

ผลของโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัคร
สาธารณสุขต่อความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท

นางสุนันญา แสงแก้ว



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ. 2559

**Effect of the Family and Health Volunteer Participation Care Program to
Symptom Severity of Patient with Schizophrenia**

Mrs. Sunanya Saengkaew



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for
the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Administration

School of Nursing

Sukhothai Thammathirat Open University

2016

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัคร
สาธารณสุขต่อความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท

ชื่อและนามสกุล นางสุนันญา แสงแก้ว

แขนงวิชา การบริหารการพยาบาล

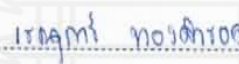
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

อาจารย์ที่ปรึกษา 1. อาจารย์ ดร. เรณูการ์ ทองคำรอด
2. อาจารย์ ดร. กชพงศ์ สารการ

วิทยานิพนธ์นี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 3 พฤศจิกายน 2560

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ)


..... กรรมการ
(อาจารย์ ดร. เรณูการ์ ทองคำรอด)


..... กรรมการ
(อาจารย์ ดร. กชพงศ์ สารการ)


..... ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา
(รองศาสตราจารย์ ดร. ตมคิด พรหมข่อย)

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัคร สาธารณสุขต่อความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท

ผู้วิจัย นางสุนันญา แสงแก้ว **รหัสนักศึกษา** 2555100300 **ปริญญา** พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล) **อาจารย์ที่ปรึกษา** (1) อาจารย์ ดร.เรณูการ์ ทองคำรอด (2) อาจารย์ ดร.กชพงศ์ สารการ **ปีการศึกษา** 2559

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขต่อความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 12 คน โดยใช้แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท 8 ข้อ (PASS 8) ฉบับโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ที่มีคะแนนตั้งแต่ 17 คะแนนขึ้นไป และครอบครัวผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจำนวน 12 คนและอาสาสมัครสาธารณสุขจำนวน 12 คนในเขตอำเภอเมืองนกาจังหวัดยโสธร แบ่งเป็น 2 กลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มละ 6 คน ครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มละ 12 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัคร สาธารณสุข ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1)แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท 8 ข้อ(PASS 8) ฉบับโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ 2)โปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุข 3) แบบสอบถามเจตคติความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและชุมชน ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน โดยเครื่องมือชุดที่ 2 มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .90 การวิเคราะห์ข้อมูลโดย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated ANOVA) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1.ผู้ป่วย โรคจิตเภทในกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขมีคะแนนประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทในระยะหลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน ลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขมีคะแนนเจตคติความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและชุมชนสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ทั้งในระยะหลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ จิตเภท ครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข

Thesis title: Effect of the Family and Health Volunteer Participation Care Program to Symptom severity of Patient with Schizophrenia

Researcher: Mrs. Sunanya Saengkaew ; **ID:** 2555100300 ; **Degree:** Master of Nursing Science (Nursing Administration) ; **Thesis advisors:** (1) Dr. Renukar Thongkhamrod; Associate Professor ; (2) Dr. Kotchamong Sarakan, Assistant Professor ; **Academic year:** 2016

Abstract

This research was a quasi – experimental research by using two repeated measure groups which aimed to study the effect of the family and health volunteer participation care program towards the symptom severity of patient with schizophrenia.

Samples used in this research were 12 patients with schizophrenia which has over 17 points measured by using the Prasri Assessment Schizophrenia Scale : PASS and 12 schizophrenia patient's family and 12 health volunteer in Loeng Nok Tha District. Divided in 2 groups which were experiment and control group, 6 schizophrenia patient per group and 12 family and health volunteer per group. The experiment group were treated with the family and health volunteer participation care program while the control group were treated with the regular care. Instruments used in this research were 1) Prasri Assessment Schizophrenia Scale (PASS8) 2) Family and health volunteer participation care program 3) An attitude questionnaire of knowledge and skill in caring patients with schizophrenia at home and in the community which passed the index of congruence by 5 experts and the 3rd instrument has the Cronbach's alpha reliability value of .90. The data were analyzed by using percentage, mean, standard deviation and repeated Analysis of Variances (Repeated ANOVA) with the statistical significant at .05.

The research results were:

1. The schizophrenia patient with the family and health volunteer participation care program has less schizophrenia assessment points after the experiment immediately and after the experiment 1 month the schizophrenia patient has significant schizophrenia assessment points deduction at .05.

2. The family and health volunteer the family and health volunteer participation care program has higher mean score of knowledge and skill in caring patients with schizophrenia at home and in the community than the control group were treated with the regular care after the experiment immediately and after the experiment 1 month with the significant level at .05.

Keywords : Schizophrenia, Family, Health Volunteer, Participation Care Program.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาเป็นอย่างยิ่งจากอาจารย์ ดร.เรณูการ์ทองคำรอด อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร.กชพงศ์ สารการ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมที่กรุณาแนะนำ ข้อคิดเห็นต่าง ๆ รวมทั้งข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาวิจัยนี้มาตลอด ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้และขอขอบพระคุณคณาจารย์สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้จนประสบความสำเร็จ

ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ในความกรุณาของท่านที่ได้ให้ข้อชี้แนะ และแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ขอขอบพระคุณผู้ทรงวุฒิ ทั้ง 5 ท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ พร้อมข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณสาธารณสุขอำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่อำนวยความสะดวกให้ทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมเครื่องมือ ตลอดจนอาสาสมัครสาธารณสุข และครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทในเขตอำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธรที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความอนุเคราะห์ในการร่วมวิจัยครั้งนี้ ตลอดจนกัลยาณมิตรทุกท่านที่มีส่วนช่วยให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี

คุณค่าและประโยชน์ที่เกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่คุณพ่อ คุณแม่ คณาจารย์ ครอบครัว และผู้มีพระคุณทุกท่าน

สุนันญา แสงแก้ว

พฤศจิกายน 2560

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญภาพ	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	6
กรอบแนวคิดการวิจัย	7
สมมติฐานการวิจัย	8
ขอบเขตของการวิจัย	8
นิยามศัพท์เฉพาะ	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	10
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	11
ความรู้ทั่วไปของโรคจิตเภท	11
บทบาทและสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน	27
แนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเภทแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุข	30
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	64
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	70
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	71
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	72
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	77
การเก็บรวบรวมข้อมูล	77
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	84
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	86

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	86
ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป	87
ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของเจตคติ ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ..	91
ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทของกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม	95
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	99
สรุปการวิจัย	99
อภิปรายผล	101
ข้อเสนอแนะ	106
บรรณานุกรม	108
ภาคผนวก	113
ก ราชานามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย	114
ข หนังสือจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์	116
ค หนังสือเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ และหนังสือขออนุมัติให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย	118
ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	125
ประวัติผู้วิจัย	1162

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 4.1	จำนวนและร้อยละผู้ป่วยจิตเภทจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพสถานภาพสมรส ผู้ให้การดูแล ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยด้วยโรคนี้.....	87
ตารางที่ 4.2	จำนวนและร้อยละของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุข จำแนกตามเพศ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย.....	89
ตารางที่ 4.3	เปรียบเทียบคะแนนของเจตคติ ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลอง.....	91
ตารางที่ 4.4	เปรียบเทียบคะแนนของเจตคติ ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มควบคุม.....	92
ตารางที่ 4.5	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเจตคติ ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนได้รับ โปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขและหลังสิ้นสุดการได้รับ โปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน (n=24).....	93
ตารางที่ 4.6	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวเมื่อมีการวัดซ้ำของคะแนนเจตคติ ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างการวัดครั้งที่ 1 ถึง ครั้งที่ 3.....	93
ตารางที่ 4.7	ผลการทดสอบความแตกต่างรายคู่คะแนนเจตคติ ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขในกลุ่มทดลอง.....	94
ตารางที่ 4.8	ผลการเปรียบเทียบรายคู่คะแนนเจตคติความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองในระยะเวลาที่ต่างกัน.....	94
ตารางที่ 4.9	การเปรียบเทียบคะแนนประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	95
ตารางที่ 4.10	เปรียบเทียบคะแนนประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทของกลุ่มควบคุม.....	95
ตารางที่ 4.11	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนได้รับ โปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขและหลังสิ้นสุดการได้รับ โปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน (n=12).....	96

สารบัญตาราง (ต่อ)

หน้า

ตารางที่ 4.12 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวเมื่อมีการวัดซ้ำของคะแนนประเมิน อาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทของกลุ่มทดลอง ระหว่างการวัดครั้งที่ 1 ถึงครั้งที่ 3.....	97
ตารางที่ 4.13 ผลการทดสอบความแตกต่างรายคู่คะแนนประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิต เภทในกลุ่มทดลอง.....	97
ตารางที่ 4.14 ผลการเปรียบเทียบรายคู่คะแนนประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทของกลุ่ม ทดลองในระยะเวลาที่ต่างกัน.....	98



สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย	7
ภาพที่ 3.1 รูปแบบการทดลอง	70



บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่รุนแรงและเรื้อรัง จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก พบความชุกของผู้ป่วยจิตเภทเท่ากับ 7 ต่อประชากร 1,000 รายหรือประมาณ 24 ล้านคนทั่วโลก และพบเป็นอันดับ 1 ของโรคจิตเวชทั้งหมด(World Health Organization, 2013) ทำให้สูญเสียสมรรถภาพ และก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมาก องค์การอนามัยโลก จัดให้เป็นหนึ่งในสามของโรคที่มีผลทำให้สูญเสียสมรรถภาพ(disabling effect)มากที่สุด ซึ่งถือว่าเป็นปัญหาที่สำคัญทางด้านสาธารณสุขอย่างยิ่ง (World Health Organization, 2011) จากสถิติผู้ป่วยนอกจิตเวช พบผู้ป่วยที่มารับบริการในหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต ในปีงบประมาณ 2555-2556 พบว่า โรคจิตเภทมีจำนวนผู้ป่วยมากเป็นอันดับ 1 จากจำนวนผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมดที่มารับบริการในหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2557)

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีลักษณะความผิดปกติที่เกี่ยวกับความคิดร่วมกับความผิดปกติของอารมณ์ การรับรู้ พฤติกรรม การตัดสินใจ บุคลิกภาพ และมีความบกพร่องทางหน้าที่การงาน และสังคม(สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2549) ลักษณะการดำเนินของโรคมีความรุนแรงและเรื้อรัง มีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูงถึงร้อยละ 70 (สุนีย์ เอกวัฒน์พันธ์ และวรรณภา พลอยเกื้ออ่อน, 2552) ทำให้เกิดผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ผู้ดูแลหรือครอบครัวสังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขทั่วโลก(Buchanan & Carpenter, 2005)เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทจะทำให้การทำบุคคลสูญเสียความสามารถและประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ ตั้งแต่การดูแลตนเอง การมีสัมพันธภาพกับครอบครัว การเรียนหนังสือ การทำงาน และการดำเนินชีวิตในสังคม (World Health Organization, 2003)

ผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ทำให้เกิดการเสื่อมสภาพ(Impairment) ซึ่งมีการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ การรับรู้ อารมณ์ความคิด และพฤติกรรมที่ผิดปกติ เช่น การแยกตัว อารมณ์หงุดหงิด ประสาทหลอน มีการตัดสินใจที่ไม่เหมาะสม(สมภพ เรืองตระกูล, 2555) ซึ่งต้องได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตและรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ผลที่ตามมาคือ ทำให้เกิดภาวะการไร้ความสามารถหรือความบกพร่อง (Disability)ในการทำหน้าที่ด้านต่างๆของผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นความบกพร่องใน

การดูแลตนเอง บทบาทการทำหน้าที่ในครอบครัว ความบกพร่องด้านทักษะทางสังคม หน้าที่การงาน การเรียน การประกอบอาชีพ ถูกปฏิเสธจากสังคม เกิดตราบาป หรือไว้ที่อยู่อาศัย (Lieberman, 1992 ; จุมภฏ พรหมลีดา, 2549)

ผลกระทบต่อผู้ดูแลหรือครอบครัวและสังคม ผู้ดูแลเกิดความเครียดจากอาการทางจิต และพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วย จากการศึกษาพบว่าญาติผู้ป่วยมีแนวโน้มเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิตสูงถึงร้อยละ 66.67 (เกียรติภูมิ วงศ์จิด และคณะ, 2550) ถ้าผู้ดูแลไม่สามารถจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทได้ ผู้ดูแลเองจะเกิดความกดดันและเครียด (Sallch, 1994 อ้างถึงในจิระพรรณ สุริยงค์ และคณะ, 2551) รวมถึงรู้สึกอับอาย เกิดความเบื่อหน่ายท้อแท้ในการดูแลผู้ป่วยเนื่องจากเป็น โรคเรื้อรังและผู้ป่วยมีอาการที่ไม่แน่นอน ผู้ป่วยส่วนมากไม่สามารถประกอบอาชีพได้ไม่มีรายได้ ต้องพึ่งพาคนในครอบครัวดูแล (รัชนิกร อุปแสน, 2541) ส่วนผลกระทบต่อสังคมพบว่าผู้ป่วยบางราย สร้างความเดือดร้อนให้คนอื่นเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ ทุบทำลายสิ่งของ ทำร้ายร่างกายผู้อื่นจากความหวาดระแวง หลงผิด เป็นต้น (วิลาวรรณ เทพโสธร, 2538)

ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ องค์การอนามัยโลกได้เปรียบเทียบการสูญเสียความสามารถของผู้ป่วยโรคจิตเภทว่า เทียบเท่ากับผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตทั้งตัวตั้งแต่คอลงมา (Quadriplegia) โดยความสูญเสียมีค่าประมาณ 0.7-1 เท่าของการสูญเสียความสามารถอันมีค่า 1 ปี (Murray & Lopez , 1996) และหากคิดเป็นจำนวนเงินที่บุคคลหนึ่งสามารถทำงานและเลี้ยงดูตนเองได้ในวัยทำงานจะคิดได้ประมาณ 63,120 บาทต่อปี (รายได้ขั้นต่ำ 5,260 บาทต่อเดือน) รวมกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและรายได้ที่ลดลงของญาติเนื่องจากต้องใช้เวลากับการดูแลผู้ป่วย (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2552)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การดูแลสุขภาพที่บ้านและชุมชนสำหรับผู้ป่วยจิตเภท จะ เป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ใช้ชีวิตของตนเองอย่างมีอิสระภาพที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ และมีความพึงพอใจในชีวิต (Borson, S, Lipzin, B, Nininger, J., et al. (1989). จากการศึกษาของพันธุศักดิ์ วราอัศรปติ (2540) ได้ศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถพึ่งตนเองได้ อยู่ในชุมชนได้ รวมทั้งญาติและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยวิธีการให้คำปรึกษา และแนะนำการใช้คู่มือแก่ญาติของผู้ป่วย พบว่าอาการของผู้ป่วยส่วนใหญ่ปกติสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี สามารถร่วมกิจกรรมในครอบครัวได้ดี และสามารถประกอบอาชีพได้ค่อนข้างดี รวมทั้งสามารถเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนได้ค่อนข้างดี ส่วนในระดับญาติและผู้นำชุมชน พบว่าญาติส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย ส่วนผู้นำชุมชนส่วนใหญ่มีทัศนคติในระดับค่อนข้างดี อภิชัย มงคลและคณะ

(2545) ได้ศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตแบบครบวงจร ตามกรอบ Logical Framework โดยการสอนตามแผนหลักการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม (Participatory Learning) และมอบคู่มือการดูแลผู้ป่วยสำหรับญาติ มีแบบติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีสมุดบันทึกการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข รวมทั้งแบบคัดกรองโรคจิต ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคจิตกับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลลดลง และลดการล่ามขังลงได้ รวมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และญาติผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการเข้าร่วมโครงการ

จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน พบว่า ความรู้ เจตคติ การปฏิบัติตัว การรับรู้ การเผชิญปัญหาและการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (รุจิรา จงสกุล, ลิวลี เปาโรหิตย์, วรรณภา แห้วดี, เพ็ญศิริ สมใจ และวัชนี หัตถพนม, 2540) ดังนั้นหากผู้ดูแลมีเจตคติที่ดี มีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องโรคจิตเภท และแนวทางการรักษาบำบัด ทักษะที่จำเป็นในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย จะทำให้ผู้ดูแลเกิดความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลแสดงความจำนงในด้านความรู้และทักษะในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาของ สุรภา ทองรินทร์ (2546) ได้ศึกษาถึงความต้องการของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตต้องการความรู้ และต้องการฝึกทักษะการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอยู่ในระดับมาก

จะเห็นได้ว่าปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย โดยเฉพาะด้านบุคลากรผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชมี อัตรากำลังน้อยและมีข้อจำกัดในการดูแลผู้ป่วยทำให้การดูแลได้ไม่ทั่วถึง แต่จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งทำหน้าที่ ในการดูแลสุขภาพประชาชนมี จำนวนมาก โดยอาสาสมัครสาธารณสุข 1 คน รับผิดชอบ ดูแลประชาชนในชุมชน 10 – 15 หลังคาเรือนซึ่งเป็นสัดส่วนที่ อาสาสมัครเข้าถึงประชาชนได้อย่างดี แต่บทบาทที่ผ่านมาอาสาสมัครสาธารณสุขได้ให้การดูแลผู้ป่วยฝ่ายกายมากกว่าฝ่ายจิต จึงทำให้บทบาทในการดูแลผู้ป่วยที่มี ปัญหาสุขภาพจิตมี ค่อนข้างน้อย จึงทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพราะขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย และมีทัศนคติด้านลบต่อผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถสังเกตอาการและให้คำแนะนำได้จนผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ สอดคล้องกับการการศึกษาของกิตติพงษ์ บัวดี (2551) ที่ศึกษาระดับการปฏิบัติงานสุขภาพจิตในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปัจจัยที่มี ความสำคัญกับการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนอำเภอภูพาน จังหวัดอุดรธานี พบว่าปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่การศึกษา ระยะเวลาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์กร ปัญหาที่พบ คือ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านขาดความรู้ เรื่องสุขภาพจิต ขาดทักษะในการใช้แบบคัดกรองภาวะสุขภาพจิต ข้อเสนอแนะ ควรจัดอบรมฟื้นฟูความรู้ และทักษะในการปฏิบัติงาน มีคู่มือการดำเนินงาน และแบบคัดกรองอย่างเพียงพอ และของงบประมาณสนับสนุนเพิ่มเติมในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ การพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขของพรประไพ แยกเต่าและคณะ(2554) โดยการอบรมให้ความรู้ และให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมในการกำหนดรูปแบบและแบบฟอร์มการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่บ้านสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ระยะเวลา 3 เดือน พบว่าเป็นวิธีการที่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถดูแลตัวเองได้มากขึ้น สามารถอยู่ในชุมชนได้นานเกิน 3 เดือน ผู้เยี่ยมและผู้ได้รับการเยี่ยมมีความพึงพอใจ เป็นการพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการร่วมกันดูแลผู้ป่วยจิตเวช ข้อเสนอแนะ ควรมีการดำเนินงานต่อเนื่อง โดยการพัฒนาความรู้ และทักษะแก่ออาสาสมัครสาธารณสุข มีการควบคุม กำกับให้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องเป็นงานประจำโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ สอดคล้องกับผลการศึกษาของดาวศิริ วิลามาศ (2554) ได้ทำการศึกษาบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนบ้านนาไร่ใหญ่ ตำบลเสนางคนิคม อำเภอเสนางคนิคม จังหวัดอำนาจเจริญ โดยอาสาสมัครสาธารณสุขเข้าร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูลด้วยกัน วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการด้านการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทร่วมกัน ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนได้เรียนรู้และเข้าใจถึงปัญหาของผู้ป่วยโรคจิตเภทตลอดจนการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยมีแผนการสอนในการฝึกอบรม 7 วัน ผลการศึกษาพบว่าด้านความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคจิตเภทของอาสาสมัครสาธารณสุขก่อนเข้ารับการฝึกอบรมและหลังการฝึกอบรม พบว่าหลังการฝึกอบรมมีจำนวนอาสาสมัครมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเพิ่มขึ้นทุกคน ด้านความพึงพอใจของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเข้ารับการฝึกอบรม พบว่ามีความพึงพอใจมาก ไม่มีอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีความไม่พึงพอใจ ด้านการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังสิ้นสุดการฝึกอบรม เมื่อประเมินผลการศึกษาพบว่าอาสาสมัครเข้ามามี ส่วนร่วมมากขึ้นในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

นอกจากนั้นบุคลากรทางการแพทย์ควรที่จะต้องทราบถึงข้อมูลของความต้องการดูแลทั้งหมดของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งจะสามารถทำให้เกิดความเข้าใจถึงสิ่งที่จะต้องให้การดูแลในผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแลที่จะต้องดูแลอะไรบ้างอะไรที่จำเป็นในการดูแลซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะเป็นสิ่งที่ช่วยเป็นข้อมูลสนับสนุนในการเตรียมความพร้อมของญาติซึ่งภัทรภรณ์ ทุงปิ่นคำ (Tungpunkom, 2000) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาทักษะและบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยสัมภาษณ์

เชิงลึกในมารดา 30 คนที่ให้การดูแลบุตรที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท 30 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่จะต้องให้การดูแลใน 3 ด้านได้แก่ ด้านการดำเนินชีวิตร่วมกับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทด้านการจัดการกับอาการของโรคที่เกิดขึ้นและด้านการบริหารยารวมทั้งจากผลการศึกษาสุรภา ทองรินทร์ (2546) ที่ศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทยังมีความต้องการการฝึกทักษะการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอยู่ในระดับมากและการศึกษาความต้องการการฝึกทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในโรงพยาบาลแม่ทา จังหวัดลำพูนและโรงพยาบาลสวนสราญรมย์จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่ามีความต้องการการฝึกทักษะการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอยู่ในระดับปานกลาง (พัชรี คำธิตา, 2546)

จากการวิจัยดังกล่าวข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่าผู้ดูแลจะต้องให้การดูแลผู้ป่วยในกิจกรรมการดูแลทั้ง 3 ด้านและมีความต้องการการฝึกทักษะซึ่งหากผู้ดูแลได้รับการตอบสนองตามความต้องการนั้นจะส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีคุณภาพจากความต้องการการฝึกทักษะการดูแลดังกล่าวผู้ดูแลจึงมีความต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างโดยเฉพาะบุคลากรทางด้านสุขภาพจิต (Rawlins 1991; มนตรี อมรพิเชษฐกุลและพรชัย พงษ์สงวนสิน, 2544) การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลเพื่อให้สามารถปรับตัวกับบทบาทของผู้ดูแลตลอดจนมีความสามารถในการดูแลที่ครอบคลุมกิจกรรมการดูแลทั้ง 3 ด้านหรือมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยก็จะส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยได้ซึ่งหากผู้ดูแลมีทักษะในการดูแลสูงจะทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ภัทรภรณ์ หุ่นปันคำ, สิริลักษณ์ วรรณะพงษ์, ถ่านาวี เรืองยศ, ปิรทรรศ ศิลปกิจ, และสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, 2548) โดยการดูแลที่มีคุณภาพจะสอดคล้องกับการมีทักษะซึ่งทักษะในการดูแลนั้นจะพัฒนาขึ้นตามระยะเวลาและประสบการณ์ที่ผู้ดูแลมีอยู่ดังนั้นการวางพื้นฐานความรู้ที่ถูกต้องในระยะเริ่มแรกควบคู่ไป

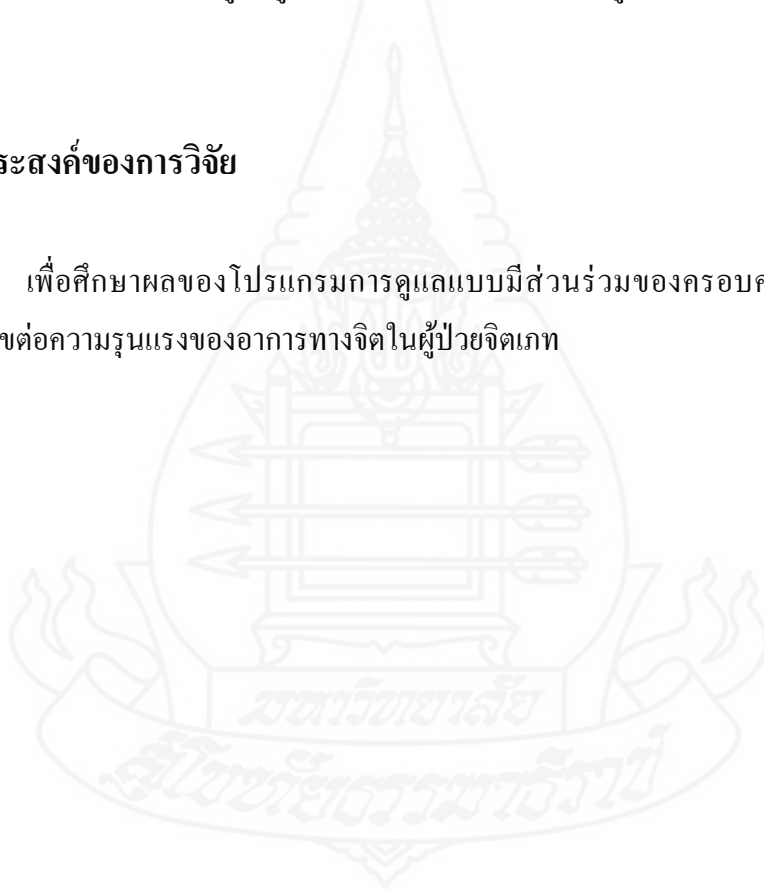
จากการที่ผู้วิจัยได้ดำเนินสนทนากลุ่มกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและอาสาสมัครสาธารณสุขในตำบลกุดแห่ อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดโคสธร ในปี 2557 ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน คือ ครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขได้มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งที่ผ่านมารอบครัวและ อสม. ต่างคนต่างดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามบทบาทของตนเอง แต่ไม่เคยที่จะมาดูแลผู้ป่วยจิตเภทร่วมกัน และยังพบว่าครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขบางคนยังไม่มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขไม่สามารถจัดการกับอาการของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลง ยังไม่มีรูปแบบหรือแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีพฤติกรรมไม่ให้ความร่วมมือ ก้าวร้าว ญาติและชุมชนไม่ได้ให้ความสนใจในการดูแลผู้ป่วยการ

รับประทานยา ขาดการดูแลช่วยเหลือด้านจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบซ้ำเป็นๆหายๆ ผู้ป่วยขาดยา และอาการกำเริบ ประชาชนในชุมชนรู้สึกว่าคุณป่วยจิตเภทเป็นปัญหาของสังคม สร้างความเดือดร้อนให้ชุมชน

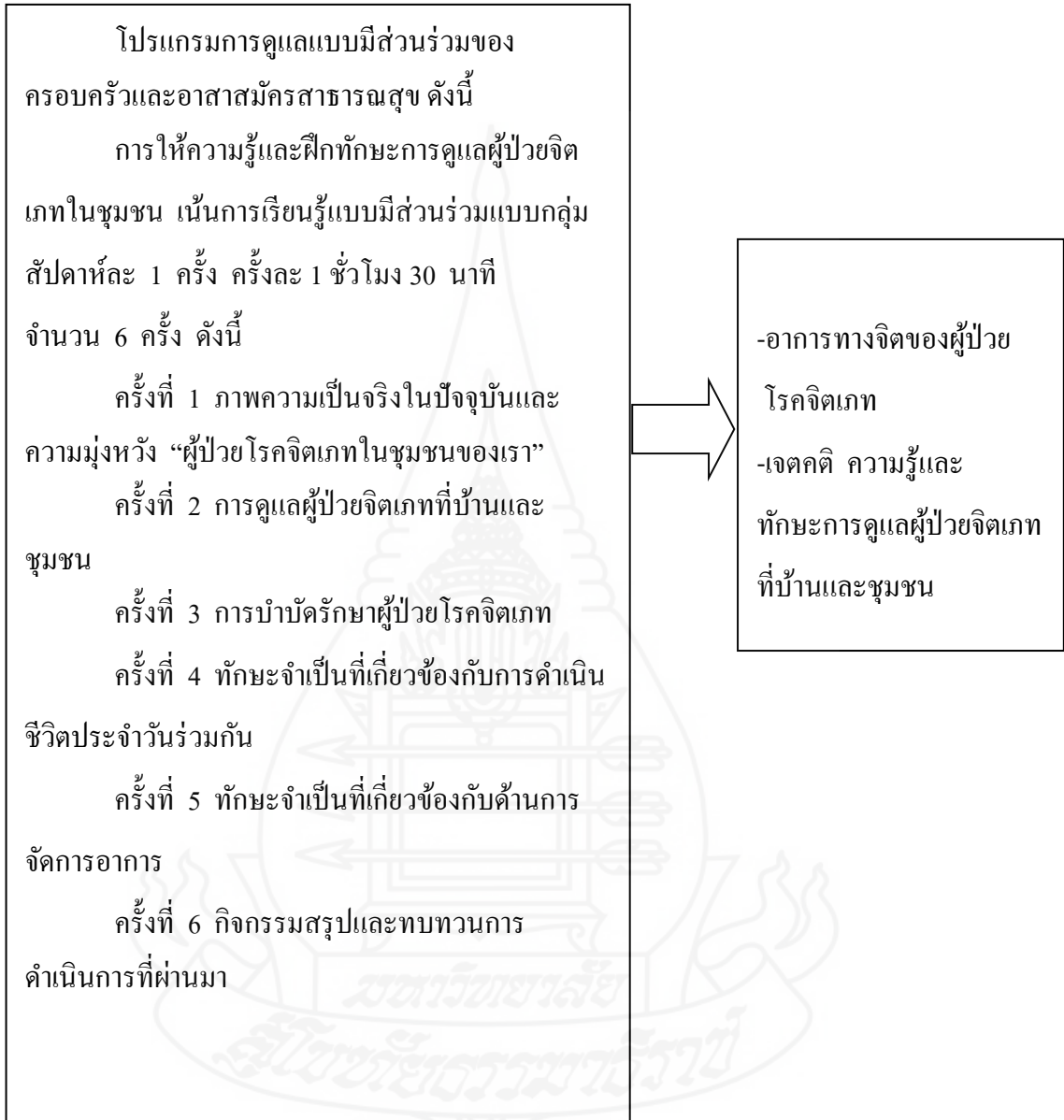
จากความสำคัญและรายงานการศึกษาวิจัยรวมทั้งการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยมองเห็นความสำคัญของการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขต่อความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่องโดยครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้และลดการกลับเป็นซ้ำ

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขต่อความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท



3. กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1. 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

4. สมมติฐานการวิจัย

4.1 ผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขมีคะแนนประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทในระยะหลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน ลดลงกว่าก่อนการทดลอง

4.2 ครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขมีคะแนนเจตคติความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและชุมชนสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติทั้งในระยะหลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน

5. ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มแบบวัดซ้ำ (The Two Groups Repeated Measures Design) โดยมีขอบเขตการวิจัยดังนี้ คือ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ดังนี้

1. ผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 12 คน โดยใช้แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท 8 ข้อ (PASS 8) ฉบับโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ที่มีคะแนนตั้งแต่ 17 คะแนนขึ้นไป แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มละ 6 คน

กลุ่มทดลองผู้ป่วยโรคจิตเภท ตำบลกุดแห่ อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธรจำนวน 6 คน

กลุ่มควบคุมผู้ป่วยโรคจิตเภท ตำบลสามแยก อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธรจำนวน 6 คน

2. ครอบครัวผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและอาสาสมัครสาธารณสุขจำนวน 24 คน โดยเป็นครอบครัวผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจำนวน 12 คนและอาสาสมัครสาธารณสุขจำนวน 12 คน ในเขตอำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มทดลอง จำนวน 12 คน ประกอบด้วยครอบครัวผู้ที่เป็นโรคจิตเภท จำนวน 6 คน และอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 6 คน ตำบลกุดแห่ อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร

กลุ่มควบคุม จำนวน 12 คน ประกอบด้วยครอบครัวผู้ที่เป็นโรคจิตเภท จำนวน 6 คน และอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 6 คน ตำบลสามแยก อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรต้น ได้แก่ โปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัคร
สาธารณสุข

ตัวแปรตาม ได้แก่

1. อาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท
2. เจตคติ ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและชุมชน

6. นิยามศัพท์เฉพาะ

6.1 โปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุข

หมายถึง กิจกรรมการเตรียมความพร้อมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและชุมชน ซึ่งประกอบด้วย การสอนให้ครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขเห็นความสำคัญของตนเองในฐานะเป็นผู้ดูแลและเข้าใจธรรมชาติของการดูแลตลอดจนการพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดูแล การให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมแบบกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที จำนวน 6 ครั้งดังนี้

ครั้งที่ 1 สภาพความเป็นจริงในปัจจุบันและความมุ่งหวัง “ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนของเรา”

ครั้งที่ 2 การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและชุมชน

ครั้งที่ 3 การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภท

ครั้งที่ 4 ทักษะจำเป็นที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวัน

ครั้งที่ 5 ทักษะจำเป็นที่เกี่ยวข้องกับด้านการจัดการอาการ

ครั้งที่ 6 กิจกรรมสรุปและทบทวนการดำเนินการที่ผ่านมา

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง บุคคลที่มีการเจ็บป่วยทางจิตที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามมาตรฐานการจำแนกโรค ICD-10 (Schizophrenia F.20) และได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลเพื่อกลับไปใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัว และมีการดำเนินชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในชุมชน

เจตคติ หมายถึง ท่าทีหรือความรู้สึกนึกคิด ความชอบความชังของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

ความรู้และทักษะ หมายถึง ทักษะหรือพฤติกรรมผลการดูแลที่มีประสิทธิภาพที่เกิดจากผสมผสานระหว่างการได้รับความรู้และประสบการณ์การดูแลจริงที่ได้ปฏิบัติต่อผู้ป่วย

ครอบครัว หมายถึง สามีภรรยาบิดามารดาพี่น้องบุตรหลานหรือญาติ ที่ทำหน้าที่รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างน้อยเป็นระยะเวลา 6 เดือนขึ้นไปและมีอายุ 18 ปีขึ้นไป

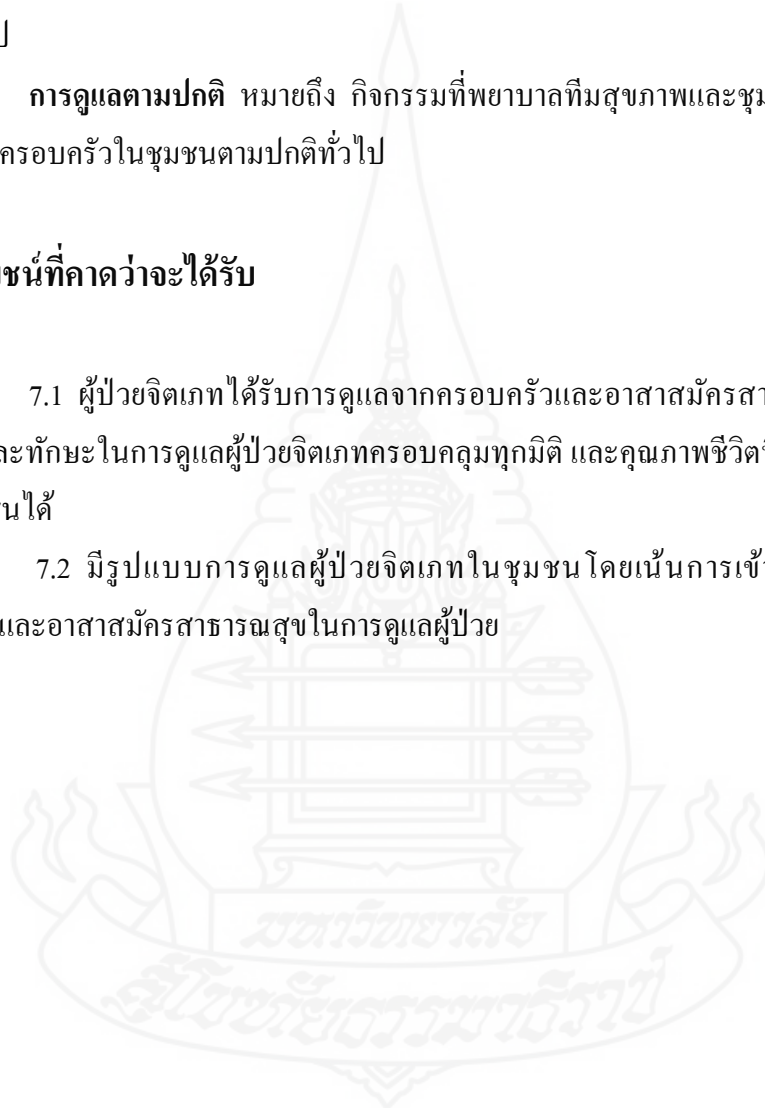
อาสาสมัครสาธารณสุข หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอเล็งนกทา จังหวัดยโสธรที่อาศัยอยู่ในชุมชนทำหน้าที่ในการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและชุมชน ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างน้อยเป็นระยะเวลา 6 เดือนขึ้นไปและมีอายุ 18 ปีขึ้นไป

การดูแลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลทีมสุขภาพและชุมชน ที่ให้บริการกับผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชนตามปกติทั่วไป

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

7.1 ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลจากครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีความรู้ทัศนคติและทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทครอบคลุมทุกมิติ และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และสามารถอยู่ในชุมชนได้

7.2 มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยเน้นการเข้ามามีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วย



บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและชุมชนโดยครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้วิจัยได้ทำการศึกษา เอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องให้ครอบคลุมหัวข้อต่อไปนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

- 1.1 ความหมายของโรคจิตเภทและระบาดวิทยา
- 1.2 ผลกระทบของโรคจิตเภท
- 1.3 ปัจจัยการเกิดโรคจิตเภท
- 1.4 การดำเนินโรคและการรักษา

2. บทบาทและสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

3. แนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเภทแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัคร

สาธารณสุข

- 3.1 แนวคิดการมีส่วนร่วม
- 3.2 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน
- 3.3 การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่บ้านโดยครอบครัว
- 3.4 แนวคิดอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
- 3.5 แนวคิดการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
- 3.6 การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ภายในกลุ่ม

3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้ทั่วไปของโรคจิตเภท

โรคจิตเภทความหมายของโรคจิตเภท

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2549) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่าโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิด เป็นอาการเด่น แต่มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรมโดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มิมีอาการทางกายหรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะทางสมองส่วนใด

สมภพ เรื่องตระกูล (2548) ได้ให้ความหมายว่าโรคจิตเภทมีลักษณะที่สำคัญคือผู้ป่วยมีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรมเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคทางสมอง พืชจากยาหรือสารเสพติดที่จะเป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

สรุปได้ว่า โรคจิตเภท หมายถึง ลักษณะของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้อารมณ์ และการแสดงออกทางพฤติกรรมที่ผิดปกติ

ลักษณะและการดำเนินของโรคจิตเภท

ผู้ป่วยโรคจิตเภท จะมีลักษณะอาการผิดปกติทางด้านความคิด และการรับรู้เป็นพื้นฐานทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมและอารมณ์ไม่เหมาะสม ในขณะที่ความรู้สึกตัว และความสามารถทางสติปัญญายังคงปกติอาการผิดปกติดังกล่าวจะปรากฏชัดอยู่เป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน ลักษณะอาการแสดงของโรคแบ่งเป็น 2 กลุ่มอาการหลักคือ กลุ่มอาการทางบวก (positive dimension) และกลุ่มอาการด้านลบ (negative dimension) โดยสรุปได้ดังนี้ (มานิช หล่อตระกูล, 2555)

1. กลุ่มอาการทางบวก (positive dimension) ได้แก่ อาการหลงผิด และอาการประสาทหลอน อาการหลงผิดชนิดที่พบบ่อย ได้แก่ หลงผิดว่าตนเองถูกปองร้าย ถูกกลั่นแกล้ง หลงผิดคิดว่าพฤติกรรมของคนอื่น หรือเรื่องต่าง ๆ ที่เกิดในโทรทัศน์วิทยุเป็นไปเพื่อสื่อความหมายถึงตนเอง หลงผิดว่าตนเองมีอำนาจ มีความสามารถพิเศษหรือเป็นบุคคลสำคัญ รู้สึกว่าความคิดของตนเองกระจายออกนอกตัว ทำให้คนรอบข้างรู้หมดว่าตนเองคิดอะไร เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีกลุ่มอาการด้านพฤติกรรมแปลกแยก แตกต่างจากเดิม และการพูดไม่ต่อเนื่อง (disorganized behavior & disorganized speech)

2. กลุ่มอาการด้านลบ (negative dimension) เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่วไปควรมี เช่นในด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่างๆ อาการเหล่านี้จัดเป็นอาการด้านลบ ได้แก่ พูดน้อย เนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ (alogia) หมายถึงการแสดงออกทางด้านอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมยไม่ค่อยสบตา (affect flattening) ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ทำอะไรได้ไม่ค่อยนานก็เลิกทำโดยไม่มีเหตุผล (avolition) ในระยะอาการกำเริบอาการสำคัญส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มอาการด้านบวก ส่วนกลุ่มอาการด้านลบนั้นมักพบในระยะหลังของโรค และไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาเหมือนกลุ่มอาการด้านบวก ระยะหลังพบว่าผู้ป่วยยังมีอาการอีกกลุ่มหนึ่งได้แก่ การรู้คิดบกพร่อง หลายคนมีความเห็นว่าอาจเป็นอาการสำคัญพื้นฐานของโรคนี้มักพบได้ก่อนอาการกำเริบชัดเจน อาการเหล่านี้ ได้แก่ สมาธิแย่งลง การตีความสิ่งต่าง ๆ และการตอบสนอง

บกพร่องไป มีความบกพร่องในด้านการจดจำชั่วคราวเพื่อใช้งาน (working memory) โดยเฉพาะ ความคิดความจำ การตีความสิ่งต่างๆ และการตอบสนองบกพร่องไป และการไม่สามารถคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผล เป็นต้น

การดำเนินโรคโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะดังนี้

1. ระยะก่อนเริ่มมีอาการ (prodromal phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ หรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงานแย่ลง ญาติสังเกตว่าเกียจคร้านกว่าเดิม ไม่ค่อยไปกับเพื่อนเหมือนเคยเก็บตัวอยู่แต่ในห้อง ละเลยเรื่องสุขอนามัยหรือการแต่งกาย เขาอาจหันมาสนใจในด้านปรัชญา ศาสนาหรือจิตวิทยา มีการใช้คำสำนวนแปลกๆ บางครั้งมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลกๆ มีอาการหวาดระแวง แต่ก็ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน ญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนเดิม ระยะเวลาในช่วงนี้ไม่แน่นอน โดยทั่วไปบอกยากว่า เริ่มผิดปกติตั้งแต่เมื่อไร โดยเฉลี่ยประมาณ 1 ปี

2. ระยะอาการกำเริบ (active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยที่อยู่ในกลุ่มอาการด้านบวก

3. ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ อาจพบอาการหลงเหลือ หรือเสื่อมลงมากกว่า อาการ โรคจิต เช่นประสาทหลอนหรือหลงผิดยังมีอยู่ แต่ไม่ได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรก พบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย และส่วนใหญ่เกิดในช่วงนี้ในระยะอาการหลงเหลือผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว พบว่าผู้ป่วยจะทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี อาการส่วนใหญ่กำเริบเมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ อาการเปลี่ยนแปลงก่อนกำเริบที่พบบ่อยได้แก่ การนอนหลับที่ผิดปกติไป แยกตัวเอง วิตกกังวล หงุดหงิดคิดฟุ้งซ่าน และมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่าง ๆ เข้ากับตนเองการดูแลรักษา ขึ้นอยู่กับช่วงระยะอาการของผู้ป่วย เช่นเมื่อผู้ป่วยมีอาการอยู่ในช่วงกำเริบ ก็ต้องรับไว้ในโรงพยาบาลและเมื่อมีอาการทุเลา ให้กลับไปอยู่บ้านและในชุมชนเดิม ซึ่งมีผลทำให้ครอบครัวและชุมชนต้องเรียนรู้ในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยโรคจิตเภทตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความรู้สึกทางด้านลบ เช่นความรู้สึกเป็นภาระ ความรู้สึกวิตกกังวลและเครียดในผู้ดูแลได้

ระบาดวิทยา

โรคจิตเภท อุบัติการณ์ 0.1-0.5 ต่อ 1000 ความชุก 2.5-5.3 ต่อ 1000 ความชุกโดยคำนวณตลอดชีวิต (lifetime prevalence) 7.0-9.0 ต่อ 1000 พบในหญิงและชายพบได้พอ ๆ กัน ชายเริ่มเป็นอายุน้อยกว่าหญิง อายุพบในช่วง 15-54 ปี ส่วนใหญ่เริ่มมีอาการช่วงวัยรุ่น หรือผู้ใหญ่ตอนต้น (มาโนช หล่อตระกูล, 2555)

ผลกระทบของโรคจิตเภท

จากการศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบของโรคจิตเภท สรุปได้ว่าโรคจิตเภทนั้นมีความรุนแรง มีการดำเนินโรคแบบเรื้อรังต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนาน มีผลกระทบในหลายด้าน ทั้งต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ครอบครัว และสังคม โดยรายละเอียด มีดังนี้

1. ผลกระทบต่อตนเอง โรคจิตเภทชนิดตามแบบฉบับ จะมีการดำเนินโรคที่ประกอบด้วย ระยะที่โรคค่อนข้างสงบ และระยะโรคกำเริบ ถ้าโรคกลับเป็นใหม่ ผู้ป่วยจะไม่สามารถกลับคืนสู่ความสามารถเดิมแม้โรคจะหายใหม่ก็ตาม ผู้ป่วยจิตเภทบางคนโดยเฉพาะที่เป็นปัจจุบันภายหลังหายแล้ว ผู้ป่วยอาจจะเกิดอารมณ์เศร้า การเป็นโรคจิตเภททำให้ผู้ป่วยมีความไวหรืออ่อนแอ (vulnerability) ต่อความเครียดตลอดชีวิต การเป็นจิตเภททำให้บุคลิกภาพเสื่อมอย่างช้าๆ เป็นเวลา 5 ปี หลังจากนั้นการเสื่อมจะทรงตัวโดยตลอด อาการทางบวก (positive) จะรุนแรงลดลงเมื่อนานขึ้นแต่อาการทางลบ (negative) จะรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ โดยภาพรวมแล้ว ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทจะมีลักษณะคือ ไม่มีเป้าหมาย ไม่ทำงาน อยู่โรงพยาบาลบ่อย ยากจน และไม่มีที่อยู่อาศัย

นอกจากนี้ยังพบว่า ผลกระทบของการเป็นโรคจิตเภทมิได้ทำให้บุคลิกภาพเสื่อมเสมอไปร้อยละ 20 ถึง 30 จะมีชีวิตกลับเป็นปกติ อีกร้อยละ 20 ถึง 30 จะมีอาการระดับปานกลางอย่างต่อเนื่อง ที่เหลือร้อยละ 40 ถึง 60 จะมีอาการรุนแรง และกระทบกระเทือนต่อการทำหน้าที่ทุกด้านตลอดชีวิต

2. ผลกระทบต่อครอบครัว การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่เป็นการเจ็บป่วยที่ต้องใช้เวลาในการดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพที่ยาวนาน การที่ผู้ป่วยต้องอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานานไม่ก่อให้เกิดผลดีกับผู้ป่วยแต่จะเป็นผลเสียต่อการปรับตัวซึ่งจะมีผลต่อผู้ป่วยและครอบครัว (ทัศนีย์ เชื้อมทอง และดาวรุ่ง หนูแก้ว, 2550) ผู้ดูแลหรือครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทจึงได้รับผลกระทบโดยตรง เพราะลักษณะการดำเนินของโรคมีความรุนแรง และเรื้อรัง มีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูง ผลจากการเจ็บป่วยแต่ละครั้งของผู้ป่วย จะทำให้ความสามารถในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทเสื่อมลง (American Psychiatric Association [APA], 1994) การที่มีผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวมีผลกระทบต่อผู้ดูแล โดยพบว่า ผู้ดูแลมีความวิตกกังวล เครียด เบื่อหน่าย ท้อแท้ หมดกำลังใจ รู้สึกเป็นตราบาป (Greenberg et al., 1993) ส่งผลให้เพิกเฉยต่อบทบาทผู้ดูแล

3. ผลกระทบต่อสังคมและชุมชน พบว่า มีผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจำนวนหนึ่งเมื่อจำหน่ายกลับไปชุมชน เมื่อมีอาการทางจิต จะทำความเดือดร้อน เช่น ทำร้ายผู้อื่น เนื่องจากมีอาการหวาดระแวง หลงผิด หรือบางครั้งพกพาอาวุธไว้กับตัว บางครั้งทุบทำลายของ เป็นดั่ง (วิลาวรรณ เทพโสธร, 2538) บางรายมีพฤติกรรมเป็นที่น่ารังเกียจหรือเป็นอันตรายต่อสังคม (ปริทรยศ ศิลปกิจ, 2535) หรือ มีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม มีโอกาสเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ เช่น

โรคเอดส์ และมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเสพติดมากกว่าคนปกติ ดังการศึกษาของ มาแลท (Mallakh, 1998) ที่พบว่า ร้อยละ 51 ของผู้ที่เป็นโรคจิตมักติดเชื้อหรือสารเสพติด

สรุปได้ว่าปัญหาสำคัญที่พบในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและผลกระทบ คือ ปัญหาการสร้างสัมพันธภาพ การดูแลตนเอง การทำกิจวัตรประจำวัน ปัญหาการยอมรับจากสังคม รวมทั้งมีอาการของโรคหลงเหลืออยู่ ทำให้เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ส่งผลกระทบต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและผู้ดูแล ทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม เศรษฐกิจ และประเทศ ส่งผลกระทบให้ประเทศชาติขาดกำลังคนในการพัฒนาประเทศและสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมาก นอกจากนี้ยังพบว่า ในแต่ละปีจะต้องสูญเสียงบประมาณในการรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เป็นเงินสูงกว่า 200 ล้านบาทต่อปี และมีแนวโน้มว่าจะสูงขึ้นเรื่อย ๆ เนื่องจากมีจำนวนผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในแต่ละปีเพิ่มขึ้น

ปัจจัยการเกิดโรคจิตเภท

ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคจิตเภท เชื่อว่าเป็นกลุ่มอาการจากหลายๆ สาเหตุแนวคิดที่ยอมรับกันในปัจจุบันคือ รูปแบบของการจัดการกับความเครียด (stress-diathesis model) ซึ่งเชื่อว่าผู้ป่วยนั้นมีแนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อพบกับสภาพกดดันบางประการทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้นมา หรือสภาพกดดันนี้อาจเป็นปัจจัยด้านชีวภาพ จิตสังคม หรือหลายปัจจัยร่วมกัน (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) แต่อย่างไรก็ตามมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคจิตเภทหลากหลาย ซึ่งสามารถสรุปอธิบายได้เป็น 2 ด้าน ประกอบด้วย ด้านชีวภาพ และด้านครอบครัวและสังคม ดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยทางด้านชีวภาพ ปัจจุบันมีแนวคิดที่ว่าสาเหตุของโรคจิตเภทเป็นความผิดปกติของการทำหน้าที่ของสมอง (brain disorder) และค้นพบหลักฐานด้านชีวภาพมากขึ้นเรื่อยๆ รวมทั้งมีหลักฐานสนับสนุน คือ

