronic Schizophrenia Patients in Nongjok, Pattani Province. *Journal of the Association of Researchers*, 19(2), 92-103. <https://so04.tci-thaijo.org/index.php/jar/article/view/241140/164110>
- Jaramillo-Gonzalez, L.E., Sanchez-Pedraza, R., & Herazo, M.I. (2014). The frequency of rehospitalization and associated factors in Colombian psychiatric patients: a cohort study. *BMC Psychiatry*, 2(14), 161. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-161>
- Mueser, K.T. & McGurk, S. (2004). Schizophrenia. *The Lancet*, 363(9426), 2063-2207.
<https://www.scrip.org/reference/ReferencesPapers?ReferenceID=1164979>
- Polit, D.F., & Hungler, B.P. (1999). Nursing Research: Principles and Methods. 6th Edition, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, PA.
<https://www.scrip.org/reference/referencespapers?referenceid=2591338>
- Seangpro, M.D. (2021). Developing care model for readmitted psychiatric patients with community participation. *Medical Journal Of Srisaket Surin Buriram Hospitals*, 36(2), 413-426.
<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MJSSBH/article/view/252861/172040>

- Shao, W.C., Chen, H., Chang, Y.F., Lin, W.C., & Lin, E.C.L. (2013). The relationship between medication adherence and rehospitalization: A prospective study of schizophrenia patients discharge from psychiatric acute wards. *Hu Li Za Zhi*, 60(5), 31-40. <https://doi.org/10.6224/JN.60.5.31> <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24096463/>
- Stithyudhakarn, S., Yunibhand, J., & Phaokuntarakorn, W. (2021). The Effects of a Self-Management Program Organized with Families on Psychotic Symptoms in People with Chronic Schizophrenia in the Outpatient Department of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry. *Royal Thai Navy Medical Journal*, 48(1), 1-22. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nmdjournal/article/view/246132>
- Sungkate, C., Lapha, R., & Machara, S. (2021). Effects of Discharge Planning Program with Caregive Participation among Patients with Psychosis of In-patient Department Udonthani Hospital. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 17(1), 105-120. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/view/260182>
- Tangmanokun, A. & Chaiyasong, S. (2521). Results of home visits to schizophrenia patients by the multidisciplinary team of the health service network, Don Mot Daeng District, Ubon Ratchathani Province. *Health systems Research Institute(HSRI)*, 15(4), 436-55. <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5453?locale-attribute=th>
- Tungpunkom, P., Watthanaphong, S., Rueangyot, L., Silpakit, P., & Mahatnirunkul, S. (2005, June). Caring for psychiatric patients at Home: program of psychiatric family caregiving. [Conference session]. *Mental health and disasters Conference*, Chiang Mai, Thailand.
- Wang, X., Petrini, M., & Morisky, E.D. (2016). Comparison of the quality of life, perceived stigma and medication adherence of Chinese with Schizophrenia: A follow-up study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(1), 41-46. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.10.006>
- Wangnuea Hospital. (2020). Mental Health Performance Report. *Psychiatry and Narcotics Subdivision of Wangnuea Hospital Lampang Province*.