1.1 พันธุกรรม ผลของการศึกษาพบว่าญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไป เช่น ญาติสายตรงที่มีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากยิ่งมีโอกาสเป็นสูง ในประชากรทั่วไป พบว่ามีโอกาสเป็นโรคจิตเภท ร้อยละ 1 ในพี่น้องของผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภท พบร้อยละ 8 ลูกที่พ่อหรือแม่ป่วย พบร้อยละ 12 คู่แฝดของผู้ป่วย (ไข่คนละใบ) พบร้อยละ 12 ลูกที่พ่อและแม่ป่วย พบร้อยละ 40 คู่แฝดของผู้ป่วย (ไข่ใบเดียวกัน) พบร้อยละ 47 นอกจากนี้ยังพบว่ามี การศึกษาเพื่อหาฮีนที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค แต่ยังไม่พบตำแหน่งฮีนที่ผิดปกติชัดเจน จึงเชื่อว่าโรคนี้อาจเกิดจากความผิดปกติของฮีนหลายแห่งร่วมกัน (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

1.2 ระบบสารชีวเคมีในสมอง สมมติฐานเดิมที่ยังคงเป็นที่ยอมรับกันในปัจจุบันคือ สมมติฐานโดปามีน (dopamine hypothesis) เชื่อว่าโรคนี้อาจเกิดจาก โดปามีนหลั่งมากผิดปกติ (dopaminergic hyperactivity) โดยเฉพาะบริเวณ มีโซลิมบิก (mesolimbic) และ ช่วงมีโซคอร์ติกอล (mesocortical tract) ทั้งนี้อาจเป็นความผิดปกติของ ตัวรับกับสารสื่อประสาท (post-synaptic receptor) เนื่องจากพบว่ายารักษาโรคจิตที่ออกฤทธิ์โดยการปิดกั้นตัวรับของสารโดปามีนชนิดที่ 2 (dopamine receptor type 2: D2 antagonist) สารนำสื่อประสาทอีกชนิดหนึ่งคือ ซีโรโตนิน (serotonin) พบว่าการทำงานของ ซีโรโตนิน 2 (5-HT_{2A}) ตัวรับ (receptor) ในสมองส่วนหน้า (frontal cortex) ของผู้ป่วยจิตเภทลดลง และยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ (serotonin-dopamine antagonist) ออกฤทธิ์ในการรักษาที่เกี่ยวข้องกับระบบซีโรโตนิน (serotonin) การศึกษาในระยะหลังพบว่ากรด เอ็น เมทิลดี เอสปาดิก (N-methyl-D-aspartic acid: NMDA) ตัวรับ (receptor) ของ กลูตาเมต (glutamate) มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคนี้ออกฤทธิ์ โดยการทดลองทำให้พบว่าหากตัวที่จับ เอ็นเอ็มดีเอ (NMDA receptor) ของกลูตาเมต (glutamate) ถูกต้อง จะทำให้ กลูตาเมตที่จับ นิวโรทรานสมิตชัน (glutamatergic neurotransmission) ที่รีเซพเตอร์ คอมเพล็กซ์ (receptor complex) นี้ลดลง ผู้ป่วยจะเกิดอาการ โรคจิตเหมือนที่พบในโรคจิตเภท รวมทั้งยังพบอาการด้านลบ และการรู้คิดผิดปกติ (cognitive dysfunction) ร่วมด้วย

1.3 กายวิภาคของสมอง ผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวนหนึ่งมีความผิดปกติด้านกายวิภาคของสมอง เช่น มี เวนทริเคิล (ventricle) โตกว่าปกติ บริเวณเนื้อสมองน้อยกว่าปกติ โดยเฉพาะใน ส่วนของ คอร์ติคัล เกรย์ แมทเทอร์ (cortical gray matter) การศึกษาในระดับเซลล์ ไม่พบว่า มี ไกลโอ ซีส (gliosis) หรือ หลักฐานอื่นที่บ่งชี้ว่าโรคนี้อาจเป็นการพัฒนาของสารสื่อประสาทผิดปกติ (neurodevelopmental disorder)

1.4 ประสาทวิทยา พบว่า การไหลเวียนของเลือดในสมอง (cerebral blood flow) และการเผาผลาญน้ำตาล (glucose metabolism) ลดลงในบริเวณ สมองส่วนหน้า (frontal lobe) เชื่อว่าอาการด้านลบ และอาการด้าน ความจำ (cognitive) มีความสัมพันธ์กับ สมองส่วนหน้าผิดปกติ (prefrontal lobe dysfunction) อย่างไรก็ตามแนวคิดปัจจุบันมองว่า การทำงานของสมองในผู้ป่วยโรคจิตเภทมิได้เป็นจากความผิดปกติเฉพาะบริเวณใดบริเวณหนึ่งของสมอง หากแต่เป็นความผิดปกติในการทำงานของสมองหลาย ๆ วงจรที่เกี่ยวข้องกัน ทั้งในระดับ คอร์ติคัล (cortical) และ สับคอร์ติคัล (subcortical) อาจมองว่าโรคจิตเภทนี้เป็น โรคของ การถูกรบกวนของสารสื่อประสาทที่เชื่อมต่อ (disturbed neural connectivity)

2. ปัจจัยทางด้านครอบครัวและสังคม มีความเชื่อว่าลักษณะบุคลิกภาพของมารดาหรือ การเลี้ยงดูของมารดาที่เป็นแบบเฉพาะมีผลทำให้เด็กเมื่อโตขึ้นป่วยเป็น โรคจิตเภท (มาโนช

หล่อตระกุล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548) ในการศึกษาช่วงต่อมาไม่พบหลักฐานการสนับสนุนความเชื่อนี้ แต่พบว่าสภาพครอบครัวมีผลต่อการกำเริบของโรค เช่น ครอบครัวของผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบบ่อย จะมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง (high expressed-emotion: EE) ได้แก่ การตำหนิวิพากษ์วิจารณ์ (criticism) มีท่าทีไม่เป็นมิตร (hostility) หรือการเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป (emotional overinvolvement) นอกเหนือจากนั้นจะพบผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทพบมากในสังคมที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ และมีหลักฐานยืนยันว่าการที่ผู้ป่วยมีอาการโรคจิตกำเริบซ้ำบ่อย ๆ มีผลทำให้การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ไม่เป็นไปตามปกติ (downward drift hypothesis) รวมถึงการอยู่ในสภาพสังคมที่บีบคั้น ทำให้มีโอกาสเป็นโรคจิตเภทมากขึ้น (social causation hypothesis) (มานิชหล่อตระกุล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548)

3. ปัจจัยทางด้านจิตใจ (psychological factors)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยทางด้านจิตใจที่ส่งผลให้เกิดโรคจิตเภทได้แก่ 1) พัฒนาการทางบุคลิกภาพของบุคคลตามทฤษฎีจิตวิเคราะห์ และทฤษฎีจิตวิทยา ที่เชื่อว่าในวัยเด็กมีผลทำให้เกิดพยาธิสภาพส่วนที่ทาหน้าทีในการปรับตัวพบความผิดปกติ เช่น ความผิดปกติของการเรียนรู้ การควบคุม พฤติกรรม และการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น เป็นต้น 2) ความขัดแย้งในใจที่เกิดจากสัญชาตญาณธรรมชาติ และไม่สามารถควบคุมได้ ขาดสำนึกในการควบคุมตนเอง 3) ความรู้สึกผิด ชอบ ชั่ว ดี ชอบเอาชนะ และการขัดแย้งกับผู้อื่นทำให้เกิดความคับข้องใจ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549) 4) ความเครียดก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่กระตุ้นทำให้เป็นโรคจิตเภทได้ง่ายขึ้น (สมภพ เรื่องตระกุล, 2549)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พอจะสรุปได้ว่า ปัจจัยการเกิดโรคจิตเภทนั้นเกิดจาก 3 ปัจจัย คือ

- 1) ปัจจัยทางด้านชีวภาพ
- 2) ปัจจัยทางด้านครอบครัวและสังคม
- 3) ปัจจัยทางด้านจิตใจ

การวินิจฉัยแยกโรค

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า หลักการวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์การจำแนกโรคทางจิตเวช ของ สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV TR) พิจารณาตามเกณฑ์อาการ และอาการแสดงของโรคจิตเภท (มานิชหล่อตระกุลและปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548) ได้กล่าวไว้ ดังนี้

1. ความผิดปกติทางจิตที่เกิดภายหลังจากการใช้สารเสพติด (secondary and substance-induced psychotic disorders) เนื่องจากอาการโรคจิตนั้นพบได้ในสภาวะผิดปกติทางกายได้บ่อยๆ โดยเฉพาะในกรณีของอาการเพ้อคลั่ง (delirium) และจากสารเสพติด เช่น แอมเฟตามีน และเฮล้า

นอกจากนี้ยังพบได้ในสภาวะที่มีความผิดปกติของต่อมไร้ท่อหรือเนื้องอกในสมอง เป็นต้น อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาโดยละเอียดจะพบว่า มีสิ่งบ่งชี้บางอย่าง เช่น อาการเกิดขึ้นเร็ว ผู้ป่วยมีลักษณะเพื่อสับสน มีอาการขณะอายุมาก หรือตรวจพบความผิดปกติทางกายที่อาจเกี่ยวข้องกับอาการ โรคจิต

2. ความผิดปกติทางด้านอารมณ์ (mood disorders) ภาวะที่ไม่อยู่นิ่ง มีอารมณ์ครื้นเครง รื่นเริงกว่าปกติ (mania) หรือ ซึมเศร้า (depression) นั้นผู้ป่วยอาจมีอาการของโรคจิตได้ซึ่งแยกจากโรคจิตเภท อาจสังเกตว่าก่อนจะมีอาการของโรคจิตผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ให้เห็นหรือไม่ ขณะที่ตรวจยังมีอาการเด่นออกมาทางด้านอารมณ์หรือไม่ นอกเหนือจากอาการของโรคจิต การเปลี่ยนแปลงที่เป็นกลุ่มอาการแสดงออกที่ผิดปกติโดยทั่วไป (vegetative symptoms) อาจช่วยบอกได้บ้าง นอกจากนี้ ประวัติชนิดของความผิดปกติทางจิตเวชในญาติอาจช่วยด้วย เนื่องจากพบว่า มักจะเป็นเหมือนกัน

3. อาการหลงผิด (delusional disorder) ในการหลงผิดนั้น ลักษณะของอาการหลงผิดไม่ประหลาดเหมือนในโรคจิตเภท เนื้อหาของความหลงผิดจะเกี่ยวโยงกันเป็นเรื่องราว และโดยทั่วไปผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีบุคลิกภาพและพฤติกรรมเสื่อมมากกว่า

4. ความผิดปกติของบุคลิกภาพ (personality disorder) บางชนิด โดยเฉพาะในกลุ่มเอ (cluster A) จะมีความคิดที่บางครั้งฟังแล้วแปลก ไม่ค่อยเข้าสังคม ซึ่งคล้ายกับระยะอาการหลงเหลือในโรคจิตเภท แต่แยกโดยผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่เคยมีอาการของโรคจิตเภทในระยะกำเริบ

การดำเนินโรค

ในการวินิจฉัยโรคจิตเภทจะต้องมีอาการทั้งด้านบวกและด้านลบติดต่อกันเป็นเวลานานอย่างน้อย 6 เดือน โดยมีอาการในระยะชัดเจนอย่างน้อย 1 เดือน ทำให้มีความบกพร่องในการดำเนินชีวิตและการทำหน้าที่การงาน (American Psychiatric Association [APA], 2000) ลักษณะการดำเนินโรค แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะเริ่มมีอาการ (prodromal phase) 2) ระยะอาการกำเริบ (active phase) 3) ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2544; มาโนช หล่อตระกูล, 2548) ดังรายละเอียดที่จะกล่าวต่อไป

การดำเนินโรคโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะ

1. ระยะเริ่มมีอาการ (prodromal phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ หรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงาน เริ่มแย่ลง ญาติสังเกตว่าเกียจคร้านกว่าเดิม ไม่ค่อยไปกับเพื่อนเหมือนเคย เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง ละเอียดเรื่องสุขอนามัยหรือการแต่งกาย อาจหันมาสนใจในด้านปรัชญา ศาสนา หรือจิตวิทยา มีการใช้คำหรือสำนวนแปลกๆ บางครั้งมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลกๆ แต่ก็ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน ญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนคนเดิม ระยะเวลาช่วงนี้ไม่แน่นอนและ

โดยทั่วไปบอกยากว่าเริ่มผิดปกติตั้งแต่เมื่อไร โดยเฉลี่ยนานประมาณ 1 ปีก่อนอาการกำเริบ การพยากรณ์โรคจะไม่ได้หากระยะนี้เป็นอยู่นานและผู้ป่วยดูแลเรื่องอื่น ๆ

2. ระยะอาการกำเริบ (active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยข้อ A โดยส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มอาการด้านบวก (มาโนซ หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

3. ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ อาจพบ อารมณ์ราบเรียบ เฉยเมย (flat affect) หรือเสื่อมลงมากกว่าอาการของโรคจิต เช่น ประสาทหลอน หรือหลงผิด อาจยังมีอยู่แต่ไม่ได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรกที่พบว่า ร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทมักจะมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย ซึ่งส่วนใหญ่เกิดขึ้นในช่วงนี้ ในระยะอาการหลงเหลือผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว พบว่าผู้ป่วยจะทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี อาการส่วนใหญ่กำเริบเมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ อาการเปลี่ยนแปลงก่อนกำเริบที่พบบ่อย ได้แก่ การนอนหลับผิดปกติไป แยกตัวเอง วิตกกังวล หงุดหงิด คิดฟุ้งซ่าน และมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่างๆ เข้ากับตนเอง มีผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่เป็นแค่ครั้งเดียวแล้วหายขาด หรือเป็น 2-3 ครั้ง และแต่ละครั้งที่หายก็กลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนป่วย (complete remission) แต่พบได้น้อย ส่วนใหญ่หลังจากที่อาการทุเลาลงจะยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง (incomplete remission) และมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ยิ่งเป็นบ่อยครั้งก็จะยิ่งมีอาการหลงเหลือมากขึ้นหรือเสื่อมลงเรื่อยๆ อาการด้านบวกจะค่อยๆ ลดความรุนแรงลง อาการที่เด่นในระยะหลังจะเป็นอาการด้านลบมากกว่า (มาโนซ หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

ผลการศึกษาเกี่ยวกับธรรมชาติของโรคจิตเภท จากที่ มาโนซ หล่อตระกูล (2543) ได้กล่าวไว้ มีดังนี้ ระยะเวลา 5 ปี ภายหลังจากเจ็บป่วย พบว่า 22 % กลุ่มที่ 1 มีอาการเพียงครั้งเดียว 35 % กลุ่มที่ 2 มีอาการหลายครั้ง โดยกลับสู่ภาวะปกติ หรือเกือบปกติ หลังมีความบกพร่อง (impairment) 8 % กลุ่มที่ 3 จากการเจ็บป่วยครั้งแรก และมีอาการกำเริบเป็นระยะๆ โดยไม่กลับสู่ภาวะปกติ 35 % กลุ่มที่ 4 มีความบกพร่องเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ หลังการป่วยแต่ละครั้ง โดยไม่กลับสู่ภาวะปกติ

การพยากรณ์โรคในผู้ป่วยโรคจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่ทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีพยากรณ์โรคที่ดี ได้แก่ 1) การเริ่มเป็นเมื่ออายุมากแล้ว (late onset) 2) ผู้ป่วยแต่งงานแล้ว 3) ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวชในครอบครัวซึ่งเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ (mood disorder) 4) การเจ็บป่วยอย่างเฉียบพลัน (acute) มีปัจจัยกระตุ้นให้เป็นอย่างชัดเจนขณะมีเป็นมีอาการทางอารมณ์ร่วมด้วย โดยเฉพาะอารมณ์เศร้าของโรคจิตเภท ซึ่งเป็นอาการทางบวก (positive symptom) 4) เมื่อเป็นโรคจิตเภทแล้วมีระบบที่ให้การประคับประคองดี (support system) 5) ก่อนป่วยผู้ป่วยมีประวัติที่ดีทาง

สังคม ทางกรงาน และทางเพศ ส่วนปัจจัยที่ทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี ได้แก่ 1) การเริ่มเป็นเมื่ออายุน้อย 2) ผู้ป่วยเป็นโรคหรือหายหรือหม้าย 3) ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชในครอบครัวเป็นชนิดของโรคจิตเภท 4) ไม่มีปัจจัยกระตุ้นให้เป็นอย่างชัดเจน 5) ผู้ป่วยแยกตัวจากสังคมและมีลักษณะการอยู่กับตนเอง (autistic) 6) มีอาการทางด้านลบ (negative symptom) 7) เมื่อเป็นจิตเภทแล้ว ไม่มีระบบให้การประคับประคองที่ดี 8) ก่อนป่วยผู้ป่วยมีประวัติไม่ดีทางสังคม ทางกรงาน และทางเพศ 9) ผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงทางระบบประสาท 10) มีประวัติการบาดเจ็บในระหว่างการคลอด (perinatal) 11) มีประวัติทำร้ายร่างกายผู้อื่น 12) ผู้ป่วยกลับเป็นโรคหลายครั้ง และผู้ป่วยไม่เคยมีระยะของโรคสงบเลย ภายใน 3 วัน (พูนศรี รังษิณี และคณะ, 2547)

การรักษา

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association [APA], 2000) แบ่งการรักษาโรคจิตเภทตามระยะอาการ ออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. การรักษาในระยะอาการทางจิตเฉียบพลัน (acute phase) การรักษาที่ควรได้รับได้แก่การรักษาด้วยยาต้านโรคจิต การรักษาด้วยสิ่งแวดล้อม หลักการที่สำคัญ คือ ในระยะนี้ต้องค่อยๆลดความรุนแรงของอาการทางจิตลง โดยต้องค่อยๆเพิ่มขนาดยาอย่างสม่ำเสมอในช่วงสองสามวันแรก จนกระทั่งอาการทางจิตเริ่มทุเลาจึงค่อยๆปรับลดขนาดยาลง ในรายที่มีอาการทางจิตรุนแรงและไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา แพทย์อาจพิจารณาการรักษาด้วยไฟฟ้า

2. การรักษาในระยะคงเสถียรภาพ (stabilization phase) เมื่ออาการทางจิตเฉียบพลันของผู้ป่วยสงบแล้ว ลดขนาดยาต้านโรคจิตที่ใช้ทีละน้อย แล้วต้องสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยทุกวัน ในช่วงที่กำลังลดยาถ้ามีอาการทางจิตเพิ่มขึ้นหรือกลับคืนมาอีก จำเป็นต้องเพิ่มขนาดยาทีละน้อยจนสามารถควบคุมอาการได้ การรักษาที่นอกเหนือจากยาแล้วยังมีการรักษาด้านจิตสังคม การรักษาด้วยสิ่งแวดล้อม ระยะคงเสถียรภาพการรักษาใช้เวลา 1-3 สัปดาห์

3. การรักษาในระยะคงสภาพการรักษา (stable phase) เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้ คือ การคงสภาพอาการทางจิตโดยใช้ยาต้านโรคจิตขนาดต่ำ ระยะเวลาของระยะนี้ขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละราย โดยทั่วไปประมาณ 6 เดือนถึง 2 ปี อย่างไรก็ตามผู้ป่วยส่วนใหญ่จำเป็นต้องใช้ยาคิดต่อกันเป็นระยะเวลานาน บางรายอาจใช้ระยะเวลานานถึง 5 ปี หรือตลอดไป จึงเป็นเรื่องยากลำบากที่จะทำให้ผู้ป่วยคงสภาพการรักษาไว้ได้ เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้สึกว่าตนเองไม่จำเป็นจะต้องใช้ยาอีกต่อไปในเมื่อมีอาการดีขึ้นแล้ว จึงพบว่าผู้ป่วยมีอัตราการให้ความร่วมมือในการรักษาที่ต่ำมาก การรักษาด้วยยานอกจากจะช่วยคงสภาพอาการทางจิตทุเลาของผู้ป่วยได้แล้ว ยังช่วย

ป้องกันอาการทางจิตกำเริบหรือกลับเป็นซ้ำอีกได้ นอกจากการรักษาด้วยยาแล้วในระบายนี้อาจได้รับการบำบัดรักษาทางด้านจิตสังคมร่วมด้วย

จากที่กล่าวมาข้างต้นพอจะสรุปได้ว่า การรักษาผู้ป่วยจิตเภท มี 3 วิธีการ คือ 1) การรักษาด้วยยาด้านโรคจิต (Antipsychotic drugs) และหลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่ออาการทุเลา จะต้องกลับไปอยู่กับครอบครัวและชุมชน จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องโดยการให้ยาด้านโรคจิต และจากรายงานของสถาบันสุขภาพจิตแห่งชาติ (NIMH, 1999) พบว่า ร้อยละ 75 ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาด้านโรคจิตมีอาการดีขึ้นแล้วกลับไปอยู่ในสังคมได้ 2) การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy) และ 3) การรักษาทางด้านจิตสังคม (psychosocial treatment) รายละเอียดของแนวทางการรักษาโรคจิตเภท มีหลายท่านได้กล่าวไว้ ดังนี้

1. การรักษาทางด้านร่างกาย (Somatic treatment) พุนศรี รั้งยิขจิ และคณะ (2547) ได้กล่าวถึง วิธีการรักษาทางด้านร่างกาย ประกอบด้วย

1.1 การรับไว้รักษาภายในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจิตเภทที่ต้องให้การรักษาภายในโรงพยาบาล จะมีลักษณะต่อไปนี้เป็นปัญหาในการวินิจฉัย ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง จนพฤติกรรมเสียระบบ (disorganized) และไม่เหมาะสมจนไม่สามารถจัดหาความต้องการพื้นฐานให้ตนเอง ผู้ป่วยอาจจะฆ่าตัวตายหรือทำร้ายผู้อื่น

1.2 การใช้ยาด้านโรคจิต (Antipsychotic) ชนิดของยาด้านโรคจิต ในปัจจุบันมียาด้านโรคจิตที่นิยมใช้กันอยู่หลายชนิด สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association [APA], 2000) แบ่งการรักษาด้วยยาด้านโรคจิตออกเป็น 2 กลุ่ม ตามการออกฤทธิ์ของสารสื่อประสาทในสมองได้แก่ ยาด้านโรคจิตกลุ่มดั้งเดิม (typical antipsychotic drugs) และ ยาด้านโรคจิตกลุ่มใหม่ (novel or conventional or atypical antipsychotic drugs)

1.2.1 ยาด้านโรคจิตกลุ่มดั้งเดิม หลักการใช้ยาในกลุ่มนี้แบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ รักษาอาการระยะเฉียบพลันกับการให้ยาในระยะยาว เพื่อป้องกันภาวะกลับเป็นซ้ำ ยาด้านโรคจิตกลุ่มดั้งเดิม แบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม คือ

(1) *ฟีนโทอะซีน (Phenothiazine)* เป็นยาที่มีประสิทธิภาพสูงในการช่วยลดสารโดปามีนที่มีผลต่ออาการทุเลาลงหรือหายไป จะมีอารมณ์ จิตใจ พฤติกรรม และ ความนึกคิดเหมือนปกติมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยหลับง่าย และหลับสนิทขึ้น ยาที่นิยมใช้ในกลุ่มนี้มีชื่อทางการค้าได้แก่ ลาร์แกคิล (Largactil) เมลลาริล (Mellaril) อะนาเทนซอล (Anatensol) สติลาซีน (Stelazine)

(2) *บิวทีโรฟีโนน (Butyrophenone)* เป็นยาระงับอาการทางจิต และอาการทางจิตที่ออกฤทธิ์สูง ไม่ทำให้ง่วงนอน แต่ทำให้เกิดอาการข้างเคียงจากผลของยาได้ง่าย (extrapyramidal effects) นิยมใช้มากในปัจจุบัน เพราะออกฤทธิ์การรักษาได้เร็วกว่า

(3) ลาร์แกกติล (*Largactil*) สำหรับผู้ป่วยจิตเภทในระยะเฉียบพลันจะ
ได้ผลดี ยาในกลุ่มนี้ที่สำคัญมีชื่อทางการค้าคือ ฮาลดอล (*Haldol*) ฮาโรดอล (*Haridol*)

(4) ไทโอแซนทีน (*Thioxanthenes*) เป็นยาที่ออกฤทธิ์เช่นเดียวกับ ฟิโนอะ
ซีน ต่างกันตรงที่ยาใน 2 กลุ่มนี้บางตัวจะออกฤทธิ์ได้ผลดีต่อผู้ป่วย ยาในกลุ่มนี้ชื่อทางการค้า ได้แก่
นาเวน (*Navane*) ฟลูแอนซอล (*Fluanxol*)

(5) ไดไฮโดรอินโดลิน (*Dihydroindoline*) ยากลุ่มนี้ได้รับการศึกษาอย่าง
กว้างขวางในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท แต่พบว่าการออกฤทธิ์ไม่ค่อยสม่ำเสมอเมื่อเทียบกับยากลุ่มอื่น
ปัจจุบันในประเทศไทยไม่ได้ใช้ยากลุ่มนี้แล้ว

1.2.2 ยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ ยาในกลุ่มนี้ปัจจุบันมีอยู่ 4 ชนิดได้แก่

(1) โคลซาปีน (*Clozapine*) หรือ ชื่อทางการค้าว่า โคลซาริล (*Clozaril*)

(2) เรสเพอริโดน (*Risperidone*) ชื่อทางการค้า คือ เรสเพอรินเดล
(*Risperrindal*)

(3) โอลานซาปีน (*Olanzapine*) ชื่อทางการค้าคือ ไซเพอซา (*zyprexa*)

(4) คิวทิลปีน (*Quetiapine*) ชื่อทางการค้าคือ ซีโรควิน (*Seroquel*)

การออกฤทธิ์ของยาต้านโรคจิต (actions)

แต่เดิมสันนิษฐานว่า โรคจิตเภทมีความสัมพันธ์กับการออกฤทธิ์ที่มากเกินไปของสาร
โดปามีน ทั้งนี้พบว่า ยากลุ่มดั้งเดิมที่ใช้รักษาโรคจิตทุกชนิดนั้น ออกฤทธิ์ต่อ Dopamine D2
receptor ส่วนในปัจจุบันมีการศึกษาค้นพบยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ การออกฤทธิ์ของยาโดยปิดกั้น
D2 receptor และ ยา 5-Ht 2A (serotonin) ยากลุ่มใหม่นี้จะรักษาอาการทางจิตด้านลบได้ดีกว่ากลุ่ม
ดั้งเดิมในขณะที่อาการด้านบวกรักษาได้ดีเท่ากัน การเกิดผลข้างเคียงจากฤทธิ์ของยาน้อยกว่ายากลุ่ม
ดั้งเดิม และสามารถใช้วันละ 1 ครั้งได้ เนื่องจากครึ่งชีวิตของยามีระยะเวลาที่ยาวนาน แต่ยาต้านโรค
จิตกลุ่มใหม่มีราคาสูงกว่ายาต้านโรคจิตกลุ่มดั้งเดิม (พูนศรี รังมีขจี และคณะ, 2547)

ผลข้างเคียงของยาต้านโรคจิต (adverse effects)

ยาต้านโรคจิตหลายชนิดก่อให้เกิดอาการผิดปกติบางอย่าง จากการศึกษาเอกสาร ตำรา
ที่เกี่ยวข้อง ของ พูนศรี รังมีขจี และคณะ (2547) ซึ่งได้กล่าวถึง ผลข้างเคียงของยาต้านโรคจิตไว้
ดังต่อไปนี้

1. ฤทธิ์ต้านโคลิเนอร์จิก (*Anticholinergic effects*) ประกอบด้วย ปากแห้ง คอแห้ง ตา
พร่า ท้องผูก ท้องอืด ปัสสาวะลำบาก บางรายอาจมีปัสสาวะคั่ง รุมนานตาขยาย และคลื่น ผู้ป่วยที่
ได้รับยาโคลซาปีน (*Clozapine*) มักจะมีน้ำลายยืด และคลื่นปัสสาวะไม่ได้

2. อาการเอกซ์ตราไพรามิคัล (*extrapyramidal effects*) ประกอบด้วย อาการเหล่านี้ คือ

2.1 *ดิสโทเนีย (dystonia)* มักเกิดระหว่าง 1 ชั่วโมงถึง 5 วัน หลังเริ่มรักษาด้วยยาต้านโรคจิต อาการที่พบคือ คีรษะและคอบนบิดเบี้ยวไปข้างใดข้างหนึ่งอย่างรุนแรง ลำตัวแอ่น ตาค้าง และเหลือบขึ้นบนจนมองไม่เป็นตาดำ บางรายลิ้นโต ยึดคับปาก และสั่น

2.2 *อะคาทีเซีย (akathisia)* มักจะเกิดภายใน 5 ถึง 40 วัน หลังเริ่มใช้ยากลุ่มนี้ ผู้ป่วยจะรู้สึกตื้อตื้อ กระวนกระวาย เดินไปมา ผุดลุกผุดนั่ง ขาสั่น ง่วงงัน ซึม ซึ่งมีลักษณะคล้ายความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ใช้ยาต้านโรคจิตจะต้องกำนังถึงอะคาทีเซียไว้ด้วย

2.3 *อาการเหมือนพาร์กินสัน (Parkinson like syndrome)* ประกอบด้วย มือสั่นขณะพักกล้ามเนื้อเกร็ง ท่าเดินแบบซอยเท้า การเคลื่อนไหวช้า สีหน้าไร้อารมณ์ น้ำลายไหลยืด

2.4 *อะไคเนีย (akineisa)* แสดงอาการออกมาในรูปอ่อนเพลีย กล้ามเนื้ออ่อนแรง การเคลื่อนไหวช้า ท่าทางแข็งทื่อ ในรายที่เป็นรุนแรงจะเกิดอาการปวดกล้ามเนื้อ และข้อต่อ

ข้อควรระวังในการใช้ยาต้านโรคจิต ดังนี้ ยาต้านโรคจิตทำให้อาการโรคจิตดีขึ้นแต่ไม่ได้ทำให้โรคจิตเภทหาย แต่ผู้ป่วยต้องรับการรักษาเป็นระยะเวลานาน ยาที่เคยทำให้ผู้ป่วยดีขึ้นในอดีตก็ยังคงใช้ต่อไปได้ ยาต้านโรคจิตที่มีอยู่ในปัจจุบันมีประสิทธิภาพในการรักษาเหมือนกัน ถึงแม้ว่าผู้ป่วยแต่ละคนอาจมีอาการดีขึ้นหรือไม่ดีขึ้นด้วยยาต่างชนิดกัน การเลือกให้ยาต้านโรคจิตจึงเลือกตามฤทธิ์ข้างเคียงที่มีอยู่โดยทั่วไป ปัจจุบันนิยมใช้ยาต้านโรคจิตชนิดฤทธิ์แรงแม้จะมีผลข้างเคียง (adverse) ต่อระบบประสาทวิทยามากแต่นิยมใช้เพราะยาออกฤทธิ์มีผลข้างเคียงต่อระบบอื่นๆ ไม่มาก เช่น ต่อระบบหัวใจ ความดันโลหิต ต่อการชก ทางเพศ และการแพ้เมื่อใช้ยาชนิดใดชนิดหนึ่งแล้วควรใช้ติดต่อกันนาน 4-6 สัปดาห์ ก่อนที่จะประเมินว่าการรักษาไม่ได้ผล ถ้าการรักษาไม่ได้ผลจึงเลือกให้ยาต้านโรคจิตชนิดอื่นที่มีโครงสร้างทางเคมีที่ต่างกัน ถ้าผู้ป่วยไม่รับประทานยา ควรรักษาด้วยการฉีดยาต้านโรคจิตที่มีฤทธิ์นานและควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาหลายๆ ชนิด แต่มีที่นิยมกัน คือ การใช้ยาต้านโรคจิตฤทธิ์แรงในตอนกลางวันและให้ยาต้านโรคจิตที่มีฤทธิ์ระงับประสาทแรงในตอนกลางคืนเพื่อให้ผู้ป่วยนอนหลับได้ ถ้าให้ยาต้านโรคจิตที่มีฤทธิ์แรงในขนาดที่ใช้ทั้งวัน โดยให้เพียงครั้งเดียวก่อนนอนก็ทำให้ผู้ป่วยนอนหลับได้และยังคงได้ฤทธิ์ต้านโรคจิตตลอดวันในวันต่อไป (พูนศรี รังษิขจี และคณะ, 2547)

โดยทั่วไปก่อนให้ยา ควรจะตรวจเลือดผู้ป่วยบางอย่าง เช่น CBC การทดสอบหน้าที่ของตับ คลื่นไฟฟ้าของหัวใจผู้ป่วยและต้องเพิ่มความระมัดระวังให้มากขึ้นในการใช้ยาต้านโรคจิต ถ้าผู้ป่วยแพ้ยาต้านโรคจิตอย่างรุนแรงขณะที่ผู้ป่วยได้ยาที่จะเสริมฤทธิ์ระงับประสาทของยาต้านโรคจิต หรือเสริมกันจนทำให้เกิดกลุ่มอาการเพื่อคลั่ง ผู้ป่วยมีโรคหัวใจหรือผู้ป่วยมีความเสี่ยงที่จะชก ไม่ว่าจะสาเหตุอาจจะมาจากปัจจัยทางอินทรีย์ หรือไอดีโอพาติก (idiopathic) ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นต้อหินถ้าได้ยาต้านโรคจิตชนิดที่มีฤทธิ์ต่อต้านการแพ้ (Anticholine) ส่วนยากล่อม

ประสาท (Neuroleptic) หรือ เมเจอร์ทรานควิลิเซอร์ (Major tranquilizer) โดยทั่วไปจะมีอยู่ 2 กลุ่ม คือ 1) ยาที่ออกฤทธิ์ต่อต้านการหลั่งสารโดปามีน (dopamine receptor antagonist) 2) โคลซาปีน (Clozapine) ยากลุ่มแรกจะเป็นยาที่ใช้เป็นลำดับแรก (first-line drug) ในการรักษาโรคจิตเภท ส่วนยาโคลซาปีน (Clozapine) ไม่ได้ออกฤทธิ์ D2 receptor antagonist จึงไม่ออกฤทธิ์ต่อต้านจนทำให้เกิดกลุ่มอาการที่ไม่พึงประสงค์ (extrapyramidal tract symptom) ปัจจุบันทราบว่ายาโคลซาปีน (Clozapine) ออกฤทธิ์บล็อกซีโรโตนินรีเซปเตอร์ (block serotonin receptor) ใช้ยานี้เป็นลำดับที่ 2 ในการรักษาโรคจิตเภท ซึ่งหมายความว่า ถ้ารักษาด้วยยาลำดับแรกแล้วไม่ได้ผลจึงใช้ยานี้ จากสถิติที่ผ่านมาผู้ป่วยจิตเภทที่ต้องใช้ยานี้ในการรักษา คือ ผู้ป่วยที่มีอาการทางลบ (negative) ยานี้ใช้เป็นลำดับที่ 2 เนื่องจากพบว่าในผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 1-2 ที่ใช้ยานี้จะไปกดไขกระดูกโดยเฉพาะ (agranulocytosis) ในขณะที่ใช้ยาจึงต้องตรวจ CBC ทุกสัปดาห์ และยามีราคาแพง (พูนศรี รังษิณี และคณะ, 2547)

ในระยะเวลาที่มีอาการอย่างเฉียบพลันและมีอาการรุนแรง ยาต้านโรคจิตที่ใช้จะต้องได้ขนาดเทียบเท่ากับ ยาคโลโพรมาซีน (Chlorpromazine) 400-600 มิลลิกรัมต่อวัน การใช้ยาขนาดสูงกว่าไม่ได้ทำให้หายเร็วขึ้นหรืออาการดีขึ้นแต่พบว่า เมื่อการรักษาผ่านจากระยะแรกไปแล้วก็จะเข้าสู่ระยะคงการรักษา (maintenance) ระยะนี้จะควรลดระดับยาลงให้เหลือน้อยที่สุดเพื่อป้องกันอาการกำเริบอีก ในขณะที่เดียวกันอาการต้องสงบไม่รบกวนต่อการทำหน้าที่ทางจิตสังคม การใช้ยาระดับต่ำจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเป็น ทาร์ดีฟ ดิสไคเนียเซียบ (tardive dyskinesia) ในขณะที่การลดขนาดจะต้องให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยในการดูแลตนเองถ้าผู้ป่วยต้องกลับไปอยู่ในครอบครัวที่มีการแสดงอารมณ์ ในการลดระดับยาจะต้องทำอย่างช้าๆ และระมัดระวัง ฤทธิ์ข้างเคียงของยาต้านโรคจิต ซึ่งเป็นสิ่งที่แพทย์และพยาบาลจะต้องดูแล และควรจะศึกษาเรื่องยาต้านโรคจิตให้ละเอียดก่อนจะใช้ยานี้ ยาอื่นๆ ที่อาจจะใช้ในการรักษาโรคจิตเภท ได้แก่ ยาคาร์บามาซีปีน (Carbamazepine) ซึ่งต้องใช้ร่วมกับยาต้านโรคจิตเพื่อรักษาพฤติกรรมรุนแรง (violence) ที่มีในผู้ป่วยจิตเภทบางคนยาเป็นโซโดอาซีปีน (Benzodiazepine) ก็อาจจะใช้ร่วมกับยาต้านโรคจิตในระยะแรกๆ เพื่อทำให้ผู้ป่วยง่วง และช่วยควบคุมพฤติกรรมไม่อยู่นิ่ง (agitation) แต่การใช้ยาเป็นโซโดอาซีปีน (Benzodiazepine) ไม่ควรใช้นานเกินกว่า 2-3 วัน เพราะอาจทำให้ผู้ป่วยพึ่งพิงยาได้ (พูนศรี รังษิณี และคณะ, 2547)

2. การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy, ECT)

การรักษาด้วยไฟฟ้า ในผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทนั้นได้ผลไม่ดีเท่ากับการรักษาด้วยยา (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548) แต่จะถูกพิจารณาให้ใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตทางอารมณ์ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีอาการซึมเศร้า หรือกลุ่มอาการไม่เคลื่อนไหว (catatonic type)

หรือในผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาแล้วไม่ได้ผล หรือการออกฤทธิ์ของยาก่อนข้างซ้ำจึงจำเป็นต้องใช้การรักษาด้วยไฟฟ้าควบคุมกันไป (McGorry, Killackey, Lambert, & Lambert, 2005) โดยประจุไฟฟ้าขนาดต่ำๆ (70-125) ที่ผ่านเข้าไปในสมองของผู้ป่วยในเวลา 0.1-0.5 วินาที จะทำให้เกิดความสมดุลของระบบสื่อประสาท ทั้งในระดับ presynaptic และ postsynaptic ที่มีผลต่ออารมณ์ของผู้ป่วยใช้รักษาโรคจิตเภทในระยะเฉียบพลันที่รุนแรงมากจนทำให้เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น และไม่สามารถควบคุมอาการให้สงบลงโดยการให้ยา หรือโรคจิตที่มีอาการ catatonic ที่รุนแรงไม่ตอบสนองต่อยา การทำ ECT ใช้กันทั่วๆ ไปมี 2 ชนิดคือ การรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาสลบ(modified ECT) เป็นการผ่านกระแสไฟฟ้าเข้าสู่ร่างกายผู้ป่วยภายหลังที่ผู้ป่วยได้รับยาสลบ (general anesthesia) และการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบไม่ใช้ยาสลบ (unmodified ECT) เป็นการผ่านกระแสไฟฟ้าเข้าสู่ร่างกายผู้ป่วยขณะที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี นอกจากนี้การตัดขั้วที่ขมับ มี 2 วิธีคือ การวางขั้วไฟฟ้าขั้วเดียว (unilateral) เป็นการวางขั้วไฟฟ้าที่ขมับด้านที่เป็น นอนโดมิแนนทิมิสเฟีย (non-dominant hemisphere) และอีกวิธีคือการวางขั้วไฟฟ้าสองขั้ว (bilateral) เป็นการวางขั้วไฟฟ้าที่ขมับทั้งสองข้างจำนวนครั้งและความถี่ของการรักษาด้วย ECT แตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วยโดยทั่วไปจะทำประมาณ 6-12 ครั้งและวันเว้นวันข้อห้ามและภาวะที่ควรระวัง โรคหัวใจ เนื้องอกในสมอง สมองบวม หรือภาวะเลือดออกในสมอง ความดันโลหิตสูงมาก (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546)

3. การรักษาทางจิตสังคม (psychosocial intervention)

การรักษาโรคจิตเภทด้วยยาอย่างเดียวไม่สามารถช่วยให้บุคคลที่เป็นโรคจิตเภทมีชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพ เพราะส่วนใหญ่บุคคลที่เป็นโรคจิตเภทจะมีความบกพร่องทางสังคมต้องพึ่งพาผู้อื่น ความสนใจตัวเองและสิ่งแวดล้อมลดลง อาจเนื่องมาจากการเจ็บป่วยทางจิตที่เรื้อรังบุคลิกภาพส่วนตัว และอาการข้างเคียงจากการใช้ยาเป็นเวลานาน (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546) การรักษาจะได้ผลดีหากบุคคลที่เป็นโรคจิตเภทได้รับการรักษาด้วยยาควบคู่ไปกับการบำบัดรักษาทางจิตสังคม (Bustillo et al อ้างในสมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546) การรักษาทางจิตสังคมเป็นการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับความเจ็บป่วย บริบท และปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการประคับประคองทางจิตใจ มีคุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำหน้าที่ในสังคมดีขึ้นรวมทั้งยังส่งผลต่ออาการทางลบ การกลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย นอกจากนี้ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทยังได้รับการให้ข้อมูล และการประคับประคองทางจิตใจ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพด้วย การรักษาด้านจิตสังคมที่สำคัญมีดังต่อไปนี้ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548; สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2545)

3.1 จิตบำบัด (psychotherapy) เป็นการรักษาผู้ป่วยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้ถ่ายทอดความรู้สึกต่างๆ ให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ใหม่ในวิธีการแก้ไขความไม่สมหวังความขัดแย้ง ความกลัว ความหวาดวิตก ภายหลังจากการทางจิตสงบแล้ว จากการรักษาด้วยยาและการรักษาด้วยไฟฟ้า การทำจิตบำบัดแบ่งได้เป็นการบำบัดทางจิตรายบุคคลและการบำบัดทางจิตกลุ่ม

3.2 กลุ่มบำบัด (group therapy) เป็นการจัดกิจกรรมระหว่างกลุ่มผู้ป่วยโดยส่งเสริมให้มีความรู้สึกว่ามีเพื่อนมีคนเข้าใจ ไม่โดดเดี่ยวมีการช่วยเหลือแก้ไขและให้คำแนะนำแก่กัน ฝึกทักษะทางสังคม เน้นการสนับสนุนให้กำลังใจ

3.3 การให้การปรึกษารอบครัว (family counseling) จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีการดูแลตนเองทั้งสามารถปรับปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อกันให้เหมาะสมยิ่งขึ้นหากครอบครัวเกิดปัญหาที่ซับซ้อน เช่น ครอบครัวไม่ยอมรับผู้ป่วยทอดทิ้งตามยถากรรม การบำบัดครอบครัว (family intervention) เป็นอีกแนวทางหนึ่งในการช่วยเหลือครอบครัวที่มีประสิทธิภาพส่งผลต่อการลดการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทได้ โดยการบำบัดสามารถทำได้ในทุกช่วงของการเจ็บป่วย และร่วมกับการบำบัดด้านอื่นๆ ด้วย ซึ่งเนื้อหาจะเกี่ยวกับสุขภาพจิตศึกษา การสื่อสารในครอบครัว การแก้ไขปัญหาคู่ครอบครัว

3.4 การทำกลุ่มจิตศึกษา (psycho-educational program) การทำกลุ่มจิตศึกษาสามารถลดการกลับเข้ามาได้รับการรักษาในโรงพยาบาล รวมทั้งส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือ และมีความรู้ในการรักษา สร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย ซึ่งการทำกลุ่มจิตศึกษานี้ ควรทำทั้งในผู้ป่วยและญาติร่วมกัน

3.5 การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม (cognitive-behavior therapy) การบำบัดทางปัญญา และพฤติกรรมรายบุคคลจะช่วยให้ผู้ป่วยเสริมสร้างการทำหน้าที่ทั้งด้านสุขภาพจิตและทั่วไป รวมทั้งลดการกลับเป็นซ้ำได้ด้วย นอกจากนี้การบำบัดแบบนี้ในระยะเฉียบพลันยังช่วยกระตุ้นให้มีการฟื้นฟูสภาพและจำหน่ายกลับบ้านได้เร็วขึ้น

3.6 นิเวศน์บำบัด (milieu therapy) เป็นการจัดสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล เพื่อช่วยส่งเสริมกระบวนการรักษาประกอบด้วยการจัดกิจกรรมต่างๆ ในหอผู้ป่วยระบบการบริหารเป็นแบบให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในบางส่วน ผู้ป่วยต้องช่วยในกิจกรรมต่างๆ เท่าที่พอทำได้ เพื่อส่งเสริมความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วย

3.7 การฝึกทักษะทางสังคม (social skills training, SST) การฝึกทักษะทางสังคมช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นมีทักษะในการดำรงชีวิต โดยเฉพาะเมื่อต้องออกไปอาศัยอยู่ในชุมชน ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยมีทักษะในการบริหารจัดการอาการทางจิตของตนเองและการรักษาด้วยยา

3.8 การฟื้นฟูอาชีพ (vocational rehabilitation) เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ มีความต้องการที่จะทำงานเพื่อหาเงินเลี้ยงชีพ แต่ก็ไม่สามารถทำงานได้หรือไม่มีงานที่เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ามาอยู่โรงพยาบาล การฟื้นฟูอาชีพจะช่วยให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการอยู่ในสังคมด้วยการทำงานโดยพัฒนาทักษะการทำงานที่เหมาะสมและมีคุณค่าแก่ตนเองจะเห็นได้ว่าการรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในปัจจุบันนั้น ได้มีวิธีการรักษาที่ผสมผสานกันหลายอย่าง รวมทั้งมีแนวทางการรักษาที่ได้รับการพัฒนามากขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสม รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ ซึ่งเมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่ หรืออาการดีขึ้น แพทย์จะจำหน่ายให้ผู้ป่วยกลับบ้าน แต่ด้วยสมรรถภาพในการทำงานและทักษะทางสังคมที่ลดลงจากการเจ็บป่วยทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากผู้ดูแลโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำและให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้ ใกล้เคียงกับคนปกติให้มากที่สุด

2. บทบาทและสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

Klebanoff. (1989) อ้างอิงใน นวินยา ภิรมย์, 2541; Barratt, 1989) ได้เสนอแนวคิดในการกำหนดบทบาทของพยาบาลในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านรวมทั้งได้กำหนดแนวทางในการจัดกิจกรรมที่สำคัญไว้ 3 บทบาทดังนี้

2.1 บทบาทของผู้ให้การรักษาพยาบาลเป็นการปฏิบัติการพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นหลักปฏิบัติ ซึ่งเป็นวิธีปฏิบัติที่การนำเอาทฤษฎี หลักการ หรือมโนทัศน์ต่างๆที่เกี่ยวข้องมาประยุกต์ใช้เพื่อให้เกิดแนวทางปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้ความรู้เกี่ยวกับการพยาบาล ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินทางการพยาบาล 2) การวางแผนการพยาบาล 3) การปฏิบัติตามแผน 4) การประเมินผลการปฏิบัติงาน โดยพยาบาลทำหน้าที่ดังนี้ คือ การประเมินสถานะด้านร่างกายจิตใจและสังคม การตรวจสภาพจิตการทำจิตบำบัดรายบุคคลและครอบครัว การประสานงานกับหน่วยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เช่น แหล่งฝึกอาชีพ เป็นต้น การส่งต่อผู้ป่วยไปยังแหล่งบริการสุขภาพอื่นๆ หรือส่งต่อไปพบพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ ตามปัญหาของผู้ป่วย การบริหารจัดการด้านยา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่อง และยังมีบทบาทในการให้ความร่วมมือในทีมที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วย หรือประสานงานกับผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางการรักษาพยาบาลจิตเวช

2.2 บทบาทที่ปรึกษา พยาบาลจะช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวให้สำรวจปัญหาของตนเอง มองปัญหากระจ่างชัดเจนและหาแนวทางแก้ปัญหาแบบใหม่ ปรับวิธีการคิดใหม่ และสามารถ

แสวงหาแนวทางการช่วยเหลือจากผู้ใกล้ชิดและทีมสุขภาพได้ และจะเลือกตัดสินใจปัญหานั้นๆ ด้วยตนเองในทางที่สร้างสรรค์ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีกำลังใจที่จะต่อสู้และปรับตัวในสถานการณ์ที่เป็นอยู่ให้ดีขึ้น นอกจากนี้พยาบาลต้องให้คำปรึกษาแนะนำแก่สมาชิกในทีมสุขภาพ รวมทั้งแหล่งสนับสนุนในชุมชนต่างๆ ดังนั้นพยาบาลจึงควรทำหน้าที่ดังนี้ คือ การให้การปรึกษาแก่สมาชิกในทีมสุขภาพ แก่ผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน การให้การปรึกษาด้านการจัดบริการในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน การนิเทศและประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรม และทดสอบคุณภาพทางการพยาบาลในการให้บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน เป็นที่ปรึกษาในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน รวมทั้งเป็นที่ปรึกษาในการวิจัยทางการพยาบาล

2.3 บทบาทในการเป็นผู้ให้ความรู้หรือข้อมูล ผู้สอน หรือแนะนำ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้ ที่จะอยู่อย่างเป็นสุข ไม่เป็นภาระของคนอื่น สอนตามความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย นอกจากนั้นพยาบาลยังต้องเป็นผู้ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับแหล่งให้บริการต่างๆ ที่ให้ความช่วยเหลือตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งให้ข้อมูลแก่ชุมชน ซึ่งจะทำให้เกิดความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยได้ ดังนั้นพยาบาลจึงต้องทำหน้าที่ดังนี้ คือ ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และผู้ดูแลในเรื่องการดูแลผู้ป่วย การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ความรู้เรื่องยาและผลข้างเคียงจากยา การให้คำแนะนำเรื่องแหล่งสนับสนุนในชุมชน การติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ศูนย์บริการต่างๆ ที่สามารถในการช่วยเหลือผู้ป่วยได้ รวมทั้งบทบาทการทำตัวเป็นแบบอย่างแก่ผู้ป่วย และผู้ดูแล เช่น การควบคุมอารมณ์ การเผชิญความเครียด เป็นต้น

เคลือบานอฟ (Klebanoff, 1997) ได้สรุปบทบาทของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยในด้านจิตใจและสังคมที่บ้านไว้ว่า พยาบาลควรดำเนินบทบาทการให้การรักษาพยาบาล บทบาทที่ปรึกษาและบทบาทผู้ให้ความรู้หรือข้อมูล โดยต้องมีความรู้ ความสามารถที่จะนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ ให้เป็นไปตามมาตรฐานการดูแลสุขภาพที่บ้าน ซึ่งจากตัวอย่างของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยสหรัฐอเมริกา ได้กำหนดมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสำหรับพยาบาลไว้ดังนี้

มาตรฐานที่ 1 การเตรียมการของแหล่งให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน แหล่งให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านทุกแห่ง ต้องมีการวางแผน เตรียมการ และการจัดการ โดยพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท ซึ่งมีประสบการณ์ในด้านสุขภาพชุมชน และการจัดการ

มาตรฐานที่ 2 ทฤษฎี พยาบาลต้องนำเอาทฤษฎีและแนวคิดต่างๆ มาประยุกต์ใช้เพื่อเป็นพื้นฐานของการตัดสินใจในการปฏิบัติงาน

มาตรฐานที่ 3 การรวบรวมข้อมูล พยาบาลมีการรวบรวมข้อมูลอย่างต่อเนื่อง บันทึกข้อมูลอย่างครบถ้วน ถูกต้องและเป็นระบบ

มาตรฐานที่ 4 การวินิจฉัย พยาบาลใช้ข้อมูลจากการประเมินภาวะสุขภาพมาประกอบในการวินิจฉัยทางการพยาบาล

มาตรฐานที่ 5 การวางแผน พยาบาลวางแผนการดูแล โดยมีวินิจฉัยทางการพยาบาลเป็นพื้นฐานและปรับแผนการดูแลให้เป็นที่ไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยปฏิบัติการพยาบาลด้านการบำบัดรักษา การป้องกันและการฟื้นฟูสมรรถภาพ

มาตรฐานที่ 6 การป้องกัน พยาบาลวางแผนการดูแล โดยมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเป็นพื้นฐานและปรับแผนการดูแลให้เป็นที่ไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยปฏิบัติการพยาบาลด้านการบำบัดรักษา การป้องกัน และการฟื้นฟูสมรรถภาพให้กลับสู่สภาพเดิม

มาตรฐานที่ 7 การประเมินผล พยาบาลต้องประเมินผลความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง และอาจต้องกลับไปรวบรวมข้อมูลอีก เพื่อให้การวินิจฉัยทางการพยาบาลและวางแผนการดูแลอีกครั้ง

มาตรฐานที่ 8 การให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง พยาบาลต้องรับผิดชอบที่จะให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม และไม่ขัดขวางการดูแลสุขภาพให้มีความต่อเนื่อง โดยอาจมีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเฉพาะราย และประสานงานกับแหล่งสนับสนุนในชุมชน

มาตรฐานที่ 9 การร่วมมือระหว่างทีมการรักษา พยาบาลเป็นผู้ริเริ่มและดำเนินงานในด้านการประสานงานกับทีมการรักษาทุกคน เพื่อให้มีการดูแลที่มีประสิทธิภาพกับผู้ป่วย

มาตรฐานที่ 10 การพัฒนาวิชาชีพ พยาบาลเป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบในการพัฒนาวิชาชีพ และมีส่วนในการทำให้วิชาชีพเติบโตขึ้นในทุกด้าน

มาตรฐานที่ 11 การวิจัย พยาบาลมีส่วนร่วมในงานวิจัยที่ทำให้วิชาชีพได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ในการพัฒนาเทคนิคการดูแลสุขภาพที่บ้าน

มาตรฐานที่ 12 จรรยาบรรณ พยาบาลใช้กฎหมายของพยาบาล ซึ่งสร้างโดยสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย เป็นแนวทางในการตัดสินใจ เกี่ยวกับจรรยาบรรณในการปฏิบัติงาน

สำหรับบทบาทของพยาบาลจิตเวชชุมชนในประเทศไทย มีบทบาทที่เด่นๆ อยู่ 4 บทบาทคือ (ฉวีวรรณ สัตถธรรม, 2541)

1. บทบาทการปฏิบัติการพยาบาล เป็นบทบาทของผู้ให้การช่วยเหลือโดยตรง แก่ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน โดยมุ่งการฟื้นฟูและกลับคืนสู่ปกติ โดยผู้รับบริการร่วมหาแนวทางแก้ไขปัญหา และสามารถมองปัญหาได้อย่างรอบด้าน แทนมุ่งการใช้อย่างเดียว โดยมีการประเมิน วางแผน ดำเนินงาน และประเมินผล การให้บริการคือ ด้านการจัดการกับภาวะเจ็บป่วยที่บ้านของผู้ป่วยโดยคำนึงถึงครอบครัว ชุมชน และวัฒนธรรมของท้องถิ่น มีการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ครอบครัว

และชุมชน ที่คืออย่างสม่ำเสมอ ด้านการช่วยเหลือฟื้นฟู เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถพึ่งตนเองได้โดยมีการจัดกิจกรรมให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับตนเองและสังคม และสามารถอยู่ร่วมกับคนอื่นในสังคมได้ รวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการบำบัดรักษา เพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง เหมาะสม และต่อเนื่อง

2. บทบาทการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน รวมทั้งเป็นที่ปรึกษา และถ่ายทอดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพจิตและจิตเวชแก่นักศึกษา หรือนุเคราะห์ในระดับต่างๆที่เกี่ยวข้อง

3. บทบาทผู้บริหารจัดการ เป็นผู้ร่วมวางแผน กำหนดนโยบายการดำเนินงาน ประเมินผลงานการให้บริการ รวมทั้งประสานการร่วมมือระหว่างบุคลากรและองค์กรระดับต่างๆที่เกี่ยวข้อง

4. บทบาทการศึกษาวิจัย เป็นผู้ศึกษาวิจัย ผู้ช่วยวิจัย ผู้ร่วมมือในงานวิจัย เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ในการพัฒนางานพยาบาลจิตเวชชุมชน

เอกอุมา วิเชียรทอง (2545) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ซึ่งผู้เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนจำเป็นต้องอาศัยสมรรถนะในการให้บริการและทักษะเฉพาะด้าน เพื่อทำความเข้าใจและแก้ปัญหาด้านจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนได้อย่างมีคุณภาพ ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านภายใต้กระบวนการขอรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล ของโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา พบว่าพยาบาลต้องมีบทบาทดังนี้คือ

3. แนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเภทแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัคร สาธารณสุข

3.1 แนวคิดการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมถือว่าเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนา เพราะเป็นการส่งเสริมให้ประชาชนเกิดความศรัทธาในตัวเอง(Self Reliance) เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง (Self Confidence) และความรู้สึกเป็นเจ้าของ (Sense of Belonging) ซึ่งการดำเนินงานกิจกรรมต่างๆของชุมชนจะนำไปสู่ความสำเร็จ และมีประสิทธิภาพได้ ด้วยการให้ประชาชนได้มีโอกาสดำเนินการงานต่างๆด้วยตนเองตามหลักประชาธิปไตยของประชาชน

ความสำคัญของแนวคิดการมีส่วนร่วม

จากการดำเนินงานพัฒนาด้านสุขภาพที่ผ่านมา องค์การอนามัยโลก ได้วิเคราะห์ระบบการให้บริการสุขภาพว่า เน้นที่การรักษาโรคมกกว่าการส่งเสริมป้องกันโรค และมีเพียงคนกลุ่มน้อยเท่านั้นที่เข้าถึงบริการทางสุขภาพ เป็นการแก้ไขปัญหาที่ปลายเหตุ ดังนั้นการดำเนินกิจกรรมในลักษณะนี้จึงไม่สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนได้อย่างจริงจัง ไม่ว่าจะลงทุนไปมากเพียงใดก็ตาม トラบเท่าที่ยังไม่สามารถทำให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพของตนเอง โดยเฉพาะกลุ่มคนที่ยากจน หรือกลุ่มคนที่ด้อยโอกาสในสังคม

จากแนวคิดของการสาธารณสุข (Primary Health Care, PHC) ในคำประกาศ “อัลมาตา” (Aluma Ata Declaration) ขององค์การอนามัยโลก ในปี ค.ศ. 1978 ซึ่งแนวคิดหลักที่สำคัญได้แก่ การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) ความครอบคลุมในการจัดบริการแก่ผู้รับบริการ (Universal Coverage) การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม (Appropriate Technology) และการประสานงานระหว่างหน่วยงาน (Intersectional Collaboration) ในแนวคิดของ PHC ที่กล่าวมาทั้งหมดนี้พบว่า แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นแนวคิดที่สำคัญที่สุด เนื่องจากถ้าสามารถทำให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างแท้จริงนั้น หมายถึงการได้เข้ามาแก้ไขปัญหของชุมชน เพราะปัญหาของชุมชนมีลักษณะเป็นองค์รวม เมื่อชุมชนเกิดความมุ่งมั่นขึ้นแล้ว โอกาสที่ชุมชนจะประสานงานกับหน่วยงานอื่น ย่อมมีความเป็นไปได้สูง และเมื่อชุมชนมีส่วนร่วมในการเลือกและดำเนินการแก้ไขปัญหของตนเอง ชุมชนย่อมเลือกเทคโนโลยีที่เหมาะสมสำหรับชุมชนในการแก้ไขปัญหารวมถึงปัญหาที่ชุมชนเลือกนั้นน่าจะสอดคล้องกับความต้องการของคนส่วนใหญ่และเอื้อให้ทุกคนในชุมชนได้เข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียมกัน ดังนั้นแนวคิดการมีส่วนร่วมจึงเป็นแนวคิดที่มีความสำคัญที่สุดจากแนวคิดทั้งหมดนี้ และเป็นหัวใจในความสำเร็จของงาน Primary Health Care

นอกจากนี้ นักวิชาการ นักปฏิบัติการที่มีประสบการณ์ในการทำงาน โครงการพัฒนาต่างๆ ได้ให้เหตุผลถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพ ดังนี้

Rifkin (1990) ได้ให้เหตุผลถึงความจำเป็นที่จะต้องให้ประชาชนมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการดูแลสุขภาพ ดังนี้

1. การเพิ่มเทคโนโลยีทางการแพทย์ไม่สามารถยกระดับสุขภาพของประชาชนได้ดีกว่าการที่ประชาชนได้มีความสามารถดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ในประเทศที่พัฒนาแล้วพบว่าประชาชนส่วนใหญ่มีสุขภาพดีขึ้นจากการป้องกันโรคมกกว่าการรักษาและใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ราคาแพง

2. ถ้าประชาชนที่มีความต้องการใช้บริการด้านสุขภาพ ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนจัดการให้บริการ จะทำให้การจัดบริการนั้นเหมาะสมและตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน เพราะเขาได้มีส่วนร่วมในการพัฒนา

3. การที่ชุมชนได้เป็นเจ้าของในการใช้ และควบคุมทรัพยากรด้วยตนเองจะทำให้ชุมชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ ยอมรับบริการสุขภาพ โดยเฉพาะคนด้อยโอกาสซึ่งเป็นการตัดสินใจในการระดมทรัพยากรที่ดีที่สุดของตนเองเพื่อการดูแลสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น

4. การที่ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจและดำเนินการเกี่ยวกับกิจกรรมที่มีผลต่อชีวิตเขา เป็นพื้นฐานที่ก่อให้เกิดความมั่นใจ และพึ่งตนเองได้

การให้บุคคลหรือชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมขององค์กรหรือหน่วยงานนั้นๆ จะส่งผลให้การทำงานเกิดประสิทธิภาพบรรลุเป้าหมาย เกิดความประหยัด ทรัพยากรการบริหารจัดการ ประหยัดเวลา และเกิดความพึงพอใจของผู้ให้และผู้รับบริการด้วย

การให้ความหมายแนวคิดการมีส่วนร่วม

Oakley & Marsden (1985) กล่าวว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่บุคคลริเริ่มให้ความหมาย และความเป็นตัวของตัวเองในการควบคุมทรัพยากร การออกกระเบียบในสังคมนั้นโดยไม่ควบคุม ถือเป็น การสะท้อนแนวคิดการมีส่วนร่วมในระดับสูง หรืออาจกล่าวได้ว่า การมีส่วนร่วมที่แท้จริงคือ การเป็นหุ้นส่วนกันมีการกระจายอำนาจโดยไม่ครอบงำประชาชน (at the upper levels are partnerships, delegated power and citizen control, which are regarded as “real” form of participation)

Rifkin et al.,(1988) การมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการทางสังคม ซึ่งประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมเกี่ยวข้องในการตัดสินใจและมีความต้องการร่วมกัน ภายใต้สภาพพื้นที่หรือท้องถิ่นเดียวกัน ทำการตัดสินใจและมีความต้องการร่วมกัน ภายใต้สภาพพื้นที่หรือท้องถิ่นเดียวกัน ทำการตัดสินใจและสร้างกลไกในการกำหนดความต้องการร่วมกัน

Oakley (1989) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง กระบวนการทางสังคม ซึ่งประชาชนเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการตัดสินใจของกลุ่มที่มีความต้องการร่วมกันภายใต้สภาพพื้นที่เดียวกัน โดยจะมีการตัดสินใจในการปฏิบัติร่วมกัน รวมถึงการกำหนดความต้องการการมีภาวะผู้นำ การจัดองค์กร การระดมทรัพยากร การระดมทรัพยากร และการจัดการร่วมกัน การแบ่งปันผลประโยชน์และการได้รับผลประโยชน์

ทรงสุดา ไตรปกรณ์กุล (2545) ได้ให้ความหมาย คือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา การตัดสินใจแก้ไขปัญหาด้วยตนเองความสามารถในการใช้และจัดการกับทรัพยากรที่มีอยู่อย่างเหมาะสมเพื่อแก้ไขปัญหา

ตลอดจนสามารถจัดการ ควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ในวิถีชีวิตได้ ดังนั้นการมีส่วนร่วมจึงหมายถึงอำนาจในการตัดสินใจ หรือการสร้างเสริมพลังอำนาจ

สมคิด สันวิจิตร (2548) การมีส่วนร่วม หมายถึง การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา การตัดสินใจแก้ไขปัญหาหารือร่วมกัน นอกจากนี้ยังมีความสามารถในการใช้และจัดการกับทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนอย่างเหมาะสม เพื่อช่วยในการแก้ไขปัญหา ตลอดจนสามารถจัดการ ควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ในวิถีชีวิตได้ รวมทั้งการรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการมีส่วนร่วมนั้นๆ ของชุมชน การที่จะทำให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนานั้นจะต้องมีวิธีการ คือ ต้องให้สมาชิกมีความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกัน สร้างกลุ่มให้เป็นที่ดึงดูดใจของสมาชิกเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ค่านิยม และพฤติกรรมตรงกับพื้นฐานแห่งความดึงดูดของกลุ่ม ความมีชื่อเสียงเกียรติยศของสมาชิกในกลุ่ม ไม่เปลี่ยนแปลงปัจเจกบุคคลหรือส่วนย่อยของกลุ่มที่เบี่ยงเบนไปจากปทัสถานของกลุ่ม และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตามแรงกดดันจากกลุ่ม โดยสร้างสัญญาาร่วมของสมาชิกผู้ต้องการเปลี่ยนแปลง

โดยสรุป แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ประกอบด้วยหลักสำคัญ 3 ประการ คือ

1. ครอบครัวและชุมชนจะต้องมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องในการตัดสินใจ ว่าควรจะทำอะไรและทำอย่างไร
2. ครอบครัวและชุมชนจะต้องให้ความร่วมมือในการกระทำการตัดสินใจนั้น
3. ครอบครัวและชุมชนพึงได้รับประโยชน์จากการมีส่วนร่วมนั้น และสนองความจำเป็นขั้นพื้นฐานของชุมชนนั่นเอง

ดังนั้น จากความหมายการมีส่วนร่วมดังกล่าว ในการศึกษาครั้งนี้ จึงได้ให้ความหมายการมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุข หมายถึง การทำให้ครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขมีความเข้าใจ และมีส่วนร่วมในการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้

การนำแนวคิดการมีส่วนร่วมไปปฏิบัติ

จากความหมายการมีส่วนร่วมที่มีความหลากหลาย ซึ่งส่งผลต่อความหลากหลายในการปฏิบัติตามความเข้าใจ มุมมอง และแนวคิดของปฏิบัติ ในการศึกษาของ Oakey & Maesden (1985) ได้วิเคราะห์การนำแนวคิดการมีส่วนร่วมไปปฏิบัติตามกิจกรรมที่ทำ สรุปได้เป็น 4 ลักษณะ ได้แก่

1. การร่วมมือกัน การบริจาค การช่วยเหลือเกื้อกูล (Collaboration-Input-Sponsorship)
2. การพัฒนาชุมชน (Community Development)

3. การจัดตั้งองค์กร (Empowering)

4. การให้ได้รับอำนาจ (Empowering)

นอกจากนี้ ในการประชุมเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนางานสุขภาพ จัดขึ้นที่กรุงเจนีวา ในปี ค.ศ. 1989 โดยองค์การอนามัยโลก ซึ่งมีตัวแทนจากองค์กรพัฒนาอื่นๆ เข้าร่วมประชุม เพื่อทบทวนการนำแนวคิดการมีส่วนร่วม ไปปฏิบัติในการพัฒนาด้านสุขภาพ และการพัฒนาด้านอื่นๆ พบว่าโดยพื้นฐานการมีส่วนร่วมถูกตีความในการนำไปปฏิบัติ เป็น 3 แนวทาง ดังนี้ (WHO,1991)

1) *การมีส่วนร่วม* คือ การช่วยเหลือ (Participation as Contribution) พบว่ามีอยู่ในโครงการพัฒนาส่วนใหญ่ ซึ่งกิจกรรมมักประกอบด้วย กิจกรรมอาสาสมัครหรือการสนับสนุนเรื่องอื่นๆ ที่ถูกกำหนดมาก่อนการตัดสินใจของประชาชนในกิจกรรมและโครงการ ลักษณะการมีส่วนร่วมแบบนี้ ปรากฏอยู่โดยทั่วไปในโครงการพัฒนาต่างๆ ได้แก่ ด้านสุขภาพ ด้านป่าไม้ ด้านการจัดการแหล่งน้ำ ด้านการพัฒนา โครงการพื้นฐาน และด้านการอนุรักษ์แหล่งทรัพยากรธรรมชาติ ซึ่งเน้นความสำคัญของการมีส่วนร่วมอยู่ที่การสนับสนุนเกลือ การดำเนินงานจึงมักมีรูปแบบอยู่ที่การสนับสนุนด้านวัตถุหรือด้วยกิจกรรมอาสาสมัคร ไม่อย่างใดก็อย่างหนึ่ง

2) *การมีส่วนร่วม* คือ องค์กร (Participation as Organization) เป็นที่ถกเถียงกันมานานว่าในกิจกรรมการพัฒนากุญแจแบบว่า การจัดตั้งองค์กรที่เหมาะสมเป็นพื้นฐานที่นำไปสู่การมีส่วนร่วม โดยมีแนวคิดที่ว่า ถ้าสามารถจัดให้ประชาชนมีองค์กรเกิดขึ้นได้ก็สามารถทำให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาอย่างแน่นอน แต่ในการดำเนินการนั้นก็ยังไม่ชัดเจนว่ารูปแบบของโครงสร้างองค์กรแบบใดที่สามารถทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนได้ ซึ่งต้องขึ้นอยู่กับสถานการณ์ของประเทศหรือท้องถิ่นนั้น

3) *การมีส่วนร่วม* คือ การเสริมพลังอำนาจ (Participation as Empowerment) ได้มีการกล่าวว่า การมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการของการเสริมพลังอำนาจ ซึ่งเป็นแนวคิดที่กำลังเพิ่มความสำคัญและได้รับการสนับสนุนมากขึ้นทุกขณะ การเสริมพลังอำนาจจึงกลายมาเป็นศัพท์ของการพัฒนาหรือการพัฒนา คือ การเสริมพลังอำนาจนั่นเอง อย่างไรก็ตามการมีส่วนร่วมในความหมายนี้เป็นความยากในการกำหนดความหมายที่ชัดเจนบางครั้ง คือ การพัฒนาทักษะและความสามารถของบุคคลให้สามารถจัดการกับสิ่งต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ บางครั้งเป็นเรื่องของอำนาจในการเจรจาต่อรองกับหน่วยงานหรือกลุ่มบุคคล นั่นคือ เป็นการสนับสนุนศักยภาพเพื่อให้เกิดการพัฒนา นอกจากนี้ยังมีความเห็นว่าการสร้างเสริมพลังอำนาจ คือ การนำมาซึ่ง

พื้นฐานและความจำเป็นอย่างยิ่ง ในการทำให้ประชาชนสามารถตัดสินใจ และกระทำในสิ่งที่พวกเขาเชื่อว่าจำเป็นสำหรับการพัฒนาตนเอง

กระบวนการสร้างการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีแนวทางปฏิบัติหลายวิธี นิตย์ ทศนิยม (2545) สามารถจัดเป็นกลุ่มของรูปแบบการปฏิบัติงานได้ดังนี้

1. กลุ่มแรกใช้รูปแบบแนวคิด หรือรูปแบบการปฏิบัติงาน เช่น การทำงานเป็นหุ้นส่วน (Partnership Model) แนวคิดการสร้างจิตสำนึกและรูปแบบการทำงานเชิงรุกเป็นต้น

2. ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research, AR) การวิจัยแบบมีส่วนร่วม (Participation action research, PAR)

3. ใช้รูปแบบของการเรียนรู้ เช่น การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (participatory learning action, PLA ; participatory learning, PL; problem posing learning approach; interactive learning learning through action, ILTA)

4. ใช้เทคนิคเครื่องมือ เช่น เทคนิคการสร้างอนาคตร่วมกัน (Future search conference, FSC) เทคนิค A-I-C (Appreciation-Influence-Control) การประเมินชุมชนแบบมีส่วนร่วม (Participatory rural appraisal, PRA) การสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) รูปแบบที่ได้รับความนิยมมาก 2 กระบวนการคือ กระบวนการ A-I-C และกระบวนการสร้างพลังอำนาจ (นิตยา เพ็ญศิริรักษา, 2543)

การสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมแบบ A-I-C มีหลักการดังนี้ คือ เป็นหลักการที่นำมาใช้ระดมพลังสร้างสรรค์ เพื่อการพัฒนาบุคคล กลุ่มคน องค์กร ชุมชน และสังคม ได้แก่ ความพยายามและการควบคุมจัดการ (Control) คือ การมุ่งมั่น ผูกพันและรับผิดชอบที่จะปฏิบัติการกิจซึ่งอยู่ในความควบคุมของตนเองให้ดำเนินไปด้วยดีจนประสบความสำเร็จ รวมทั้งรู้จักวางแผน จัดระบบ จัดคน จัดทรัพยากร สร้างกำลังใจ สร้างความร่วมมือ ประสานงาน ควบคุมการปฏิบัติงานและการติดตามประเมินผล

กระบวนการ A-I-C คือ กระบวนการประชุมที่มีวิธีการ และขั้นตอนที่เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้มีโอกาสสื่อสารแลกเปลี่ยนความรู้ และประสบการณ์ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งจะทำให้เกิดความเข้าใจถึงสภาพปัญหา ข้อจำกัด ความต้องการ และศักยภาพของผู้เกี่ยวข้องต่างๆ เป็นกระบวนการประชุมเพื่อระดมสมองเพื่อแก้ไขปัญหา และแนวทางในการพัฒนาในเชิงสร้างสรรค์ เมื่อดำเนินการถูกต้องตามขั้นตอน ผลการประชุมนี้จะมาจากความคิดของผู้เข้าร่วมประชุมทุกคน (อรพิน สพโชคชัย, 2537) โดยวิธีการและเทคนิคคือ (ประเวศ วะสี และไพบูลย์ วัฒนศิริธรรม, ม.ป.ป.) เชิญคนที่เกี่ยวข้องต่อเรื่องนั้นๆมาประชุมเชิงปฏิบัติการแล้วดำเนินการใน 3 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 A = Appreciation คือ พลังความรักและความซาบซึ้ง ความเข้าใจ การมีความรัก ความปรารถนาดีต่อบุคคล องค์กร ชุมชน สังคมและสิ่งต่างๆที่อยู่รอบตัวเรา การทำให้ทุกคนยอมรับและชื่นชมคนอื่น โดยไม่ไม่แสดงความรู้สึกหรือแสดงการต่อต้านหรือวิพากษ์วิจารณ์ ในขั้นตอนนี้ทุกคนจะมีโอกาสแสดงออกอย่างทัดเทียมกัน ด้วยภาพเขียน ข้อเขียน และคำพูด ว่าเขาเห็นสถานการณ์ในปัจจุบันเป็นอย่างไร และกำหนดภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์ว่าต้องการให้เกิดการแก้ปัญหาในทิศทางใด ซึ่งจะทำให้ทุกคนได้มีโอกาส ใช้ทั้งข้อเท็จจริง เหตุผล และความรู้สึกตลอดจนการแสดงออกในลักษณะต่างๆตามความเป็นจริง

ขั้นตอนที่ 2 I=Influence คือ การใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ที่แต่ละคนมีอยู่มาช่วยกันคิดหาวิธีการสำคัญ คิดหาโครงการ หรือกิจกรรมที่สามารถพัฒนางานสุขภาพจิตตามเป้าหมายที่วางไว้ ที่จะกำหนดให้ทุกคนบรรลุความมุ่งหวัง หรืออุดมการณ์ของกลุ่มนั้น ในขั้นนี้ทุกคนยังมีโอกาสทัดเทียมกันที่จะให้ข้อคิดเห็นว่า วิธีการสำคัญที่จะทำให้บรรลุความมุ่งหวังน่าจะประกอบไปด้วยอะไรบ้าง

ขั้นที่ 3 C=Control คือพลังความพยายามและการควบคุมจัดการมุ่งมั่น ผูกพัน และรับผิดชอบที่จะปฏิบัติภารกิจซึ่งอยู่ในความควบคุมของตนเองให้ดำเนินไปด้วยดีจนประสบความสำเร็จ รวมทั้งรู้จักวางแผนจัดระบบ จัดคน จัดทรัพยากร สร้างกำลังใจ สร้างความร่วมมือประสานงาน ควบคุมการปฏิบัติงาน และการติดตามประเมินผล โดยมีการนำเอาวิธีการสำคัญมากำหนดเป็นแผนปฏิบัติการ (Action Plan) อย่างละเอียดว่าจะทำอะไร มีหลักการและเหตุผลอย่างไร มีเป้าหมายอย่างไรใครรับผิดชอบเป็นหลัก ใครต้องให้ความร่วมมือ จะต้องใช้งบประมาณค่าใช้จ่ายเท่าไรจากแหล่งใด ในขั้นนี้สมาชิกแต่ละคนจะต้องเลือกเอาว่า สมัครงใจจะเป็นผู้รับผิดชอบหลักเรื่องใด ใครจะให้ความร่วมมือเรื่องใด ใครจะเป็นผู้ร่วมคิดแผนปฏิบัติการข้อใด การกำหนดข้อผูกพัน (Commitment) ให้ตนเอง เพื่อควบคุม(control) ให้เกิดการกระทำอันจะนำไปสู่การบรรลุที่เป็นเป้าหมาย หรืออุดมการณ์ร่วมกันในที่สุด

ปัจจัยที่ทำให้การประชุมที่ช่วยให้การประชุม A-I-C ประสบความสำเร็จได้ (ประเวช ฐิติ,2541) คือ

1. การจัดประชุม A-I-C จะต้องไม่ดำเนินการข้ามขั้นตอน สลับขั้นตอน เน้นการระดมพลังความคิดเพื่อการพัฒนาอย่างสร้างสรรค์ ให้ความสำคัญกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ เน้นการสร้างความรัก ความเมตตา และความเป็นมิตร
2. มีการศึกษาและเตรียมชุมชน เพื่อให้เข้าใจสภาพของหมู่บ้าน และความสำคัญของกลุ่มต่างๆ ในหมู่บ้าน การเตรียมชุมชนจะทำให้ชาวบ้านเข้าใจถึงความสำคัญในการที่จะเข้าร่วมประชุม

3. ผู้นำการประชุมที่เข้าใจขั้นตอนของกระบวนการ A-I-C และมีทักษะในการประชุม มีไหวพริบในการแก้ปัญหา และสถานการณ์เฉพาะหน้า สามารถไกล่เกลี่ย และประนีประนอมข้อขัดแย้งของผู้เข้าร่วมประชุมที่อาจจะเกิดขึ้นดังนี้

ศิริวรรณ เพียรสุข และคณะ (2542) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ผลการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระบบและวิธีการดูแลผู้ป่วยโรคจิตของประชาชนในชุมชน และเพื่อศึกษาผลการพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน โดยวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ โดยนำหลักการระดมพลังสร้างสรรค์ A-I-C ซึ่งเป็นหลักการประชุมที่ระดมสมอง เพื่อแก้ไขปัญหา และหาแนวทางในการพัฒนาเชิงสร้างสรรค์ มีวิธีการและขั้นตอนที่เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุม ประชากรเป้าหมาย คือ ประชาชนในชุมชนที่มีผู้ป่วยจิตเวชที่เคยเข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จำนวน 3 ชุมชน คือ อำเภอวารินชำราบ อำเภอดอนมดแดง และอำเภอเหล่าเสือโก้ก ผลการศึกษาพบว่า ทำให้ประชาชนได้รูปแบบในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตทั้งกาย ใจ สังคมในชุมชน โดยชุมชนทั้ง 3 ชุมชน และได้รูปแบบในการจัดกิจกรรม เพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน รวมทั้ง ทักษะและความพร้อมของประชาชนในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยโรคจิตก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนความพึงพอใจในการร่วมประชุมระดมสมองพบว่ามีค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

กนกพร แก้วเที่ยงและคณะ (2545) ได้ทำการศึกษา การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อสร้างเครือข่ายในชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้ครอบครัว ชุมชน และเครือข่ายในชุมชน มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ทำการศึกษาโดยใช้หลักการ A-I-C ดำเนินการปฏิบัติการในชุมชน ผลการศึกษาพบว่า แกนนำชุมชน ชาวบ้าน และญาติผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ผู้เข้าร่วมในชุมชนมีความพอใจในกิจกรรมมาก มีความพร้อมที่จะดูแลผู้ป่วยมีความมุ่งหวังต่อผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนเชิงบวกมากขึ้น

จากงานวิจัยดังกล่าวจะเห็นได้ว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ที่สามารถช่วยเหลือให้ผู้ป่วย อาการดีขึ้น และสามารถอยู่ร่วมกับคนอื่นๆในชุมชนได้ดี มีทั้งหลักการระดมพลังสร้างสรรค์ A-I-C ซึ่งเป็นหลักการประชุมที่ระดมพลังเพื่อแก้ไขปัญหา และแนวทางในการพัฒนาเชิงสร้างสรรค์ จัดกิจกรรมมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิต และการใช้การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนครบทุกชั้น รวมทั้งการใช้ แผนการสอนที่สร้างขึ้น โดยใช้หลักการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม ซึ่งประกอบด้วยแผนการสอน 4 แผนซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับ ความคิดเห็นของชุมชนที่มีต่อผู้ป่วยโรคจิตและญาติ โรคจิตและการรักษา ชุมชน

จะช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตและญาติได้อย่างไร และระบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตครบวงจร ซึ่งจะเห็นว่าทั้ง ตัวผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล ประชาชนในชุมชน รวมทั้งเจ้าหน้าที่ที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยมีบทบาทที่จะต้องร่วมมือกัน ร่วมคิด ร่วมวางแผนแก้ปัญหา สร้างทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย รวมทั้งต้องมีความพร้อมในด้านความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย โดยเจ้าหน้าที่จะต้องเป็นผู้เตรียมความพร้อมให้ จนชุมชนมีความเข้มแข็งสามารถดูแลช่วยเหลือกันได้เอง และลดการพึ่งพาหน่วยงานของรัฐให้น้อยที่สุดรวมทั้งต้องมีระบบในการดูแลผู้ป่วยอย่างชัดเจน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุข โดยใช้เทคนิคการประชุมแบบระดมพลังสร้างสรรค์ A-I-C ภายใต้แนวคิดที่ว่า คนในชุมชนต้องมีความรัก ความปรารถนาดีต่อกัน การร่วมคิดวางแผนการด้วยความเป็นมิตร ให้เกียรติ และปรารถนาดีต่อกัน มีความมุ่งมั่น ผูกพัน และรับผิดชอบภารกิจที่อยู่ในการควบคุมดูแลตนให้สำเร็จ และต้องมีการพัฒนาศักยภาพของคนในชุมชนให้มีความรู้ความสามารถ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งความรู้ ทัศนคติ ความรู้สึก และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนได้

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน

ระบบการบริการสุขภาพจิตในปัจจุบัน เน้นการรักษาพยาบาลผู้ชุมชนมากขึ้นด้วยความเชื่อที่ว่า ผู้ป่วยไม่ควรแยกออกไปจากครอบครัว เพื่อนและแหล่งช่วยเหลืออื่นๆ ในชุมชนของเขา โดยเฉพาะครอบครัวเป็นแหล่งสำคัญในการพัฒนาและรักษาความผิดปกติทางจิตใจ ประกอบกับยาด้านโรคจิตในปัจจุบัน สามารถควบคุมอาการผิดปกติทางจิตใจได้ดี ทำให้ช่วงเวลาของการรักษาในโรงพยาบาลนั้นสั้นลง ผู้ป่วยสามารถกลับไปอยู่ในชุมชนได้รวดเร็วขึ้น ผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ยังมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำและต้องการการฟื้นฟูสมรรถภาพ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541) การแก้ไขปัญหสุขภาพจิตในชุมชนเป็นระบบการรักษาสุขภาพระดับปฐมภูมิ ที่ต้องทำให้การดูแลครอบคลุมตั้งแต่ การป้องกัน การรักษา การฟื้นฟูและต้องดูแลระยะยาว มีระบบการดูแลวิธีการดูแล แนวคิดและงานวิจัยในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ประกอบด้วย

1.1 ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน แบ่งเป็น 3 ระบบดังนี้

1.1.1 การป้องกัน (Prevention) ซึ่งประกอบด้วย Universal prevention หมายถึง การป้องกัน และรวมถึงการส่งเสริมสุขภาพจิต (Mental health promotion) โดยมีประชาชนทั่วไปทั้งหมดเป็นเป้าหมาย Selective prevention หมายถึง การป้องกันแนวทางต่างๆ กับประชากร

กลุ่มเป้าหมาย เป็นรายบุคคลหรือกลุ่มย่อยที่มีความเสี่ยงต่อโรคทางจิตเวชมากกว่าประชากรทั่วไป เป้าหมายกลุ่มเสี่ยงสูงในชุมชน และ Indicated prevention หมายถึง การป้องกันบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการป่วยเป็นโรคจิตเวช อาจเป็นผู้ที่เริ่มมีอาการทางจิตเล็กน้อยแต่ยังไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเวช กลุ่มเป้าหมายคือประชากรที่เริ่มจะมีอาการแสดงทางจิตเวชแล้ว แต่ยังไม่ถึงระดับที่จะเรียกว่าป่วยเป็นโรค เช่นผู้ที่เริ่มมีอาการซึมเศร้า หรือวิตกกังวล แต่อาการยังไม่รุนแรงพอที่จะวินิจฉัยว่าป่วย

1.1.2 การรักษา (Treatment) ซึ่งประกอบด้วย การค้นหาผู้ป่วย (Case identification) การวินิจฉัยที่เร็วตั้งแต่เริ่มมีอาการและนำไปสู่การรักษาที่ได้มาตรฐานและทันเวลาที่ จะทำให้ผลการรักษาดี การให้การรักษาทันทีที่พบผู้ป่วย (early treatment) เพื่อแก้ปัญหาเร่งด่วนของผู้ป่วยเช่น อาการก้าวร้าว การพยายามฆ่าตัวตาย และการรักษาตามมาตรฐาน (standard treatment)

1.1.3 การรักษาต่อเนื่อง (Continuing care) ซึ่งประกอบด้วยให้ผู้ป่วยมาติดตามผลการรักษาอย่างสม่ำเสมอและการป้องกันการกลับซ้ำ การฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งถือว่าเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวและสังคมได้ โดยถือว่าผู้ป่วยทางจิตเกิดจากความบกพร่องของการทำงานของสารสื่อประสาทในสมอง ดังนั้นเมื่อรักษาแล้วต้องมีการฟื้นฟูเหมือนกับโรคที่เกิดความบกพร่องของร่างกาย เช่น แขนขาพิการหรืออ่อนแรง เป็นต้น

1.2 วิธีการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ดังนี้

1.2.1 การให้การดูแลต่อเนืองที่บ้าน (Home Care Services) โดยใช้การดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมที่อาจก่อปัญหา เพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุภาพขึ้น โดยผ่านผู้จัดการรายกรณี (Case manager) (พรทิพย์ วชิรดิถก และคณะ, 2549) หลังจากการดูแลในโรงพยาบาลแล้ว เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือเข้าสู่ระบบการรักษาเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น นอกจากนี้จากการศึกษาของเพลินพิศ จันทศักดิ์ และคณะ (2539) ในเรื่องการให้ความรู้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน พบว่าผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ แต่ถ้ามีการใช้คู่มือก็มีความยากในการทำความเข้าใจ

1.2.2 การให้การดูแลในชุมชน (Community Programs) รูปแบบการดูแลในชุมชนที่จะได้ผลต้องสามารถประเมินอาการผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว รวมทั้งต้องมีการดูแลที่สามารถส่งเสริมการทำหน้าที่สังคมและอาชีพของผู้ป่วยด้วย จึงจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติ เป็นการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชนเกี่ยวกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา รวมทั้งการติดตามอาการเปลี่ยนแปลง ให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของตนเอง และการได้รับการรักษาที่เหมาะสม Olofson (1990); cited in Kay (1998) และแนวทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ คำนี้ถึงสาเหตุสำคัญของการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา 3 ปัจจัย คือ

ฤทธิ์ข้างเคียงจากยา การขาดความรู้และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ Forman (1993) และในประเทศไทยจากการศึกษาของ ศิริวรรณ เพียรสุข และคณะ (2543) โดยใช้การมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยผ่านการวางแผนอย่างมีส่วนร่วม (AIC) จากผู้ดูแลและผู้นำในชุมชน ได้ช่วยให้ชุมชนมีความพร้อมและทัศนคติต่อการดูแลในชุมชนดีขึ้น เช่นเดียวกับ สนาม บินชัย (2542) ใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน ช่วยในการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท พบว่า ช่วยญาติมีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยถูกต้องเพิ่มขึ้น

1.2.3 การดูแลแบบครอบครัว ที่มีความเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาล บ้านและในชุมชน โดยใช้ระบบเครือข่าย (Net Work) โดยหลักการคือ ครอบครัวและสังคมจะยอมรับผู้ป่วยให้ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วยความสบายใจในชุมชนได้ ต้องมีศูนย์ใกล้บ้าน ให้บริการต่างๆ ที่ช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งในด้านคุณภาพและสังคม การดูแลแบบครอบครัวได้มีการพัฒนาเครือข่ายระบบการส่งต่องาน โดยมีศูนย์ประสานงานสุขภาพจิตในโรงพยาบาล โดยมีผู้เฝ้าติดตามผู้ป่วยเมื่อกลับสู่ชุมชนโดยผ่านระบบการรักษาและเครือข่ายการดูแลสุขภาพตามสายงาน โดยผู้ที่ดูแลใกล้ชิดในชุมชนเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งดูแลการพยาบาลเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยและเฝ้าระวังส่งต่อการรักษานอกจากนี้

1.2.4 แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัว (Psycho educational Family Intervention Model) รูปแบบการให้บริการจึงจัดในรูปของโปรแกรมการให้ความรู้กับครอบครัวที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรัง ทั้งขณะเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล และเมื่อกลับสู่ครอบครัวและชุมชน เป็นการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษา โดยมีแนวคิดว่าการแสดงอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัว (Expressed Emotion) มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยมุ่งเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับลักษณะของโรคจิตเภท สาเหตุของโรค การรักษาและการพยากรณ์โรคแก่ครอบครัว การฝึกทักษะเกี่ยวกับแก้ปัญหา การอยู่ในสังคม การติดต่อสื่อสารแก่ครอบครัว รวมทั้งการควบคุมบำบัด อย่างไรก็ตามจะเห็นได้ว่า รูปแบบการให้บริการจะมุ่งผลการช่วยเหลือไปที่ผู้ป่วยอย่างเดียว โดยไม่ได้ให้ความสำคัญกับสภาพความเป็นอยู่และความต้องการของครอบครัว ดังนั้นครอบครัวยังอาจได้รับการดำเนินซ้ำ หากผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำอีก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kay (1998) กล่าวว่า วิธีการให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท เพื่อวางแผนเพิ่มการปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา และวิธีการเผชิญความเครียด ร่วมกับการสนับสนุนจากทีมสุขภาพจิต เป็นวิธีการหนึ่งซึ่งช่วยให้ญาติผู้ป่วยมีความรู้ความสามารถในการดูแลส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาดีขึ้น ลดการกลับเป็นซ้ำนอกจากนั้น วิธีการสอนที่ปฏิบัติในกลุ่มครอบครัวที่มีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จะทำให้แต่ละครอบครัวมีเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหาจะทำให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

สำหรับในประเทศไทยจากการศึกษา พบว่า ในปัจจุบัน โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต ดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน เน้นการสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ซึ่งเป็นการสร้างแบบในการให้บริการการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน เพื่อให้เกิดกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว ให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับผู้ให้บริการสุขภาพระดับ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และสถานีนามัย ใช้การติดต่อประสานงานระหว่างโรงพยาบาลจิตเวชกับสถานีนามัย โดยใช้ระบบการส่งต่อ และการติดต่อสื่อสาร

1.3 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน มีความเกี่ยวข้องกับเครือข่ายการให้บริการ ได้แก่ การดำเนินการระหว่างครอบครัว ชุมชนและหน่วยงาน ระบบการส่งต่อการติดต่อสื่อสารและการบำบัดรักษาในชุมชน โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.3.1 การดำเนินการระหว่างครอบครัว ชุมชน และหน่วยงาน หรือองค์กรต่างๆ
ครอบครัวมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและการปรับตัวของผู้ป่วย รวมทั้งมีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน เพราะถือว่าครอบครัวเป็นเครือข่ายที่สำคัญ ที่เชื่อมโยงการดูแลรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลไปสู่ผู้ป่วยได้โดยตรงและดีที่สุด การสนับสนุนส่งเสริมให้ครอบครัว ชุมชน หน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพที่บ้าน จะต้องอาศัยความร่วมมือและการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพ จึงจะสามารถนำแหล่งประโยชน์สูงสุดมาใช้กับผู้ป่วย ทั้งยังมีผลทางอ้อมในการช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่กลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลประหยัดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลและของรัฐได้อีกทางหนึ่งด้วย (ทัศนีย์ อนันต์พันธุ์พงศ์, 2540)

1.3.2 ระบบการส่งต่อผู้ป่วยเป็นเครื่องมือที่สำคัญ ในการดำเนินการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน เพื่อนำผู้ป่วยที่พร้อมจะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับไปยังชุมชนทั้งยังช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง และต่อเนื่องจากหน่วยบริการสาธารณสุข หมู่บ้าน ตำบล ได้แก่ อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน และสถานีนามัยไปยังหน่วยบริการสาธารณสุขในระดับอำเภอหรือจังหวัดตามลำดับ หรือในทางกลับกันจะเป็นการส่งผู้ป่วยที่มีอาการทุเลาแล้วจากระดับจังหวัดหรือระดับอำเภอมายังหน่วยบริการสาธารณสุขในระดับตำบล หมู่บ้าน โดยต้องส่งข้อมูลของผู้ป่วยและข้อมูลการรักษามาร่วมผู้ป่วยด้วย จะช่วยให้ผู้ให้บริการสุขภาพได้ทราบประวัติของผู้ป่วย และสามารถให้การดูแลรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วยได้เร็วขึ้น ทำให้ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ทั้งนี้ผู้ให้บริการสุขภาพจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และขั้นตอน ในการส่งต่อผู้ป่วยอย่างดี รวมถึงต้องมีการประสานงานที่ดีทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน

1.3.3 การติดต่อสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยจะใช้วิธีการติดต่อโดยผ่านทางโทรศัพท์ ไปรษณีย์ วิทยุสื่อสารของสถานีอนามัย การติดต่อสื่อสารจึงเป็นองค์ประกอบหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชนเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนข่าวสารข้อมูลซึ่งกันและกันอันจะเป็นประโยชน์ในการรักษาพยาบาลจะเห็นได้ว่าการติดต่อสื่อสารที่นำมาใช้ในการดำเนินงาน การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนมีหลายวิธี ผู้ใช้จะเลือกใช้แต่ละวิธีให้เหมาะสมกับงานทั้งนี้เพื่อให้เกิดความรวดเร็วในการแลกเปลี่ยนข่าวสารข้อมูลระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวกับผู้ให้บริการสุขภาพและทีมสุขภาพศูนย์ สุขภาพชุมชนแสนสุข เมื่อมีปัญหาฉุกเฉินจะช่วยลดอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้

1.3.4 การบำบัดรักษาในชุมชน เมื่อผู้ป่วยอาการทางจิตดีขึ้น และแพทย์จำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน บุคลากรสาธารณสุขที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดขณะที่ผู้ป่วยอยู่บ้าน จึงมีบทบาทที่สำคัญ ที่จะช่วยดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถอยู่ในชุมชนได้นานที่สุด ไม่ต้องเกิดอาการกำเริบซ้ำบ่อย ๆ ดังนี้

1) *ตรวจสภาพจิตและประเมินทางกาย ทางจิตใจ และสังคม* ตลอดจนประเมินแบบแผนการนอน การดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ว่ามีความผิดปกติหรือไม่และการให้ความช่วยเหลือ โดยการให้คำแนะนำการปฏิบัติตนเบื้องต้น

2) *สังเกตอาการ จากการรักษาประทุกันยาโรคจิต* เช่น ขณะที่ผู้ป่วยรับประทานสามารถควบคุมอาการของผู้ป่วยได้หรือไม่ มีอาการข้างเคียงจากยาที่รักษา เช่น ตัวแข็ง ลิ้นแข็ง ตาเหลือง ค้าง เป็นต้น ตลอดจนการสอบถามการรับประทานยาของผู้ป่วยถึงความร่วมมือในการรักษาและรับประทานอย่างต่อเนื่อง

3) *ประเมินปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการทางจิตกำเริบได้* เช่น HI EE (High Express Emotion) ของคนในครอบครัว (ได้แก่ การวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วย รู้สึกไม่เป็นมิตรและเข้าไปยุ่งเกี่ยวหรือคอยกำกับดูแลผู้ป่วยมากขึ้น) ครอบครัวมีปัจจัยเครียดที่เป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยอาการกำเริบ ผู้ป่วยเสพลิงเสพลิด เพราะอาจทำให้อาการของโรคจิตกำเริบได้

4) *ส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ* ช่วยครอบครัว เช่น การหุงอาหาร ทำความสะอาดบ้าน การประกอบอาชีพตามความสามารถของผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยร่วมงานสังคมในหมู่บ้าน สิ่งเหล่านี้ล้วนช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการจิตดีขึ้น

5) *ให้บริการศึกษา* ให้แก่ผู้ป่วยและญาติในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการที่ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน

6) สังเกตอาการเตือนล่วงหน้าที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและประเมินการปฏิบัติตนและรับประทานยาของผู้ป่วย เพื่อทราบสาเหตุของอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจะได้ให้การช่วยเหลือตามความเหมาะสมที่สอดคล้องกับปัญหา

7) ส่งต่อผู้ป่วยให้กับเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในชุมชนดูแลอย่างต่อเนื่อง เช่น อสม. ผู้นำชุมชน แลประสานงานกับบุคลากรสาธารณสุข หากมีปัญหาเกินขีดความสามารถของ อสม. หรือผู้นำชุมชนจะช่วยเหลือได้

8) บอกช่องทางให้แก่ผู้ป่วย และญาติในการติดต่อบุคลากรสาธารณสุขใกล้บ้าน ในกรณีมีปัญหาเร่งด่วน เพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันทันที

9) ประสานงานกับเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในระดับเหนือกว่าเพื่อปรึกษาแนวทางการรักษาผู้ป่วย หรือเพื่อส่งต่อผู้ป่วยในกรณีมีปัญหา

10) ให้กำลังใจ หรือแรงเสริมทางบวก แก่ผู้ป่วยและญาติ ในกรณีที่สามารถปฏิบัติตามตามแนวทางการรักษาได้เป็นอย่างดี

11) ให้ความรู้และทักษะในการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

12) แสวงหาแหล่งสนับสนุนในชุมชนเพื่อการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชน

13) ให้ความรู้เรื่องโรค การรักษา และการปฏิบัติตนขณะอยู่ที่บ้านให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวและความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

14) ให้กำลังใจ เป็นที่ปรึกษา และคลายเครียดให้แก่ญาติกรณีที่มีญาติเบื่อหน่าย ท้อแท้ ในการดูแลผู้ป่วย

15) จัดให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย โรคจิตเภทระหว่างญาติผู้ป่วยโรคจิตด้วยกัน

การบริการสุขภาพจิตในปัจจุบัน เน้นการรักษาพยาบาลสู่ชุมชนมากขึ้นการทำงานต้องคำนึงถึงปัจจัยทางสังคม การเมืองและเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดการดูแลสุขภาพจิตชุมชน ซึ่งมาจากความเชื่อว่า ผู้ป่วยไม่ควรแยกออกไปจากครอบครัว เพื่อนและแหล่งช่วยเหลืออื่นๆ ของเขา โดยเฉพาะครอบครัวเป็นแหล่งสำคัญในการพัฒนาและรักษาความผิดปกติทางจิตได้ ทำให้ช่วงเวลาของการรักษาในโรงพยาบาลสั้นลง ผู้ป่วยสามารถกลับไปอยู่ในชุมชนได้เร็วขึ้น

การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทต่อเนื่องในชุมชน หลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง โดยจะเน้นที่บทบาทของครอบครัวและชุมชน ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยในช่วงนี้ โดยครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วยรวมทั้งชุมชนควรได้รับการสร้างเสริมศักยภาพ เพื่อให้เกิดการยอมรับ และให้ความร่วมมือและ

ปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างเหมาะสมเพื่อช่วยลดความกังวลใจ ในการดูแลและแก้ปัญหาของผู้ป่วยและญาติ รวมถึงชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัย การส่งเสริม พัฒนา สมรรถภาพผู้ป่วยให้มีทักษะในการดำเนินชีวิตประจำวัน การอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคม ความสามารถในการดูแลตัวเองของผู้ป่วยซึ่งมีครอบครัวคอยให้การสนับสนุน ตลอดจนการประสานกับหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งแหล่งประโยชน์ในชุมชน ตามความต้องการและปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว อย่างเหมาะสมตามบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในชุมชนได้อย่างปลอดภัยและมีความสุขตามอัตภาพ

ดังนั้น การติดตามผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน จึงมีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว เพราะการรักษาพยาบาลในระยะนี้จะเน้นครอบครัวและชุมชน การฟื้นฟูสมรรถภาพหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จึงเป็นหน้าที่ของญาติหรือผู้ดูแล ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยในช่วงนี้ ครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือให้มีวิธีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยเพื่อช่วยลดความสับสน ความกังวลใจในการดูแล และแก้ปัญหาของผู้ป่วยและญาติ รวมถึงการส่งเสริม พัฒนา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยให้มีทักษะในการดำเนินชีวิตประจำวัน การอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคม การดูแลตนเองโดยมีครอบครัวคอยให้การสนับสนุน ตลอดจนการประสานกับหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งแหล่งประโยชน์เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ตามความต้องการและปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวให้เหมาะสมตามบริบทของผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ต่อเนื่องในรูปแบบผู้ป่วยนอกและสามารถอยู่ในชุมชนได้ยาวนานอย่างมีความสุขตามอัตภาพ โดยผู้ป่วยควรได้รับคำแนะนำและการช่วยเหลือหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ให้ครอบครัวรวมทั้งในด้านการดูแลกิจวัตรประจำวันและการประทับประคองด้านอารมณ์และจิตใจ ในสถานการณ์จริงพบว่า ด้านบุคลากรมีข้อจำกัดในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย ดังนั้นในการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อการดูแลผู้ป่วยให้สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านโดยครอบครัว

การดูแลโดยครอบครัวหมายถึง การดูแลผู้ป่วยโดยสมาชิกในครอบครัว ซึ่งอาจมีความสัมพันธ์กันทางสายเลือด เช่น พ่อ แม่ ลูก หรือ มีความสัมพันธ์กันทางกฎหมาย เช่น สามี ภรรยา บุตรบุญธรรม โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านโดยครอบครัว หมายถึงการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกิจกรรมต่างๆ โดยอาศัยผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกครอบครัว ซึ่งบุคคลนั้นๆ ไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ

สรุป การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านหมายถึงกระบวนการสำคัญที่ช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยเน้นให้ครอบครัวเป็นแกนหลักในการให้การดูแลผู้ป่วยโดยมีบุคลากรทางการแพทย์

เป็นผู้ให้การสนับสนุนช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ดูแลได้มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยโดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข

จากความหมายดังกล่าว ครอบครัวจึงถือได้ว่าเป็นสถาบันหลักที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน โดยทั่วไปจะเน้นการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถอยู่ร่วมกันได้ดี ลดการกลับเป็นซ้ำ ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข มีคุณค่า ปฏิบัติอาชีพการงานได้ (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2549) การให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาสามารถลดภาระการดูแลของผู้ดูแล ตลอดจนทำให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนได้นานขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง การอยู่โรงพยาบาลนานทำให้ผู้ป่วยขาดความคิดริเริ่ม ไม่สนใจกับสังคม ปรับตัวไม่เหมาะสมและบุคลิกภาพเสื่อมถอย รวมทั้งสัมพันธภาพของผู้ป่วยกับครอบครัวก็ห่างเหินกันไป เมื่อกลับไปอยู่บ้านทำให้ปรับตัวได้ยาก (โรงพยาบาลมะการักษ์, 2550) การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน โดยผู้ดูแลเป็นผู้ช่วยเหลือระดับประจักษ์นับเป็นกระบวนการสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภท ที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทักษะในการปรับตัวและสามารถดูแลตนเองได้ ตลอดจนสามารถใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นในชุมชนได้อย่างปกติสุข (จิติเจริญสรรพ, 2551) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชเป็นการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยโรคจิตเวชให้สามารถใช้ศักยภาพที่ตนเองมีอยู่ให้มากที่สุด หรือลดความบกพร่องความพิการให้เหลือน้อยที่สุด หรือหมดไปโดยมีจุดหมายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วยเป็นโรคทางจิตเวชได้กลับคืนสู่ภาวะปกติ หรือใกล้เคียงปกติ (ผ่อง อนันตริยเวช, วรรณภา พลอยเกลื่อน, จันทนา บุญคล้าย, 2548)

การดูแลเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล โดยบุคคลหนึ่งรับบทบาทเป็นผู้ดูแล และอีกคนหนึ่งรับบทบาทเป็นผู้รับการดูแล นอกเหนือจากการดูแลที่พบได้บ่อยในระบบบริการด้านสุขภาพแล้ว การดูแลส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นระหว่างบุคคลที่เป็นเครือญาติภายในครอบครัว ได้มีผู้ให้ความหมายของคำว่าญาติผู้ดูแลและการดูแลไว้ดังนี้ คือ

เดวิส (Davis อ้างใน จินตนา แวสวัตต์, 2546) ได้อธิบายความหมายของคำว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วย (family caregiver) ไว้ว่าญาติผู้ดูแลหมายถึงบุคคลที่ทำหน้าที่ให้การดูแลช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่บ้าน โดยญาติผู้ดูแลมีลักษณะสำคัญ ดังนี้

1. ญาติหรือบุคคลที่มีสัมพันธภาพเป็นคู่สมรส บิดา มารดา บุตร พี่น้อง เพื่อนหรือบุคคลสำคัญในชีวิตของผู้ป่วย

2. เป็นผู้ที่ได้รับการดูแลช่วยเหลือแก่ผู้รับการดูแล (care receiver) ซึ่งเป็นบุคคลที่มีภาวะการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรค ความพิการ หรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพด้านร่างกาย จิตใจ รวมทั้งอารมณ์และสติปัญญา การรู้จัก ตัดสินใจต่างๆ ที่มีผลทำให้เกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือ ก่อให้เกิดความต้องการ การดูแลและการบำบัดรักษาที่เฉพาะ

3. มุ่งเน้นเฉพาะการให้ความดูแลช่วยเหลือ โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล

4. สถานการณ์ในการให้ความดูแลช่วยเหลือเกิดขึ้นที่บ้าน หรือชุมชนแหล่งอาศัย มัลลิกา สิงหสุริยะ (2547) อธิบายว่าญาติผู้ดูแล (family caregiver) เป็นสมาชิกในครอบครัวที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มผู้ให้การดูแลที่ไม่เป็นทางการ (informal caregiver) ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วย เช่น เป็นคู่สมรส บุตร ญาติพี่น้อง เป็นต้น

ความเอื้ออาทรที่เกิดขึ้นในชุมชน การยอมรับของคนในชุมชน การให้โอกาสผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว เอื้อให้เกิดความมั่นใจในการอยู่ร่วมกันในชุมชนต่อไป แรงสนับสนุนของคนในชุมชน ที่มีต่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านจะช่วยลดความรู้สึกเป็นภาระ ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาศักยภาพ บทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านได้ (มัลลิกา สิงหสุริยะ, 2547)

อาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

ในการทำความเข้าใจบทบาทและสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทต้องมีความรู้ถึงที่มา บทบาท และสมรรถนะในงานสุขภาพจิตของการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขดังนี้

1. ที่มาของอาสาสมัครสาธารณสุข

กำเนิดของอาสาสมัครสาธารณสุข มาจากลักษณะทางสังคมไทยในอดีตที่ประชาชนมีการดูแลตนเอง การรักษาพยาบาล การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพมานานด้วยการมี “หมอโบราณ” หรือ “หมอกกลางบ้าน” คอยให้การดูแลเมื่อมีผู้เจ็บป่วยด้วยการใช้ยาสมุนไพร รักษา รวมทั้งการมี “หมอตำแย” คอยให้การช่วยเหลือทำคลอดแก้หญิงที่ตั้งครรภ์ จนกระทั่งการแพทย์สมัยใหม่ได้เข้ามามีบทบาทแทน “หมอ” จึงเกิดการพึ่งพาบุคลากรทางสุขภาพสมัยใหม่มากขึ้นไป ทำให้เกิดแนวคิดที่จะพัฒนาความสามารถ ในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนขึ้นมาใหม่ โดยประยุกต์ใช้ระบบการดูแลตนเองที่มีมาในอดีต มาผสมผสานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน ในขั้นแรกได้นำประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม ในการพัฒนาสุขภาพในหมู่บ้าน โดยมีการจัดตั้งเป็น “คณะกรรมการพัฒนาสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน” มีผู้ใหญ่บ้านเป็นประธาน ต่อมา มีการชักชวนให้ประชาชนเข้ามาเป็น “อาสาสมัครมาลาเรีย” เพื่อช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ในการพ่นเคมีกำจัดยุงกันปล่องเพื่อป้องกันโรคมาลาเรีย จากนั้นได้มีการทดลองหารูปแบบต่างๆ ในหลายพื้นที่แต่ที่ชัดเจนและมีความสำคัญคือ “โครงการสารภี” ซึ่งดำเนินการที่จังหวัดเชียงใหม่ที่ได้นำเอาประชาชนเข้ามาฝึกอบรมความรู้ทางสุขภาพอนามัย และเป็นแม่แบบนำไปทดลองในจังหวัดต่างๆ จนกระทั่งกลายเป็นรูปแบบที่เรียกว่า “ผสส. และ อสม.” คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน (2542) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (Village Health Volunteer) เรียกย่อๆ ว่า อสม. คือประชาชน

ที่ได้รับการคัดเลือกเป็นตัวแทนของหมู่บ้านให้เข้ารับการอบรมความรู้ทางด้านสาธารณสุขเพื่อเป็นผู้นำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ (Change Agent) ในหมู่บ้าน ในระยะเริ่มแรกนั้น อาสาสมัครสาธารณสุขแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มแรก คือ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเรียกชื่อย่อว่า ผสส. (Village Health Communicator) มีบทบาทด้านการสื่อสารเกี่ยวกับการสาธารณสุข การเฝ้าระวังโรคระบาดแจ้งข่าวการเกิดโรค และประสานงานทางเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยดูแลครอบครัวในละแวกคุ่มของตนเอง ในอัตรา 1 คน ต่อ 8-15 หลังคาเรือน ซึ่งปัจจุบันไม่มี ผสส. ในระบบงานสาธารณสุขแล้ว โดย ผสส. ได้รับการพัฒนาอบรมเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กลุ่มที่ 2 คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เรียกชื่อย่อว่า อสม. ได้รับการคัดเลือกขึ้นมาจาก กลุ่มผู้สื่อข่าวสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีระยะเวลาการทำงานระยะหนึ่ง โดยได้รับการยอมรับและไว้วางใจ จากเพื่อนผู้สื่อข่าวสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้วยกันเอง สมเกียรติเลิศสกุล (2543) จากนั้นก็ได้รับการอบรมความรู้เพิ่มเติมอีก ในเนื้อหาที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล การปฐมพยาบาลและการให้ยาให้มีสิทธิ์ประกอบโรคศิลป์ในระดับหนึ่งตามขอบเขตที่กระทรวงกำหนด

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นกลไกที่มีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนางานสาธารณสุขร่วมกับทางเจ้าหน้าที่ นับตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520 - 2524) เป็นต้นมา โดยได้ให้บริการสาธารณสุข ในลักษณะผสมผสานทั้งทางด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพอนามัย จนกระทั่งทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้นอย่างชัดเจนเป็นที่น่าพอใจ ดังจะเห็นได้จากภาวะโภชนาการเด็กทารกและเด็กวัยเรียนดีขึ้น อัตราการเพิ่มของประชากรลดลง อัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนลดลงไม่เป็นปัญหา คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน (2542) ซึ่งการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยใช้รูปแบบผู้สื่อข่าวสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ดำเนินการเรื่อยมา จนกระทั่งสิ้นแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530 - 2534) ก็พบว่าสามารถทำให้มีอาสาสมัครสาธารณสุข ครอบคลุมทุกพื้นที่หมู่บ้านและชุมชนทั่วประเทศ

สรุปได้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในหมู่บ้านและได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด จนเป็นบุคคลที่มีความรู้ความสามารถในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขเบื้องต้น ตลอดจนมีความสามารถในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขเบื้องต้นของชุมชน เพื่อช่วยในการส่งเสริม คัดกรอง ป้องกันปัญหาสาธารณสุขในชุมชน และส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการสาธารณสุขต่อไป ซึ่งในการทำหน้าที่อาสาสมัคร

สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งที่ผ่านมาอาสาสมัครสาธารณสุขได้ให้การในการดูแลผู้ป่วยฝ่ายกายมากกว่าฝ่ายจิต จึงทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเพราะขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย และมีทัศนคติด้านลบต่อผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถสังเกตอาการและให้คำแนะนำได้ จนผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ

บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขในงานสุขภาพจิต

1. การปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การส่งเสริมสุขภาพจิต หมายถึง กิจกรรมใดๆ ที่มีวัตถุประสงค์ที่จะส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการตอบสนองต่อปัญหาของตนเอง สามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม ยกระดับคุณภาพของจิตใจหรือการทำจิตใจให้เข้มแข็งพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหา ขจัดปัญหาที่มากกระทบกระเทือนจิตใจ ช่วยให้ตนเองสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข โดยมีแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพประกอบไปด้วย การให้สุศึกษา การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันสุขภาพ เพื่อสร้างความเข้มแข็งและคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพจิตที่ดี โดยสรุปการปฏิบัติงานด้านส่งเสริมสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมี กรมสุขภาพจิต (2547) ดังนี้

1.1 การให้สุศึกษา หรือการให้การศึกษาด้านสุขภาพจิตแก่ประชาชน โดยให้เป็นรายบุคคล รายกลุ่ม หรือผ่านสื่อต่างๆ เช่น หอกระจายข่าว วิทยุชุมชน และการจัดกิจกรรมรณรงค์ในวันสำคัญ และวันประเพณีต่างๆ

1.2 การค้นหาปัญหา หรือความต้องการด้านสุขภาพจิต จากข้อมูลพื้นฐานของชุมชน การสำรวจข้อมูลจากหน่วยงานหรือองค์กรในชุมชน หรือการใช้แบบสอบถาม การทำประชาคมหมู่บ้าน ซึ่งการค้นหาปัญหาหรือความต้องการในชุมชนควรระดมการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายในชุมชน

1.3 เป็นแกนกลางในการประสานการดำเนินงานสุขภาพจิตของหมู่บ้านหรือระดับเครือข่ายองค์กรหรือฝ่ายต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกชุมชน เช่น สถาบันศาสนา สถานศึกษา ประชาชน ร่วมกันคิดค้น วางแผนงาน และจัดกิจกรรมด้านสุขภาพจิตตามที่วางไว้

1.4 การระดมทุนจากแหล่งต่าง ๆ เช่น พ่อค้า ประชาชน องค์กรบริหารส่วนตำบล องค์กรเอกชนเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตในชุมชน และเพื่อให้องค์กรของชุมชนรู้สึกว่ามีส่วนในการสร้างเสริมสุขภาพจิตชุมชน

1.5 การหาทุนทางสังคม เช่น ภูมิปัญญาท้องถิ่น ความเชื่อทางศาสนา มาใช้ในการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพจิตของชุมชน

1.6 มีการประเมินผลกิจกรรมที่ทำในด้านสุขภาพจิต โดยการตรวจสอบหาข้อมูลว่ากิจกรรมที่ได้จัดทำประสบผลสำเร็จเพียงใด เพื่อจะปรับปรุงการจัดกิจกรรมที่กำลังดำเนินอยู่

2. การปฏิบัติงานด้านการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตเป็นเรื่องสำคัญและสามารถทำได้ในระดับชุมชน โดยเป็นการดูแลสุขภาพใจของชุมชนกันเอง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญยิ่งในเรื่องนี้ โดยเป็นแกนนำในการดึงชุมชนให้มีส่วนร่วม รับผิดชอบการส่งเสริมสุขภาพใจ ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนอย่างง่าย ๆ กรมสุขภาพจิต (2546) การปฏิบัติงานด้านการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านประกอบด้วย

2.1 สำรวจหรือประเมินปัญหาด้านสุขภาพจิตในกลุ่มเสี่ยง ผู้สูงอายุ ผู้พิการ หรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง

2.2 ให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตรายกลุ่มหรือรายบุคคลกับผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ติดสารเสพติด

3. การปฏิบัติงานด้านการรักษาพยาบาลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช การปฏิบัติงานด้านการรักษาพยาบาลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีหน้าที่ กรมสุขภาพจิต (2546) ดังนี้

3.1 การช่วยเหลือเบื้องต้นในผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช เช่น ผู้มีความเครียด ผู้ป่วยโรคประสาท ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยโรคลมชัก และผู้ป่วยโรคจิต

3.2 การให้การปรึกษาเพื่อช่วยเหลือผู้มีปัญหาให้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ซึ่งการให้คำปรึกษา เป็นการพูดคุย เพื่อช่วยเหลือผู้มีปัญหาให้สามารถระบายความทุกข์ใจและคิดแก้ไขปัญหาของตนเองด้วยวิธีการที่เหมาะสม ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถให้คำปรึกษาแก่ผู้มีปัญหาทุกข์ใจด้วยวิธีดังต่อไปนี้

3.2.1 ให้ความเป็นมิตร มีความตั้งใจที่จะช่วยเหลือ จะช่วยให้เกิดบรรยากาศอบอุ่นและไว้วางใจ

3.2.2 รับฟังและให้ผู้มีปัญหามีอิสระระบายความรู้สึก โดยไม่ขัดจังหวะขณะที่เขากำลังพูดหรือเล่า การฟังอย่างตั้งใจ ไม่ได้แย้ง ไม่แย้งพูด พยายามสกัดกั้นอารมณ์ ไม่มีอารมณ์โอนเอนตามเรื่องที่ยกฝ่ายเล่า ไม่หงุดหงิด ต่อความคิดหรือคำพูด ขณะฟังให้นึกว่า ถ้าเราตกอยู่ในสถานการณ์เช่นเดียวกับเขา เราจะรู้สึกอย่างไร เป็นการช่วยให้เข้าใจอารมณ์ความรู้สึกของอีกฝ่ายได้ชัดเจนขึ้น

3.2.3 การพูดคุย เพื่อให้คำ ตั้งใจ ซึ่ให้เห็นแง่มุมดี ๆ ที่เกิดขึ้นเปิดมุมมองให้เห็นทางออกในการแก้ปัญหาที่หลากหลาย หรือผลดีจากการเกิดปัญหานี้

3.2.4 สังเกตท่าทาง สีหน้า แววตาของผู้มีปัญหาพร้อมด้วย เพราะสิ่งเหล่านี้จะแสดงถึงความรู้สึกเล็กๆ ภายในใจได้ชัดเจนกว่าคำพูด เช่น บางคนบอกว่าทำใจได้แล้วแต่สีหน้ายังไม่สดชื่น

3.2.5 การให้คำปรึกษาของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน จะเป็นแบบเพื่อนช่วยเพื่อน เป็นเสมือนเพื่อนในยามยาก ดังนั้น ถ้าพิจารณาแล้วว่าปัญหานั้นยากและซับซ้อนจนรับมือไม่ไหว ควรพิจารณาส่งต่อหรือแนะนำไปใช้บริการอื่นๆต่อไป

3.2.6 ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เช่น พுகุญยให้ญาติเห็นความสำคัญของการดูแลให้ผู้ป่วยได้กินยาตามหมอสั่งอย่างต่อเนื่อง แนะนำหรือส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาลชุมชน

การปฏิบัติงานด้านการฟื้นฟูสภาพผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช

การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) หมายถึง การบูรณะรูปแบบและการทำหน้าที่ของบุคคลนั้นๆ ตามความเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บ การบูรณะความสามารถของแต่ละบุคคล เพื่อให้ประสบความสำเร็จสูงสุดในชีวิตเท่าที่เป็นไปได้ตามความสามารถที่มีอยู่ภายใต้ความบกพร่อง หรือความพิการ จัดเป็นการทำให้บุคคลมีศักยภาพอย่างเต็มที่ในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อาชีพ งานอดิเรก หรือกิจกรรมยามว่าง และการศึกษา ให้สอดคล้องกับข้อจำกัดด้านสรีระหรือกายวิภาคและสิ่งแวดล้อม Anonymous (2005) และในระหว่างปี คศ. 1947-1949 คณะกรรมการด้านจิตเวชของอเมริกา American Psychiatric Association (2005) ได้ให้คำจำกัดความว่าเป็นการลดอัตราความบกพร่องในการทำหน้าที่ของบุคคล อันสืบเนื่องมาจากความแปรปรวนทางด้านจิตใจอ้างถึงใน กรรณิกา กาวิวงศ์ (2549)การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช โดยทั่วไปมักเข้าใจไม่ถูกต้อง โดยเข้าใจว่าเป็นเพียงกระบวนการทางการแพทย์ที่ดำเนินงานโดยบุคลากรของโรงพยาบาลเท่านั้น ความจริงแล้วการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชจะได้ผลดีมากขึ้นเพียงใด ขึ้นกับปัจจัยหลายประการด้วยกัน รวมทั้งต้องอาศัยเครือข่าย การประสานงานในการดูแล การส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ความร่วมมือจากผู้ป่วย ครอบครัว และญาติในการวางแผนการรักษาที่บ้านร่วมกัน นอกจากนี้ชุมชนก็ยังมีส่วนช่วยเหลือ หรือสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนอย่างปกติสุข เช่น การให้โอกาสผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมต่างๆ การจ้างงาน การยอมรับโดยไม่แบ่งแยกรังเกียจ เดียดฉันท์การช่วยแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วย ไม่ขายเครื่องคืมที่มีแอลกอฮอล์ให้กับผู้ป่วยเป็นต้น วงศ์พรรณ มลารัตน์ (2547) ในส่วนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีส่วนเกี่ยวข้องกับ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ คือ การร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ในการดูแลที่บ้านผู้ป่วยสุขภาพจิตหรือจิตเวชที่ส่งกลับจากโรงพยาบาล ปัทมา ศิริเวช (2544) ซึ่งอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการปฏิบัติงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช สุขภาพจิต (2546) ดังนี้

1. การเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านหลังจากได้รับการส่งต่อกลับจากโรงพยาบาลเพื่อช่วยปลดปล่อยใจ ให้กำลังใจ เยี่ยมเยียน ถามไถ่อาการผู้เจ็บป่วยหรือมีปัญหาทางใจ
2. ให้ความรู้แก่ครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช
3. รวบรวมความช่วยเหลือจากแหล่งต่างๆ ในชุมชน และสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

สรุปได้ว่า บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขในงานสุขภาพจิต ได้แก่ การช่วยส่งเสริมภาวะสุขภาพจิต โดยการให้ความรู้ การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต โดยการค้นหาคัดกรองผู้มีปัญหาภาวะสุขภาพจิตหรือผู้เจ็บป่วยทางจิต มีการส่งต่อเพื่อรักษาโดยเร็ว และการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้มีปัญหาภาวะสุขภาพจิต โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการบำบัดจนอาการทางจิตทุเลาจนได้รับการจำหน่ายกลับสู่ชุมชน จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำ อาสาสมัครสาธารณสุขจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแล โดยการติดตามเยี่ยม จำเป็นต้องมีความรู้ความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพ การให้คำปรึกษาการให้คำแนะนำในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทขณะอยู่ที่บ้าน ร่วมปรึกษาหารือ และให้การสนับสนุนประทับประครอง ตลอดจนการส่งต่อข้อมูลแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างเหมาะสม

แนวคิดการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านนั้น ผู้ดูแล คือ บุคคลสำคัญที่สุดในการดูแลผู้ป่วยซึ่งเมื่อผู้ดูแลรับรู้ถึงบทบาทที่จะต้องดูแลผู้ป่วย และผ่านการพัฒนาเพื่อเข้าสู่บทบาทในการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชแล้ว ผู้ดูแลควรเข้าใจ ในลักษณะของผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภทที่การดูแลค่อนข้างยาก เนื่องจากลักษณะของการดำเนินของโรคที่แตกต่างจากโรคโดยทั่วไป ไม่ว่าจะเป็นสาเหตุการเกิดโรคที่ไม่ชัดเจน ลักษณะของอาการที่ไม่แน่นอน เป็นต้น ฉะนั้น ผู้ดูแลต้องเข้าใจในธรรมชาติของการดูแล ซึ่งประกอบด้วย กระบวนการดูแล กิจกรรมการดูแล และทักษะการดูแล โดย กระบวนการดูแล แบ่งออกเป็น 3 ช่วงตามสถานการณ์ของการดูแลที่เกิดขึ้นจริงจากประสบการณ์ของผู้ดูแลโดยตรง โดยกระบวนการดูแลจะเป็นพลวัตรกลับไปมาในแต่ละช่วงตามอาการของผู้ป่วยที่จะกำเริบเป็นครั้งคราวโดยมีการแบ่งเป็น 3 ช่วงคือ 1) การดูแลในช่วงวิกฤติหรือฉุกเฉิน 2) การดูแลในช่วงขอความช่วยเหลือ เป็นช่วงที่ผู้ดูแลไม่สามารถจัดการกับสถานการณ์ได้ และ 3) การดูแลในช่วงการดำเนินชีวิตตามปกติเป็นช่วงที่ผู้ป่วยไม่มีอาการกำเริบ และดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับผู้ดูแลตามปกติทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลมองการเจ็บป่วยเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ส่วนกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย

จากการศึกษา กิจกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแลโดยรวมของผู้ป่วยโรคจิตเภทของ วาสนา ปานดอก (2545) พบว่า ผู้ดูแลปฏิบัติกิจกรรมการดูแลในด้านการดูแลด้านการดำเนินชีวิตตามปกติ การดูแลด้านอาการที่เกิดจากภาวะโรค การดูแลด้านการบริหารยา โดยรวมยังอยู่ในระดับปานกลาง แต่ เมื่อพิจารณากิจกรรมการดูแลรายด้าน พบว่า ผู้ดูแลปฏิบัติกิจกรรมการดูแลในด้านการดูแลด้านการดำเนินชีวิตตามปกติ อยู่ในระดับสูง ผู้ดูแลปฏิบัติกิจกรรมการดูแลในด้านการดูแลที่เกิดจากภาวะโรค อยู่ในระดับต่ำ ผู้ดูแลปฏิบัติกิจกรรมการดูแลในด้านการบริหารยาอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาถึงความต้องการในการดูแลของ สุรภา ทองรินทร์ (2546) ที่ศึกษา ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทยังมีความต้องการ การฝึกทักษะการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอยู่ในระดับมาก รวมทั้ง การศึกษาความต้องการการฝึกทักษะ ของ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทใน โรงพยาบาลแม่ทา จังหวัดลำพูน (พัชรีย์ คำธิตา, 2546) และ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัด สุราษฎร์ธานี (ภัทราจิตต์ ศักดา, 2546) พบว่า มีความต้องการการฝึกทักษะการดูแลผู้ที่เป็น โรคจิตเภทอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น จะเห็นว่าการฝึกทักษะมีความจำเป็นและเป็นการตอบสนองความต้องการดูแลของผู้ดูแลโดยตรง ส่งผลในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลของผู้ดูแลที่มีคุณภาพ และถือเป็นปัจจัยสำคัญอีกปัจจัยหนึ่ง ที่จะนำไปสู่กระบวนการดูแลผู้ป่วยได้อย่าง เหมาะสม ถูกต้อง รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพที่สามารถทำให้การดูแลผู้ป่วย ในช่วงการดำเนินชีวิตตามปกติให้ยาวนานที่สุดได้

ทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่บ้าน

ผู้ป่วยโรคจิตเภทเมื่อได้รับการรักษาแล้วอาการทางจิตสลบลง แต่ก็ยังมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ส่วนใหญ่มักจะเป็นอาการทางลบ (negative symptoms) เช่น อารมณ์ที่อ้อๆ สีหน้าเฉยเมย ขาดแรงจูงใจนอนมากเกินไป อ่อนเพลียและแยกตัวเอง ยาที่ใช้รักษาโรคจิตมักจะมีประสิทธิภาพในการควบคุมอาการทางบวก แต่ไม่ได้รักษาอาการด้านลบ ก่อให้เกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิตประจำวันการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยจิตเภทเป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยความร่วมมือของบุคลากรวิชาชีพต่างๆ หลายฝ่าย รวมทั้งตัวของผู้ป่วยและผู้ดูแลด้วย โดยเน้นตามความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายๆ ไป (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541) ดังนั้น ผู้ให้การพยาบาลจึงต้องให้ความสำคัญต่อการช่วยเหลือฝึกทักษะให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ให้สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังการศึกษาของ สุรภา ทองรินทร์ (2546) พบว่าผู้ดูแลมีความต้องการด้านการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยในระดับมาก และภัทราจิตต์ ศักดา (2546) พบว่า ความต้องการการฝึกทักษะ การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอยู่ในระดับปานกลาง

ทักษะการดูแล หมายถึง พฤติกรรมการดูแลที่มีประสิทธิภาพที่เกิดจากการผสมผสานระหว่างความรู้ และประสบการณ์การดูแลจริงที่ได้ปฏิบัติต่อผู้ป่วย สามารถทำให้การดูแลผู้ป่วย

ในช่วงการดำเนินชีวิตตามปกติให้ยาวนานที่สุดได้ เมื่อผู้ดูแลมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้น จะลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลและลดภาระการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลทักษะจะเกิดขึ้นได้ต้องมีทั้งความรู้และประสบการณ์ที่ทำงานเกิดความชำนาญ (ภัทรภรณ์ พุ่งปันคำและคณะ, 2548)

ทักษะเป็นเรื่องที่เฉพาะเรื่องนั้นๆ มุ่งเน้นเฉพาะเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อนำไปใช้ในการปฏิบัติในเรื่องใดเรื่องหนึ่งได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดย ภัทรภรณ์ พุ่งปันคำ (Tungpunkom, 2000) ได้ศึกษาและสรุปทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านทักษะที่ได้จากการเรียนรู้โดยประสบการณ์ตรงของมารดาที่ดูแลลูกที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทที่บ้าน ซึ่งครอบคลุมกิจกรรมทั้ง 3 ด้านได้แก่ การดูแลด้านการดำเนินชีวิตตามปกติ การดูแลด้านอาการที่เกิดจากภาวะโรคการดูแลด้านการบริหารยาโดยกิจกรรมทั้ง 3 ด้านนี้จะต้องมีการใช้ทักษะ 14 ทักษะแตกต่างกันออกไป ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ทักษะการดูแลด้านการดำเนินชีวิตตามปกติ ในการดูแลด้านการดำเนินชีวิตปกติร่วมกับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ประกอบไปด้วยการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล การดูแลด้านสังคม การดูแลด้านกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ การดูแลด้านการป้องกันการถูกรังเรียนหรือการถูกรังเกียจจากบุคคลอื่นโดยทักษะที่ต้องใช้มีดังต่อไปนี้

1. ทักษะการเตือน หมายถึง การกระตุ้นทางวาจาให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมหรือมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการดำเนินกิจวัตรร่วมกัน สิ่งที่คุณดูแลต้องเตือนคือการเตือนเรื่องการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล การช่วยงานบ้าน การรับประทานยา ซึ่งสิ่งที่คุณดูแลต้องตระหนักคือคำพูดและน้ำเสียง พร้อมทั้งจิตใจที่ดีที่เป็นการแสดงออกถึงความห่วงใย และ ความรัก ไม่ใช่อารมณ์

2. ทักษะการแนะนำ หมายถึง การชี้แนะผู้ป่วยในเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยการชี้แจงเหตุผลประกอบเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจและปฏิบัติตามอย่างยั่งยืน

3. ทักษะการทำกิจกรรมแทน หมายถึง การที่คุณดูแลได้ทำกิจกรรมที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิตประจำวันให้กับผู้ป่วย เช่น อาบน้ำ แปรงฟัน ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบและพร้อมในการดูแลตนเอง

4. ทักษะการสอนกำกับ หมายถึง การที่คุณดูแลได้ทำการฝึกกิจกรรมต่างๆ ให้แก่ ผู้ป่วยอย่างเป็นขั้นตอน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้และทำกิจกรรมนั้นด้วยตนเองมากที่สุด

5. ทักษะการต่อรอง หมายถึง เทคนิคการสร้างเงื่อนไขเพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์โดยใช้รางวัล หรือการลงโทษเป็นเงื่อนไข

6. ทักษะการไถ่เกลี่ย หมายถึง การเจรจาอธิบายให้ผู้อื่นเข้าใจเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว ก่อให้เกิดความเสียหายแก่ชีวิตและทรัพย์สินของผู้อื่นดังนั้นผู้ดูแลควรเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติของโรคทางจิตเวช เพื่อนำไปอธิบายให้ผู้อื่นเข้าใจพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย

7. ทักษะการจัดการสิ่งแวดล้อม หมายถึง การควบคุมสิ่งแวดล้อมตลอดจนปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาในกรณีที่ไม่สามารถจัดการหรือแก้ไขปัญหาโดยตรงกับผู้ป่วยได้

8. ทักษะการจัดการการถูกประทุษร้าย/การถูกรังเกียจ หมายถึง การที่ผู้ดูแลสามารถเผชิญกับการที่มีผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในครอบครัวได้อย่างเหมาะสมมีวิธีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ทักษะนี้ใช้ในกรณีที่มีผู้แสดงท่าทีรังเกียจ

สรุป ได้ว่าทักษะดังกล่าวเป็นทักษะที่มีความสำคัญเนื่องจากเป็นทักษะพื้นฐานที่ผู้ดูแลใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันอยู่ร่วมกับผู้ป่วย หากผู้ดูแลนำทักษะเหล่านี้มาใช้กับผู้ป่วยอย่างเหมาะสมจะทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เกิดความเอื้ออาทร ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ไม่เครียด สามารถช่วยเหลือตนเองได้และแบ่งเบาภาระงานผู้ดูแลได้ ช่วยลดอาการกำเริบซ้ำได้ในที่สุด

ทักษะการดูแลด้านอาการที่เกิดจากภาวะโรค ในการดูแลอาการที่เกิดจากภาวะโรค ประกอบไปด้วยการจัดการกับอาการทางจิตของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทการจัดการกับอาการก้าวร้าวของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทการจัดการกับอาการเมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภททำร้ายตนเองโดยทักษะที่ต้องใช้มีดังต่อไปนี้

1. ทักษะการประเมินสังเกตอาการ หมายถึง การประเมินและการสังเกตถึงปัญหาหรือความต้องการในการดูแล โดยที่การประเมินหรือการสังเกตนั้นอาจกระทำในขณะที่ผู้ป่วยรู้ตัวหรือไม่ก็ได้ ผู้ดูแลต้องมีความรู้ในการสังเกตอาการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยเพื่อจะได้นำผู้ป่วยมารับการรักษาอย่างเหมาะสม

2. ทักษะการขอความช่วยเหลือ หมายถึง การขอความช่วยเหลือจากแหล่งช่วยเหลือต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์

3. ทักษะการบอกสิ่งที่เป็นจริง หมายถึง การที่ผู้ดูแลได้ให้ข้อมูลเชิงประจักษ์ให้กับผู้ป่วยเกี่ยวกับสถานะปัจจุบันเพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักในสิ่งที่เกิดขึ้นจริง

4. ทักษะการถอยห่าง หมายถึง การที่ผู้ดูแลได้หลีกเลี่ยงจากสถานการณ์การดูแลชั่วคราว เพื่อสงบสติอารมณ์ การหลีกเลี่ยงรวมทั้งการหลีกเลี่ยงทางอารมณ์เช่นเงิบบและการหลีกเลี่ยงทางกาย เช่น การเดินหนี

5. ทักษะการป้องกันตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ หมายถึง เทคนิคการป้องกันตนเองจากการถูกทำร้ายร่างกายจากผู้ป่วยอย่างปลอดภัย และไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยทักษะนี้นำมาใช้เมื่อจำเป็นหากไม่สามารถใช้ทักษะการสื่อสารต่างๆ ได้สำเร็จ

อาการของโรคจิตเภทจะมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ แม้ว่าจะได้รับการรักษาต่อเนื่องก็ตาม ทักษะการดูแลด้านอาการที่เกิดจากภาวะโรค มีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะทักษะการประเมินสังเกตอาการที่ผู้ดูแลควรใช้ในการประเมินและการสังเกตอาการนำ เมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการกำเริบและสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมไม่มีอาการทางจิตที่รุนแรงจนต้องไปรับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช ซึ่งจะช่วยให้อุปการะไม่ต้องได้รับความเดือดร้อนในเรื่องค่าใช้จ่าย

ทักษะการดูแลด้านการบริหารยา ในการบริหารยาประกอบไปด้วยการจัดเตรียมยาให้เพียงพอ การดูแลด้านการให้ความร่วมมือในการรักษา การดูแลด้านการปรับเปลี่ยนยาโดยทักษะที่ต้องใช้มีดังต่อไปนี้

1. ทักษะการจัดการเรื่องยา หมายถึง การดูแลจำนวนยาให้เพียงพอจนถึงวันนัดและการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาครบตามแผนการรักษา ตลอดจนการที่ผู้ดูแลตัดสินใจปรับเปลี่ยนยารวมทั้งจัดเก็บยาให้ปลอดภัย ทักษะการจัดการเรื่องยานับว่าเป็นหัวใจสำคัญ ในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท หากผู้ดูแลสามารถใช้ทักษะนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพจะทำให้ผู้ป่วยได้รับยาครบตามแผนการรักษาของแพทย์ ผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นสามารถดูแลตนเองได้และอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้ไม่เป็นภาระต่อครอบครัวและประเทศชาติ

2. ทักษะการประเมิน และสังเกตอาการ หมายถึง การประเมินและการสังเกตถึงปัญหาหรือความต้องการในการดูแลจากการรับประทานยา ผู้ดูแลต้องสังเกตอาการข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้นเพื่อจะได้ช่วยเหลือปรับประคองตามผู้ป่วยตามอาการหรือปรึกษาแพทย์ในการปรับเปลี่ยนยาหากมีอาการรุนแรงจะได้นำส่งโรงพยาบาล ผู้ป่วยจิตเภทหลายรายไม่ยอมรับประทานยาเนื่องจากได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยา จนเป็นสาเหตุให้มีอาการกำเริบซ้ำ ผู้ดูแลที่สามารถใช้ทักษะการประเมิน และสังเกตอาการข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้นจะสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยปรึกษาแพทย์ในการปรับเปลี่ยนได้ ผู้ป่วยได้รับการรักษาต่อเนื่อง

การใช้ทักษะทั้ง 14 ทักษะนี้ จะใช้ลดหลั่นกันไปในแต่ละด้านของกิจกรรมการดูแลแต่จะครอบคลุมทั้งหมดเพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ทักษะการดูแลจะพัฒนาขึ้นตามระยะเวลาและประสบการณ์ที่ผู้ดูแลมีอยู่ ดังนั้นการวางพื้นฐานความรู้ที่ถูกต้องในระยะเริ่มแรกควบคู่ไปกับประสบการณ์การดูแลจริงที่ได้ปฏิบัติต่อผู้ป่วยจะทำให้ผู้ดูแลสามารถพัฒนาทักษะที่มีประสิทธิภาพซึ่ง ภัทรภรณ์ ทุ่งปิ่นคำ และ คณะ (2548) ได้

อธิบายถึงรูปแบบการพัฒนาทักษะจากแนวคิดของเดรฟัส และ เดรฟัส (Dreyfus & Dreyfus อ้างใน Tungpunkom, 2000) โดยผสมผสานจากการวิจัยคุณภาพของ ภัทราภรณ์ ทุ่งป็น คำ (Tungpunkom, 2000) และการทบทวนวรรณกรรมที่อธิบายออกมาได้ดังนี้

ในขั้นเริ่มต้นผู้ดูแลที่รับบทบาทผู้ดูแลใหม่ยังไม่มีประสบการณ์จะทำกิจกรรมการดูแลแบบลองผิดลองถูกแต่ถ้าหากผู้ดูแลได้รับความรู้เรื่องโรค การรักษาและการดูแลที่ถูกต้องผู้ดูแลจะปฏิบัติตามข้อแนะนำหรือตามกฎระเบียบหรือข้อปฏิบัติทุกขั้นตอนอย่างเคร่งครัดโดยไม่คำนึงถึงบริบทที่รบกวนผู้ดูแลและไม่มีการยืดหยุ่น ผู้ดูแลจะรู้สึกเครียด รู้สึกเป็นภาระ และมองว่าการดูแลเป็นเรื่องที่ยากลำบากทำให้ตนต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต หรือมีสิ่งที่จะต้องกระทำมากยิ่งขึ้น ดังนั้น การให้ความรู้เรื่องการดูแลการเป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ดูแลในขั้นนี้ จึงมีส่วนสำคัญที่จะส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีทักษะอย่างถูกต้อง โดยเฉพาะผู้ดูแลที่เข้ามารับบทบาทผู้ดูแลใหม่ และต่อจากนั้นผู้ดูแลเริ่มที่จะซึ่งในขั้นต่อไปผู้ดูแลจะเริ่มกระทำกิจกรรมนั้นด้วยใจ และความรู้สึก เริ่มมีการปรับเปลี่ยนหรือประยุกต์วิธีการทำกิจกรรมให้สอดคล้องกับลักษณะและข้อจำกัดของตนเองแต่มีจุดมุ่งหมายเหมือนเดิม หากมีเหตุการณ์ใหม่ๆเกิดขึ้น ผู้ดูแลจะตัดสินใจปัญหาบนพื้นฐานประสบการณ์ที่ตนเองได้สั่งสมไว้ เป็นหลัก สามารถวิเคราะห์และแก้ไขปัญหาได้จนถึงขั้นชำนาญ ที่ผู้ดูแลเริ่มใช้สัญชาตญาณ (intuitive thinking) ในการทำกิจกรรมการกระทำ หรือการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับการดูแล การกระทำจะเป็นไปด้วยความรวดเร็ว เป็นอัตโนมัติเริ่มมองเห็นจุดสำคัญของสิ่งที่เป็นประเด็นหลักๆ และ ไม่สนใจต่อสิ่งที่เป็นประเด็นเล็กน้อย สามารถมองปัญหาที่ซับซ้อน หรือละเอียดได้มากกว่าเดิม บางครั้ง สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้จนในที่สุดจะทำให้ ผู้ดูแลมีความเข้าใจที่ลึกซึ้งขึ้น เริ่มมองว่าการดูแล และความยุ่งยากที่เกิดขึ้นไม่ใช่ปัญหา แต่จะมองว่าเป็นสิ่งที่ปกติที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน และแสวงหาแนวทางในการดำเนินชีวิตอย่างสมดุลไปพร้อมกับสิ่งที่เกิดขึ้นผู้ดูแล

การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ภายในกลุ่ม

การสอนแบบกลุ่ม (Group Teaching)

ความหมายของการสอน

Smith (1989) กล่าวว่า การสอนเป็นกระบวนการที่ช่วยเหลือบุคคล ให้เรียนรู้ และสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมอนามัยให้เหมาะสมในการดำรงชีวิต โดยการให้ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาของพยาบาลได้ถูกต้อง และช่วยให้สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุข ตลอดจนการสอนยังมุ่งให้ผู้ป่วยเรื้อรังช่วยเหลือตนเองได้ เห็นความสำคัญของตนเอง สามารถกลับไปทำงานและอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข มีความพึงพอใจในชีวิต

อรพรรณ คือบุญชัชชัย (2549) กล่าวว่า การสอนเป็นกิจกรรมที่ผู้สอนกระทำเพื่อช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้กิจกรรมการพยาบาล พยาบาลจะเป็นผู้สอนผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในเรื่องสุขภาพ พยาบาลจะใช้การสอนควบคู่ไปกับการพยาบาลและการให้คำปรึกษา เพื่อพัฒนาสุขภาพที่สมบูรณ์โดยมีเป้าหมายเน้นที่การดูแลตนเอง

สรุปได้ว่า การสอน คือ การถ่ายทอดความรู้เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ การสอนจะช่วยให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความคิด ความรู้สึก การกระทำอย่างถาวร และเพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาของพยาบาลได้ถูกต้อง ช่วยให้สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุข ตลอดจนการสอนยังมุ่งให้ผู้ป่วยเรื้อรังช่วยเหลือตนเองได้ เห็นความสำคัญของตนเองสามารถกลับไปทำงานได้อย่างมีความสุข มีความพึงพอใจในชีวิต

ประเภทของการสอน

บุญชม ศรีสะอาด (2537) ได้จำแนกโดยใช้ผู้เรียนและปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สอนและผู้เรียนเป็นเกณฑ์ ซึ่งจำแนกได้ 3 ประเภท ดังนี้

1. การสอนเป็นกลุ่มใหญ่ มักมีผู้เรียนจำนวนมาก ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สอนกับผู้เรียนเป็นแบบทางเดียว (One way) ผู้สอนมีบทบาทเกือบทั้งหมด ตัวอย่าง ได้แก่ การสอนบรรยาย
2. การสอนเป็นกลุ่มย่อย การสอนประเภทนี้ มุ่งให้ผู้เรียนทุกคนในกลุ่มเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนการสอนให้มากที่สุด ผู้สอนมีความใกล้ชิดกับผู้เรียน ตัวอย่าง ได้แก่ การสอนแบบอภิปราย การสอนโดยการแสดงบทบาทสมมติ
3. การสอนรายบุคคล หมายถึง การเรียนการสอนที่ผู้เรียนสามารถเลือกวิธีเรียนที่เหมาะสมกับความสนใจของตนเอง เรียนไปตามความสามารถของตนเองและผู้เรียนจะทราบความก้าวหน้าทางการเรียนของตนเองอยู่เสมอ โดยผู้เรียนแต่ละคนมักจะมีหลักสูตรของตนเองโดยเฉพาะ

จะเห็นได้ว่าประเภทของการสอนมีหลายประเภท และในปัจจุบันยังไม่มีการสอนแบบใดที่เหมาะสมที่สุด และดีที่สุด เพราะวิธีการให้ความรู้แต่ละวิธีก็มีเป้าหมายต่างกัน อย่างไรก็ตาม การสอนแบบกลุ่มเป็นแบบที่มีผู้นิยมแพร่หลายมากที่สุดในปัจจุบัน เพราะการเรียนรู้เป็นกลุ่มผู้เรียนมีการเรียนรู้ จากการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นและประสบการณ์ซึ่งกันและกัน เกิดแรงจูงใจในการเรียนรู้ ทำให้ทราบว่าตนไม่ได้ประสบปัญหาแต่เพียงคนเดียว (จินตนา ยูนิพันธ์, 2532) ผู้เรียนจะได้รับการประทับประคองจากเพื่อสมาชิกในกลุ่ม

ทฤษฎีที่ใช้ในการสอนแบบกลุ่ม ทฤษฎีที่นิยมใช้มีดังนี้ (Marram, 1978)

ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory) มุ่งเน้นแก้ไขความขัดแย้งของสมาชิกในระดับจิตไร้สำนึก ผู้บำบัดต้องช่วยเหลือให้สมาชิกสามารถตระหนักในปัญหา และปรับแก้ความคับข้องใจนั้น

ทฤษฎีเอกซิสเทนเชียล และเกสตัลท์ (Existential and gestalt theory) เน้นความเป็นอิสระของบุคคล มีเอกลักษณ์ของตนเอง ผู้บำบัดจะต้องช่วยเหลือให้สมาชิกตระหนักรู้และเข้าใจตนเอง เมื่อสมาชิกตระหนักรู้ถึงสาเหตุของปัญหา และสามารถแก้ไขปัญหานั้นได้

ทฤษฎีการติดต่อสื่อสาร (Communication theory) มุ่งเน้นการสื่อสารของสมาชิกทุกคน การสื่อสารอาจเป็นภาษาพูด หรือภาษาท่าทาง การสื่อสารจะมีทั้งทางรับสารและการส่งสาร การแปลข่าวสาร เน้นให้สมาชิกเห็นความสำคัญและประโยชน์ของการติดต่อสื่อสารที่สอดคล้องกับความคิด ความต้องการ และความรู้สึกของสมาชิก

ทฤษฎีพลวัตร และกระแสความเคลื่อนไหวของกลุ่ม (Group dynamic and group process theory) กลุ่มมีกระแสความเคลื่อนไหวตลอด การทำงานเกิดขึ้นจากการมีปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกจะมุ่งเน้นประเด็นปัญหาของกลุ่มมากกว่าปัญหาของแต่ละคน และให้สมาชิกร่วมกันแก้ไขปัญหากลุ่ม

ทฤษฎีการปรับพฤติกรรม (Behavioral theory) มีแนวคิดที่ทุกพฤติกรรมเกิดจากการเรียนรู้ในกลุ่ม สมาชิกจะเห็นและรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของตนเอง และพฤติกรรมสามารถเปลี่ยนแปลงได้ โดยการให้แรงเสริมทางลบ และทางบวก นอกจากนั้นสมาชิกจะเห็นพฤติกรรมตัวแบบที่ดี จะทำให้สมาชิกลอกเลียนแบบ และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสมได้

ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal theory) มุ่งเน้นการปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกกลุ่ม การมีปฏิสัมพันธ์จะก่อให้เกิดอารมณ์ และพฤติกรรมแก่สมาชิกซึ่งสมาชิกบางคนอาจเกิดความวิตกกังวล อันเป็นสาเหตุหลักสำคัญในการทำลาย ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ผู้นำกลุ่มจะช่วยให้สมาชิกสามารถเรียนรู้การมีปฏิสัมพันธ์ที่มีคุณภาพมากขึ้น

เทคนิคการสอนแบบกลุ่ม

การสอนแบบกลุ่มมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ความเจ็บป่วยและป้องกันหรือลดปัญหาทางด้านจิตใจ การสอนแบบกลุ่มไม่ใช่เป็นการรักษาโดยตรง แต่เป็นการป้องกันและให้ความรู้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาตนเองให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤต อันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย (Marram, 1978) นอกจากนี้ยังมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจธรรมชาติของการเจ็บป่วย การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ และการรับฟังปัญหาจากผู้ป่วยที่มีปัญหา

คล้ายคลึงกัน จะช่วยให้เกิดความเข้าใจ มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการดำเนินชีวิตหรือมีการปฏิบัติไปในทางที่เหมาะสม ผู้ป่วยจะได้รับการประทับประคองจากเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม (Brookfield, 1986)

การสอนแบบกลุ่มนั้นมีเทคนิคการให้ความรู้ได้หลายวิธี ซึ่งกาญจนา ไชยพันธุ์ (2541) ได้กล่าวไว้ดังนี้

1. เกมส์ (Game) เป็นวิธีหนึ่งซึ่งนำมาประกอบการสอนได้ดีโดยผู้สอนสร้างสถานการณ์สมมติขึ้น ให้ผู้เรียนได้เล่นด้วยตนเองภายใต้ข้อตกลงหรือกติกาบางอย่างที่กำหนด ผู้เรียนต้องตัดสินใจทำอย่างไรอย่างหนึ่งอันจะมีผลออกมาในรูปของการแพ้ ชนะ วิธีการนี้ช่วยให้ผู้เรียนได้วิเคราะห์ความรู้สึกรู้สึกนึกคิด และพฤติกรรมต่างๆ ที่มีผลต่อการตัดสินใจ อีกทั้งทำให้ผู้เรียนเกิดความสนุกสนาน

2. บทบาทสมมติ (Role play) เป็นวิธีหนึ่งที่ได้รับคามนิยมในการนำมาใช้ในการเรียน การสอน ซึ่งมีลักษณะเป็นสถานการณ์สมมติเช่นเดียวกับเกมส์ แต่มีการกำหนดบทบาทของผู้เล่นในสถานการณ์ที่สมมติขึ้นมาโดยอาศัยบุคลิกภาพ ประสบการณ์และความรู้สึกรู้สึกนึกคิดของตนเองเป็นหลัก วิธีการนี้จึงมีส่วนช่วยให้ผู้เรียนได้มีโอกาสศึกษาวิเคราะห์ถึงพฤติกรรมของตนเองอย่างลึกซึ้ง อีกทั้งช่วยส่งเสริมบรรยากาศของการเรียนรู้ที่น่าสนใจและน่าติดตามอีกด้วย

3. กรณีตัวอย่าง (Case study) เป็นวิธีการสอนอีกวิธีหนึ่งที่ใช้ในกรณีหรือเรื่องราวต่างๆที่เกิดขึ้นจริง นำมาตัดแปลงและใช้เป็นตัวอย่างให้ผู้เรียนได้ศึกษาวิเคราะห์ อภิปรายกัน เพื่อสร้างความเข้าใจและฝึกฝนหาแนวทางแก้ปัญหาที่นั้น วิธีนี้จะทำให้ผู้เรียนรู้จักคิดและพิจารณาข้อมูลที่ตนได้รับอย่างถี่ถ้วน และการอภิปรายจะช่วยให้ผู้เรียนได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ทั้งยังนำเอากรณีที่เกิดขึ้นมาช่วยชีวิตจริงมาช่วย จะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ลักษณะที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริง

1. สถานการณ์จำลอง (Simulation) คือการจำลองสถานการณ์จริง หรือสร้างสถานการณ์ให้ใกล้เคียงกับความเป็นจริง แล้วให้ผู้เรียนเข้าไปอยู่ในสถานการณ์นั้น และมีปฏิริยาโต้ตอบกัน วิธีการนี้ช่วยทำให้ผู้เรียนได้มีโอกาสทดลองแสดงพฤติกรรมต่างๆ

2. ละคร (Drama) คือ วิธีการที่ให้ผู้เรียนได้แสดงบทบาทที่เขียนหรือกำหนดไว้ให้โดยผู้แสดงจะต้องพยายามแสดงให้สมบทบาทที่กำหนดให้โดยไม่เอาบุคลิกภาพและความรู้สึกรู้สึกนึกคิดของตนเองเข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้อง วิธีการนี้เป็นวิธีที่ช่วยทำให้ผู้เรียนได้มีประสบการณ์ในการที่จะเข้าใจความรู้สึก เหตุผลและพฤติกรรมของผู้อื่น ซึ่งความเข้าใจนี้มีส่วนช่วยเสริมสร้างความเห็นอกเห็นใจกัน นอกจากนี้การที่ผู้เรียนได้มีโอกาสแสดงละครร่วมกันยังช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้และฝึกการทำงานร่วมกัน

สรุปได้ว่า การสอนแบบกลุ่มมีหลายเทคนิค แต่ละเทคนิคจะมุ่งเน้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน ซึ่งเหมาะสมที่จะนำมาประยุกต์ใช้กับครอบครัวและ อสม. ที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งจะสามารถเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ได้ดีจากกลุ่ม และการเรียนรู้แบบกลุ่มสมาชิกสามารถนำไปใช้ได้จริง

การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ภายในกลุ่ม

การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ภายในกลุ่ม (Phase of group experience) มีขั้นตอนดังนี้ (Marram, 1978)

ระยะที่ 1 ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ (The introductory phase) ระยะนี้เป็นระยะเริ่มต้นในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกกลุ่ม และสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกด้วยกัน ซึ่งจะทำให้สมาชิกทุกคนรู้สึกมั่นคงปลอดภัย ผู้นำกลุ่มต้องเป็นผู้สร้างบรรยากาศแห่งความเป็นมิตร สร้างความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัยให้สมาชิก ในตอนเริ่มต้นของผู้นำกลุ่มต้องกล่าวให้สมาชิกทุกคนเข้าใจจุดมุ่งหมายของการทำกลุ่ม กฎ และแนวทางในการปฏิบัติตัวในฐานะสมาชิก เพื่อสร้างความรู้สึกผ่อนคลายในกลุ่ม ส่งเสริมให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็น ความรู้สึกแลกเปลี่ยนประสบการณ์อย่างอิสระ การเข้าใจวัตถุประสงค์การเรียนรู้อย่างชัดเจน และอยู่ในบรรยากาศสภาพแวดล้อมที่น่าพึงพอใจ มีความมั่นคงปลอดภัยจะกระตุ้นให้สมาชิกได้ระบายแสดงความคิดเห็นและความรู้สึกของตนเองออกมา ระยะนี้ถือว่าเป็นระยะที่มีความสำคัญ การมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันของสมาชิกในกลุ่ม จะเป็นจุดเริ่มต้นที่ทำให้กลุ่มประสบความสำเร็จต่อไป

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ (The working phase) เป็นระยะที่สมาชิกรู้สึกไว้วางใจและเชื่อมั่นในกลุ่ม และผู้นำกลุ่ม พร้อมทั้งจะมีส่วนร่วมเพื่อการเปลี่ยนแปลง ความใกล้ชิดสนิทสนมและความเชื่อมั่นในกลุ่ม จะทำให้สมาชิกกลุ่มมีการระบายความรู้สึกนึกคิด แลกเปลี่ยนประสบการณ์ มีการเปิดเผยตนเองมากขึ้น สมาชิกจะมุ่งสนใจอยู่ที่ปัญหา ยอมรับว่าตนเองมีปัญหา หาทางแก้ไขและเลือกวิธีการแก้ปัญหาโดยมีสมาชิกในกลุ่มคอยช่วยเหลือสนับสนุนการที่มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มจะทำให้เกิดความคิดใหม่ๆ มาใช้ในการแก้ไขปัญหาของตน นอกจากนี้ความเชื่อมั่นในกลุ่มจะทำให้สมาชิกสามารถรับรู้ข้อมูลย้อนกลับไปยังเพื่อนสมาชิกในกลุ่มได้ สมาชิกในกลุ่มจะมีบทบาททั้งผู้ให้และผู้รับ ระยะนี้เป็นการระดมเอาพลังของพลังของสมาชิกทุกคนออกมาเพื่อแก้ปัญหา เรียนรู้ปัญหาร่วมกัน

กิจกรรมที่ใช้ในระบะการดำเนินการนั้นจะดำเนินการแบบกลุ่ม ซึ่งมีข้อดีและข้อจำกัด ดังนี้ ข้อดีของการทำกลุ่มมีดังนี้ (Harmack อ้างในศิริภัททรา จุฑามณี, 2552)

1. สมาชิกมีส่วนร่วมในการเรียนรู้โดยตรง มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน เกิดการเรียนรู้จากกลุ่ม

2. สมาชิกมีส่วนร่วมในการตัดสินใจหรือแสดงความคิดเห็นทำให้เต็มใจที่จะปฏิบัติตามในสิ่งที่ได้มีส่วนร่วมตัดสินใจหรือแสดงความคิดเห็น

3. การอภิปรายกลุ่มสามารถเปลี่ยนความเชื่อ เจตคติและพฤติกรรมของบุคคลได้มากซึ่งผลมาจากการมีปฏิสัมพันธ์ในกลุ่ม

4. สมาชิกเกิดแรงจูงใจในการเรียนรู้ เกิดความรู้สึกลึกซึ้งที่บ่งชี้ว่าตนเองไม่ได้เป็นผู้ที่มีปัญหานั้นแต่เพียงผู้เดียว ทำให้เกิดกำลังใจในการเรียนรู้และแก้ปัญหา

โคลน์ (Klein, 1972) กล่าวว่า การดำเนินแบบกลุ่ม เป็นการช่วยให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ส่งเสริมให้สมาชิกเปลี่ยนวิถีการดำรงชีวิต ความเชื่อ เจตคติ ซึ่งเป็นผลจากการเรียนรู้จากกระบวนการกลุ่ม และการที่สมาชิกได้แสดงความรู้สึกลึกซึ้ง ความคิดเห็นซึ่งมีประสบการณ์มาก่อน อย่างไรก็ตามยังมีข้อจำกัดอยู่บ้างคือ (Hamack อ้างในศิริภัทธา จุฑามณี. 2552)

1. การดำเนินการกลุ่มต้องใช้เวลามาก ยิ่งถ้ามีจำนวนสมาชิกมากเท่าไรก็ยิ่งใช้เวลามากขึ้นเท่านั้น

2. การอภิปรายกลุ่มไม่สามารถจัดขึ้นได้ทันทีทันใด ต้องใช้เวลาในการเตรียมตัว

3. ข้อจำกัดอื่น ๆ เช่น สถานภาพ อายุ ค่านิยม และบุคลิกภาพที่แตกต่างกันจะทำให้เกิดปัญหาในการดำเนินกลุ่มได้

ถึงแม้ว่าการสอนแบบกลุ่มจะมีข้อจำกัดดังกล่าว แต่จุดเน้นของวิธีการนี้เป็นการให้ความรู้ที่ยึดสมาชิกหรือผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง สมาชิกมีส่วนร่วมในการเรียนรู้โดยตรง และสามารถแสดงความคิดเห็นจึงสามารถเปลี่ยนความเชื่อ เจตคติ และพฤติกรรมของบุคคลได้

ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดของการทำกลุ่ม (Terminating the group) ระยะนี้เป็นระยะที่สมาชิกในกลุ่มทุกคนบรรลุเป้าหมายไปสู่การเปลี่ยนแปลง ผู้นำกลุ่มสรุปผลการดำเนินกระบวนการกลุ่มที่ได้รับร่วมกัน

การทำกิจกรรมกลุ่มจะประสบผลสำเร็จเพียงใดนั้น ขึ้นกับองค์ประกอบหลายประการ ได้แก่ การปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในกลุ่ม การจัดตั้งโครงสร้าง การดำเนินการของกลุ่ม และคุณลักษณะความเป็นผู้นำ ผู้ที่มีความสามารถในการผสมผสานองค์ประกอบเหล่านี้เข้าด้วยกัน เพื่อความสำเร็จของกลุ่มได้อย่างดีเยี่ยม คือ ผู้นำกลุ่มนั่นเอง เพราะผู้นำกลุ่มสามารถกำหนดเกณฑ์ในการเลือกสมาชิกกลุ่ม ทำการสร้างสัมพันธภาพ สร้างปฏิสัมพันธ์ให้เกิดขึ้นในกลุ่ม สร้างโครงสร้างการดำเนินงานและบรรยากาศของกลุ่ม ตลอดจนนำเอาทักษะความเป็นผู้นำมาใช้ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการทำกลุ่มที่กำหนดไว้ มาร์เรม (Marram, 1978) จึงกล่าวได้ว่า ผู้นำกลุ่มเป็นตัวจักรสำคัญที่จะช่วยให้กระบวนการกลุ่มดำเนินไปสู่เป้าหมายได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง

บทบาทผู้นำกลุ่ม

ในการจัดทำกลุ่มนั้นผู้นำกลุ่มจะต้องมีการปฏิบัติในการเป็นผู้นำกลุ่มอย่างเหมาะสม เพื่อทำหน้าที่ของผู้นำกลุ่มที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยให้การทำกลุ่มประสบผลสำเร็จเป็นอย่างดี มาแรม (Marram, 1978) ได้แนะนำการดำเนินการปฏิบัติของผู้นำไว้ดังนี้

1. กำหนดจุดมุ่งหมายของการทำกลุ่มให้ชัดเจน และต้องอธิบายให้สมาชิกทุกคน เข้าใจถึงจุดหมายและวิธีดำเนินการของกลุ่ม เพราะการที่สมาชิกเข้าร่วมกลุ่มโดยไม่ทราบ วัตถุประสงค์ที่ชัดเจนนั้น จะทำให้สมาชิกมีความกังวลมากขึ้น
2. สร้างแบบแผนของการทำกลุ่ม เพื่อให้การทำกลุ่มมีประสิทธิภาพผลช่วยให้ สมาชิกในกลุ่มมีความกระตือรือร้น ต้องมีการวางแผนในเรื่องของโครงสร้างกลุ่ม
3. กระตุ้นและเพิ่มพูนการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างสมาชิก ผู้นำกลุ่มจะต้องกระตุ้นให้ สมาชิกได้มีการพูดแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน ทำให้สมาชิกได้ทราบปัญหาของผู้อื่นว่าผู้อื่นมี ปัญหาเช่นเดียวกับตน มีความเข้าใจปัญหาของกันและกัน หาทางช่วยเหลือกัน ปฏิสัมพันธ์นี้อาจอยู่ในรูปของการพูดหรือความเข้าใจร่วมกัน สิ่งเหล่านี้ในการสร้างให้สมาชิกเป็นส่วนสำคัญของกระบวนการกลุ่ม มีความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย ช่วยลดความวิตกกังวล
4. กระตุ้นให้สมาชิกได้พูด ได้แสดงออก แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและปัญหา ซึ่งพบได้ ร่วมกัน ผู้นำกลุ่มต้องพยายามให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่การทำกลุ่มจะมีความหมาย และได้รับความสนใจอย่างมากจากสมาชิกถ้าสิ่งที่ได้พูดในกลุ่มเป็นปัญหาของสมาชิกทุกคน
5. วางแผนการทำกลุ่มสำหรับสมาชิกแต่ละคน เนื่องจากสมาชิกแต่ละคนมีความสามารถบรรลุถึงจุดหมายของกลุ่มต่างกัน ผู้นำกลุ่มต้องสามารถหาวิธีแก้ไขในสิ่งที่เกิดขึ้น ในกลุ่มสามารถแยกได้ว่ามีองค์ประกอบอะไรที่ทำให้การดำเนินการของกลุ่มไม่ต่อเนื่อง
6. ช่วยลดความวิตกกังวลของสมาชิก ต้องทำตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกของการทำกลุ่ม โดยแจ้งวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนของการทำกลุ่มและวิธีที่สมาชิกในกลุ่มจะต้องดำเนินการเพื่อให้ บรรลุวัตถุประสงค์ ต้องมีท่าทีแสดงความเห็นอกเห็นใจ เต็มใจช่วยเหลือสมาชิก
7. การสรุปความก้าวหน้าของการทำกลุ่ม เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้

องค์ประกอบในการสอนแบบกลุ่ม

ในการจัดการสอนแบบกลุ่มนั้น ผู้นำกลุ่มต้องคำนึงถึงการจัดตั้งกลุ่มและการจัด ประสิทธิภาพการเรียนรู้ภายในกลุ่ม ซึ่งมาร์แรมได้กล่าวไว้ดังนี้ (Marram, 1978)

1. การกำหนดวัตถุประสงค์หรือจุดมุ่งหมายของกลุ่ม ซึ่งเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมาก โดยจำเป็นต้องตั้งจุดมุ่งหมายทั่วไปและจุดมุ่งหมายเฉพาะการทำกลุ่ม
2. คัดเลือกสมาชิกกลุ่มที่จะเข้าร่วมกลุ่ม จะพิจารณา ดังนี้

2.1 กลุ่มที่มีลักษณะเหมือนกัน เป็นกลุ่มที่มีลักษณะเหมือนกัน สมาชิกมีปัญหาคล้ายกัน มีความเห็นอกเห็นใจกัน ให้ความคิดเห็น และให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกันทำให้สมาชิกกลุ่มเกิดการเรียนรู้เท่าๆ กัน ไม่มีการเกิดกลุ่มย่อย หรือแยกจากกันในกลุ่มจะช่วยทำให้สมาชิกเข้ากันได้ง่าย

2.2 กลุ่มที่มีลักษณะแตกต่างกัน เป็นกลุ่มที่มีลักษณะแตกต่างกันด้านบุคลิกภาพ อายุ โรค เพศ การศึกษา และอาชีพ ทำให้ได้ประโยชน์ในด้านของการเพิ่มปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก มองโลกในแง่บวกต่างๆ ได้หลายมุม

หลังจากการคัดเลือกสมาชิกกลุ่มได้แล้ว ควรจัดให้มีการทำสัญญาตกลงยินยอมในการเป็นสมาชิกกลุ่ม โดยในสัญญานั้นจะแจ้งให้สมาชิกกลุ่มทราบถึงวัตถุประสงค์ของการทำกลุ่ม ประโยชน์ที่สมาชิกกลุ่มจะได้รับ และแนวทางในการปฏิบัติตัวในฐานะสมาชิกกลุ่ม การทำสัญญาอาจเป็นลายลักษณ์อักษรหรือเป็นวาจา คำพูดก็ได้

โครงสร้างของกลุ่ม

โครงสร้างของกลุ่ม ต้องคำนึงถึงบรรยากาศของกลุ่ม ขนาดของกลุ่ม สถานที่และระยะเวลาในการทำกลุ่มซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ (Marram, 1978)

บรรยากาศ ต้องส่งเสริมให้สมาชิกในกลุ่มรู้สึกมีอิสระที่จะแสดงความคิดเห็นต่างๆ ออกมา สมาชิกมีความเท่าเทียมกันทุกคน พยายามให้บรรยากาศแบบเป็นกันเอง

ขนาดของกลุ่ม เป็นตัวแปรสำคัญที่มีอิทธิพลต่อกลุ่ม กลุ่มที่เหมาะสมควรประกอบด้วยสมาชิก 8-12 คน เพื่อการปฏิสัมพันธ์กันอย่างทั่วถึง บอร์แมน (Borman, 1975) กล่าวว่าในกลุ่มที่มีตั้งแต่ 13 คนขึ้นไปจะมีเพียง 3-7 คนเท่านั้นที่จะพูด ที่เหลือจะกลายเป็นผู้ฟัง

สถานที่ ต้องมีความเป็นสัดส่วนเฉพาะ เงียบสงบ การจัดให้สมาชิกในกลุ่มนั่งเข้าหากันทำให้การสื่อสารเป็นไปอย่างคล่องตัว ทั่วถึง มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิด จะทำให้ความรู้สึกนึกคิดและอารมณ์เป็นไปในทางที่ดีขึ้น

ระยะเวลา เวลาที่เหมาะสม คือ 60-90 นาที นอกจากนี้ความถี่ของการเข้ากลุ่มขึ้นอยู่กับความเหมาะสม และความเป็นไปได้ โดยทางปฏิบัติจะจัด 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ ส่วนจำนวนครั้งในการเข้ากลุ่มขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่ต้องการ เป้าหมายของกลุ่ม

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำรูปแบบของการสอนแบบกลุ่ม โดยได้นำแนวคิดกระบวนการกลุ่มของ Marram (1978) มาใช้ในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ในการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้งรูปแบบของการสอนแบบกลุ่มจะเป็นการให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ ปัญหา และอุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้น รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมตัดสินใจ หรือแสดงความคิดเห็นตลอดกระบวนการกลุ่ม ช่วยให้สมาชิกกลุ่มได้เรียนรู้วิธีแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นและสามารถนำวิธี

แก้ปัญหาก็ได้มาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาของตนเอง อีกทั้งเกิดความรู้สึกผูกพัน เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน

3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กิตติพงษ์ บัวติก (2551) ศึกษาการปฏิบัติงานสุขภาพจิตในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการปฏิบัติงานสุขภาพจิตในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 235 คน และสุ่มตัวอย่างอย่างมีระบบ เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง เก็บข้อมูลคุณภาพโดยการสนทนากลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่นสาขาสุขภาพจิต ตำบลละ 1 คน รวม 13 คน ทำการวิจัยเชิงเนื้อหา นำมาสนับสนุนวิจัยเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ผลการศึกษาพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี มีระดับการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 75.7 ระดับปานกลาง ร้อยละ 22.6 พิจารณาตามวัยพบว่าการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนในกลุ่มวัยรุ่น(13-19 ปี) อยู่ในระดับสูงร้อยละ 78.7 วัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)ร้อยละ 78.3 วัยเด็กเล็ก (แรกเกิด- 6 ปี)ร้อยละ 72.7 เด็กวัยรุ่น (7-12 ปี) ร้อยละ 71.5 และวัยผู้ใหญ่(20-59 ปี) ร้อยละ 58.7 ปัจจัยที่มีความสำคัญกับการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชน อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่การศึกษา ระยะการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แรงจูงใจ และการสนับสนุนจากองค์กร ปัญหาที่พบ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านขาดความรู้ เรื่องสุขภาพจิต ขาดทักษะในการใช้แบบคัดกรองภาวะสุขภาพจิต ข้อเสนอแนะ ควรจัดอบรมฟื้นฟูความรู้ และทักษะในการปฏิบัติงาน มีคู่มือการดำเนินงาน และแบบคัดกรองอย่างเพียงพอ และของบประมาณสนับสนุนเพิ่มเติมในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน

ดาวศิริ วิลามาศ (2554) ได้ศึกษาการฝึกอบรมบาทอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนบ้านนาไร่ใหญ่ ตำบลเสนางคนิคม อำเภอเสนางคนิคม จังหวัดอำนาจเจริญ การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน จังหวัดอำนาจเจริญ โดยกลุ่มเป้าหมายเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข บ้านนาไร่ใหญ่ ตำบลเสนางคนิคม อำเภอเสนางคนิคมจำนวน 10 คน ใช้กรอบแนวคิดกระบวนการเรียนรู้ โดยการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ โดยอาสาสมัครสาธารณสุขเข้าร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูลด้วยกัน วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการด้านการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทร่วมกัน ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนได้เรียนรู้และเข้าใจถึงปัญหาของผู้ป่วยโรคจิตเภทตลอดจนการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยมีแผนการสอนในการ

ฝึกอบรม 7 วันออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เข้ารับการ ฝึกอบรม 2 วัน และระยะที่ 2 การออกฝึก ภาควิชาปฏิบัติเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชนอีก 5 วัน โดยการฝึกอบรม มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันโดยใช้ เทคนิคแต่ละวิธีการฝึกอบรม ซึ่งมีการอบรมตามแผนการสอนดังนี้ แผนการสอนที่ 1 การสร้าง ความสัมพันธ์และแรงจูงใจ แผนการสอนที่ 2 การรู้จักตนเอง แผนการสอนที่ 3 ความรู้สึกและ ความคาดหวังของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อผู้ป่วยจิตเภท แผนการสอนที่ 4 อาการและสาเหตุของ โรคจิตเภท แผนการสอนที่ 5 การรักษา และการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท และแผนการ สอนที่ 6 การสื่อสารระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขกับผู้ป่วยโรคจิตเภท เครื่องมือที่ใช้ใน การศึกษาประกอบด้วย 1) แบบวัดความรู้ ทักษะและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วย โรคจิตเภทในชุมชน 2) แบบประเมินความพึงพอใจและระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัคร สาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพรรณนาและความถี่ ผลการศึกษา พบว่าด้านความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคจิตเภทของอาสาสมัครสาธารณสุขก่อนเข้ารับการฝึกอบรม และหลังการฝึกอบรม พบว่าหลังการฝึกอบรมมีจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้เบื้องต้นจาก ความเชื่อทางวัฒนธรรมและความเชื่อทางการแพทย์เพิ่มขึ้นทุกคนด้านทัศนคติต่อผู้ป่วยโรคจิตเภท ของอาสาสมัครสาธารณสุขว่าหลังสิ้นสุดการอบรมมีทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้นกว่า ก่อนเข้ารับการอบรมทุกคน ด้านความพร้อมในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนของ อาสาสมัครสาธารณสุข หลังอบรม พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย โรคจิตเภทเพิ่มขึ้นทุกคน ด้านความพึงพอใจของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเข้ารับการฝึกอบรม พบว่ามีความพึงพอใจมาก ไม่มีอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีความไม่พึงพอใจ ด้านการมีส่วนร่วมของ อาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังสิ้นสุดการฝึกอบรม เมื่อ ประเมินผลการศึกษาพบว่าอาสาสมัครเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้นในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

ถนอม ป้อมกตันต์ (2552) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดย ครอบครัวยุทธศาสตร์การดูแลของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท โรงพยาบาลบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก เป็นการศึกษาระยะกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวยุทธศาสตร์การดูแลของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท โดย เปรียบเทียบคะแนนทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านระหว่างก่อนและหลังการทดลอง 1 เดือน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภทที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 15 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดระหว่าง เดือน ตุลาคม 2551 ถึงพฤษภาคม 2552 เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดย ครอบครัวยุทธศาสตร์การดูแลของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท ที่พัฒนาโดยภัทรภรณ์ ทุ่งปิ่นคำและคณะ (2548) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและ แบบวัดทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ที่พัฒนาโดยภัทรภรณ์ ทุ่งปิ่นคำ และคณะ (2548) ที่ผ่าน

การตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.86 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติวิลคอกซัน (Wilcoxon test) ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทภายหลังได้รับ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว 1 เดือน สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

บัวลอย แสนละมุล (2557) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อน และหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว เป็นรูปแบบการศึกษากึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 25 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท วิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired-t-test เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการทดลองคะแนนความรู้เฉลี่ย เท่ากับ 8.4 คะแนน หลังการทดลองคะแนนความรู้เฉลี่ย เท่ากับ 14.1 คะแนน จากคะแนนเต็ม 15 คะแนน โดยคะแนนความรู้หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง เท่ากับ 5.7 คะแนนความรู้ก่อนการทดลองและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) สรุปได้ว่าโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวมีประสิทธิภาพผลดีในด้านการเพิ่มระดับความรู้ของผู้ดูแล

พรประไพ แยกเต้าและคณะ (2551) ได้ทำการศึกษาเรื่องผลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุข อ.หลังสวน จ.ชุมพร วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ลดอัตราการกลับไปรักษาซ้ำ วิธีการศึกษา กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็น อสม. ในอำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร จำนวน 30 คน ผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว จำนวน 37 คน โดยดำเนินการ ดังนี้ 1. ให้ความรู้ อสม. เรื่อง โรคทางจิตเวช อาการ การรักษา อาการข้างเคียงของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านและฝึกปฏิบัติและให้ อสม. ร่วมกันกำหนดรูปแบบและแบบฟอร์มการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน 2. หลังการอบรม อสม. ติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นพี่เลี้ยง และนิเทศติดตามโดยงานจิตเวชชุมชน 3. ประเมินผลโดย การสัมภาษณ์ สังเกต และการตอบแบบประเมิน ผลการศึกษา ความสามารถของ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านอยู่ในระดับปานกลาง ($= 3.67, SD = .82$) ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อการเยี่ยมบ้านในระดับมาก ($= 2.70, SD = .41$ และ $= 2.76, SD = .36$ ตามลำดับ) ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลสามารถอยู่บ้าน ได้นานเกิน 3 เดือนร้อยละ 94.8 (กลับไปรักษาซ้ำ 2 ราย) อสม. สามารถค้นหาผู้ป่วย ประสานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับปลัดไช้ตรวนและนำผู้ป่วยไปรับการรักษา 1 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ญาติปกปิด

สรุปผลการศึกษา การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน โดยอสม. เป็นการพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการร่วมกันดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยการให้ความรู้ และให้อสม. มีส่วนร่วมในการกำหนดรูปแบบและแบบฟอร์มการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ระยะเวลา 3 เดือน พบว่าเป็นวิธีการที่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถดูแลตัวเองได้มากขึ้นสามารถอยู่ในชุมชนได้นานเกิน 3 เดือน ผู้เยี่ยมและผู้ได้รับการเยี่ยมมีความพึงพอใจ ข้อเสนอแนะ ควรมีการดำเนินงานต่อเนื่อง โดยการพัฒนาความรู้และทักษะแก่ อสม. มีการควบคุมกำกับให้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องเป็นงานประจำ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่

วิมลวรรณ คำลือ (2552) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในหอผู้ป่วยสหทัย โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่บ้านก่อนและหลังการทดลอง 1 เดือน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยสหทัย โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ เลือกกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 15 ราย ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง กันยายน 2552 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 1) โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวของภัทราภรณ์ ทุงปันคำ และคณะ (2548) 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และ 3) แบบวัดทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านที่ผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.91 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติการทดสอบค่าทีชนิดสองกลุ่มที่สัมพันธ์กัน (paired t-test) การศึกษาพบว่คะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทหลังเข้าร่วม โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว 1 เดือนสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$

สำราญ สุมะหิงพันธ์ (2554) ได้ศึกษาการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชน เป็นการวิจัยเชิงทดลองที่มุ่งพัฒนาให้ผู้ดูแลมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม และภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนของตนเอง การดำเนินงานมี 3 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมการ มีการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย บัญชีที่เกี่ยวข้อง การรักษา การได้รับการดูแลขั้นดำเนินการ จัดอบรมให้ความรู้ กลุ่มระหว่างผู้ดูแล และภาคีเครือข่าย เกี่ยวกับโรคทางจิตเวช สาเหตุ อาการ การรักษา วิธีการดูแลผู้ป่วย ได้ชี้แนะถึงความรุนแรงของปัญหา ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ผู้ดูแล สังคม เชิงปรึกษาปัญหา และติดตามเยี่ยมโดยภาคีเครือข่าย ขั้นประเมินผลระหว่างดำเนินการและหลังดำเนินการ ระยะเวลาศึกษาระหว่างเดือน มกราคม 2553 - ธันวาคม 2554 และดำเนินการต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง คือผู้ดูแล จำนวน 32 ราย

และภาคีเครือข่าย จำนวน 53 ราย เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบประเมินทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยอ้างอิงเนื้อหาคู่มือญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และ Paired samples t-test ผลการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยสูงขึ้น ($P < 0.001$) การติดตามเยี่ยมโดยภาคีเครือข่ายให้มีส่วนร่วมในการดูแล การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย และพฤติกรรมที่เป็นอุปสรรคต่อการช่วยเหลือผู้ป่วยของผู้ดูแล การมีรถรับส่งผู้ป่วยของ อบต. ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ขาดยา ลดภาวะเครียดให้ผู้ดูแล ไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย ดูแลผู้ป่วยได้เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ 22 ราย (จากเดิม 14 ราย) สามารถกลับไปทำงานที่ต่างจังหวัดได้ 2 ราย การถวายเป็นบุญกุศลด้านทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแด่พระภิกษุที่วัดซึ่งมีผู้ป่วยอาศัยอยู่ 1 ราย ได้รับการดูแลที่เหมาะสมจากพระภิกษุทุกรูปด้านการรับประทานยา รับประทานน้ำ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การได้รับฝึกฝนการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาทุกวันพระ และได้รับการดูแลเรื่องค่าใช้จ่ายส่วนตัว

สุทธิศักดิ์ นรดี (2555) ได้ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วมในชุมชนบ้านหนองบัวตากง หมู่ 4 ตำบลกู่ อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน มีลักษณะเป็นวงรอบประกอบด้วย การหาปัญหาร่วมกันการวางแผน การปฏิบัติตามแผน การสังเกตการณ์ และการสะท้อนผลการปฏิบัติการโดยประยุกต์ใช้กระบวนการของแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง กลุ่มตัวอย่างเป็นแกนนำในชุมชน บ้านหนองบัวตากง หมู่ 4 ตำบลกู่ อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งเป็นชุมชนชาวสวนจำนวน 49 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยพบว่า ก่อนพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในระดับปานกลาง (2.10 คะแนน) จึงได้จัดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ซึ่งประกอบด้วย กระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการ และประยุกต์ใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการจัดกิจกรรม 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านรากฐาน กระบวนการ ภาคีเครือข่าย และประชาชน ผลการดำเนินงานตามรูปแบบ พบว่า หลังการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในระดับสูง (2.41 คะแนน)

Rothbauer and Spiessl (2001) ได้ทำการศึกษาถึงเจตคติและความรู้ของญาติผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภทรวมถึงความต้องการของญาติในประเทศเยอรมนี พบว่า เจตคติ ความรู้และความสามารถความต้องการของญาติทั้งสองกลุ่มมีความใกล้เคียงกัน อันดับต้นๆ คือ ต้องการเวลาพูดคุยกับผู้ดูแลรักษาให้มากขึ้นรับรู้ข้อมูล คำแนะนำเกี่ยวกับโรคจิตเภทให้มากกว่าที่เป็นอยู่ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการแก้ปัญหาที่ครอบครัวกำลังเผชิญอยู่

Murphy (2007) ที่ได้้นำการบำบัดครอบครัว(Family Intervention) มาใช้ในการลดการป่วยซ้ำ เพื่อให้เกิดการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว เกิดความรักความเข้าใจและยอมรับในครอบครัวมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้นานขึ้นอยู่ร่วมกับครอบครัวอย่างมีความสุข มีขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการบำบัดครอบครัวเป็นรายครอบครัว ใช้เวลาในการบำบัดทั้งหมด 9 เดือน มีรายละเอียดของกิจกรรมดังนี้ 1) การประเมิน (Assessment) ประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วย (Brief Psychiatric Rating Scale) ประเมินครอบครัวความสัมพันธ์ในครอบครัว และประเมินความรู้ของคนในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 2)การให้ความรู้ (Education) กับครอบครัวเรื่องโรคจิตเภท การรักษา สิ่งที่ครอบครัวต้องเข้าใจ 3)ทักษะการสื่อสาร(Communicationskills) ให้ความเข้าใจรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวเข้าใจสาเหตุ อาการของความเครียดและวิธีการจัดการกับความเครียดนั้น 5)การแก้ปัญหา (Problem solving) ให้ครอบครัวและผู้ป่วยค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว และสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ 6) การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Relapse Prevention) ให้ความรู้ครอบครัวในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ สังเกตอาการเตือนก่อนมีอาการทางจิต

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มแบบวัดซ้ำ (The Two Groups Repeated Measures Design) โดยมีขอบเขตการวิจัยดังนี้ คือ

กลุ่มทดลอง	O1	X	O2	O3
กลุ่มควบคุม	O4		O5	O6

ภาพที่ 3.1 รูปแบบการทดลอง

O1 หมายถึง คะแนนเจตคติ ความรู้ และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของครอบครัวผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและอาสาสมัครสาธารณสุขและคะแนนประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทก่อนโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุข

O2 หมายถึง คะแนนเจตคติ ความรู้ และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของครอบครัวผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและอาสาสมัครสาธารณสุขและคะแนนประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทหลังโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขทันที

O3 หมายถึง คะแนนเจตคติ ความรู้ และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของครอบครัวผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและอาสาสมัครสาธารณสุขและคะแนนประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทหลังโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขหลัง 1 เดือน

O4 หมายถึง คะแนนเจตคติ ความรู้ และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของครอบครัวผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและอาสาสมัครสาธารณสุขและคะแนนประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทก่อนได้รับการดูแลตามปกติ

O5 หมายถึง คะแนนเจตคติ ความรู้ และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของครอบครัวผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและอาสาสมัครสาธารณสุขและคะแนนประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทหลังได้รับการดูแลตามปกติทันที

O6 หมายถึง คะแนนเจตคติ ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของครอบครัวผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและอาสาสมัครสาธารณสุขและคะแนนประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท หลังได้รับการดูแลตามปกติหลัง 1 เดือน

X หมายถึง โปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุข

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) คือ

1. ผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 12 คน โดยใช้แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท 8 ข้อ (PASS 8) ฉบับโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ที่มีคะแนนตั้งแต่ 17 คะแนนขึ้นไป แบ่งเป็น กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนี้

กลุ่มทดลองผู้ป่วยโรคจิตเภท ตำบลกุดแห่ อำเภอเสิงสาง จังหวัดชัยภูมิจำนวน 6 คน

กลุ่มควบคุมผู้ป่วยโรคจิตเภท ตำบลสามแยก อำเภอเสิงสาง จังหวัดชัยภูมิจำนวน 6 คน

2. ครอบครัวผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและอาสาสมัครสาธารณสุขจำนวน 24 คน โดยเป็น ครอบครัวผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจำนวน 12 คนและอาสาสมัครสาธารณสุขจำนวน 12 คน ในเขต อำเภอเสิงสาง จังหวัดชัยภูมิ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มทดลอง จำนวน 12 คน ประกอบด้วยครอบครัวผู้ที่เป็นโรคจิตเภท จำนวน 6 คน และอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 6 คน ตำบลกุดแห่ อำเภอเสิงสาง จังหวัดชัยภูมิ

กลุ่มควบคุม จำนวน 12 คน ประกอบด้วยครอบครัวผู้ที่เป็นโรคจิตเภท จำนวน 6 คน และอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 6 คน ตำบลสามแยก อำเภอเสิงสาง จังหวัดชัยภูมิ

ตามคุณสมบัติในการเข้าร่วม โครงการวิจัย (inclusion criteria) ดังนี้

ผู้ป่วยโรคจิตเภท

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทซึ่งผ่านการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์ ICD - 10 ที่อาศัยอยู่ในตำบลกุดแห่ และตำบลสามแยก อำเภอเสิงสาง จังหวัดชัยภูมิ

2. เป็นผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชนซึ่งมีระยะเวลาในการเจ็บป่วย ไม่น้อยกว่า 2 ปี และได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเสิงสาง

3. เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านการประเมินอาการทางจิตโดยใช้แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท 8 ข้อ (PASS 8) ฉบับโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ที่มีคะแนนตั้งแต่ 17 คะแนนขึ้นไป

ครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุข

1. ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท คือ สมาชิกรรยาบิดามารดาพี่น้องบุตรหลานหรือญาติ ที่ทำหน้าที่รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างน้อยเป็นระยะเวลา 6 เดือนขึ้นไปและมีอายุ 18 ปีขึ้นไป
2. อาสาสมัครสาธารณสุขตำบลลูกเห่ และตำบลสามแยก อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างน้อยเป็นระยะเวลา 6 เดือนขึ้นไปและมีอายุ 18 ปีขึ้นไป
3. สามารถอ่านออก เขียนได้ และพูดคุยติดต่อสื่อสารได้
4. สนใจในการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุข

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ชุด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ชุด

ชุดที่ 1 แบบสอบถามเจตคติ ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและชุมชน แบ่งเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเจตคติ ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและชุมชน เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้กรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ของภัทราภรณ์ ทุ่งปั้นคำ และคณะ (2548) มีเนื้อหาเพื่อถามเกี่ยวกับ ความรู้สึนึกคิดความเห็น ความรู้ ความสามารถ ทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ของผู้ดูแลและอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดย เนื้อหาคำถามแบ่งออกเป็น 4 ด้านได้แก่ 1) ด้านเจตคติ 2) ด้านการใช้ชีวิตตามปกติ 3) ด้านการจัดการอาการ 4) ด้านการบริหารจัดการด้านยา เป็นมาตรวัด ประมาณค่า 4 ระดับ (rating scale) แล้วหาค่าเฉลี่ยโดยรวม

1. ด้านเจตคติ จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10

2. ด้านการใช้ชีวิตตามปกติ จำนวน 14 ข้อ ได้แก่ข้อ

11,12,13,14,15,23,25,26,27,28,29,30,33,36

ด้านความรู้ ได้แก่ ข้อ 13,28,29,33

ด้านทักษะ ได้แก่ ข้อ 11,12,14,15,23,25,26,27,30,36

3. ด้านการจัดการอาการ จำนวน 15 ข้อ ได้แก่ข้อ

17,18,19,20,21,22,31,32,34,35,37,40,42,43,44

ด้านความรู้ ได้แก่ ข้อ 17,18,35

ด้านทักษะ ได้แก่ ข้อ 19,20,21,22,31,32,34,35,37,40,42,43,44

4. ด้านการบริหารยา จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ข้อ 16,24,38,39,41

ด้านความรู้ ได้แก่ ข้อ 16,24

ด้านทักษะ ได้แก่ ข้อ 38,39,41

การคิดคะแนน

ข้อคำถามเชิงบวก ประกอบด้วยข้อ

3,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38,39,
40,41,42,43 และ 44 การให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า แต่ละระดับมีค่าคะแนนดังนี้

รู้สึกเห็นด้วยอย่างยิ่ง/ปฏิบัติทุกครั้ง หมายถึง ท่านเห็นด้วยทุกครั้ง /ปฏิบัติทุกครั้ง

= 4 คะแนน

รู้สึกเห็นด้วย/ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ท่านเห็นด้วยส่วนใหญ่ /ปฏิบัติบ่อย

= 3 คะแนน

รู้สึกไม่เห็นด้วย/เคยปฏิบัติบ้าง หมายถึง ท่านเห็นด้วยบางครั้ง /ปฏิบัติเป็นบางครั้ง

= 2 คะแนน

รู้สึกไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง/ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วย /ไม่เคยปฏิบัติ

= 1 คะแนน

ข้อคำถามเชิงลบ ประกอบด้วยข้อ 1,2,4,5,6,7 และ 8 การให้คะแนนเป็นมาตราส่วน
ประมาณค่า แต่ละระดับมีค่าคะแนนดังนี้

รู้สึกเห็นด้วยอย่างยิ่ง/ปฏิบัติทุกครั้ง หมายถึง ท่านเห็นด้วยทุกครั้ง /ปฏิบัติทุกครั้ง

= 1 คะแนน

รู้สึกเห็นด้วย/ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ท่านเห็นด้วยส่วนใหญ่ /ปฏิบัติบ่อย

= 2 คะแนน

รู้สึกไม่เห็นด้วย/เคยปฏิบัติบ้าง หมายถึง ท่านเห็นด้วยบางครั้ง /ปฏิบัติเป็นบางครั้ง

= 3 คะแนน

รู้สึกไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง/ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วย /ไม่เคยปฏิบัติ

= 4 คะแนน

ซึ่งค่าคะแนนเต็มเท่ากับ 176 คะแนน หากค่าคะแนนเฉลี่ยด้านเจตคติของผู้ร่วมวิจัยแต่ละรายแล้ว
แปลผลค่าคะแนน การแปลผลคะแนน

- 1.00 - 1.99 = มีเจตคติ ความรู้และทักษะการดูแลในการดูแลอยู่ในระดับต่ำ
- 2.00 - 2.99 = มีเจตคติ ความรู้และทักษะการดูแลในการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง
- 3.00 - 4.00 = มีเจตคติ ความรู้และทักษะการดูแลในการดูแลอยู่ในระดับสูง

ชุดที่ 2 แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท 8 ข้อฉบับพระศรีมหาโพธิ์

(Prasri Assessment Schizophrenia Scale : PASS 8)

แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท 8 ข้อฉบับพระศรีมหาโพธิ์ (Prasri Assessment Schizophrenia Scale : PASS 8) เป็นแบบประเมินอาการทางจิตที่มีความเที่ยงในระดับดี และมีความจำเพาะค่อนข้างสูง เมื่อเทียบกับเครื่องมือมาตรฐานระดับสากล จึงสามารถนำมาประเมินอาการและติดตามอาการของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้

แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท 8 ข้อฉบับพระศรีมหาโพธิ์ (Prasri Assessment Schizophrenia Scale : PASS 8) มีค่า Cronbach's Alpha รายข้ออยู่ระหว่าง 0.267 - 0.710 และมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.794 ของ ส่วนผลการเปรียบเทียบกับแบบประเมิน CGI-SCH มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.741 (P-value<0.001) ผลการทดสอบความน่าเชื่อถือและความเที่ยงตรง พบว่า มีค่าความไว ค่าความจำเพาะ และค่า Likelihood Ratio พบว่าในระดับอาการน้อย มีค่าความไว ค่าความจำเพาะ และค่า Likelihood Ratio เท่ากับ ร้อยละ 98,89 และ 8.80(1.39 – 55.90) ระดับอาการปานกลาง เท่ากับ ร้อยละ 18, 98 และ 8.49(1.14 – 63.05) ส่วนระดับอาการรุนแรง เท่ากับ ร้อยละ 89, 98 และ 40.89(5.80 – 288.05)

แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท 8 ข้อฉบับพระศรีมหาโพธิ์ (Prasri Assessment Schizophrenia Scale : PASS 8) ให้ความสำคัญเพื่อค้นหาอาการที่มีในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา การให้คะแนนพิจารณาจาก การสังเกตลักษณะของผู้ป่วยขณะสัมภาษณ์ รวมทั้งประวัติจากญาติ ผู้ดูแล มีข้อคำถาม 8 ข้อ ซึ่งแต่ละข้อมีระดับคะแนน 1-5 คะแนน ดังนี้

- 1 คะแนน = ไม่มีอาการ อยู่ในเกณฑ์ปกติ
- 2 คะแนน = มีอาการเล็กน้อย
- 3 คะแนน = มีอาการปานกลาง
- 4 คะแนน = มีอาการรุนแรง
- 5 คะแนน = มีอาการรุนแรงมาก

การแปลผล

ระดับปกติ / น้อย = คะแนนรวม 8 – 16

** โดย ข้อ 2, 3, 4, 6 และ 8 ทุกข้อ มีค่าคะแนนน้อยกว่า 4 คะแนน

ระดับปานกลาง = คะแนนรวม 17 – 30

** โดย ข้อ 2, 3, 4, 6 และ 8 ทุกข้อ มีค่าคะแนนน้อยกว่า 4 คะแนน

ระดับรุนแรง = คะแนนตั้งแต่ 31 ขึ้นไปหรือ

*** มีค่าคะแนนใน ข้อ 2, 3, 4, 6 หรือ 8 ข้อใดข้อหนึ่ง มากกว่าหรือเท่ากับ
4 คะแนน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

คือ โปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรม การให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมแบบกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที จำนวน 6 ครั้ง โดยผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ของ ภัทรภรณ์ ทุ่งปั่นคำ และคณะ (2548) ดังนี้

ครั้งที่ 1 ภาพความเป็นจริงในปัจจุบันและความมุ่งหวัง “ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนของเรา”

ครั้งที่ 2 การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและชุมชน

ครั้งที่ 3 การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท

ครั้งที่ 4 ทักษะจำเป็นที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกัน

ครั้งที่ 5 ทักษะจำเป็นที่เกี่ยวข้องกับด้านการจัดการอาการ

ครั้งที่ 6 กิจกรรมสรุปและทบทวนการดำเนินการที่ผ่านมา

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามเจตคติ ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและชุมชน

3.1.1 การหาความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเจตคติ ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและชุมชน เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของข้อคำถาม ความครอบคลุมของเนื้อหา การใช้ภาษา พร้อมทั้งปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา หลังจากนั้นนำแบบสอบถามพร้อมโครงร่าง

วิทยานิพนธ์ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านวิชาการ ด้านบริหารการพยาบาล ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ด้านชุมชน จำนวน 5 ท่าน เพื่อเป็นตรวจสอบความตรงของเครื่องมือการวิจัยที่เป็นการยอมรับกันโดยทั่วไป การประเมินความตรงของเครื่องมือการวิจัยโดยทรงคุณวุฒิจะเน้นการประเมินทั้งความตรงเชิงเนื้อหาและ/ หรือความตรงเชิงโครงสร้าง การตรวจสอบและความตรงเชิงเนื้อหาและเชิงโครงสร้างของเครื่องมือการวิจัยโดยทรงคุณวุฒิ โดยการหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index = CVI) กำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ คือ 1 2 3 4 โดยแต่ละระดับมีความหมายดังนี้ (Hamdleton 1975 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร 2550 : 224) 1 หมายถึง คำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยามเลย 2 หมายถึง คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณา ทบทวน และปรับปรุงอย่างมาก จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม 3 หมายถึง คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณา ทบทวน และปรับปรุงเล็กน้อย จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม 4 หมายถึง คำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยาม ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้จากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่า (content validity index: CVI) จากค่าระดับความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งเกณฑ์ที่ใช้ในการตัดสินคุณภาพเครื่องมือ คือ ใช้เกณฑ์ $CVI = .80$ ขึ้นไป (Davis 1992 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร 2550 : 224) โดยคำนวณจากสูตร $CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$ ซึ่งแบบสอบถามเจตคติ ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและชุมชนได้ค่า $CVI = .90$

3.1.2 การหาความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเจตคติ ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและชุมชน ไปทดลองใช้ (try out) กับครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างไปทดลองใช้กับครอบครัวและ อสม. ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ที่ตำบลสร้างมิ่ง อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร จำนวน 30 คน จากนั้นนำมาวิเคราะห์ความเที่ยงของเครื่องมือ โดยการคำนวณหาค่า สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป โดยพิจารณาค่าความเที่ยงว่าอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ กล่าวคือควรจะมีค่าความเที่ยงไม่ต่ำกว่า 0.70 ซึ่งแบบวัดเจตคติ ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและชุมชนได้ค่าความเชื่อมั่น .90 จากนั้นนำแบบวัดไปใช้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจริง

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุข

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำ โปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุข ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ไปปรึกษาอาจารย์ที่

ปรึกษา เพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสม แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่มีความเชี่ยวชาญด้านวิชาการ ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ด้านชุมชน ด้านบริหารการพยาบาล จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบเนื้อหากิจกรรม ความตรงเชิงโครงสร้างในแต่ละกิจกรรมและความเหมาะสม หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ และครอบคลุมเนื้อหาของกิจกรรม มีความถูกต้องของภาษาก่อนนำไปใช้จริง

3. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ว่าการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีความเสี่ยงหรือผลกระทบใดๆ และไม่มีค่าตอบแทนใดๆ ในการเข้าร่วมการวิจัย การเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของกลุ่มตัวอย่าง หากไม่สมัครใจหรือเกิดภาวะตึงเครียดทางด้านอารมณ์กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะยกเลิกหรือถอนตัวออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆและจะไม่มีการสูญเสียประโยชน์ใด ๆ ที่ควรได้รับ และสิทธิประโยชน์อื่นๆ อันเกิดจากผลการวิจัยจะเป็นไปตามระเบียบข้อบังคับของมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช หากกลุ่มตัวอย่าง ตกลงที่จะเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายเมื่อเสร็จสิ้นโครงการศึกษา ท่านมีสิทธิตามกฎหมายที่จะเข้าถึงข้อมูลส่วนตัวของตนเอง โดยจะสรุปผลออกมาเป็นภาพรวม เพื่อใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น แล้วจึงให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อยินยอมไว้เป็นลายลักษณ์อักษร

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บและรวบรวมข้อมูลด้วยตัวเอง โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ทำหนังสือจากประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ถึงสาธารณสุขอำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร เพื่อขออนุญาต เข้าดำเนินการศึกษากับกลุ่มตัวอย่าง
2. ผู้วิจัยเข้าพบสาธารณสุขอำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยเตรียมกลุ่มเป้าหมายที่จะร่วมวิจัย

4. ผู้วิจัยดำเนินการ นำแบบสอบถามเจตคติ ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและชุมชน ของผู้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนไปวัดครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และนำแบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท 8 ข้อฉบับพระศรีมหาโพธิ์ไปประเมินอาการทางจิตผู้ป่วยโรคจิตเภท ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

5. ผู้วิจัยดำเนินการ โปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุข ดังนี้

5.1 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวเอง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการศึกษา และพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โดยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงการดำเนินตามโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุข วัตถุประสงค์ ขั้นตอน และประโยชน์ที่จะได้รับ และให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมกลุ่มศึกษาด้วยความสมัครใจ โดยกลุ่มควบคุมจะนัดติดตามเพื่อทำแบบประเมินการศึกษาในระยะเดียวกันกับกลุ่มทดลอง

5.2 ผู้วิจัยดำเนินการตาม โปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขสำหรับกลุ่มทดลอง ดังนี้

กิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 1 ภาพความเป็นจริงในปัจจุบันและความมุ่งหวัง

“ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนของเรา”

วัตถุประสงค์

1 เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกกลุ่ม และสร้างแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2 เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้ร่วมกันสำรวจปัญหาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน

3 เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้รับทราบปัญหา ของผู้ป่วยโรคจิตและครอบครัว

4 เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้ร่วมกันสำรวจความมุ่งหวังของคนที่มีการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตเภท

5 เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้รับรู้ความมุ่งหวังของสมาชิกอื่นๆ ที่มีการช่วยเหลือผู้ป่วย

ใบงาน

1. ใบงานที่ 1.1 ภาพความเป็นจริงในปัจจุบัน “ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนของเรา”

2. ใบงานที่ 1.2 ความมุ่งหวังของเราสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน

ภาพความมุ่งหวัง “ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนของเรา”

กิจกรรม

ระยะเริ่มกลุ่ม (15 นาที)

ผู้นำกลุ่มสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว ชื่อแจ้งวัตถุประสงค์ ชื่อแจ้งการพิทักษ์สิทธิ์
ของสมาชิกผู้เข้าร่วมการวิจัย ตั้งกติกากลุ่ม

ระยะดำเนินการ (45-60 นาที)

ขั้นตอนที่ 1 ภาพความเป็นจริงในปัจจุบัน “ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนของเรา”

1. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มทำแบบวัดเจตคติ ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิต
เภทที่บ้านและชุมชนก่อนเริ่มกิจกรรมกลุ่ม

2. ผู้นำกลุ่มแจกใบงานที่ 1.1 ภาพความเป็นจริงในปัจจุบัน “ผู้ป่วยโรคจิตเภทใน
ชุมชนของเรา” โดยให้สมาชิกทุกคนวาดภาพสภาพผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน โดยเป็นภาพที่วาด
จากมุมมองของตนเองและเป็นความคิดที่มาจากส่วนตัว

3. เมื่อทุกคนวาดภาพเสร็จแล้วแบ่งกลุ่มย่อย 4-5 คน ให้สมาชิกแต่ละคนอธิบาย
ภาพของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ตนเองวาดให้เพื่อนฟัง เพื่อเป็นการสื่อความคิดให้กลุ่มได้รับทราบให้
สมาชิกรับฟังโดยไม่วิพากษ์วิจารณ์ แต่ซักถามรายละเอียดได้

4. หลังจากสมาชิกได้อธิบายภาพของตนเองจนครบทุกคน แล้วให้ช่วยกันรวมภาพ
ทุกคนให้เป็นภาพของกลุ่ม โดยจะต้องให้มีภาพของแต่ละคนประกอบกันในภาพของกลุ่ม โดยวาด
ภาพใหม่ จากนั้นให้ตัวแทนกลุ่มนำเสนอภาพที่วาดขึ้นมาใหม่ว่าภาพความเป็นจริงในปัจจุบัน
ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนของเราเป็นอย่างไร

ขั้นตอนที่ 2 ภาพความมุ่งหวัง “ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนของเรา”

2.1 ผู้นำกลุ่มแจกใบงานที่ 1.2 ภาพความมุ่งหวัง “ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนของเรา”
โดยให้สมาชิกทุกคนวาดภาพผู้ป่วยโรคจิตเภทตามความมุ่งหวังของคนที่อยากเห็นผู้ป่วยโรคจิตเภท
มีภาพที่ดีขึ้น โดยเป็นภาพที่วาดจากมุมมองของตนเองและเป็นความคิดที่มาจากส่วนตัว

2.2 เมื่อทุกคนวาดภาพเสร็จแล้วแบ่งกลุ่มย่อย 4-5 คน ให้สมาชิกแต่ละคนอธิบายภาพ
ของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ตนเองวาดให้เพื่อนฟัง เพื่อเป็นการสื่อความคิดให้กลุ่มได้รับทราบให้
สมาชิก

2.3 หลังจากสมาชิกได้อธิบายภาพของตนเองแล้ว ให้ช่วยกันรวมภาพทุกคนให้เป็น
ภาพของกลุ่ม โดยวาดภาพขึ้นมาใหม่โดยจะต้องให้มีภาพของแต่ละคนประกอบกันในภาพของกลุ่ม
จากนั้นให้ตัวแทนกลุ่มนำเสนอภาพที่วาดขึ้นมาว่า ภาพที่ทุกคนมุ่งหวังอยากให้ผู้ป่วยโรคจิตเภท
เป็นอย่างไร

ขั้นตอนที่ 3 การเปรียบเทียบภาพความเป็นจริงในปัจจุบันและความมุ่งหวัง

“ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนของเรา”

3.1 ผู้นำกลุ่มให้ตัวแทนกลุ่มสรุปจากการนำเสนอของแต่ละกลุ่มในประเด็นที่เหมือนกันและแตกต่างกัน

3.2 ผู้นำกลุ่มอภิปรายสรุปจากการนำเสนอของแต่ละกลุ่ม ในประเด็นที่เหมือนกันและแตกต่างกันรวมทั้งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน เน้นความสำคัญของการรักษาอย่างต่อเนื่อง

ระยะยุติกลุ่ม (15 นาที)

ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มซักถาม และสรุปเนื้อหาทั้งหมดตามใบความรู้ที่ 1 ประเด็นสรุปกิจกรรม พร้อมเกริ่นนำในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป

กิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 2 การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและชุมชน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่ม มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและชุมชน

2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่ม เข้าใจความสำคัญของตนเองในการพัฒนาความรู้ทักษะการดูแล ใบความรู้/ใบงาน

1. ใบความรู้ที่ 2.1 ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคจิตเภท

2. ใบความรู้ที่ 2.2 การจัดการกับอาการและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท

3. ใบความรู้ที่ 2.3 ทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่บ้านและชุมชน

4. ใบงานที่ 2.1 แบบสำรวจอาการผู้ป่วยโรคจิตเภท

กิจกรรม

ระยะเริ่มกลุ่ม (15 นาที)

ผู้นำกลุ่มสร้างสัมพันธ์ภาพ ทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมา ชี้แจงวัตถุประสงค์ ทบทวน กติกากลุ่ม

ระยะดำเนินการ (45-60 นาที)

1. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่ม ศึกษาใบความรู้ที่ 2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และให้สมาชิกกลุ่ม สสำรวจอาการผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ตนดูแลอยู่ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาและอาการเดือนนี้มีอาการอะไรบ้าง (ตามใบงานกิจกรรมที่ 2.1 และอภิปรายประเด็นตามแบบสำรวจอาการผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ตนเองดูแลอยู่ (15-20 นาที)

2. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่ม ศึกษาใบความรู้ที่ 2.2 การจัดการกับอาการและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยโรคจิตเภทและอภิปรายพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยที่ตนเองดูแลอยู่ และการจัดการ (15-20 นาที)

3. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่ม ศึกษาใบความรู้ที่ 2.3 ทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่บ้านและชุมชน และอภิปรายทักษะแต่ละด้านร่วมกัน เป็นกลุ่มใหญ่ (15-20 นาที)

ระยะยุติกลุ่ม (15 นาที)

- ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้ซักถาม และสรุปเนื้อหา ในการอภิปรายทั้งหมดพร้อมเกริ่นนำในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไปโดยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทนำยาที่ผู้ป่วยรับประทานมาด้วยครั้งต่อไป

กิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 3 การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่ม ได้ทบทวนกระบวนการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยที่ตนเองดูแล
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่ม ได้ทราบความสำคัญของการดูแลรักษาแต่ละอย่างส่งผลต่อผู้ป่วยของตนเองอย่างไร
3. เพื่อให้สมาชิกกลุ่ม ได้ทราบและเข้าใจเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยรับประทาน

ใบความรู้/ใบงาน

1. ใบความรู้ที่ 3.1 การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท
2. ใบความรู้ที่ 3.2 การช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากการใช้ยาจิตเวช
3. ใบงานที่ 3 กระบวนการรักษาพยาบาล

กิจกรรม

ระยะเริ่มกลุ่ม (15 นาที)

ผู้นำกลุ่มสร้างสัมพันธ์ภาพ ทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมา ชี้แจงวัตถุประสงค์ ทบทวนกติกากลุ่ม

ระยะดำเนินการ (45-60 นาที)

1. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มเล่ากระบวนการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยตนเองได้รับ
2. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่ม อภิปรายความสำคัญของการดูแลรักษาแต่ละอย่างส่งผลต่อผู้ป่วยของตนเองอย่างไร
3. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มเขียนชื่อยาของผู้ป่วย จำนวน วันเวลาที่เริ่มรับประทาน วัตถุประสงค์ในการใช้ วันที่ปรับเปลี่ยนยา เหตุผลที่เปลี่ยนแปลงในตารางข้างล่าง

4. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่ม เล่าเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยรับประทาน อาการข้างเคียง ส่งผลต่อผู้ป่วยอย่างไรบ้าง

ระยะเวลาตุ๊กกลุ่ม (15 นาที)

-ผู้นำกลุ่ม เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มซักถาม และสรุปเนื้อหา ในการอภิปรายทั้งหมด พร้อมเกริ่นนำในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป

กิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 4 ทักษะที่จำเป็นที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกัน
วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่ม มีความเข้าใจในทักษะในการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกัน และสามารถเลือกใช้ทักษะดังกล่าวได้อย่างเหมาะสมตามสถานการณ์

ใบความรู้/ใบงาน

1. ใบความรู้ที่ 4 ทักษะที่จำเป็นที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกัน
2. ใบงานที่ 4 ทักษะที่จำเป็นที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกัน

กิจกรรม

ระยะเริ่มกลุ่ม (15 นาที)

-ผู้นำกลุ่มสร้างสัมพันธ์ภาพ ทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมา ชี้แจงวัตถุประสงค์ ทบทวนกติกากลุ่ม

ระยะดำเนินการ (45-60 นาที)

-ผู้นำกลุ่ม ให้สมาชิกกลุ่มศึกษาทักษะที่จำเป็นที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกัน

-ผู้นำกลุ่ม ให้สมาชิกกลุ่มเลือกอธิบายทักษะแต่ละทักษะว่าหมายถึงอะไร ใช้ในสถานการณ์ใดบ้าง จับคู่กับคนข้างๆ ให้ฝึกการทำบทบาทสมมติเป็นผู้ดูแล, อสม. และผู้ป่วยแล้วฝึกทักษะต่างๆ เช่น

1. ทักษะการเตือนให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันในเรื่องอาบน้ำ แปรงฟัน เปลี่ยนเสื้อผ้า รับประทานอาหารช่วยทำงานบ้าน และรับประทานอาหารช่วยทำงานบ้านและรับประทานยา

2. ทักษะการแนะนำผู้ป่วยเรื่อง การรับประทานยา การไม่นอนกลางวัน

3. ทักษะการไกล่เกลี่ย เมื่อมีผู้อื่นถูกทำร้ายร่างกาย

- ผู้นำกลุ่มเริ่มอภิปรายประเด็นเกี่ยวกับทักษะต่างๆ

- ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่ม อภิปรายเกี่ยวกับทักษะต่างๆที่สมาชิกกลุ่มได้ฝึกทักษะ

ระยะเวลาตุ๊กกลุ่ม (15 นาที)

- ผู้นำกลุ่มกิจกรรมเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มซักถาม และสรุปเนื้อหาในการอภิปราย

ทั้งหมดพร้อมเกริ่นนำในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป

กิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 5 ทักษะจำเป็นที่เกี่ยวข้องกับด้านการจัดการอาหาร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้มีความรู้และเข้าใจอาการเตือนก่อนกลับเป็นซ้ำ
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีความรู้และเข้าใจการจัดการเกี่ยวกับอาการที่เกิดจากภาวะโรค

สามารถช่วยเหลือผู้ป่วย รวมทั้งป้องกันตนเองได้รวดเร็ว

3. เพื่อให้สมาชิกกลุ่ม ได้ทราบแหล่งช่วยเหลือ เมื่อผู้ป่วยมีอาการที่เกิดจากภาวะโรค

ใบความรู้/ใบงาน

1. ใบความรู้ที่ 5 ทักษะที่เกี่ยวข้องกับการดูแลด้านอาการที่เกิดจากภาวะโรค
2. ใบงานที่ 5.1 การเฝ้าระวังอาการทางจิต คำเรียบ
3. ใบงานที่ 5.2 ทักษะที่เกี่ยวข้องกับการดูแลด้านอาการที่เกิดจากภาวะโรค

กิจกรรม

ระยะเริ่มกลุ่ม (15 นาที)

-ผู้นำกลุ่มสร้างสัมพันธภาพ ทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมา ชี้แจงวัตถุประสงค์ ทบทวนกติกากลุ่ม

ระยะดำเนินการ (45-60 นาที)

-ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มศึกษาใบความรู้ที่ 5 ทักษะที่เกี่ยวข้องกับการดูแลด้านอาการที่เกิดจากภาวะโรค

-ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มบอกอาการเตือนก่อนเกิดอาการทางจิตคำเรียบ ของผู้ป่วยที่ดูแลอยู่

-ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่ม เลือกรายละเอียดทักษะแต่ละทักษะ

-ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่ม จับคู่กับคนข้างๆ ในการฝึกการทำบทบาทสมมติเป็นผู้ดูแลและผู้ป่วยแล้วฝึกทักษะต่างๆ

-ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่ม อภิปรายเกี่ยวกับทักษะต่างๆที่สมาชิกกลุ่มได้ฝึกทักษะ

ระยะยุติกลุ่ม (15 นาที)

-ผู้นำกลุ่ม บอกอาการเตือนก่อนเกิดอาการทางจิตคำเรียบ เพื่อให้สมาชิกที่ไม่มีผู้ป่วยที่มีอาการได้รับทราบ

-ผู้นำกลุ่ม เปิดโอกาสให้ซักถาม และสรุปเนื้อหา พร้อมเกริ่นนำในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป

กิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 6 กิจกรรมสรุปและทบทวนการดำเนินการที่ผ่านมา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเกิดความมั่นใจในการนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปใช้ใน ชีวิตประจำวัน
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการนำทักษะต่างๆไปใช้และ ประเมินผลการดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบสงค์

กิจกรรม

ระยะเริ่มกลุ่ม (15 นาที)

-ผู้นำกลุ่มสร้างสัมพันธภาพ ทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมา ชี้แจงวัตถุประสงค์ ทบทวนกติกา กลุ่ม

ระยะดำเนินการ (45-60 นาที)

-ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่ม ได้ทบทวนกิจกรรมทั้งหมดที่ผ่านมา ทบทวนกิจกรรม ครั้งที่ 1,2,3,4,5

-ผู้นำกลุ่มเริ่มอภิปรายประเด็นเกี่ยวกับกิจกรรมทั้งหมดที่ผ่านมา โดยอภิปรายทัศนคติต่อ การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความรู้ความเข้าใจและการฝึกทักษะต่างๆการนำทักษะต่างๆไปใช้

-ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่ม ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ การนำความรู้และทักษะต่างๆไปใช้

-ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่ม ได้เล่าความรู้สึกของการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มทั้งหมดที่ผ่านมา ประโยชน์ที่ได้จากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม

ระยะยุติกลุ่ม (15 นาที)

-ผู้นำกิจกรรมเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มซักถาม และสรุปเนื้อหา ในการอภิปรายทั้งหมด

-ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มทำแบบวัดเจตคติ ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน และชุมชนนัดหมายการทำแบบวัดเจตคติ ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและชุมชน ในอีก 1 เดือน

5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปโดยดำเนินการดังนี้

5.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของเจตคติ ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

และชุมชนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันทีและระยะหลังการทดลอง 1 เดือน และเปรียบเทียบคะแนนประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังการทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือน โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนวัดซ้ำ (Two-Way Anova Repeated Measure)

5.3 กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มแบบวัดซ้ำ (The Two Groups Repeated Measures Design) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 12 คน โดยใช้แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท 8 ข้อ (PASS 8) ฉบับโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ที่มีคะแนนตั้งแต่ 17 คะแนนขึ้นไป และครอบครัวผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจำนวน 12 คนและอาสาสมัครสาธารณสุขจำนวน 12 คนในเขตอำเภอเมืองนกาจังหวัดยโสธร แบ่งเป็น 2 กลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มละ 6 คน ครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มละ 12 คน

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำบรรยาย โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเจตคติ ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและชุมชนระหว่างกลุ่มที่ใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและชุมชนโดยครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ในระยะก่อนและหลังการทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือน

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังการทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือน

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละผู้ป่วยจิตเภทจำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ
สถานภาพสมรส ผู้ให้การดูแล ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยด้วยโรคนี้

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง(n=6)		กลุ่มควบคุม(n=6)		รวม (n=12)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	5	83.33	6	100.00	11	91.66
หญิง	1	16.66	0	0.00	1	8.33
อายุ						
30-39 ปี	2	33.33	3	50.00	5	41.66
40-49 ปี	3	50.00	1	16.33	4	33.33
50-59 ปี	1	16.66	2	33.33	3	25.00
(\bar{x} = 41.50 SD. = 7.64 Min = 30 Max = 51)						
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	5	83.33	5	83.33	10	83.33
มัธยมศึกษา	1	16.66	1	16.66	2	16.66
อาชีพ						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	2	33.33	2	33.33	4	33.33
เกษตรกรกรรม	4	66.66	4	66.66	8	66.66
สถานภาพสมรส						
โสด	5	16.66	5	8.33	10	83.33
คู่	1	75.00	1	41.66	2	16.66

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง(n=6)		กลุ่มควบคุม(n=6)		รวม (n=12)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ให้การดูแล						
สามี-ภรรยา	1	16.66	1	16.66	2	16.66
บิดา/มารดา	1	16.66	4	66.66	5	41.66
ญาติพี่น้อง	4	66.66	1	16.66	5	41.66
ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคนี้						
5 ปี - 10 ปี	4	66.66	3	50.00	7	58.33
10 ปี - 15 ปี	1	16.66	2	33.33	3	25.00
15 ปี - 20 ปี	1	16.66	1	16.66	2	33.33
$(\bar{x} = 10.67 \text{ SD.} = 3.114 \text{ Min} = 7 \text{ Max} = 16)$						

จากตารางที่ 4.1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศชายร้อยละ 91.66 อายุเฉลี่ย 41.50 ปี อยู่ระหว่างอายุ 30-39 ปีร้อยละ 41.66 ผู้ให้การดูแลเป็นบิดา/มารดาร้อยละ 41.66 เป็นญาติพี่น้องร้อยละ 41.66 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 83.33 เป็นเกษตรกรร้อยละ 66.66 สถานภาพสมรสโสดร้อยละ 83.33 ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคนี้ 5 ปี – 10 ปี ร้อยละ 58.33 ระยะเวลาที่เจ็บป่วยเฉลี่ย 10.67 ปี

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำแหนดตาม เพศ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ ของครอบครัวต่อเดือน ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย

ลักษณะของครอบครัวและ อาสาสมัครสาธารณสุข	กลุ่มทดลอง(n=12)		กลุ่มควบคุม(n=12)		รวม (n=24)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	3	25.00	3	25.00	6	25.00
หญิง	9	75.00	9	75.00	18	75.00
อายุ						
30-39 ปี	1	8.33	1	8.33	2	8.33
40-49 ปี	3	25.00	3	25.00	6	25.00
50-59 ปี	6	50.00	6	50.00	12	50.00
60-69 ปี	1	8.33	1	8.33	2	8.33
70 ปีขึ้นไป	1	8.33	1	8.33	2	8.33
(\bar{x} = 53.96 SD. = 10.02 Min = 36 Max = 78)						
ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย						
ญาติ	6	50.00	6	50.00	12	50.00
อสม.	6	50.00	6	50.00	12	50.00
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	8	66.66	8	66.66	16	66.66
มัธยมศึกษา	4	33.33	3	25.00	7	29.17
อนุปริญญา	0	0.00	1	8.33	1	4.17

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ลักษณะของครอบครัวและ อาสาสมัครสาธารณสุข	กลุ่มทดลอง(n=12)		กลุ่มควบคุม(n=12)		รวม (n=24)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ						
รับจ้าง	2	16.66	5	41.66	7	29.17
แม่บ้าน	2	16.66	2	16.66	4	16.67
เกษตรกรรวม	8	66.66	5	41.66	13	54.17
สถานภาพสมรส						
โสด	2	16.66	1	8.33	3	12.50
คู่	9	75.00	10	41.66	19	79.17
หม้าย	1	8.33	1	8.33	2	8.33
รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน						
1,000 – 3,000 บาท	10	83.33	8	66.66	18	75.00
3,001 – 6,000 บาท	1	8.33	1	8.33	2	8.33
6,001 – 9,000 บาท	1	8.33	2	16.66	3	12.50
9,001 – 12,000 บาท	0	0.00	1	8.33	1	4.17
$(\bar{x} = 3454.17 \text{ SD.} = 2653.79 \text{ Min} = 1,000 \text{ Max} = 10,000)$						
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย						
1 ปี - 5 ปี	2	16.66	2	16.66	4	16.66
5 ปี - 10 ปี	6	50.00	6	50.00	12	50.00
10 ปี - 15 ปี	1	8.33	1	8.33	2	8.33
15 ปี - 20 ปี	2	16.66	1	8.33	3	12.50
มากกว่า 20 ปี	1	8.33	2	16.66	3	12.50
$(\bar{x} = 14.04 \text{ SD.} = 8.41 \text{ Min} = 2 \text{ Max} = 31)$						

จากตารางที่ 4.2 พบว่าครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 75 อายุเฉลี่ย 53.96 ปี อยู่ระหว่างอายุ 50-59 ปีร้อยละ 50 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทเป็นญาติร้อยละ 50 เป็น อสม.ร้อยละ 50 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 66.66 เป็นเกษตรกรร้อยละ 54.17 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 79.17 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนร้อยละ 75 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 14.04 ปี อยู่ระหว่าง 5-10 ปีร้อยละ 50

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเจตคติ ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ตารางที่ 4.3 เปรียบเทียบคะแนนของเจตคติ ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลอง

คนที่	ก่อนได้รับโปรแกรม	หลังได้รับโปรแกรมทันที	1 เดือนหลังได้รับโปรแกรมสิ้นสุด
1	118	132	131
2	115	139	139
3	127	141	140
4	119	140	140
5	121	129	129
6	115	128	128
7	118	142	142
8	101	133	133
9	102	123	122
10	101	135	135
11	101	138	138
12	114	134	134

ตารางที่ 4.4 เปรียบเทียบคะแนนของเจตคติ ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ
กลุ่มควบคุม

คนที่	ก่อนได้รับโปรแกรม	หลังได้รับโปรแกรมทันที	1 เดือนหลังได้รับ โปรแกรมสิ้นสุด
1	120	119	119
2	116	117	117
3	117	117	117
4	118	117	117
5	120	120	120
6	118	117	117
7	112	111	110
8	102	101	101
9	105	102	102
10	109	110	110
11	105	105	105
12	105	104	104

ในการวิจัยครั้งนี้ มีการวัดคะแนนเจตคติ ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในระยะที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measure ANOVA) โดยคำนึงถึงความแปรปรวนที่เกิดขึ้นจากความแตกต่างของกลุ่มที่ใช้ศึกษา โดยในเบื้องต้นได้มีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเพื่อใช้ประกอบการวิเคราะห์ข้อมูลมีรายละเอียดดังนี้

ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่า Mauchly's W เท่ากับ .009 และค่า p-Value เท่ากับ .000 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยของเจตคติ ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในแต่ละครั้งของกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกัน ดังนั้นจึงเลือกรายงานความแปรปรวนของคะแนนเจตคติ ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้วิธีของ Greenhouse-Geisser

ตารางที่ 4.5 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเจตคติ ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขและหลังสิ้นสุดการได้รับโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน (n =24)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
คะแนนเจตคติ ความรู้ ทักษะ	1.005	3103.678	3089.586	111.247	.000*
คะแนนเจตคติ ความรู้ ทักษะ& Group	1.005	1995.194	1986136	71.515	.000*
Error	22.100	613.778	27.772		

*p<.05

ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเจตคติ ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขและหลังสิ้นสุดการได้รับโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่าเกิด Interaction ที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.6 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวเมื่อมีการวัดซ้ำของคะแนนเจตคติ ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างการวัดครั้งที่ 1 ถึง ครั้งที่ 3

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม	1	581914.694	581914.694	5984.320	.000*
ภายในกลุ่ม	0	.000			

*p<.05

ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวเมื่อมีการวัดซ้ำของคะแนนเจตคติ ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลอง ก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุข ระยะหลังได้รับโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนหลังการได้รับโปรแกรมสิ้นสุด พบว่า ภายในกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ระหว่างกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.7 ผลการทดสอบความแตกต่างรายคู่คะแนนเจตคติ ความรู้และทักษะการดูแล ผู้ป่วยจิตเภทของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขในกลุ่มทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	Mean difference	SE	p-value
ครั้งที่ 1 - ครั้งที่ 2	-10.625	1.306	.000*
ครั้งที่ 1 - ครั้งที่ 3	-10.458	1.333	.000*
ครั้งที่ 2 - ครั้งที่ 3	.167	.077	.128

*p<.05

เมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเจตคติ ความรู้และทักษะการดูแล ผู้ป่วยจิตเภทของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขในกลุ่มทดลอง ระหว่างการวัด 2 ครั้ง พบว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุข (ครั้งที่ 1) กับหลังการได้รับโปรแกรมการสิ้นสุดทันที (ครั้งที่ 2) รวมทั้งก่อนการได้รับโปรแกรม (ครั้งที่ 1) กับระยะ 1 เดือนหลังการได้รับโปรแกรม (ครั้งที่ 3) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 4.8 ผลการเปรียบเทียบรายคู่คะแนนเจตคติ ความรู้และทักษะการดูแล ผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองในระยะเวลาที่ต่างกัน

ระยะเวลาการประเมิน	Mean Difference	95%CI	p-value
ก่อนทดลอง : หลังทดลองทันที	-21.833*	-29.146 - -14.520	.000*
ก่อนทดลอง : หลังทดลอง 1 เดือน	-21.583*	-29.040 - -14.127	.000*
หลังทดลองทันที : ก่อนทดลอง	21.833*	14.520 - 29.146	.000*
หลังทดลองทันที : หลังทดลอง 1 เดือน	.250	-.118 -1.618	.246
หลังทดลอง 1 เดือน : ก่อนทดลอง	21.583*	14.127 - 29.040	.000*
หลังทดลอง 1 เดือน : หลังทดลองทันที	-.250	-.618 - .118	.246

*p<.05

จากตาราง 4.8 ผลการเปรียบเทียบรายคู่คะแนนเฉลี่ยของเจตคติ ความรู้และทักษะการดูแล ผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยก่อนทดลองกับหลังทดลองทันที ก่อนทดลองกับหลังทดลอง 1 เดือน หลังทดลองทันทีกับก่อนทดลอง หลังทดลอง 1 เดือนกับก่อนทดลอง มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้น หลังทดลองทันทีกับหลังทดลอง 1 เดือน และหลังทดลอง 1 เดือนกับหลังทดลองทันที ไม่มีความแตกต่างกัน $p\text{-value} = .246$ และ $p\text{-value} = .246$ ตามลำดับ

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 4.9 เปรียบเทียบคะแนนประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทของกลุ่มทดลอง

คนที่	ก่อนได้รับโปรแกรม	หลังได้รับโปรแกรมทันที	1 เดือนหลังได้รับโปรแกรมสิ้นสุด
1	19	11	11
2	18	12	12
3	18	15	15
4	18	11	11
5	18	12	12
6	18	14	14

ตารางที่ 4.10 เปรียบเทียบคะแนนประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทของกลุ่มควบคุม

คนที่	ก่อนได้รับโปรแกรม	หลังได้รับโปรแกรมทันที	1 เดือนหลังได้รับโปรแกรมสิ้นสุด
1	19	20	21
2	18	18	19
3	18	18	18
4	18	18	18
5	18	20	21
6	18	18	18

ในการวิจัยครั้งนี้ มีการวัดคะแนนประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท ในระยะที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measure ANOVA) โดยคำนึงถึงความแปรปรวนที่เกิดขึ้นจากความแตกต่างของกลุ่มที่ใช้ศึกษา โดยในเบื้องต้นได้มีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเพื่อใช้ประกอบการวิเคราะห์ข้อมูลมีรายละเอียดดังนี้

ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่า Mauchly's W เท่ากับ .153 และค่า p-Value เท่ากับ .000 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า ความแปรปรวนของคะแนนอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในแต่ละครั้งของกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกัน ดังนั้นจึงเลือกรายงานความแปรปรวนของคะแนนอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้วิธีของ Greenhouse-Geisser

ตารางที่ 4.11 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขและหลังสิ้นสุดการได้รับโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน (n =12)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
คะแนนอาการทางจิต	1.083	48.722	44.991	30.664	.000*
คะแนนอาการทางจิต & Group	1.083	82.722	76.387	50.063	.000*
Error	10.829	15.889	1.467		

*p<.05

ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับ โปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขและหลังสิ้นสุดการได้รับโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่าเกิด Interaction ที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 4.11

ตารางที่ 4.12 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวเมื่อมีการวัดซ้ำของคะแนนประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทของกลุ่มทดลอง ระหว่างการวัดครั้งที่ 1 ถึงครั้งที่ 3

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม	1	9834.028	9834.028	3397.553	.000*
ภายในกลุ่ม	1	164.694	164.694	56.900	.000*

*p<.05

ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวเมื่อมีการวัดซ้ำของคะแนนประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทของกลุ่มทดลอง ก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุข ระยะหลังได้รับโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนหลังการได้รับโปรแกรมสิ้นสุด พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.13 ผลการทดสอบความแตกต่างรายคู่คะแนนประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	Mean difference	SE	p-value
ครั้งที่ 1 - ครั้งที่ 2	2.583	.417	.000*
ครั้งที่ 1 - ครั้งที่ 3	2.333	.459	.000*
ครั้งที่ 2 - ครั้งที่ 3	-.250	.112	.049*

*p<.05

เมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มทดลอง ระหว่างการวัด 2 ครั้ง พบว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุข (ครั้งที่ 1) กับหลังการได้รับโปรแกรมการสิ้นสุดทันที (ครั้งที่ 2) รวมทั้งก่อนการได้รับโปรแกรม (ครั้งที่ 1) กับระยะ 1 เดือนหลังการได้รับโปรแกรม (ครั้งที่ 3) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 4.14 ผลการเปรียบเทียบรายคู่คะแนนประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทของ
กลุ่มทดลองในระยะเวลาที่ต่างกัน

ระยะเวลาการประเมิน	Mean Difference	95%CI	p-value
ก่อนทดลอง : หลังทดลองทันที	5.6667*	3.990-7.343	.000*
ก่อนทดลอง : หลังทดลอง 1 เดือน	5.6667*	3.990-7.343	.000*
หลังทดลองทันที : ก่อนทดลอง	-5.6667*	-7.343 - -3.990	.000*
หลังทดลองทันที : หลังทดลอง 1 เดือน	.0000	-1.676-1.676	1.000
หลังทดลอง 1 เดือน : ก่อนทดลอง	-5.6667*	-7.343 - -3.990	.000*
หลังทดลอง 1 เดือน : หลังทดลองทันที	.0000	-1.676-1.676	1.000

* $p < .05$

จากตาราง 4.14 ผลการเปรียบเทียบรายคู่คะแนนประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทของกลุ่มทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยก่อนทดลองกับหลังทดลองทันที ก่อนทดลองกับหลังทดลอง 1 เดือน หลังทดลองทันทีกับก่อนทดลอง หลังทดลอง 1 เดือนกับก่อนทดลอง มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้นหลังทดลองทันทีกับหลังทดลอง 1 เดือน และหลังทดลอง 1 เดือนกับหลังทดลองทันที ไม่มีความแตกต่างกัน $p\text{-value} = 1.000$ และ $p\text{-value} = 1.000$ ตามลำดับ

บทที่ 5

สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มแบบวัดซ้ำ (The Two Groups Repeated Measures Design) เพื่อเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขต่อความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะตามลำดับ ดังนี้

1. สรุปผลการวิจัย

1.1 วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขต่อความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท

1.2 วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) คือ

1.2.1 ผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 12 คน โดยใช้แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท 8 ข้อ (PASS 8) ฉบับโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ที่มีคะแนนตั้งแต่ 17 คะแนนขึ้นไป แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนี้

กลุ่มทดลองผู้ป่วยโรคจิตเภท ตำบลกุดแห่ อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 6 คน

กลุ่มควบคุมผู้ป่วยโรคจิตเภท ตำบลสามแยก อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 6 คน

1.2.2 ครอบครัวผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและอาสาสมัครสาธารณสุขจำนวน 24 คน โดยเป็นครอบครัวผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจำนวน 12 คนและอาสาสมัครสาธารณสุขจำนวน 12 คน ในเขตอำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มทดลอง จำนวน 12 คน ประกอบด้วยครอบครัวผู้ที่เป็นโรคจิตเภท จำนวน 6 คน และอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 6 คน ตำบลกุดแห่ อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา

กลุ่มควบคุมจำนวน 12 คน ประกอบด้วยครอบครัวผู้ที่เป็นโรคจิตเภท จำนวน 6 คน และอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 6 คน ตำบลสามแยก อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ แบ่งออกเป็น 2 ชุด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถาม 2 ชุด

ชุดที่ 1 แบบสอบถามเจตคติ ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและชุมชน แบ่งเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเจตคติ ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและชุมชน เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้กรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ของภัทราภรณ์ ทุ่งปั้นคำ และคณะ (2548) มีเนื้อหาเพื่อถามเกี่ยวกับ ความรู้สึกรู้สึกนึกคิดความเห็น ความรู้ความสามารถ ทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ของผู้ดูแลและอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดย เนื้อหาคำถามแบ่งออกเป็น 4 ด้านได้แก่ 1) ด้านเจตคติ 2) ด้านการใช้ชีวิตตามปกติ 3) ด้านการจัดการอาการ 4) ด้านการบริหารจัดการด้านยา เป็นมาตรวัด ประมาณค่า 4 ระดับ (rating scale) แล้วหาค่าเฉลี่ยโดยรวม

ชุดที่ 2 แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท 8 ข้อฉบับพระศรีมหาโพธิ์ (Prasri Assessment Schizophrenia Scale : PASS 8)

1. โปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรม การให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมแบบกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที จำนวน 6 ครั้ง โดยผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ของ ภัทราภรณ์ ทุ่งปั้นคำและคณะ (2548)

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปวิเคราะห์ด้วยสถิติพื้นฐาน โดยการแจกแจงความถี่ คำนวณหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ในการวิจัยครั้งนี้ มีการวัดคะแนนประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท ในระยะที่แตกต่างกัน และมีการวัดคะแนนเฉลี่ยของเจตคติ ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในระยะที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measure ANOVA)

1.3 ผลการวิจัย

1.3.1 ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 91.66 อายุเฉลี่ย 41.50 ปี อยู่ระหว่างอายุ 30-39 ปีร้อยละ 41.66 ผู้ให้การดูแลเป็นบิดา/มารดาร้อยละ 41.66 เป็นญาติพี่น้องร้อยละ 41.66

สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 83.33 เป็นเกษตรกรร้อยละ 66.66 สถานภาพสมรส โสดร้อยละ 83.33 ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคนี้ 5 ปี – 10 ปี ร้อยละ 58.33 ระยะเวลาที่เจ็บป่วยเฉลี่ย 10.67 ปี

1.3.2 ครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุข ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 75 อายุระหว่าง อายุเฉลี่ย 53.96 ปี อยู่ระหว่างอายุ 50-59 ปีร้อยละ 50 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทเป็นญาติร้อยละ 50 เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขร้อยละ 50 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 66.66 เป็นเกษตรกรร้อยละ 54.17 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 79.17 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนร้อยละ 75 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 14.04 ปี อยู่ระหว่าง 5-10 ปีร้อยละ 50

1.3.3 ผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขมีคะแนนประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทในระยะหลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน ลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

1.3.4 ครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขมีคะแนนเจตคติความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและชุมชนสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ทั้งในระยะหลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. อภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์และสมมุติฐานของการวิจัย ดังนี้

สมมุติฐานที่ 1 ผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขมีคะแนนประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทในระยะหลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือนลดลงกว่าก่อนการทดลอง

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขมีคะแนนประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทในระยะหลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน ลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากผลการวิจัยผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขมีคะแนนประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทในระยะหลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน ลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้อธิบายได้ว่าเนื่องจากกลุ่มทดลอง ได้รับการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขในการให้โอกาส สนับสนุนให้กำลังใจ และเสริมแรง เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ (Moriana et al., 2006; สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2549) ซึ่งการเสริมแรงของญาติที่ใช้ได้ผลในการศึกษาครั้งนี้ส่วนมากจะเป็นการเสริมแรงทางสังคม (Social reinforcement) ได้แก่ การชม ยิ้มให้กำลังใจ การให้ความสนใจ ดูแลเอาใจใส่ ความร่วมมือ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า จากงานวิจัยสนับสนุนพบว่าการศึกษาการฝึกทักษะทางสังคมโดยการมีส่วนร่วมของญาติผู้ป่วยที่บ้านทำให้อาการทางจิตผู้ป่วยดีขึ้น ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา ลดการกำเริบ (Moriana et al., 2006; Liberman, 1994 cited in Liberman, 2008) และจากการศึกษาของ พิทักษ์พล บุญมาติก และสุนีย์ เอกวัฒน์พันธ์ (2542) ศึกษาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังชายในชุมชน: กรณีศึกษาชุมชนวัดสวนแก้ว ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ญาติทอดทิ้ง ไม่มีญาติดูแล พบว่าผู้ป่วยมีสมรรถภาพเพิ่มขึ้น แต่มีอาการทางจิตกำเริบ 2 คนหรือในผู้ป่วยคนที่ 2 และ 5 ที่มีปัญหาเรื่องการรับประทานยาไม่ถูกต้อง ไม่ต่อเนื่อง ขาดยาบ่อย ในการฝึกทักษะการจัดการด้านยาโดยให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ใช้ทักษะการสื่อสารทางบวกเมื่อผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา ทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรับประทานยาดียิ่งขึ้น รับประทานยาได้ถูกต้องและต่อเนื่อง ไม่ล้มสอคล้องกับการศึกษาของ Moriana et al. (2006) พบว่า การสนับสนุน ให้กำลังใจ การเสริมแรง เช่น การชื่นชมในสิ่งที่ผู้ป่วยทำได้ดี และการแสดงความห่วงใย การให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อเกิดปัญหาในการใช้ยา ของญาติ หรือครอบครัว มีผลเป็นอย่างมากต่อการเพิ่มความร่วมมือในการรักษา ด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท (Moriana et al., 2006 cited in Liberman, 2008)

ผลการประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยทั้ง 6 คน โดยใช้แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท 8 ข้อ (PASS 8) ฉบับโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ก่อนเข้าโครงการพบว่าผู้ป่วยจิตเภททุกคนเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง คะแนนอาการทางจิต อยู่ระหว่าง 18-19 คะแนน และเมื่อสิ้นสุดการทดลองและติดตามระยะเวลา 1 เดือนคะแนนอาการทางจิต อยู่ระหว่าง 11-15 คะแนน ซึ่งจากการศึกษาในครั้งนี้ ปัจจัยที่น่าจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงอาการทางจิตของผู้ป่วยไปในทางที่ดีขึ้น น่าจะเป็นผลมาจากโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งญาติและอาสาสมัครสาธารณสุขได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งรายละเอียดของโปรแกรมครอบคลุมทั้งในเรื่อง การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น การสื่อสารเพื่อบอกความต้องการ/ การสนทนา การจัดการด้านยา การจัดการกับอาการ การผ่อนคลาย/การใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ และการวางแผนกิจกรรมในแต่ละวันร่วมกับการมีส่วนร่วมของญาติหรือผู้ดูแลหลัก ทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Moriana et al. (2006) ได้ศึกษาผลการฝึกทักษะทางสังคม โดยใช้รูปแบบ Social problem – solving model หลังการฝึกทักษะ 6 เดือนพบว่าผู้ป่วยมี

อาการทางจิตดีขึ้นมากกว่าก่อนฝึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และไม่มีอาการกำเริบ เช่นเดียวกับ การศึกษาของ Liberman et al.(1986) ได้ศึกษาการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทรายบุคคลที่ เสี่ยงต่อการกำเริบ ผลพบว่าผู้ป่วยมีอาการทางจิตลดลง หลังติดตามการรักษาหลังจำหน่าย 2 ปี ผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกทักษะทางสังคม มีการทำหน้าที่ทางสังคมดีกว่า เมื่อกลับเข้ารับรักษาใน โรงพยาบาลใช้เวลาอยู่ในโรงพยาบาลน้อยกว่า และมีอาการกำเริบน้อยกว่า ซึ่งแตกต่างจาก การศึกษาประสิทธิภาพของการฝึกทักษะทางสังคมโดยใช้แบบจำลองทักษะพื้นฐาน(Basic model) ของ Penn & Mueser (1996) พบว่าการฝึกทักษะมีผลต่อการเพิ่มความสามารถทักษะทางสังคม และ คงอยู่ได้นาน 1 ปี แต่ไม่มีผลชัดเจนต่อการลดอาการทางจิตและอัตราการกำเริบ(ปัทมา ศิริเวช ใน พิเชฐ อุคมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกันานนท์,2552)

สมมติฐานที่ 2 ครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขในกลุ่มทดลองที่ได้รับการ โปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขมีคะแนนเจตคติความรู้ และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและชุมชนสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ทั้ง ในระยะหลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน

ผลการวิจัยพบว่า ครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขในกลุ่มทดลองที่ได้รับการ โปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขมีคะแนนเจตคติความรู้ และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและชุมชนสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ทั้ง ในระยะหลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขในกลุ่มทดลอง ที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขมีคะแนนเจตคติความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและชุมชนสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแล ตามปกติ ทั้งในระยะหลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ทั้งนี้อธิบายได้ว่าเนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของ ครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขมีเนื้อหาเกี่ยวกับ ความรู้สึนึกคิด ความเห็น ความรู้ ความสามารถ ทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ของผู้ดูแลและอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วย จิตเภท โดยแบ่งเป็นด้านๆดังนี้

ด้านเจตคติ จากผลการวิจัย พบว่ากลุ่มทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนด้านเจตคติเพิ่มขึ้น สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุข ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นโปรแกรมที่ให้ครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขเข้ามามีส่วนร่วมในการ ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ให้เข้าใจสภาพปัญหาของผู้ป่วยอย่างแท้จริง โดยอาศัยหลักการทำงานร่วมกับ ครอบครัว (Kuiper, Leff & Lam, 1992) คือ การมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัคร

สาธารณสุขในการรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ส่งเสริมสัมพันธภาพภายในครอบครัว สอบถามถึง ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภทในครอบครัว ความคาดหวังของครอบครัว ดังกิจกรรมครั้งที่ 1 สภาพความเป็นจริงในปัจจุบันและความมุ่งมั่น “ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนของเรา” จากกิจกรรมครั้งที่ 1 สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความคาดหวังว่าอยากให้ผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้น ซึ่งในช่วงวาดภาพ ภาพความเป็นจริงในปัจจุบัน “ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนของเรา” กลุ่มตัวอย่างได้วาดภาพผู้ป่วยจิตเภท ผมยาวรุงรัง แต่งตัวสกปรก และเมื่อภาพความมุ่งมั่น “ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนของเรา” อนาคตคาดหวังว่า อยากให้ผู้ป่วยตัดผม แต่งตัวสะอาด ดูแลตนเองและเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ได้ ซึ่งกิจกรรมครั้งนี้ทำให้สมาชิกปรับเปลี่ยนมุมมองจากการสะท้อนภาพเดิมเป็นภาพใหม่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของดาวศิริ วิลามาส (2554) ได้ศึกษาการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนบ้านนาไร่ใหญ่ จังหวัดอำนาจเจริญ พบว่าหลัง สิ้นสุดการอบรมมีทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้ารับอบรมทุกคน รวมทั้งด้าน ความพร้อมในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข หลังอบรม พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเพิ่มขึ้นทุกคนซึ่งสอดคล้อง กับผลการศึกษาของ Sandeep Grover, Pradyumna & Subho Chakrabarti (2015) พบว่าครอบครัว ที่ได้รับข้อมูลและการสอนวิธีการเผชิญปัญหาที่เกี่ยวกับโรคจิตเภท จะทำให้ผู้ดูแลมีความทุกข์ใจ กังวลใจ การรับรู้ถึงภาระและประสบการณ์ความขัดแย้งของครอบครัวน้อยลง

ด้านความรู้ จากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้เพิ่มขึ้น ครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขได้รับความรู้เรื่องของการรักษาร่วมกันอภิปรายแลกเปลี่ยน ภายในกลุ่มซึ่งกันและกัน ซึ่งโรคจิตเภทการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตมีความสำคัญ และเป็นหัวใจ หลักของการรักษา เพราะนอกจากเพื่อควบคุมอาการด้านบวกแล้วยังสามารถลดอาการกำเริบซ้ำของ โรคได้ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548) ดังกิจกรรมครั้งที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับ แนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและชุมชน โรคจิตเภทอาการและอาการแสดงต่างๆ และครั้งที่ 3 การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท จากกิจกรรมครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ เกี่ยวกับโรคจิตเภท ดังตัวอย่างคำพูดของกลุ่มตัวอย่าง “ผมมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทมากขึ้น” ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและชุมชน โรคจิตเภทอาการและอาการแสดงต่างๆ การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภททำให้มีความรู้เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยบัวลอย แสนละมุล. (2557) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้แก่ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการทดลองคะแนนความรู้เฉลี่ย เท่ากับ 8.4 คะแนน หลังการ ทดลองคะแนนความรู้เฉลี่ย เท่ากับ 14.1 คะแนน จากคะแนนเต็ม 15 คะแนน โดยคะแนนความรู้ หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ความรู้ก่อนการทดลองและหลังการทดลองแตกต่างกัน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) ดังนั้นสรุปได้ว่าโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยครอบครัวมีประสิทธิภาพดีในด้านการเพิ่มระดับความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

ด้านทักษะการดูแล จากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนด้านทักษะการดูแลเพิ่มขึ้น ดังกิจกรรมครั้งที่ 4 ทักษะที่จำเป็นที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกันและครั้งที่ 5 ทักษะจำเป็นที่เกี่ยวข้องกับการจัดการอาการ จากกิจกรรมครั้งที่ 4 และครั้งที่ 5 ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ดังตัวอย่างคำพูดของกลุ่มตัวอย่าง “ตอนนี้ฉันจะเช็กยาผู้ป่วยตลอดเลย” “มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น” ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการให้ความรู้ทักษะและมีการฝึกทักษะขณะเข้ากลุ่ม โดยจะเห็นได้จากกิจกรรมครั้งที่ 4 ทักษะที่จำเป็นที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกัน และครั้งที่ 5 ทักษะจำเป็นที่เกี่ยวข้องกับการจัดการอาการ ครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขได้นำทักษะที่ได้รับจากโปรแกรมไปใช้ผสมผสานกับประสบการณ์จริงๆ ที่เกิดขึ้นทำให้เกิดการพัฒนาทักษะการดูแลของผู้ดูแล ตามแนวคิดการพัฒนาทักษะของ เดรฟัสและเดรฟัส (Dreyfus & Dreyfus, อ้างใน Tungpunkom, 2000) ทักษะการดูแลจะพัฒนาขึ้นตามระยะเวลาและประสบการณ์ที่ผู้ดูแลมีอยู่ ดังนั้นการวางพื้นฐานความรู้ที่ถูกต้องในระยะเริ่มแรกควบคู่ไปกับประสบการณ์การดูแลจริงที่ได้ปฏิบัติต่อผู้ป่วยจะทำให้ผู้ดูแลสามารถพัฒนาทักษะที่มีประสิทธิภาพซึ่ง ภัทรภรณ์ ทุ่งปิ่นคำ และ คณะ (2548) จะเห็นได้ว่าครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขได้นำความรู้เรื่องทักษะด้านการจัดการอาการนำมาทดลองใช้และสามารถส่งผลต่อการดูแลที่เหมาะสมและรวดเร็ว ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่กลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเคนเนดี เชพพ์ และ โอคอนเนอร์ (Kennedy, Schepp, & O'connor, 2000) ที่ได้ศึกษาวิจัยเรื่องการจัดการเกี่ยวกับ การจัดการอาการและการกลับป่วยเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีการดูแลตนเอง ก่อนที่อาการจะกำเริบจะสามารถลดการกลับเป็นซ้ำได้จากข้อความข้างต้นอาจกล่าวได้ว่าความสามารถในการดูแลของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขนั้นมีส่วนที่จะช่วยจัดการในส่วนที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติเองได้ในเรื่องการสังเกตอาการนำและสามารถช่วยจัดการอาการและส่งผลต่ออาการทางจิตของผู้ป่วย และการป่วยซ้ำของผู้ป่วยได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของถนอม ป้อมกสันต์ (2552) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยครอบครัวต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลที่เป็น โรคจิตเภท ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลผู้ที่เป็น โรคจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแลที่เป็น โรคจิตเภทภายหลังได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว 1 เดือน สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

เมื่อเวลาผ่านไป 1 เดือน ครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขได้นำทักษะที่ได้รับจากโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขไปใช้ผสมผสานกับ

ประสบการณ์จริงๆ ที่เกิดขึ้นทำให้เกิดการพัฒนาทักษะการดูแลของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขตามแนวคิดการพัฒนาทักษะของ เดรฟัส และเดรฟัส (Dreyfus & Dreyfus, อ้างใน Tungpunkom, 2000) ที่อธิบายไว้ว่า ครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขจะพัฒนาทักษะในขั้นเริ่มแรกที่อิงทฤษฎีต่อมาก็จะผสมผสานกับประสบการณ์จนเกิดความเชี่ยวชาญต่อไป หากครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขสามารถพัฒนาทักษะการดูแลจนมองการดูแลเป็นเรื่องที่ปกติและมีชีวิตที่สมดุลได้นั้น จะนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพได้ โดยครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขเริ่มกระทำกิจกรรมดูแลผู้ป่วยด้วยใจ และความรู้สึก เนื่องจากความขัดแย้งกับผู้ป่วยลดลง เมื่อมีเหตุการณ์ใหม่ๆ เกิดขึ้น ครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขสามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาบนพื้นฐานประสบการณ์ที่ตนเองได้สั่งสมไว้จนเกิดความชำนาญและสัญชาตญาณ (intuitive thinking) ในการตัดสินใจแก้ปัญหาด้วยความรวดเร็ว เป็นอัตโนมัติ เช่น ผู้ป่วยมีอาการนั่งนิ่ง ไม่เคลื่อนไหว ครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขจะรีบมารายงานแพทย์เพื่อรับยาไปให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพิจารณา เนื่องจากครอบครัวและสามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ว่าหากทิ้งไว้จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบจนในที่สุดต้องเสียเงินส่งผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวช จากการศึกษาครั้งนี้จะเห็นว่าครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขมีความเข้าใจที่ลึกซึ้งขึ้น เริ่มมองว่าการดูแล และความยุ่งยากที่เกิดขึ้นไม่ใช่ปัญหา แต่จะมองว่าเป็นสิ่งที่ปกติที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เกิดการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังจากครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขได้รับความรู้และทักษะหลังการทดลอง ซึ่งจะส่งผลให้สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมด้านทักษะทางสังคมที่ดีขึ้น ลดอาการทางจิตได้ ไม่มีอาการกำเริบ ผู้ป่วยมีสมรรถภาพทางจิตสังคมเพิ่มขึ้นและสามารถดูแลตนเองได้ ใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนได้ด้วยตนเอง ลดภาระการพึ่งพาญาติและครอบครัว ผู้ป่วยและอาสาสมัครสาธารณสุขมีความพึงพอใจหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

3.1.1 ควรสนับสนุนให้ผู้บริหาร นำผลการวิจัยไปเป็นนโยบาย ให้มีการนำโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขไปใช้ในทุกพื้นที่

3.1.2 ควรสนับสนุนให้บุคลากรในหน่วยงาน ได้นำโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3.1.3 ควรมีจัดอบรมให้ความรู้อาสาสมัครสาธารณสุข ญาติ ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 ควรศึกษาโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในหน่วยงานระดับปฐมภูมิ เพื่อให้เกิดความหลากหลายในพื้นที่

3.2.2 ควรมีการติดตามผลของโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขระยะยาว เช่น 6 เดือน 12 เดือน เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุข





บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต. (2557). *สถิติรายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2557*. นนทบุรี: กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต.
- กิตติพงษ์ บัวติก. (2551). *การปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เกียรติภูมิ วงศ์จิต. (2550). *รูปแบบ/กิจกรรมการพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน*. โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ ;
- จุมภฏ พรหมเสีดาและคณะ. (2549). *การพัฒนาศูนย์การเรียนรู้เพื่อการดูแลสุขภาพจิตของประชาชน ด้วยภูมิปัญญาอีสานชุมชนบ้านห้อม อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม*. เอกสารประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 5, ณ. โรงแรมปรีนซ์พาเลซ กรุงเทพฯ, จากหลังคาแดงผู้ชุมชน ระหว่างวันที่ 3-5 กรกฎาคม 2549, หน้า 89.
- จิระพรรณ สุริยงค์ และคณะ. (2551). *ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ดาวศิริ วิลามาศ. (2554). *การฝึกบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนบ้านนาไร่ใหญ่ ตำบลเสนางคนิคม อำเภอเสนางคนิคม จังหวัดอำนาจเจริญ*. การศึกษาอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เพ็ญญา แดงด้อมบุษย์. (2551). *การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังของครอบครัวไทย*. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 22 (1), 1-7.
- พัชรี คำธิตา. (2546). *ความต้องการของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภทที่มารับบริการในคลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลแม่ทา*. การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พิเชษฐ อุคมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันท์. (2552). *ตำราโรคจิตเภท Textbook of Schizophrenia*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

พูนศรี รังษิณี และคณะ. (2547). *จิตเวชศาสตร์สำหรับนักศึกษาแพทย์*. ขอนแก่น:

โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

พันธศักดิ์ วราอัศรปติ. (2540). *การพัฒนาการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน*.

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ อุบลราชธานี สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. พรประไพ แยกเต่า. (2554). ผลของการใช้โปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 25 (2), 130-142.

พรทิพย์ วชิรดิถก และคณะ. (2549). ผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับพฤติกรรมทางความคิดต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท. การศึกษาอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ภัทรารักษ์ พุ่งปั่นคำ, สิริลักษณ์ วรรณะพงษ์, ลำเนา เรืองยศ, ปรีทรรศ ศิลปกิจ, และ สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล. (2548). *การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน: รูปแบบและโปรแกรมการพัฒนาทักษะของผู้ดูแล. การประชุมวิชาการ, เชียงใหม่*.

ภัทรารักษ์ พุ่งปั่นคำ, สิริลักษณ์ วรรณะพงษ์, ลำเนา เรืองยศ, ปรีทรรศ ศิลปกิจ, และ สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล. (2549). *ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแล. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 5, กรุงเทพฯ*.

มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์. (2548) *จิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: สวีชาญการพิมพ์*.

มาโนช หล่อตระกูล, ธนิตา หิรัญเทพ และนิตา ลี้มสุวรรณ. (2555). *ตำราพฤติกรรมศาสตร์ทางการแพทย์. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล*.

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์. (2558). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล*.

รัชนิกร อุปเสน. (2541). *การศึกษาบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น*.

- รุจิรา จงสกุลและคณะ. (2540). การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 มิถุนายน 2540 หน้า 21-36.
- วาสนา ปานดอก. (2545). กิจกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแล.
- การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิลาวรรณ เทพโสธร. (2538). รายงานการวิจัย: การศึกษาปัจจัยทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการครั้งแรกในโรงพยาบาลศรีธัญญา. นนทบุรี: โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- วิมลวรรณ คำลือ. (2552). ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของญาติผู้ดูแล ในหอผู้ป่วยสหทัย โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ (เก็บข้อมูลช่วงการศึกษาวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในหอผู้ป่วยสหทัย โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ 1-14 พฤษภาคม 2552).
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2555). จิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2549). การทำคู่มือบำบัด สำหรับพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 2). ขอนแก่น: ภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุนีย์ เอกวัฒน์พันธ์, วรรณภา พลอยเกลื่อน. (2552). ผลของการวางแผนจำหน่ายที่มีต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในงานบำบัดระยะยาว โรงพยาบาลศรีธัญญา. กรุงเทพฯ.
- สุพิศ กุลชัย. (2550). ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยครอบครัวต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ในโรงพยาบาลศรีธัญญา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. (2552). การวินิจฉัยโรคการวินิจฉัยแยกโรค. ในพิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิถนันทน์ (บรรณาธิการ), ตำราโรคจิตเภท Textbook of Schizophrenia (หน้า 101-118). สงขลา: ซานเมืองการพิมพ์.
- สุนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. (2554). การพยาบาลจิตเวช (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุรภา ทองรินทร์. (2546). ความต้องการของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- อรพรรณ ลือบุญวัชชัย. (2554). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: วี. พรินท์ (1991).
- อรรณ วรณชาติ. (2550). *ทักษะชีวิตตามการรับรู้ของผู้ดูแลการสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ครอบครัวของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อภิชัย มงคลและคณะ. (2545). *การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตแบบครบวงจร : การประเมินผลตามกรอบ Logical Framework*. เอกสารประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิต นานาชาติ ครั้งที่ 8 ประจำปี 2545 สุขภาพจิตกับยาเสพติด หน้า 147.
- Borson, S, Lipzin, B, Nininger, J., et al. (1989). *Psychiatry and the nursing home. American Journal of Psychiatry*, 144, 1412-1418.
- Bunchanan, R. W., Carpenter, W, T. (2005). *Concept of Schizophrenia*. In E. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds), *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B.J. (1995). *Comprehensive textbook of psychiatry* (6 ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Kennedy, M.C., & O'connor, F.W. (2000). *Symptoms self-management and relapse in schizophrenia. Archives of Psychiatric nursing*, 14(6) 266-275
- Murry, J. W., & Hammons, J. O. (1996). *Management appraisal systems in community colleges: How good are they*. *Community College Review*, 20(1), 19-28.
- Sandeep Grover, Pradyumna & Subho Chakrabarti. (2015) *Coping among the caregivers of patients with schizophrenia*. *Industrial Psychiatry Journal*, 24(1), 5-11
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A.. (2003). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry behavioral sciences and clinical psychiatry (9th ed.)*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Tungpunkom, P. (2000). *Staying in balance: Skill and role development in psychiatric caregiving*. Dissertation The university of California San Francisco, SF. CA
- World Health Organization [WHO]. (2003). *Global Perspectives on Mental Health*. Retrieved August, 2003.

ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ



รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ดร.ประเสริฐ ประสมรักษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร
2. ดร.สุพัตรา สุขาวดี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
3. นางสาวเกษราภรณ์ เคนบุปผา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
4. นางประจุมสุข โคตรพันธ์ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลยโสธร
5. ดร.นิภาพร ลครวงศ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลยโสธร





ภาคผนวก ข

หนังสือจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์



สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
 ต.บางพูด อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี 11120
 โทร. 02-5048036, 02-5048037 โทรสาร 02-5048096
 School of Nursing, SukhothaiThammathirat Open University
 Bangpood, Pakkred, Nonthaburi 11120
 Tel. (662) 5048036, 5048037 Fax : (662) 5048096

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
 สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

เลขที่..... ๒๓/๕๙

ชื่อโครงการวิจัย ผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและชุมชนโดยครอบครัว
 และอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร
 เลขที่โครงการ/รหัส
 ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย นางสุนันญา แสงแก้ว
 ที่ทำงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดแห่ อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร

ขอรับรองว่าโครงการวิจัยดังกล่าว ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรม
 การวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ลงนาม
 (อาจารย์ ดร.ชินจิตร โพธิ์ศัพท์สุข)

กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

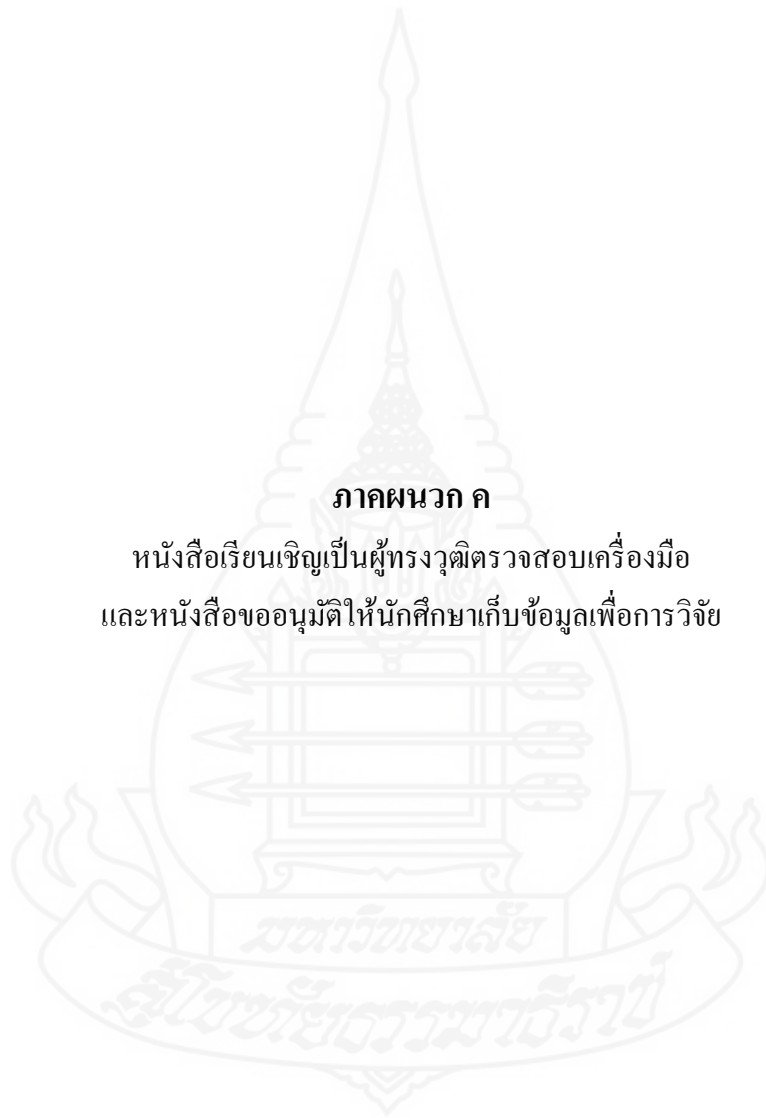
ลงนาม
 (รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่..... ๑๒ มี.ย. ๒๕๕๙

ภาคผนวก ค

หนังสือเรียนเชิญเป็นผู้ทรงวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ
และหนังสือขออนุมัติให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย



ที่ ศธ 0522.26/ว 1484



สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

4 ธันวาคม 2558

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน อาจารย์เกษราภรณ์ เคนบุปผา

ด้วยนางสุนันญา แสงแก้ว นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหาร
การพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์
เรื่อง “ผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและชุมชนโดยครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุข”
โดยมี อาจารย์ ดร.เรณูการ์ ทองคำรอด เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบ
เครื่องมือการวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถและ
ประสบการณ์ในการวิจัยดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำ
วิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

เรณูการ์ ทองคำรอด

(อาจารย์ ดร.เรณูการ์ ทองคำรอด)

รองประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ รักษาการแทน
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร 0-2504-8036-7

โทรสาร 0-2503-2620

ที่ ศธ 0522.26/ว 1484



สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

4 ธันวาคม 2558

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน อาจารย์ประชุมสุข โคตรพันธ์

ด้วยนางสุนันญา แสงแก้ว นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและชุมชนโดยครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุข” โดยมี อาจารย์ ดร.เรณูการ์ ทองคำรอด เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ในการวิจัยดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

เรณูการ์ ทองคำรอด

(อาจารย์ ดร.เรณูการ์ ทองคำรอด)

รองประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ รักษาการแทน
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร 0-2504-8036-7

โทรสาร 0-2503-2620



ที่ ศธ 0522.26/ว 1484

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

๔ ธันวาคม 2558

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน อาจารย์ ดร.สุพัตรา สุขาวห

ด้วยนางสุนันญา แสงแก้ว นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "ผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและชุมชนโดยครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุข" โดยมี อาจารย์ ดร.เรณูการ์ ทองคำรอด เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ในการวิจัยดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

เรณูการ์ ทองคำรอด
(อาจารย์ ดร.เรณูการ์ ทองคำรอด)

รองประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ รักษาการแทน
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
โทร 0-2504-8036-7
โทรสาร 0-2503-2620

ที่ ศธ 0522.26/ว 1484



สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

4 ธันวาคม 2558

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน อาจารย์ ดร.ประเสริฐ ประสมรักษ์

ด้วยนางสุนันญา แสงแก้ว นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหาร
การพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์
เรื่อง “ผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและชุมชนโดยครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุข”
โดยมี อาจารย์ ดร.เรณูการ์ ทองคำรอด เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบ
เครื่องมือการวิจัย

ในกรณี สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถและ
ประสบการณ์ในการวิจัยดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำ
วิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

เรณูการ์ ทองคำรอด

(อาจารย์ ดร.เรณูการ์ ทองคำรอด)

รองประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ รักษาราชการแทน

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร 0-2504-8036-7

โทรสาร 0-2503-2620



ที่ ศธ 0522.26/ว 1484

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

4 ธันวาคม 2558

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน อาจารย์ ดร.นิภาพร ลครวงศ์

ด้วยนางสุนันญา แสงแก้ว นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "ผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและชุมชนโดยครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุข" โดยมี อาจารย์ ดร.เรณูการ์ ทองคำรอด เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในกรณี สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ในการวิจัยดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

เรณูการ์ ทองคำรอด

(อาจารย์ ดร.เรณูการ์ ทองคำรอด)

รองประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ รักษาการแทน

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร 0-2504-8036-7

โทรสาร 0-2503-2620



ที่ ศธ 0522.26/ว 41

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

25 มกราคม 2560

เรื่อง ขออนุมัติให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน สาธารณสุขอำเภอเลิงนกทา

ด้วย นางสาวนันทา แสงแก้ว นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แผนกวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและชุมชนโดยครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร” โดยมีอาจารย์ ดร.เรณูการ์ ทองคำรอด เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขออนุมัติให้นักศึกษาดำเนินการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยโดยใช้แบบวัดเจตคติความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและชุมชน และรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและชุมชนโดยครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งเก็บข้อมูลวิจัยจากครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทและอาสาสมัครสาธารณสุขที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร จำนวน 24 คน ทั้งนี้ นักศึกษาจะได้ประสานงานในรายละเอียดเกี่ยวกับ วัน เวลา และสถานที่ในการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยดังกล่าวต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

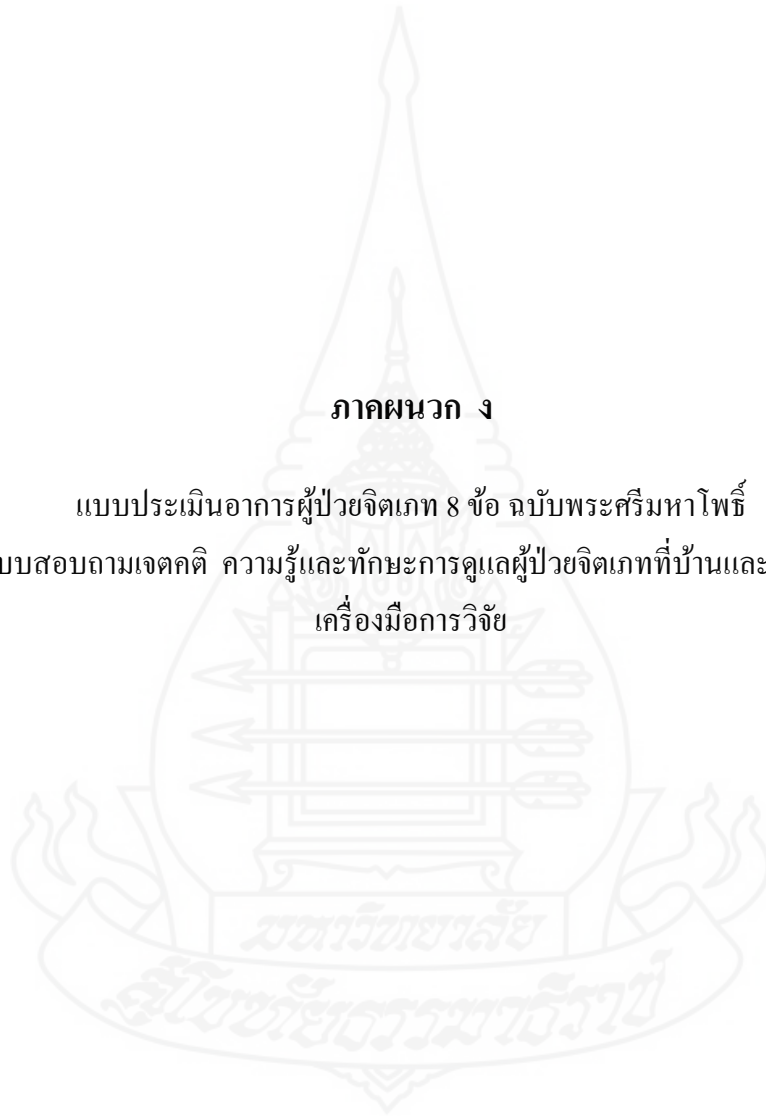
โทร 0-2504-8036-7

โทรสาร : 0-2503-2620

โทรศัพท์ : 093-5615353 (นางสุนันทา แสงแก้ว)

ภาคผนวก ง

แบบประเมินอาการผู้ป่วยจิตเภท 8 ข้อ ฉบับพระศรีมหาโพธิ์
แบบสอบถามเจตคติ ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและชุมชน
เครื่องมือการวิจัย



แบบประเมินอาการผู้ป่วยจิตเภท 8 ข้อ ฉบับพระศรีมหาโพธิ์
Prasri Assessment Schizophrenia Scale (PASS8)

ข้อ	อาการที่ประเมิน	คะแนนที่ประเมิน				
		1	2	3	4	5
1	อาการแยกตัวจากสังคม (passive/apathetic social)					
2	อาการหลงผิด (delusions)					
3	เนื้อหาความคิดผิดปกติ (unusual thought content)					
4	อาการประสาทหลอน (hallucinatory behavior)					
5	การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (Blunted affect)					
6	ความคิดสับสน (conceptual disorganization)					
7	กระแสดการสนทนาขาดการต่อเนื่องอย่างราบรื่น (lack of spontaneity and flow of conversation)					
8	ท่าทางและการเคลื่อนไหวผิดปกติ (mannerism and posturing)					
	คะแนนรวม					

แบบสอบถามเจตคติ ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและชุมชน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ

คำชี้แจง กรุณาเติมคำลงในช่องว่างหรือกาเครื่องหมาย / ลงใน () หน้าข้อความที่เป็นจริง มากที่สุดสำหรับท่านเพียงข้อเดียว

1. เพศ () ชาย () หญิง

2. อายุ.....ปี

3. ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย(โปรดระบุ)

4 ระดับการศึกษา

() ประถมศึกษา () มัธยมศึกษา

() อนุปริญญา () ปริญญาตรี

() สูงกว่าปริญญาตรี

5. อาชีพ

() รับจ้าง () แม่บ้าน

() ค้าขาย () เกษตรกรรม

() รับราชการ () อื่นๆ (โปรดระบุ).....

6. สถานภาพสมรส

() โสด () คู่

() หย่า / ร้าง () ม่าย

() อื่นๆ (โปรดระบุ).....

7. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน () ไม่มีรายได้ () รายได้..... บาท

8. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย (เดือน/ปี) (โปรดระบุ)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเจตคติ ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและชุมชน

คำชี้แจง แบบสอบถามเจตคติ ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและชุมชน มีทั้งหมด 44 ข้อคำถาม เพื่อถามเกี่ยวกับการกระทำของท่าน ในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยและอาสาสมัครสาธารณสุข ขณะอาศัยอยู่ที่บ้านและชุมชน

มีเกณฑ์การพิจารณาให้ค่าความหมายดังนี้

รู้สึกเห็นด้วยอย่างยิ่ง/ปฏิบัติทุกครั้ง หมายถึง ท่านเห็นด้วยทุกครั้ง /ปฏิบัติทุกครั้ง

รู้สึกเห็นด้วย/ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ท่านเห็นด้วยส่วนใหญ่ /ปฏิบัติบ่อย

รู้สึกไม่เห็นด้วย/เคยปฏิบัติบ้าง หมายถึง ท่านเห็นด้วยบางครั้ง /ปฏิบัติเป็นบางครั้ง

รู้สึกไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง/ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วย /ไม่เคยปฏิบัติ

กรุณาอ่านข้อคำถามอย่างละเอียดและ ตอบคำถามข้อที่ตรงกับสิ่งที่ท่านได้กระทำมากที่สุด โดยการกาเครื่องหมาย / หน้าคำตอบนั้นๆ การตอบของท่านจะไม่มีถูกมีผิด และจะไม่มีผลกระทบทางลบต่อท่าน ขอขอบคุณเป็นอย่างสูงในความร่วมมือ

1. ท่านคิดว่าผู้ป่วยโรคจิตเภท ไม่ได้รับการยอมรับจากคนในสังคม

_____ รู้สึกเห็นด้วยอย่างยิ่ง

_____ รู้สึกเห็นด้วย

_____ รู้สึกไม่เห็นด้วย

_____ รู้สึกไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

2. ผู้ป่วยโรคจิตเภทจำเป็นต้องอยู่ใน รพ.จิตเวชตลอดไป

_____ รู้สึกเห็นด้วยอย่างยิ่ง

_____ รู้สึกเห็นด้วย

_____ รู้สึกไม่เห็นด้วย

_____ รู้สึกไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

3. ท่านคิดว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนร่วมงานบุญ งานสังสรรค์หรืองานพัฒนาต่างๆ ได้

_____ รู้สึกเห็นด้วยอย่างยิ่ง

_____ รู้สึกเห็นด้วย

_____ รู้สึกไม่เห็นด้วย

_____ รู้สึกไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

4. ท่านคิดว่าอาการเจ็บป่วยทางจิตไม่สามารถรักษาให้หายได้จากยาเท่านั้นเพราะมีสาเหตุจากภูตผีปีศาจหรือเวทย์มนต์

_____ รู้สึกเห็นด้วยอย่างยิ่ง

_____ รู้สึกเห็นด้วย

_____ รู้สึกไม่เห็นด้วย

_____ รู้สึกไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

5. ในความคิดเห็นของท่านแม้ผู้ป่วยจะอาการดีขึ้นมากแล้วแต่ลึกๆ ท่านยังรู้สึกหวาดกลัว

_____ รู้สึกเห็นด้วยอย่างยิ่ง

_____ รู้สึกเห็นด้วย

_____ รู้สึกไม่เห็นด้วย

_____ รู้สึกไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

6. ท่านคิดว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นคนอ่อนแอ

_____ รู้สึกเห็นด้วยอย่างยิ่ง

_____ รู้สึกเห็นด้วย

_____ รู้สึกไม่เห็นด้วย

_____ รู้สึกไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

7. ท่านรู้สึกสงสารเห็นใจผู้ป่วยจิตเภทแต่ลึกๆ ท่านรู้สึกไม่ไว้วางใจ

_____ รู้สึกเห็นด้วยอย่างยิ่ง

_____ รู้สึกเห็นด้วย

_____ รู้สึกไม่เห็นด้วย

_____ รู้สึกไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

8. ท่านคิดว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่ควรให้ทำกิจกรรมต่างๆ หรือทำงานใดๆ

_____ รู้สึกเห็นด้วยอย่างยิ่ง

_____ รู้สึกเห็นด้วย

_____ รู้สึกไม่เห็นด้วย

_____ รู้สึกไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

9. ท่านคิดว่าการพูดคุยกับผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีผลดีกับผู้ป่วยมากขึ้น

_____ รู้สึกเห็นด้วยอย่างยิ่ง

_____ รู้สึกเห็นด้วย

_____ รู้สึกไม่เห็นด้วย

_____ รู้สึกไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

10. มีประโยชน์มากที่จะให้คำแนะนำแก่ญาติหรือคนในครอบครัวหรืออสม. ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่ที่บ้านและชุมชนเพราะจะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น

_____ รู้สึกเห็นด้วยอย่างยิ่ง

_____ รู้สึกเห็นด้วย

_____ รู้สึกไม่เห็นด้วย

_____ รู้สึกไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

11. ท่านกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกาย

_____ ไม่เคยปฏิบัติ

_____ ทราบวิธีปฏิบัติและเคยปฏิบัติบ้าง

_____ ทราบวิธีปฏิบัติและปฏิบัติบ่อยครั้ง

_____ ปฏิบัติทุกครั้ง

12. ท่านกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยงานบ้าน

_____ ไม่เคยปฏิบัติ

_____ ทราบวิธีปฏิบัติและเคยปฏิบัติบ้าง

_____ ทราบวิธีปฏิบัติและปฏิบัติบ่อยครั้ง

_____ ปฏิบัติทุกครั้ง

13. เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาในการดูแลสุขอนามัยของผู้ป่วย ท่านทราบว่า จะจัดการอย่างไร

_____ ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติและไม่เคยปฏิบัติ

_____ ทราบวิธีปฏิบัติและเคยปฏิบัติบ้าง

_____ ทราบวิธีปฏิบัติและปฏิบัติบ่อยครั้ง

_____ ปฏิบัติทุกครั้ง

14. ท่านดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนในแต่ละวัน

_____ ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติและไม่เคยปฏิบัติ

_____ ทราบวิธีปฏิบัติและเคยปฏิบัติบ้าง

_____ ทราบวิธีปฏิบัติและปฏิบัติบ่อยครั้ง

_____ ปฏิบัติทุกครั้ง

15. ท่านสอนให้ผู้ป่วยดูแลเกี่ยวกับระบบขับถ่ายของผู้ป่วย
 _____ ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติและไม่เคยปฏิบัติ _____ ทราบวิธีปฏิบัติและเคยปฏิบัติบ้าง
 _____ ทราบวิธีปฏิบัติและปฏิบัติบ่อยครั้ง _____ ปฏิบัติทุกครั้ง
16. ท่านมีความรู้เรื่องการกินยาและสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วย
 _____ ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติและไม่เคยปฏิบัติ _____ ทราบวิธีปฏิบัติและเคยปฏิบัติบ้าง
 _____ ทราบวิธีปฏิบัติและปฏิบัติบ่อยครั้ง _____ ปฏิบัติทุกครั้ง
17. เมื่อผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้เบื่อหน่าย ท่านทราบว่าต้องพูดคุยกับผู้ป่วยอย่างไร
 _____ ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติและไม่เคยปฏิบัติ _____ ทราบวิธีปฏิบัติและเคยปฏิบัติบ้าง
 _____ ทราบวิธีปฏิบัติและปฏิบัติบ่อยครั้ง _____ ปฏิบัติทุกครั้ง
18. เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวท่านทราบวิธีการดูแลและจัดการ
 _____ ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติและไม่เคยปฏิบัติ _____ ทราบวิธีปฏิบัติและเคยปฏิบัติบ้าง
 _____ ทราบวิธีปฏิบัติและปฏิบัติบ่อยครั้ง _____ ปฏิบัติทุกครั้ง
19. ท่านให้ผู้ป่วยจิตเวชสำรวจอารมณ์ เมื่อมีความรู้สึกไม่สบายใจและให้กำลังใจ
 _____ ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติและไม่เคยปฏิบัติ _____ ทราบวิธีปฏิบัติและเคยปฏิบัติบ้าง
 _____ ทราบวิธีปฏิบัติและปฏิบัติบ่อยครั้ง _____ ปฏิบัติทุกครั้ง
20. ท่านให้กำลังใจผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติดี
 _____ ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติและไม่เคยปฏิบัติ _____ ทราบวิธีปฏิบัติและเคยปฏิบัติบ้าง
 _____ ทราบวิธีปฏิบัติและปฏิบัติบ่อยครั้ง _____ ปฏิบัติทุกครั้ง
21. เมื่อผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายใจในเรื่องต่างๆท่านมีการแนะนำผู้ป่วย
 _____ ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติและไม่เคยปฏิบัติ _____ ทราบวิธีปฏิบัติและเคยปฏิบัติบ้าง
 _____ ทราบวิธีปฏิบัติและปฏิบัติบ่อยครั้ง _____ ปฏิบัติทุกครั้ง
22. เมื่อผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิด ท่านช่วยแนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตอารมณ์ของตนเอง
 _____ ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติและไม่เคยปฏิบัติ _____ ทราบวิธีปฏิบัติและเคยปฏิบัติบ้าง
 _____ ทราบวิธีปฏิบัติและปฏิบัติบ่อยครั้ง _____ ปฏิบัติทุกครั้ง
23. ท่านแนะนำผู้ป่วยให้รู้จักกับเพื่อนบ้านและพักอาศัยอย่างเป็นมิตร
 _____ ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติและไม่เคยปฏิบัติ _____ ทราบวิธีปฏิบัติและเคยปฏิบัติบ้าง
 _____ ทราบวิธีปฏิบัติและปฏิบัติบ่อยครั้ง _____ ปฏิบัติทุกครั้ง

24. ท่านมีความรู้เรื่องอาการข้างเคียงของการกินยาของผู้ป่วย

_____ ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติและไม่เคยปฏิบัติ _____ ทราบวิธีปฏิบัติและเคยปฏิบัติบ้าง
 _____ ทราบวิธีปฏิบัติและปฏิบัติบ่อยครั้ง _____ ปฏิบัติทุกครั้ง

25. ท่านชักชวนให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนเพื่อสร้างสัมพันธภาพกับคนในชุมชน

_____ ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติและไม่เคยปฏิบัติ _____ ทราบวิธีปฏิบัติและเคยปฏิบัติบ้าง
 _____ ทราบวิธีปฏิบัติและปฏิบัติบ่อยครั้ง _____ ปฏิบัติทุกครั้ง

26. ท่านฝึกให้ผู้ป่วยเกิดทักษะในการใช้ชีวิตอยู่ในสังคมอย่างปกติสุข

_____ ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติและไม่เคยปฏิบัติ _____ ทราบวิธีปฏิบัติและเคยปฏิบัติบ้าง
 _____ ทราบวิธีปฏิบัติและปฏิบัติบ่อยครั้ง _____ ปฏิบัติทุกครั้ง

27. ท่านสามารถสื่อสารปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแก่เจ้าหน้าที่ได้

_____ ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติและไม่เคยปฏิบัติ _____ ทราบวิธีปฏิบัติและเคยปฏิบัติบ้าง
 _____ ทราบวิธีปฏิบัติและปฏิบัติบ่อยครั้ง _____ ปฏิบัติทุกครั้ง

28. ท่านทราบวิธีการช่วยผู้ป่วยให้ใช้ทักษะการสื่อสารที่เหมาะสมกับผู้อื่นได้

_____ ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติและไม่เคยปฏิบัติ _____ ทราบวิธีปฏิบัติและเคยปฏิบัติบ้าง
 _____ ทราบวิธีปฏิบัติและปฏิบัติบ่อยครั้ง _____ ปฏิบัติทุกครั้ง

29. ท่านทราบวิธีการช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นฟูทักษะการสร้างสัมพันธภาพ

_____ ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติและไม่เคยปฏิบัติ _____ ทราบวิธีปฏิบัติและเคยปฏิบัติบ้าง
 _____ ทราบวิธีปฏิบัติและปฏิบัติบ่อยครั้ง _____ ปฏิบัติทุกครั้ง

30. ท่านช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นฟูทักษะการสร้างระเบียบวินัยได้

_____ ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติและไม่เคยปฏิบัติ _____ ทราบวิธีปฏิบัติและเคยปฏิบัติบ้าง
 _____ ทราบวิธีปฏิบัติและปฏิบัติบ่อยครั้ง _____ ปฏิบัติทุกครั้ง

31. ท่านสามารถประเมินอาการทางจิตกำเริบของผู้ป่วยจิตเภทได้ และสามารถดูแลผู้ป่วยเมื่ออาการกำเริบได้

_____ ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติและไม่เคยปฏิบัติ _____ ทราบวิธีปฏิบัติและเคยปฏิบัติบ้าง
 _____ ทราบวิธีปฏิบัติและปฏิบัติบ่อยครั้ง _____ ปฏิบัติทุกครั้ง

32. เมื่อผู้ป่วยมีอาการก้าวร้าว อาละวาดทำลายของและทำร้ายร่างกายผู้อื่นท่านสามารถดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้

_____ ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติและไม่เคยปฏิบัติ _____ ทราบวิธีปฏิบัติและเคยปฏิบัติบ้าง
 _____ ทราบวิธีปฏิบัติและปฏิบัติบ่อยครั้ง _____ ปฏิบัติทุกครั้ง

33. ท่านมีความรู้ที่จะให้คำแนะนำผู้ป่วยได้ เมื่อผู้ป่วยไม่ดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง
 _____ ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติและไม่เคยปฏิบัติ _____ ทราบวิธีปฏิบัติและเคยปฏิบัติบ้าง
 _____ ทราบวิธีปฏิบัติและปฏิบัติบ่อยครั้ง _____ ปฏิบัติทุกครั้ง
34. ท่านสามารถประเมินอาการก่อนที่ผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว
 _____ ไม่สามารถประเมินได้เลย _____ ประเมินได้บ้าง
 _____ ประเมินได้บางครั้ง _____ ประเมินได้ทุกครั้ง
35. ท่านรู้ว่ามีอาการผิดปกติอะไรบ้างที่ควรนำผู้ป่วยไปโรงพยาบาล
 _____ ไม่รู้เลย _____ รู้บ้างเล็กน้อย
 _____ รู้ปานกลาง _____ รู้และแนะนำผู้อื่นได้
36. หากผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ ท่านดูแลเขาให้ได้รับประทานอาหารครบทั้ง 3 มื้อ
 _____ ไม่เลยเพราะไม่ทราบว่ากระตุ้นอย่างไร _____ ไม่แน่ใจว่าจะเตือนอย่างไร
 _____ เตือนทุกครั้ง _____ ดูแลผู้ป่วยให้รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ
37. ท่านยอมรับความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วยและบอกความเป็นจริงของสถานการณ์ในขณะที่ผู้ป่วยมีภาวะ
 หลงผิด/ประสาทหลอน
 _____ ไม่สนใจเพิกเฉย _____ พยายามหยุดพฤติกรรมเขาและบอกเขาว่าเขาคิดไปเอง
 _____ ยอมรับและบอกความเป็นจริงในบางครั้ง _____ ยอมรับและบอกความเป็นจริงทุกครั้ง
38. เมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต เช่น ปากแห้ง มือสั่น ท่านสามารถ
 แนะนำได้
 _____ ไม่ทราบ _____ ทราบบ้างเล็กน้อยแต่ไม่เคยแนะนำ
 _____ ทราบและปฏิบัติบ่อยครั้ง _____ เข้าใจและปฏิบัติทุกครั้ง
39. เมื่อการรักษาอาการทางจิตของผู้ป่วยหมด ท่านสามารถให้คำแนะนำได้ว่าต้องไปพบแพทย์ก่อนนัด
 _____ ไม่ทราบว่าปฏิบัติอย่างไร _____ ทราบบ้างเล็กน้อยแต่ไม่เคยแนะนำ
 _____ ให้คำแนะนำบ่อยครั้ง _____ ให้คำแนะนำทุกครั้ง
40. ท่านรู้วิธีการประเมินความคิดอยากทำร้ายตัวเองของผู้ป่วย และติดตามดูแลเป็นระยะๆอย่างใกล้ชิด
 _____ ไม่รู้ว่าประเมินอย่างไร _____ รู้แต่ไม่แน่ใจว่าถูกต้องหรือไม่
 _____ รู้เล็กน้อยและทำบางครั้ง _____ รู้และทำทุกครั้ง

41. ท่านตรวจนับจำนวนเม็ดยาของญาติให้พอเพียงจนถึงวันนัดครั้งต่อไป

_____ ไม่เลย

_____ ทำบ้างไม่ทำบ้าง

_____ ทำบ่อยครั้ง

_____ ทำทุกครั้ง

42. ท่านทราบวิธีการควบคุมตัวหรือจำกัดบริเวณผู้ป่วยอย่างปลอดภัย เพื่อให้เขาปลอดภัยจากการทำร้ายตนเอง และผู้อื่น

_____ ไม่ทราบเลย

_____ ไม่แน่ใจ

_____ ทราบเล็กน้อย แต่ยังไม่เคยทำ

_____ ทราบ และทำได้ดี

43. ท่านสามารถควบคุมปัจจัยที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ

_____ ไม่ทราบเลย

_____ ไม่แน่ใจ

_____ รู้ปานกลาง

_____ รู้และแนะนำผู้อื่นได้

44. ท่านมีความเข้าใจอาการและสาเหตุการเกิดโรคจิตเภท

_____ ไม่ทราบเลย

_____ ไม่แน่ใจ

_____ เข้าใจบ้างเล็กน้อย

_____ เข้าใจปานกลาง



รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและชุมชน
โดยครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุข

โดย

นางสุนันญา แสงแก้ว

นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาบริหารการพยาบาล

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ ดร.เรณูการ์ ทองคำรอด

อาจารย์ ดร.กชพงศ์ สารการ

คำชี้แจง

รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและชุมชนโดยครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุข

คำชี้แจง

วัตถุประสงค์ของรูปแบบ

เพื่อให้ครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขมีทัศนคติที่ดี มีความรู้ความเข้าใจและทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและชุมชน

ผู้นำกลุ่ม

พยาบาลวิชาชีพหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ผ่านการอบรมด้านการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวช และมีประสบการณ์ในการเป็นผู้นำกลุ่ม

สมาชิกกลุ่ม

จำนวน 12 คน ประกอบด้วย ครอบครัวผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจำนวน 6 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขจำนวน 6 คน ตำบลกุดแห่ อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร

ครอบครัว หมายถึง สามีภรรยาบิดามารดาพี่น้องบุตรหลานหรือญาติ ที่ทำหน้าที่รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างน้อยเป็นระยะเวลา 6 เดือนขึ้นไปและมีอายุ 18 ปีขึ้นไป

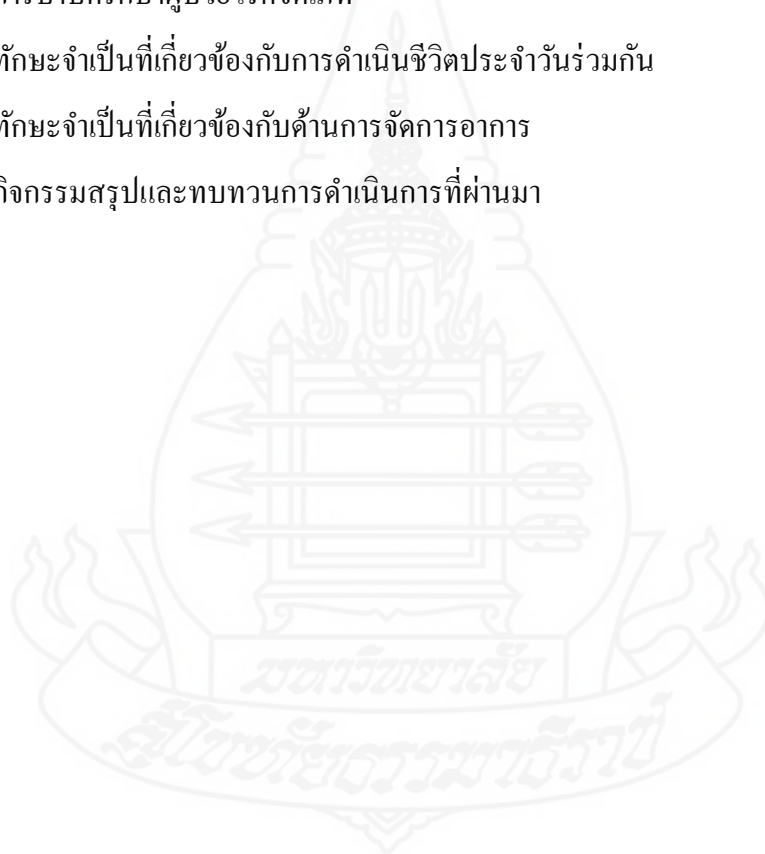
อาสาสมัครสาธารณสุข หมายถึงบุคคลหรือตัวแทนบุคคลที่อาศัยอยู่ในชุมชนทำหน้าที่ในการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและชุมชน ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างน้อยเป็นระยะเวลา 6 เดือนขึ้นไปและมีอายุ 18 ปีขึ้นไป

รายละเอียดของรูปแบบ

การให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม แบบกลุ่มสัปดาห์ละ

1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที จำนวน 6 ครั้ง ดังนี้

- ครั้งที่ 1 ภาพความเป็นจริงในปัจจุบันและความมุ่งหวัง “ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนของเรา”
- ครั้งที่ 2 การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและชุมชน
- ครั้งที่ 3 การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท
- ครั้งที่ 4 ทักษะจำเป็นที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกัน
- ครั้งที่ 5 ทักษะจำเป็นที่เกี่ยวข้องกับด้านการจัดการอาหาร
- ครั้งที่ 6 กิจกรรมสรุปและทบทวนการดำเนินการที่ผ่านมา



กิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 1

ภาพความเป็นจริงในปัจจุบันและความมุ่งหวัง “ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนของเรา”

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์
<p>1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกกลุ่ม และสร้างแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท</p> <p>2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้ร่วมกันสำรวจปัญหาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน</p> <p>3. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้รับทราบปัญหาของผู้ป่วยโรคจิตและครอบครัว</p> <p>4. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้ร่วมกันสำรวจความมุ่งหวังของคนที่มีการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตเภท</p> <p>5. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้รับรู้ความมุ่งหวังของ</p>	<p>ระยะเริ่มกลุ่ม (15 นาที)</p> <p>ผู้นำกลุ่มสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของสมาชิกผู้เข้าร่วมการวิจัย ตั้งกติกากลุ่ม</p> <p>ระยะดำเนินการ (45-60 นาที)</p> <p>ขั้นตอนที่ 1 ภาพความเป็นจริงในปัจจุบัน “ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนของเรา”</p> <p>1.1 ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มทำแบบวัดเจตคติ ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและชุมชนก่อนเริ่มกิจกรรมกลุ่ม</p> <p>1.2 ผู้นำกลุ่มแจกใบงานที่ 1.1 ภาพความเป็นจริงในปัจจุบัน “ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนของเรา” โดยให้สมาชิกทุกคนวาดภาพสภาพสุขภาพผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน โดยเป็นภาพที่วาดจากมุมมองของตนเองและเป็นความคิดที่มาจากส่วนตัว</p> <p>1.3 เมื่อทุกคนวาดภาพเสร็จแล้วแบ่งกลุ่มย่อย 4-5 คน ให้สมาชิกแต่ละคนอธิบายภาพของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ตนเองวาดให้เพื่อนฟัง เพื่อเป็นการสื่อความคิดให้กลุ่มได้รับทราบให้สมาชิกรับฟังโดยไม่วิพากษ์วิจารณ์ แต่ซักถามรายละเอียดได้</p> <p>1.4 หลังจากสมาชิกได้อธิบายภาพของตนเองจนครบทุกคน แล้วให้ช่วยกันรวมภาพทุกคนให้เป็นภาพของกลุ่ม โดยจะต้องให้มีภาพของแต่ละคนประกอบกันในภาพของกลุ่ม โดยวาดภาพใหม่ จากนั้นให้ตัวแทนกลุ่มนำเสนอภาพที่วาดขึ้นมาใหม่ว่าเป็นจริงในปัจจุบัน ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนของเราเป็นอย่างไร</p>	<p>1. ใบงานที่ 1.1 ภาพความเป็นจริงในปัจจุบัน “ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนของเรา”</p> <p>2. ใบงานที่ 1.2 ความมุ่งหวังของเราสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน</p> <p>ภาพความมุ่งหวัง “ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนของเรา”</p> <p>3. กระดาษ A4</p> <p>4. ดินสอ/ สี</p> <p>5. กระดาษชาร์ต</p> <p>6. ปากกาเคมี</p>

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์
<p>สมาชิกอื่นๆ ที่มีต่อการช่วยเหลือผู้ป่วย</p>	<p>ขั้นตอนที่ 2 ภาพความมุ่งหวัง “ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนของเรา”</p> <p>2.1 ผู้นำกลุ่มแจกใบงานที่ 1.2 ภาพความมุ่งหวัง “ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนของเรา” โดยให้สมาชิกทุกคนวาดภาพผู้ป่วยโรคจิตเภทตามความมุ่งหวังของคนที่อยากเห็นผู้ป่วยโรคจิตเภท มีภาพที่ดีขึ้น โดยเป็นภาพที่วาดจากมุมมองของตนเองและเป็นความคิดที่มาจากส่วนตัว</p> <p>2.2 เมื่อทุกคนวาดภาพเสร็จแล้วแบ่งกลุ่มย่อย 4-5 คน ให้สมาชิกแต่ละคนอธิบายภาพของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ตนเองวาดให้เพื่อนฟัง เพื่อเป็นการสื่อความคิดให้กลุ่มได้รับทราบให้สมาชิก</p> <p>2.3 หลังจากสมาชิกได้อธิบายภาพของตนเองแล้ว ให้ช่วยกันรวมภาพทุกคนให้เป็นภาพของกลุ่ม โดยวาดภาพขึ้นมาใหม่โดยจะต้องให้มีภาพของแต่ละคนประกอบกันในภาพของกลุ่ม จากนั้นให้ตัวแทนกลุ่มนำเสนอภาพที่วาดขึ้นมาว่า ภาพที่ทุกคนมุ่งหวังอยากให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นอย่างไร</p> <p>ขั้นตอนที่ 3 การเปรียบเทียบภาพความเป็นจริงในปัจจุบันและความมุ่งหวัง “ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนของเรา”</p> <p>3.1 ผู้นำกลุ่มให้ตัวแทนกลุ่มสรุปจากการนำเสนอของแต่ละกลุ่มในประเด็นที่เหมือนกันและแตกต่างกัน</p> <p>3.2 ผู้นำกลุ่มอภิปรายสรุปจากการนำเสนอของแต่ละกลุ่ม ในประเด็นที่เหมือนกันและแตกต่างกัน รวมทั้งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน เน้นความสำคัญของการรักษาอย่างต่อเนื่อง</p> <p>ระยะเวลาต่อกิจกรรม (15 นาที)</p> <p>ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มซักถาม และสรุปเนื้อหาทั้งหมดตามใบความรู้ที่ 1 ประเด็นสรุปกิจกรรม พร้อมเกริ่นนำในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป</p>	

ใบงานที่ 1.1 ภาพที่เป็นจริงในปัจจุบัน

ภาพความเป็นจริงในปัจจุบัน “ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนของเรา”

คำชี้แจง ให้ท่านวาดภาพภาพที่เป็นจริงในปัจจุบันของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน

ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ภาพความเป็นจริงในปัจจุบัน “ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนของเรา”



คำอธิบาย

.....

.....

.....

.....

ใบงานที่ 1.2 ความมุ่งมั่นของเราสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน

ภาพความมุ่งมั่น “ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนของเรา”

คำชี้แจง ให้ท่านวาดภาพความมุ่งมั่นของท่านที่อยากเห็นผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน มีภาพความมุ่งมั่นในอนาคต โดยเป็นภาพมาจากมุมมองของตนเอง เป็นความคิดที่มาจากส่วนตัว



คำอธิบาย

.....

.....

.....

.....

ใบความรู้ที่ 1

ประเด็นสรุปกิจกรรม

1. ภาพที่เป็นจริงในปัจจุบันและภาพความมุ่งหวังผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน อาจไม่ได้เป็นอย่างที่คาดหวัง
2. ความแตกต่างของผู้ป่วยโรคจิตเภทจากบุคคลทั่วไป จะต้องมีความเข้าใจผู้ป่วยโรคจิตเภท
3. การคิดเชิงบวก เชื่อมโยงจากภาพ ภาพที่เป็นจริงในปัจจุบันและภาพความมุ่งหวังผู้ป่วยโรคจิตเภท



กิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 2
การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและชุมชน

วัตถุประสงค์	ขั้นตอน/กิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์
<p>1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่ม มีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและชุมชน</p> <p>2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่ม เข้าใจความสำคัญของตนเองในการพัฒนาความรู้ทักษะการดูแล</p>	<p>ระยะเริ่มกลุ่ม (15 นาที)</p> <p>ผู้นำกลุ่มสร้างสัมพันธ์ภาพ ทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมา ชี้แจงวัตถุประสงค์ ทบทวนกติกาของกลุ่ม</p> <p>ระยะดำเนินการ (45-60 นาที)</p> <p>1. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่ม ศึกษาใบความรู้ที่ 2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และให้สมาชิกกลุ่ม สืบหาอาการผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ตนเองดูแลอยู่ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาและอาการเดือนนี้ว่ามีอาการอะไรบ้าง (ตามใบงานกิจกรรมที่ 2.1 และอภิปรายประเด็นตามแบบสำรวจอาการผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ตนเองดูแลอยู่ (15-20 นาที)</p> <p>2. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่ม ศึกษาใบความรู้ที่ 2.2 การจัดการกับอาการและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยโรคจิตเภทและอภิปรายพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยที่ตนเองดูแลอยู่และการจัดการ (15-20 นาที)</p> <p>3. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่ม ศึกษาใบความรู้ที่ 2.3 ทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่บ้านและชุมชน และอภิปรายทักษะแต่ละด้านร่วมกัน เป็นกลุ่มใหญ่ (15-20 นาที)</p> <p>ระยะยุติกลุ่ม (15 นาที)</p> <p>- ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้ซักถาม และสรุปเนื้อหา ในการอภิปรายทั้งหมดพร้อมเกริ่นนำในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไปโดยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทนำยาที่ผู้ป่วยรับประทานมาด้วยครั้งต่อไป</p>	<p>1.ใบความรู้ที่ 2.1 ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคจิตเภท</p> <p>2.ใบความรู้ที่ 2.2 การจัดการกับอาการและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท</p> <p>3.ใบความรู้ที่ 2.3 ทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่บ้านและชุมชน</p> <p>4.ใบงานที่ 2.1 แบบสำรวจอาการผู้ป่วยโรคจิตเภท</p> <p>5.ดินสอ /ยางลบ</p>

ใบความรู้ที่ 2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

โรคจิตเภทคืออะไร

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตใจชนิดหนึ่งซึ่งมีความผิดปกติของความคิดเป็นลักษณะเด่น การแสดงออกของพฤติกรรม การรับรู้ และอารมณ์ผิดจากคนปกติทั่วไป

รู้ได้อย่างไรว่าเป็นโรคจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่มีลักษณะสำคัญ ดังนี้

1. ผิดปกติด้านพฤติกรรม เช่น แต่งกายสกปรก พูดคนเดียว ยิ้มคนเดียว ปฏิบัติงานบกพร่อง ความสัมพันธ์กับผู้อื่นแย่ลง
2. ความคิดผิดปกติ เช่น คิดว่ามีคนปองร้าย คิดว่าถูกควบคุมบังคับ คิดว่าตนเป็นบุคคลสำคัญผิดธรรมดา
3. ผิดปกติด้านอารมณ์ มีอารมณ์ไม่เหมาะสม เช่น พูดเรื่องเศร้ากับยิ้ม มีอารมณ์เฉยชาไม่สนใจสิ่งแวดล้อม
4. การรับรู้ผิดปกติ เช่น หูแว่ว คือผู้ป่วยบอกว่าได้ยินเสียงคนมาพูดโดยไม่มีคนมาพูด ไม่รู้ว่าตนป่วย

โรคจิตเภทเกิดจากอะไร

สาเหตุของโรคจิตเภท

1. ปัจจัยด้านร่างกาย

- 1.1 กรรมพันธุ์ ครอบครัวหรือฝาแฝดที่เคยมีญาติพี่น้องป่วยทางจิต จะมีโอกาสป่วยทางจิตมากกว่าผู้อื่น
- 1.2 การได้รับสารกระตุ้นทางสมอง เช่น สารเสพติดต่าง ๆ เช่น สุรา ยาบ้า สารระเหย เป็นต้น
- 1.3 การเปลี่ยนแปลงของสารเคมีในสมอง
- 1.4 ได้รับกระทบกระเทือนทางสมอง อุบัติเหตุ สลบ
- 1.5 การติดเชื้อในสมอง เช่น เชื้อหุ้มสมองอักเสบ มาเลเรียขึ้นสมอง

2. ปัจจัยด้านจิตใจ

จิตใจที่ผิดปกติมาตั้งแต่วัยเด็ก เมื่อโตขึ้นเผชิญกับความเครียด ไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้และใช้วิธีการจัดการกับความเครียดในทางที่ไม่เหมาะสมบ่อย ๆ จนเกิดเป็นพฤติกรรมถาวร และกลายเป็นความผิดปกติ

3. ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม

ผู้ป่วยจิตเภทมักพบมากในประชากรที่มีฐานะยากจน ครอบครัวที่มีความเครียดสูง แหล่งที่อยู่อาศัย อยู่ในแหล่งสารเสพติด

ใบความรู้ที่ 2.2 การจัดการกับอาการและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยโรคจิตเภท

วิธีการจัดการกับอาการและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย

การใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วยก่อให้เกิดความเครียดกับทุกคนในบ้าน เนื่องจากพฤติกรรมที่ไม่แน่นอนของผู้ป่วยและผู้ป่วยไม่สนใจความรู้สึกของผู้อื่น ดังนั้นญาติต้องรู้วิธีการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาเหล่านั้น
ขั้นเริ่มต้นในการจัดการกับอาการและพฤติกรรมที่เป็นปัญหา

1. ครอบครัวและอสม.ทำความเข้าใจและยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วยและควรหลีกเลี่ยงการคัดค้านหรือยืนกรานเมื่อเห็นว่าเป็นไปไม่ได้
2. รับฟังความคิดเห็นและความรู้สึกของผู้ป่วยด้วยความเข้าใจและเห็นใจให้ความรักความอบอุ่นแก่ผู้ป่วยตามสมควร
3. หลีกเลี่ยงการแสดงความโกรธ ความเกลียด ความรำคาญ การรังเกียจผู้ป่วย ให้ความสนใจพูดคุยกับผู้ป่วย ไม่ควรจับผิดหรือตำหนิตีติชนผู้ป่วยโดยไม่มีเหตุผล
4. หลีกเลี่ยงการแสดงอารมณ์โกรธในครอบครัว หรือทะเลาะวิวาทกันในครอบครัว เพราะเป็นการกระตุ้นพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วย
5. ครอบครัวและอสม.ควรจะแสดงความห่วงใย ให้การดูแลและประคับประคองอย่างสม่ำเสมอ
6. ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์อย่างสม่ำเสมอ
7. พูดคุยกับผู้ป่วยให้ชัดและใช้คำพูดที่เข้าใจง่ายที่สุดเท่าที่จะทำได้ ไม่พูดข่มขู่ให้ผู้ป่วยกลัว หรือแสดงอาการวิตกกังวล
8. ไม่ควรปฏิบัติต่อผู้ป่วย เหมือนกับผู้ป่วยช่วยตัวเองไม่ได้ ควรเน้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเอง
9. กล่าวชมผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยพยายามปรับปรุงตนเองให้ดีขึ้น

ใบความรู้ที่ 2.3 ทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่บ้านและชุมชน

ความหมาย

การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่บ้านและชุมชน หมายถึง การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในการทำกิจกรรมต่างๆ โดยครอบครัวและอสม.

ทักษะการดูแล แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่

1. การดูแลด้านการดำเนินชีวิตตามปกติ
2. การดูแลด้านอาการที่เกิดจากภาวะโรค
3. การดูแลด้านการบริหารยา

1. ทักษะการดูแลด้านการดำเนินชีวิตตามปกติ ในการดูแลด้านการดำเนินชีวิตปกติร่วมกับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ประกอบไปด้วยการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล การดูแลด้านสังคม การดูแลด้านกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ การดูแลด้านการป้องกันการถูกรังเรียนหรือการถูกรังเกี้ยวจากบุคคลอื่น โดยทักษะที่ต้องใช้มีดังต่อไปนี้

2. ทักษะการเตือน หมายถึง การกระตุ้นทางวาจาให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมหรือมีพฤติกรรม ที่เหมาะสมในการดำเนินกิจวัตรร่วมกัน สิ่งที่ผู้ดูแลต้องเตือนคือการเตือนเรื่องการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล การช่วยงานบ้าน การรับประทานยา ซึ่งสิ่งที่ผู้ดูแลต้องตระหนักคือคำพูดและน้ำเสียงพร้อมทั้งจิตใจที่ดีที่เป็นการแสดงออกถึงความห่วงใย และ ความรัก ไม่ใช่อารมณ์

3. ทักษะการแนะนำ หมายถึง การชี้แนะผู้ป่วยในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยการชี้แจงเหตุผลประกอบเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจและปฏิบัติตามอย่างยั่งยืน

4. ทักษะการทำกิจกรรมแทน หมายถึง การที่ผู้ดูแลได้ทำกิจกรรมที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิตประจำวันให้กับผู้ป่วย เช่น อาบน้ำ แปรงฟัน ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบและพรัองในการดูแลตนเอง

5. ทักษะการสอนกำกับ หมายถึง การที่ผู้ดูแลได้ทำการฝึกกิจกรรมต่างๆ ให้แก่ผู้ป่วยอย่างเป็นขั้นตอน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้และทำกิจกรรมนั้นด้วยตนเองมากที่สุด

6. ทักษะการต่อรอง หมายถึง เทคนิคการสร้างเงื่อนไขเพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์โดยใช้รางวัล หรือการลงโทษเป็นเงื่อนไข

7. ทักษะการใกล้เกลี่ย หมายถึง การเจรจาอธิบายให้ผู้อื่นเข้าใจเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว ก่อให้เกิดความเสียหายแก่ชีวิตและทรัพย์สินของผู้อื่นดังนั้นผู้ดูแลควรเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติของโรคทางจิตเวช เพื่อนำไปอธิบายให้ผู้อื่นเข้าใจพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย

8. ทักษะการจัดการสิ่งแวดล้อม หมายถึง การควบคุมสิ่งแวดล้อมตลอดจนปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาในกรณีที่ไม่สามารถจัดการหรือแก้ไขปัญหาโดยตรงกับผู้ป่วยได้

9. ทักษะการจัดการการถูกรังเกี้ยว/การถูกรังเรียน หมายถึง การที่ผู้ดูแลสามารถเผชิญกับการที่มีผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในครอบครัวได้อย่างเหมาะสมมีวิธีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ทักษะนี้ใช้ในกรณีที่ผู้ดูแลแสดงท่าทีรังเกี้ยว

สรุปได้ว่าทักษะดังกล่าวเป็นทักษะที่มีความสำคัญเนื่องจากเป็นทักษะพื้นฐานที่ผู้ดูแลใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันอยู่ร่วมกับผู้ป่วย หากผู้ดูแลนำทักษะเหล่านี้มาใช้กับผู้ป่วยอย่างเหมาะสมจะทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เกิดความเอื้ออาทร ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ไม่เครียด สามารถช่วยเหลือตนเองได้และแบ่งเบาภาระงานผู้ดูแลได้ ช่วยลดอาการกำเริบซ้ำได้ในที่สุด

2. ทักษะการดูแลด้านอาการที่เกิดจากภาวะโรค ในการดูแลอาการที่เกิดจากภาวะโรค ประกอบไปด้วย การจัดการกับอาการทางจิตของผู้ที่เป็น โรคจิตเภทการจัดการกับอาการก้าวร้าวของผู้ที่เป็น โรคจิตเภทการจัดการกับอาการเมื่อผู้ที่เป็น โรคจิตเภททำร้ายตนเอง โดยทักษะที่ต้องใช้มีดังต่อไปนี้

1. ทักษะการประเมินสังเกตอาการ หมายถึง การประเมินและการสังเกตถึงปัญหาหรือความต้องการในการดูแล โดยที่การประเมินหรือการสังเกตนั้นอาจกระทำในขณะที่ผู้ป่วยรู้ตัวหรือไม่ก็ได้ ผู้ดูแลต้องมีความรู้ในการสังเกตอาการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยเพื่อจะได้นำผู้ป่วยมารับการรักษาอย่างเหมาะสม

2. ทักษะการขอความช่วยเหลือ หมายถึง การขอความช่วยเหลือจากแหล่งช่วยเหลือต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์

3. ทักษะการบอกสิ่งที่เป็นจริง หมายถึง การที่ผู้ดูแลได้ให้ข้อมูลเชิงประจักษ์ให้กับผู้ป่วยเกี่ยวกับสภาวะปัจจุบันเพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักในสิ่งที่เกิดขึ้นจริง

4. ทักษะการถอยห่าง หมายถึง การที่ผู้ดูแลได้หลีกเลี่ยงจากสถานการณ์การดูแลชั่วคราว เพื่อสงบสติอารมณ์ การหลีกเลี่ยงรวมทั้งการหลีกเลี่ยงทางอารมณ์เช่นเงียบและการหลีกเลี่ยงทางกาย เช่น การเดินหนี

5. ทักษะการป้องกันตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ หมายถึง เทคนิคการป้องกันตนเอง จากการถูกทำร้ายร่างกายจากผู้ป่วยอย่างปลอดภัย และไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยทักษะนี้นำมาใช้เมื่อจำเป็นหากไม่สามารถใช้ทักษะการสื่อสารต่างๆ ได้สำเร็จ

3. ทักษะการดูแลด้านการบริหารยา ในการบริหารยาประกอบไปด้วยการจัดเตรียมยาให้เพียงพอ การดูแลด้านการให้ความร่วมมือในการรักษา การดูแลด้านการปรับเปลี่ยนยาโดยทักษะที่ต้องใช้มีดังต่อไปนี้

1. ทักษะการจัดการเรื่องยา หมายถึง การดูแลจำนวนยาให้เพียงพอจนถึงวันนัดและการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาครบตามแผนการรักษา ตลอดจนการที่ผู้ดูแลตัดสินใจปรับเปลี่ยนยารวมทั้งจัดเก็บยาให้ปลอดภัย ทักษะการจัดการเรื่องยานับว่าเป็นหัวใจสำคัญ ในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท หากผู้ดูแลสามารถใช้ทักษะนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพจะทำให้ผู้ป่วยได้รับยาครบตามแผนการรักษาของแพทย์ ผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นสามารถดูแลตนเองได้และอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้ไม่เป็นภาระต่อครอบครัวและประเทศชาติ

2. ทักษะการประเมิน และสังเกตอาการ หมายถึง การประเมินและการสังเกตถึงปัญหาหรือความต้องการในการดูแลจากการรับประทานยา ผู้ดูแลต้องสังเกตอาการข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้นเพื่อจะได้ช่วยเหลือประคับประคองตามผู้ป่วยตามอาการหรือปรึกษาแพทย์ในการปรับเปลี่ยนยาหากมีอาการรุนแรงจะได้นำส่งโรงพยาบาล ผู้ป่วยจิตเภทหลายรายไม่ยอมรับประทานยาเนื่องจากได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยา จนเป็นสาเหตุให้มีอาการกำเริบซ้ำ ผู้ดูแลที่มีสามารถใช้ทักษะการประเมิน และสังเกตอาการข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้นจะสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยปรึกษาแพทย์ในการปรับเปลี่ยนได้ ผู้ป่วยได้รับการรักษาต่อเนื่อง

ใบงานที่ 2.1 แบบสำรวจอาการผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ตนดูแลอยู่

อาการ	อาการในอดีต 1 เดือน		อาการปัจจุบัน	
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี
มีอาการหูแว่ว				
เห็นภาพหลอน				
พูดคนเดียวไปเรื่อยๆ				
พูดมากหรือพูดเร็วกว่าปกติ				
เปลี่ยนเรื่องพูดไปเรื่อยๆ เนื้อหาไม่สัมพันธ์กัน				
มีความคิดว่าตนเองมีความสามารถพิเศษกว่าคนธรรมดา				
คิดว่าตนเองเป็นบุคคลสำคัญหรือมีความสัมพันธ์กับผู้สูงศักดิ์				
หวาดระแวงกลัวคนจะมาปองร้ายหรือทำร้าย				
คิดว่าตนเองถูกกลั่นแกล้งหรือถูกจับผิด				
ระแวงว่ามีคนคอยติดตาม				
มีความคิดว่ามีอำนาจบางอย่างมาบังคับหรือควบคุม				
คิดว่าคนรอบข้างมักนินทาหรือพูดถึงตนเอง				
มีความเชื่อหรือมีความคิดที่ไม่มีเหตุผลและไม่สอดคล้องกับวัฒนธรรม				
สะสมอาวุธไว้ป้องกันตัวจากระแวง				
ก้าวร้าว ุ่นวาย ทำร้ายผู้อื่น				
สวมเสื้อผ้าที่สกปรกโดยไม่ยอมเปลี่ยนหรือเปลี่ยนเสื้อผ้าใหม่วันละหลายๆครั้ง				

อาการ	อาการในอดีต 1 เดือน		อาการปัจจุบัน	
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี
ไม่สนใจความสะอาดของร่างกาย				
เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง				
แยกตัวเองอยู่คนเดียว ไม่สูงถึงกับใคร				
หัวเราะหรือร้องไห้โดยไม่มีเหตุผล				
อารมณ์เปลี่ยนไปมา				
กราบไหว้บ่อยโดยไม่มีเหตุผล				
เก็บสะสมสิ่งของที่ไม่มีประโยชน์				



กิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 3
การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท

วัตถุประสงค์	ขั้นตอน	สื่อ/อุปกรณ์
<p>1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่ม ได้ ทบทวนกระบวนการ รักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยที่ตนเองดูแล</p> <p>2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่ม ได้ ทราบความสำคัญของการ ดูแลรักษาแต่ละอย่างส่งผล ต่อผู้ป่วยของตนเองอย่างไร</p> <p>3. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้ ทราบและเข้าใจเกี่ยวกับยาที่ ผู้ป่วยรับประทาน</p>	<p>ระยะเริ่มกลุ่ม (15 นาที) ผู้นำกลุ่มสร้างสัมพันธภาพ ทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมา ชี้แจงวัตถุประสงค์ ทบทวนกติกา กลุ่ม</p> <p>ระยะดำเนินการ (45-60 นาที)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มเล่ากระบวนการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยตนเองได้รับ 2. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่ม อภิปรายความสำคัญของการดูแลรักษาแต่ละอย่างส่งผลต่อผู้ป่วย ของตนเองอย่างไร 3. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มเขียนชื่อยาของผู้ป่วย จำนวน วันเวลาที่เริ่มรับประทาน วัตถุประสงค์ในการใช้ วันที่ปรับเปลี่ยนยา เหตุผลที่เปลี่ยนลงในตารางข้างล่าง 4. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่ม เล่าเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยรับประทาน อาการข้างเคียง ส่งผลต่อผู้ป่วย อย่างไรบ้าง <p>ระยะยุติกลุ่ม (15 นาที) -ผู้นำกลุ่ม เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มซักถาม และสรุปเนื้อหา ในการอภิปรายทั้งหมดพร้อม เกริ่นนำในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ใบความรู้ที่ 3.1 การบำบัดรักษา ผู้ป่วยโรคจิตเภท 2. ใบความรู้ที่ 3.2 การช่วยเหลือเมื่อ ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากการใช้ยา จิตเวช 3. ใบงานที่ 3 กระบวนการรักษาพยาบาล 4. ดินสอ 5. ยางลบ

ใบความรู้ที่ 3.1 การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท

การบำบัดรักษาโรคทางจิตเวชในปัจจุบันแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ การรักษาด้วยยาและการรักษาด้วยไฟฟ้า และการรักษาทางจิตสังคม ซึ่งบางครั้งจิตแพทย์อาจต้องใช้ร่วมกัน เพื่อประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย

1. การรักษาด้วยยาและการรักษาด้วยไฟฟ้า

1.1 การรักษาด้วยยา ผู้ดูแลต้องคอยดูแล ให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาตรงตามชนิด ขนาดและเวลา ตามที่แพทย์กำหนด

1.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า จะกระทำในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และเป็นผู้ที่มีอาการรุนแรง ซึ่งรักษาด้วยยาแล้วไม่ได้ผล

2.การรักษาทางจิตสังคม

การรักษาโรคจิตเภทด้วยยาอย่างเดียวไม่สามารถช่วยให้บุคคลที่เป็นโรคจิตเภทมีชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพ การรักษาจะได้ผลดีหากบุคคลที่เป็นโรคจิตเภทได้รับการรักษาด้วยยาควบคู่ไปกับการบำบัดรักษาทางจิตสังคม การรักษาทางจิตสังคมเป็นการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับความเจ็บป่วย บริบท และปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการประคับประคองทางจิตใจ มีคุณภาพชีวิตและความสามารถ ในการทำหน้าที่ในสังคมดีขึ้นรวมทั้งยังส่งผลต่ออาการทางลบ การกลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย นอกจากนี้ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทยังได้รับการให้ข้อมูล และการประคับประคองทางจิตใจ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพด้วย การรักษาด้านจิตสังคมที่สำคัญมี

2.1 จิตบำบัด เป็นการรักษาผู้ป่วยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้ถ่ายทอดความรู้สึกต่างๆ ให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ใหม่ในวิธีการแก้ไขความไม่สมหวังความขัดแย้ง ความกลัว ความวิตกกังวล ภายหลังที่อาการทางจิตสงบแล้ว จากการรักษาด้วยยาและการรักษาด้วยไฟฟ้า การทำจิตบำบัดแบ่งได้เป็นการบำบัดทางจิตรายบุคคลและการบำบัดทางจิตกลุ่ม

2.2 กลุ่มบำบัด เป็นการจัดกิจกรรมระหว่างกลุ่มผู้ป่วยโดยส่งเสริมให้มีความรู้สึกว่ามีเพื่อนมีคนเข้าใจไม่โดดเดี่ยวมีการช่วยเหลือแก้ไขและให้คำแนะนำแก่กัน ฝึกทักษะทางสังคม เน้นการสนับสนุนให้กำลังใจ

2.3 การฝึกทักษะทางสังคม การฝึกทักษะทางสังคมช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นมีทักษะในการดำรงชีวิต โดยเฉพาะเมื่อต้องออกไปอาศัยอยู่ในชุมชน ช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะในการบริหารจัดการอาการทางจิตของตนเองและการรักษาด้วยยา

1.1 การรักษาด้วยยา ผู้ดูแลต้องคอยดูแล ให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาตรงตามชนิด ขนาดและเวลา ตามที่แพทย์กำหนด

1.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า จะกระทำในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และเป็นผู้ที่มีอาการรุนแรง ซึ่งรักษาด้วยยาแล้วไม่ได้ผล

2.การรักษาทางจิตสังคม

การรักษาโรคจิตเภทด้วยยาอย่างเดียวไม่สามารถช่วยให้บุคคลที่เป็นโรคจิตเภทมีชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพ การรักษาจะได้ผลดีหากบุคคลที่เป็นโรคจิตเภทได้รับการรักษาด้วยยาควบคู่ไปกับการบำบัดรักษาทางจิตสังคม การรักษาทางจิตสังคมเป็นการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับความเจ็บป่วย บริบท และปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการประคับประคองทางจิตใจ มีคุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำหน้าที่ในสังคมดีขึ้นรวมทั้งยังส่งผลต่ออาการทางลบ การกลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย นอกจากนี้ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทยังได้รับการให้ข้อมูล และการประคับประคองทางจิตใจ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพด้วย การรักษาจิตสังคมที่สำคัญมี

2.1 จิตบำบัด เป็นการรักษาผู้ป่วยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้ถ่ายทอดความรู้สึกต่างๆ ให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ใหม่ในวิธีการแก้ไขความไม่สมหวัง ความขัดแย้ง ความกลัว ความวิตกกังวล ภายหลังที่อาการทางจิตสงบแล้ว จากการรักษาด้วยยาและการรักษาด้วยไฟฟ้า การทำจิตบำบัดแบ่งได้เป็นการบำบัดทางจิตรายบุคคลและการบำบัดทางจิตกลุ่ม

2.2 กลุ่มบำบัด เป็นการจัดกิจกรรมระหว่างกลุ่มผู้ป่วยโดยส่งเสริมให้มีความรู้สึกว่ามีเพื่อนมีคนเข้าใจไม่โดดเดี่ยวมีการช่วยเหลือแก้ไขและให้คำแนะนำแก่กัน ฝึกทักษะทางสังคม เน้นการสนับสนุนให้กำลังใจ

2.3 การฝึกทักษะทางสังคม การฝึกทักษะทางสังคมช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นมีทักษะในการดำรงชีวิต โดยเฉพาะเมื่อต้องออกไปอาศัยอยู่ในชุมชน ช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะในการบริหารจัดการอาการทางจิตของตนเองและการรักษาด้วยยา

ใบความรู้ที่ 3.2 การช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากการใช้ยาจิตเวช

อาการข้างเคียงจากยา	การช่วยเหลือ
1. ปากแห้ง คอแห้ง	1. กระตุ้นให้จิบน้ำหรือเครื่องดื่มบ่อย ๆ / ให้ออมลูกอมหรือเคี้ยวหมากฝรั่ง / ใ้บ้วนปากบ่อย ๆ ด้วยน้ำยาบ้วนปาก
2. ตาพร่ามัว	1. แนะนำให้ระมัดระวังเรื่องการขับรถหรือทำงานที่ต้องใช้สายตา 2. ตรวจชีพจร ความดันโลหิตสม่ำเสมอ
3. ท้องผูก	1. ให้อดน้ำอย่างน้อย 2500-3000 มิลลิเมตรต่อวัน 2. กระตุ้นให้ออกกำลังกายอย่างเหมาะสม 3. เพิ่มการรับประทานอาหารประเภทผักและผลไม้
4. หน้ามีผดขณะเปลี่ยนอิริยาบถ	1. ระมัดระวังอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นได้ 2. แนะนำให้เปลี่ยนท่าอย่างช้าๆ โดยเฉพาะตอนลุกขึ้นจากเตียงนอน 3. หลีกเลี่ยงการอาบน้ำอุ่นจัดๆ เพราะอาจทำให้เส้นเลือดส่วนปลายขยายตัว และอาการกำเริบมากขึ้น 4. ตรวจสอบความดันโลหิตและชีพจรอย่างสม่ำเสมอ
5. ภาวะหัวใจเต้นเร็ว	1. นอนพักผ่อน 2. ตรวจสอบความดันโลหิตหรือชีพจรอย่างสม่ำเสมอ 3. หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน
6. ผิวหนังไวต่อแสง (ผิวแดงเมื่อถูกแสง)	1. แนะนำหลีกเลี่ยงการสัมผัสกับแสงแดดเป็นเวลานานกว่า 60 นาที 2. ใ้ปกป้องผิวหนังจากแสงแดดใช้ครีมกันแดดหรือสวมเสื้อแขนยาว
7. ตัวแข็ง ลื่นแข็ง ตาเหลือก มือสั่น แขนขาไม่มีแรง	1. รับประทานยาแก้แพ้ ซึ่งส่วนใหญ่แพทย์จะให้คู่กับยาทางจิตอยู่แล้ว 2. หากอาการไม่ดีขึ้น แจ้งให้แพทย์ทราบ
8. ง่วงนอนมาก	1. หลีกเลี่ยงการขับรถ และทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักร 2. ถ้ายังง่วงมากควรปรึกษาแพทย์เพื่อลดหรือเปลี่ยนยา
9. น้ำหนักเพิ่ม	1. ควบคุมอาหาร / ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ 2. ชั่งน้ำหนักทุกวัน

ใบงานครั้งที่ 3 กระบวนการรักษาพยาบาล

วัตถุประสงค์

เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีความรู้ความเข้าใจเรื่องกระบวนการรักษาพยาบาล

กิจกรรม

1. ให้สมาชิกกลุ่มบอกกระบวนการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยของตนเองได้รับ
2. ให้สมาชิกกลุ่มอภิปรายความสำคัญของการดูแลรักษาแต่ละอย่างส่งผลต่อผู้ป่วยของตนเอง

อย่างไร

3. ให้สมาชิกกลุ่มเขียนชื่อยาของผู้ป่วย จำนวน วันเวลาที่เริ่มรับประทาน ขนาดยา วันที่ปรับเปลี่ยนยา เหตุผลที่เปลี่ยน ลงในตารางข้างล่าง
4. ให้สมาชิกกลุ่ม อภิปรายเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยรับประทานส่งผลต่อผู้ป่วยอย่างไรบ้าง

ชื่อยา	วัน เดือน ปี ที่เริ่มรับประทาน	ขนาด	วันที่ปรับเปลี่ยนยา	เหตุผล

กิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 4

ทักษะที่จำเป็นที่เกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกัน



วัตถุประสงค์	ขั้นตอน	สื่อ/อุปกรณ์
<p>1.เพื่อให้สมาชิกกลุ่ม มีความเข้าใจในทักษะในการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกันและสามารถเลือกใช้ทักษะดังกล่าวได้อย่างเหมาะสมตามสถานการณ์</p>	<p>ระยะเริ่มกลุ่ม (15 นาที)</p> <ul style="list-style-type: none"> -ผู้นำกลุ่มสร้างสัมพันธภาพ ทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมา ชี้แจงวัตถุประสงค์ ทบทวนกฎีกากลุ่ม <p>ระยะดำเนินการ (45-60 นาที)</p> <ul style="list-style-type: none"> -ผู้นำกลุ่ม ให้สมาชิกกลุ่มศึกษาทักษะที่จำเป็นที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกัน -ผู้นำกลุ่ม ให้สมาชิกกลุ่มเลือกอธิบายทักษะแต่ละทักษะว่าหมายถึงอะไร ใช้ในสถานการณ์ใดบ้าง จับคู่กับคนข้างๆให้ฝึกการทำบทบาทสมมติเป็นผู้ดูแล, อสม. และผู้ป่วยแล้วฝึกทักษะต่างๆ เช่น <ol style="list-style-type: none"> 1. ทักษะการเตือนให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันในเรื่องอาบน้ำ แปรงฟัน เปลี่ยนเสื้อผ้า รับประทานอาหารช่วยทำงานบ้าน และรับประทานอาหารช่วยทำงานบ้านและรับประทานยา 2. ทักษะการแนะนำผู้ป่วยเรื่อง การรับประทานยา การไม่นอนกลางวัน 3. ทักษะการไถ่เกี้ยว เมื่อมีผู้อื่นถูกทำร้ายร่างกาย <ul style="list-style-type: none"> - ผู้นำกลุ่มเริ่มอภิปรายประเด็นเกี่ยวกับทักษะต่างๆ -ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่ม อภิปรายเกี่ยวกับทักษะต่างๆที่สมาชิกกลุ่มได้ฝึกทักษะ <p>ระยะยุติกลุ่ม (15 นาที)</p> <ul style="list-style-type: none"> -ผู้นำกลุ่มกิจกรรมเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มซักถาม และสรุปเนื้อหาในการอภิปรายทั้งหมดพร้อมเกริ่นนำในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป 	<ol style="list-style-type: none"> 1.ใบความรู้ที่ 4 ทักษะที่จำเป็นที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกัน 2.ใบงานที่ 4 ทักษะที่จำเป็นที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกัน 3. ดินสอ 4. ยางลบ

ใบความรู้ที่ 4 ทักษะที่จำเป็นที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกัน

ทักษะการดูแลด้านการดำเนินชีวิตตามปกติ ในการดูแลด้านการดำเนินชีวิตปกติร่วมกับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ประกอบไปด้วยการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล การดูแลด้านสังคม การดูแลด้านกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ การดูแลด้านการป้องกันการถูกรังเรียนหรือการถูกรังเกี่ยวจากบุคคลอื่น โดยทักษะที่ต้องใช้มีดังต่อไปนี้

1. ทักษะการเตือน หมายถึง การกระตุ้นทางวาจาให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมหรือมีพฤติกรรม ที่เหมาะสมในการดำเนินกิจวัตรร่วมกัน สิ่งที่คุณดูแลต้องเตือนคือการเตือนเรื่องดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล การช่วยงานบ้าน การรับประทานยา ซึ่งสิ่งที่คุณดูแลต้องตระหนักคือคำพูดและน้ำเสียงพร้อมทั้งจิตใจที่ดีที่เป็น การแสดงออกถึงความห่วงใย และ ความรัก ไม่ใช่อารมณ์

2. ทักษะการแนะนำ หมายถึง การชี้แนะผู้ป่วยในเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยการชี้แจงเหตุผลประกอบ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจและปฏิบัติตามอย่างยั่งยืน

3. ทักษะการทำกิจกรรมแทน หมายถึง การที่คุณดูแลได้ทำกิจกรรมที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิตประจำวันให้กับผู้ป่วย เช่น อาบน้ำ แปรงฟัน ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบและพรัองในการดูแลตนเอง

4. ทักษะการสอนกำกับ หมายถึง การที่คุณดูแลได้ทำการฝึกกิจกรรมต่างๆ ให้แก่ ผู้ป่วยอย่างเป็นขั้นตอน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้และทำกิจกรรมนั้นด้วยตนเองมากที่สุด

5. ทักษะการต่อรอง หมายถึง เทคนิคการสร้างเงื่อนไขเพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์โดยใช้รางวัล หรือการลงโทษเป็นเงื่อนไข

6. ทักษะการใกล้เคียง หมายถึง การเจรจาอธิบายให้ผู้อื่นเข้าใจเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว ก่อให้เกิดความเสียหายแก่ชีวิตและทรัพย์สินของผู้อื่นดังนั้นคุณดูแลควรเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติของโรคทางจิตเวช เพื่อนำไปอธิบายให้ผู้อื่นเข้าใจพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย

7. ทักษะการจัดการสิ่งแวดล้อม หมายถึง การควบคุมสิ่งแวดล้อมตลอดจนปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาในกรณีที่ไม่สามารถจัดการหรือแก้ไขปัญหาโดยตรงกับผู้ป่วยได้

8. ทักษะการจัดการการถูกรังหรือการถูกรังเกี่ยว หมายถึง การที่คุณดูแลสามารถเผชิญกับการที่มีผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในครอบครัวได้อย่างเหมาะสมมีวิธีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ทักษะนี้ใช้ในกรณีที่มีผู้แสดงท่าทีรังเกียจ

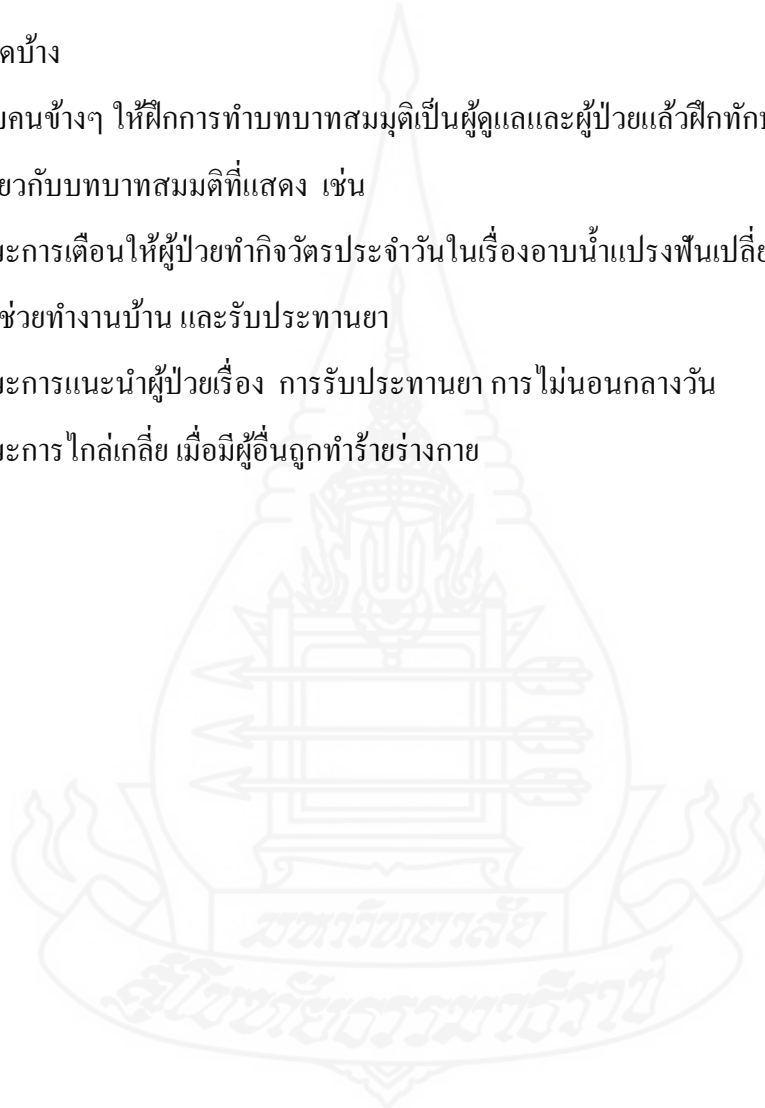
ใบงานที่ 4 ทักษะที่จำเป็นที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกัน

วัตถุประสงค์

เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีความเข้าใจในทักษะในการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกันและสามารถเลือกใช้ทักษะดังกล่าวได้อย่างเหมาะสมตามสถานการณ์อย่างมีประสิทธิภาพ

กิจกรรม

1. ให้ผู้ดูแลและอสม. เลือกอธิบายทักษะแต่ละทักษะที่ตนเองเคยมีประสบการณ์ ว่าหมายถึงอะไร ใช้ในสถานการณ์ใดบ้าง
2. จับคู่กับคนข้างๆ ให้ฝึกการทำบทบาทสมมติเป็นผู้ดูแลและผู้ป่วยแล้วฝึกทักษะต่างๆ และผลัดกันให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับบทบาทสมมติที่แสดง เช่น
 - 2.1 ทักษะการเตือนให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันในเรื่องอาบน้ำแปรงฟันเปลี่ยน เสื้อผ้า
รับประทานอาหารเช้าช่วยทำงานบ้าน และรับประทานยา
 - 2.2 ทักษะการแนะนำผู้ป่วยเรื่อง การรับประทานยา การไม่นอนกลางวัน
 - 2.3 ทักษะการไกล่เกลี่ย เมื่อมีผู้อื่นถูกทำร้ายร่างกาย



กิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 5
ทักษะจำเป็นที่เกี่ยวข้องกับด้านการจัดการอาการ

วัตถุประสงค์	ขั้นตอน	สื่อ/อุปกรณ์
<p>1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้มีความรู้และเข้าใจอาการเตือนก่อนกลับเป็นซ้ำ</p> <p>2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีความรู้และเข้าใจการจัดการเกี่ยวกับอาการที่เกิดจากภาวะโรคสามารถช่วยเหลือผู้ป่วย รวมทั้งป้องกันตนเองได้รวดเร็ว</p> <p>3. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้ทราบแหล่งช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีอาการที่เกิดจากภาวะโรค</p>	<p>ระยะเริ่มกลุ่ม (15 นาที)</p> <p>-ผู้นำกลุ่มสร้างสัมพันธภาพ ทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมา ชี้แจงวัตถุประสงค์ ทบทวนกฎีกากลุ่ม</p> <p>ระยะดำเนินการ (45-60 นาที)</p> <p>-ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มศึกษาใบความรู้ที่ 5 ทักษะที่เกี่ยวข้องกับการดูแลด้านอาการที่เกิดจากภาวะโรค</p> <p>-ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มบอกอาการเตือนก่อนเกิดอาการทางจิตกำเริบ ของผู้ป่วยที่ดูแลอยู่</p> <p>-ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่ม เลือกรายชื่อทักษะแต่ละทักษะ</p> <p>-ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่ม จับคู่กับคนข้างๆ ในการฝึกการทำบทบาทสมมติเป็นผู้ดูแล และผู้ป่วย แล้วฝึกทักษะต่างๆ</p> <p>-ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่ม อภิปรายเกี่ยวกับทักษะต่างที่สมาชิกกลุ่มได้ฝึกทักษะ</p> <p>ระยะยุติกลุ่ม (15 นาที)</p> <p>-ผู้นำกลุ่ม บอกอาการเตือนก่อนเกิดอาการทางจิตกำเริบ เพื่อให้สมาชิกที่ไม่มีผู้ป่วยที่มีอาการได้รับทราบ</p> <p>-ผู้นำกลุ่ม เปิดโอกาสให้ซักถาม และสรุปเนื้อหา พร้อมเกริ่นนำในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป</p>	<p>1.ใบความรู้ที่ 5 ทักษะที่เกี่ยวข้องกับการดูแลด้านอาการที่เกิดจากภาวะโรค</p> <p>2.ใบงานที่ 5.1 การเฝ้าระวังอาการทางจิต กำเริบ</p> <p>3.ใบงานที่ 5.2 ทักษะที่เกี่ยวข้องกับการดูแลด้านอาการที่เกิดจากภาวะโรค</p> <p>4. ดินสอ</p> <p>5. ยางลบ</p>

ใบความรู้ที่ 5.1 ทักษะที่เกี่ยวข้องกับการดูแลด้านอาการที่เกิดจากภาวะโรค

ทักษะการดูแลด้านอาการที่เกิดจากภาวะโรค ในการดูแลอาการที่เกิดจากภาวะโรค ประกอบไปด้วย การจัดการกับอาการทางจิตของผู้ที่เป็น โรคจิตเภทการจัดการกับอาการก้าวร้าวของผู้ที่เป็น โรคจิตเภท การจัดการกับอาการเมื่อผู้ที่เป็น โรคจิตเภททำร้ายตนเอง โดยทักษะที่ต้องใช้มีดังต่อไปนี้

1. ทักษะการประเมินสังเกตอาการ หมายถึง การประเมินและการสังเกตถึงปัญหาหรือความต้องการ ในการดูแล โดยที่การประเมินหรือการสังเกตนั้นอาจกระทำในขณะที่ผู้ป่วยรู้ตัวหรือไม่ก็ได้ ผู้ดูแลต้องมีความรู้ในการสังเกตอาการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยเพื่อจะได้นำผู้ป่วยมารับการรักษาอย่างเหมาะสม

2. ทักษะการขอความช่วยเหลือ หมายถึง การขอความช่วยเหลือจากแหล่งช่วยเหลือต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ โดย แหล่งช่วยเหลือในชุมชนสามารถแบ่งออกเป็น

2.1 แหล่งบริการทางสุขภาพระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ

2.2 แหล่งบริการทางสุขภาพระดับตติยภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลจิตเวช หากผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ให้ผู้ดูแลพาไปที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อรับการรักษาเบื้องต้นและรับใบส่งตัวเพื่อรับการรักษาต่อโรงพยาบาลชุมชน

3. ทักษะการบอกสิ่งที่เป็นจริง หมายถึง การที่ผู้ดูแลได้ให้ข้อมูลเชิงประจักษ์ให้กับผู้ป่วยเกี่ยวกับสถานะปัจจุบันเพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักในสิ่งที่เกิดขึ้นจริง

4. ทักษะการถอยห่าง หมายถึง การที่ผู้ดูแลได้หลีกเลี่ยงออกจากสถานการณ์การดูแลชั่วคราว เพื่อสงบสติอารมณ์ การหลีกเลี่ยงรวมทั้งการหลีกเลี่ยงทางอารมณ์เช่นเงียบและการหลีกเลี่ยงทางกาย เช่น การเดินหนี

5. ทักษะการป้องกันตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ หมายถึง เทคนิคการป้องกันตนเอง จากการถูกทำร้ายร่างกายจากผู้ป่วยอย่างปลอดภัย และไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยทักษะนี้นำมาใช้เมื่อจำเป็นหากไม่สามารถใช้ทักษะการสื่อสารต่างๆ ได้สำเร็จ

ใบงานที่ 5.1 ทักษะจำเป็นที่เกี่ยวข้องกับด้านการจัดการอาการ

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักถูกพาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 1 ครั้ง เนื่องจากมีอาการทางจิตกำเริบถึงขั้นรุนแรง จนญาติไม่สามารถดูแลได้ ขณะที่มีอาการทางจิตรุนแรง ผู้ป่วยมักไม่เชื่อฟังญาติ ไม่ยอมกินยา ไม่ร่วมมือในการรักษา ญาติจึงต้องหาวิธีการที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาหลากหลายวิธีเพื่อป้องกันอันตรายต่อผู้ป่วยเองต่อคนรอบข้าง ตลอดจนทรัพย์สินของส่วนรวม ผู้ป่วยควรตระหนักว่า “แม้อาการทางจิตครั้งนี้จะดีขึ้นแล้ว ก็ยังมีโอกาสที่จะกลับเป็นใหม่ได้”

“ก่อนที่ผู้ป่วยจะมีอาการทางจิตกำเริบในครั้งที่แล้ว คุณได้สังเกตไหมว่าผู้ป่วยมีอาการเตือนมาก่อนหรือไม่”
(อาการที่มีก่อนที่จะมีอาการทางจิตกำเริบประมาณ 1-2 สัปดาห์)

มี ไม่มี ไม่ได้สังเกต

“อาการเตือนเหล่านั้น มีอาการอะไรบ้าง”

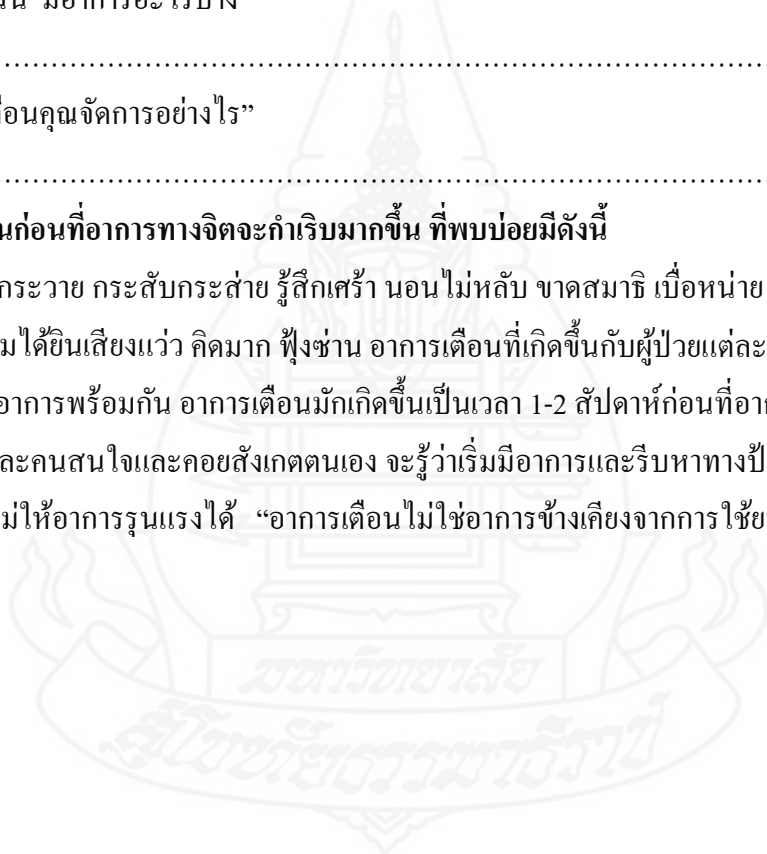
.....

“เมื่อเริ่มมีอาการเตือนคุณจัดการอย่างไร”

.....

อาการเตือนเบื้องต้นก่อนที่อาการทางจิตจะกำเริบมากขึ้น ที่พบบ่อยมีดังนี้

รู้สึกเครียด กระวนกระวาย กระสับกระส่าย รู้สึกเศร้า นอนไม่หลับ ขาดสมาธิ เบื่อหน่าย ไม่มีความสุข เบื่ออาหาร หงุดหงิด เริ่มได้ยินเสียงแว่ว คิดมาก ฟุ้งซ่าน อาการเตือนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละคนอาจแตกต่างกัน บางคนอาจมีหลายอาการพร้อมกัน อาการเตือนมักเกิดขึ้นเป็นเวลา 1-2 สัปดาห์ก่อนที่อาการทางจิตจะกำเริบ ดังนั้น ถ้าผู้ป่วยแต่ละคนสนใจและคอยสังเกตตนเอง จะรู้ว่าเริ่มมีอาการและรีบหาทางป้องกัน โดยปรึกษาแพทย์เพื่อป้องกันไม่ให้อาการรุนแรงได้ “อาการเตือนไม่ใช่อาการข้างเคียงจากการใช้ยา”



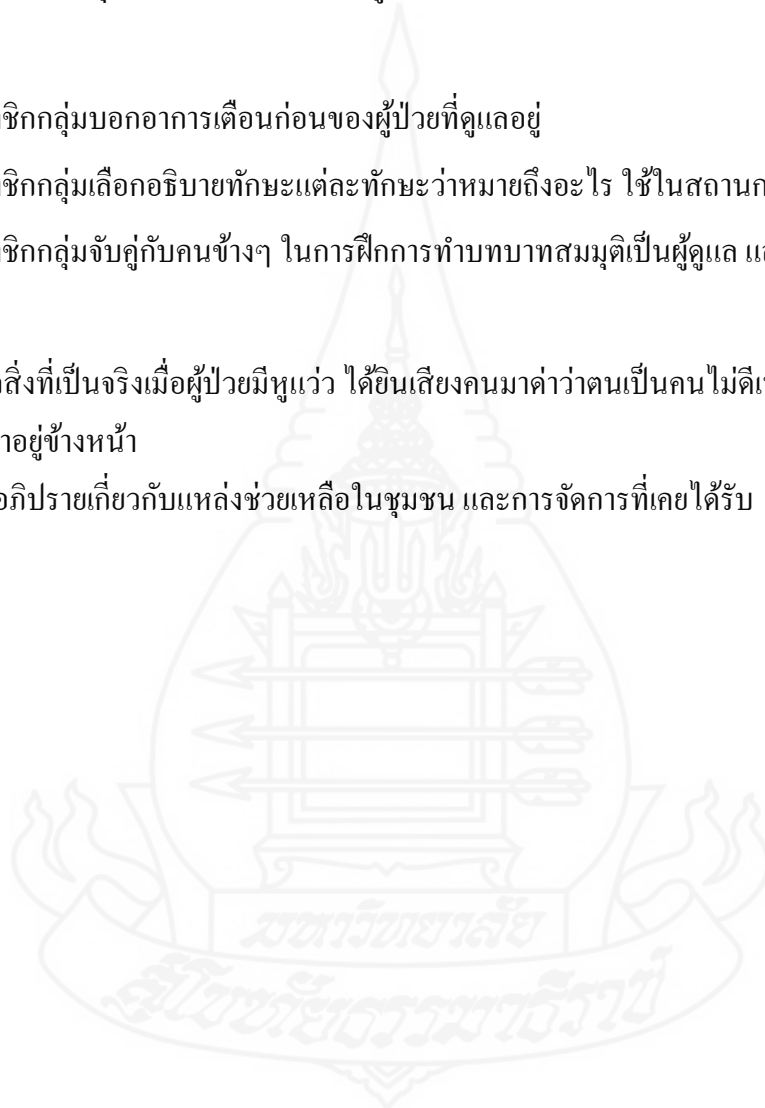
ใบงานครั้งที่ 5.2 ทักษะที่เกี่ยวข้องกับการดูแลด้านอาการที่เกิดจากภาวะโรค

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่ม ได้มีความรู้ความเข้าใจอาการเตือนก่อน
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มสามารถจัดการเกี่ยวกับอาการที่เกิดจากภาวะโรค และสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยรวมทั้งป้องกันตนเองได้รวดเร็ว
3. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีแหล่งช่วยเหลือ เมื่อผู้ป่วยมีอาการที่เกิดจากภาวะโรค

กิจกรรม

1. ให้สมาชิกกลุ่มบอกอาการเตือนก่อนของผู้ป่วยที่ดูแลอยู่
2. ให้สมาชิกกลุ่มเลือกอธิบายทักษะแต่ละทักษะว่าหมายถึงอะไร ใช้ในสถานการณ์ใดบ้าง
3. ให้สมาชิกกลุ่มจับคู่กับคนข้างๆ ในการฝึกการทำบทบาทสมมติเป็นผู้ดูแล และผู้ป่วยแล้วฝึกทักษะต่างๆ เช่น
 - 3.1 บอกสิ่งที่เป็นจริงเมื่อผู้ป่วยมีเหตุแล้ว ได้ยินเสียงคนมาด่าว่าตนเป็นคนไม่ดีเห็นภาพคนมาเดินระบ่ำอยู่ข้างหน้า
4. ให้สมาชิกกลุ่มอภิปรายเกี่ยวกับแหล่งช่วยเหลือในชุมชน และการจัดการที่เคยได้รับ



กิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 6
กิจกรรมสรุปและทบทวนการดำเนินการที่ผ่านมา

วัตถุประสงค์	ขั้นตอน	สื่อ/อุปกรณ์
<p>1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเกิดความมั่นใจในการนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปใช้ในชีวิตประจำวัน</p> <p>2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการนำทักษะต่างๆไปใช้และประเมินผลการดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบ</p>	<p>ระยะเริ่มกลุ่ม (15 นาที)</p> <p>-ผู้นำกลุ่มสร้างสัมพันธ์ภาพ ทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมา ชี้แจงวัตถุประสงค์ ทบทวนกฎีกากลุ่ม</p> <p>ระยะดำเนินการ (45-60 นาที)</p> <p>-ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่ม ได้ทบทวนกิจกรรมทั้งหมดที่ผ่านมา ทบทวนกิจกรรมครั้งที่ 1,2,3,4,5</p> <p>-ผู้นำกลุ่มเริ่มอภิปรายประเด็นเกี่ยวกับกิจกรรมทั้งหมดที่ผ่านมา โดยอภิปรายทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท</p> <p>ความรู้ความเข้าใจและการฝึกทักษะต่างๆการนำทักษะต่างๆไปใช้</p> <p>-ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่ม ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ การนำความรู้และทักษะต่างๆไปใช้</p> <p>-ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่ม ได้เล่าความรู้สึกของการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มทั้งหมดที่ผ่านมา ประโยชน์ที่ได้จากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม</p> <p>ระยะยุติกลุ่ม (15 นาที)</p> <p>-ผู้นำกิจกรรมเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มซักถาม และสรุปเนื้อหา ในการอภิปรายทั้งหมด</p> <p>-ผู้นำกลุ่มนัดหมายการทำแบบวัดเจตคติ ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและชุมชนในอีก 2 สัปดาห์</p>	<p>1. ดินสอ</p> <p>2. ยางลบ</p>

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสุนันญา แสงแก้ว
วัน เดือน ปีเกิด	วันที่ 1 มิถุนายน 2516
สถานที่เกิด	จังหวัดยโสธร
ประวัติการศึกษา	ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ ปี พ.ศ. 2539 ปริญญาโทการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ปี 2544 ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปี พ.ศ. 2551
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดแห่ เลขที่ 109 หมู่ 9 ตำบลกุดแห่ อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร 35120 โทรศัพท์ 045- 584726
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

