ผลของโปรแกรมเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยชุมชนต่อการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอทุ่งเขาหลวง

The Effects of Surveillance and Psychiatric Care by Community on Health Belief Perception as Village Health Volunteers in Thung Khao Luang

ไพทูลย์ จันทคัต*

Phaithool Chunthakhut

Corresponding author: E-mail: phaithool8@gmail.com

(Received: September 29, 2023; Revised: October 7, 2023; Accepted: October 31, 2023)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอทุ่งเขาหลวง

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Study)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 63 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มแบบ Cluster random sampling ดำเนินการตั้งแต่เดือนมีนาคม-มิถุนายน 2566 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83 และค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.25-0.76 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบ Paired t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 95% Confidence interval

ผลการวิจัย : หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 2.38 คะแนน (95%CI: 2.26, 2.50) ; คะแนนเฉลี่ยสิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วมมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 2.22 คะแนน (95%CI: 2.05, 2.37) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการมีส่วนร่วมมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 2.04 คะแนน (95%CI: 1.91, 2.16)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวควรนำโปรแกรมฯนี้ไปใช้เพื่อเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อไป

คำสำคัญ : การเฝ้าระวัง; ผู้ป่วยจิตเวช; การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อ; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุ่งเขาหลวง

ABSTRACT

Purposes : To compare perception of health belief model of village health volunteer in Thung Khao Luang District.

Study design : Quasi-experimental Study

Materials and Methods : A total of 63 samples were village health volunteers (VHVs), which were obtained from cluster random sampling, conducted from March to June 2023. Data were collected using a questionnaire with a reliability of 0.83 and a discriminant power between 0.25-0.76 Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation and Paired t-test. Statistical significance was set at 95% confidence interval.

Main finding : After the experiment, it was found that the samples had a significantly higher mean score of perception of health belief model than before the experiment ($p<.001$), with an mean score of 2.38 higher (95%CI: 2.26, 2.50). ; The mean participation incentive score was significantly higher than before the experiment ($p<.001$), with the mean score being 2.22 higher (95%CI: 2.05, 2.37), and the mean participation behavior score being higher than before the experiment was statistically significant ($p<.001$) with a mean score of more than 2.04 points (95%CI: 1.91, 2.16).

Conclusion and recommendations : The results of this research resulted in samples being surveillance of health belief patterns. Therefore, related agencies should continue to use this program to monitor and care for schizophrenia.

Keywords : Surveillance; Psychiatric; Health Belief Perception; Village Health Volunteers

*Public Health Technical Officer, Professional Level Thung Khao Luang District Public Health Office.

บทนำ

ปัญหายาเสพติดนับว่าเป็นหนึ่งในปัญหาสังคมที่รุนแรงที่สุดในแต่ละประเทศทั่วโลก ถึงแม้ว่าจะมีมาตรการรวมถึงนโยบายต่าง ๆ เพื่อป้องกันและแก้ไขมาอย่างต่อเนื่อง โดยจากข้อมูลรายงาน World Drug Report 2022 ของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC : United Nations Office on Drugs and Crime) พบว่าในปี พ.ศ.2563 มีจำนวนประชากรกว่า 284 ล้านคนจากทั่วโลก ในช่วงอายุ 15-64 ปี ที่ติดยาเสพติด ซึ่งคิดเป็น 26.0% เพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับสิบปีที่ผ่านมา[1] นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ติดยาเสพติดมีแนวโน้มที่จะมีอายุน้อยลงเรื่อย ๆ เด็กและเยาวชนมีการใช้ยาเสพติดมากกว่าผู้ใหญ่รวมถึงใช้ในปริมาณที่มากกว่าเช่นเดียวกัน ในทำนองเดียวกับปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นปัญหาที่มีความสำคัญของประเทศ ปัจจุบันมีผู้ป่วยด้วยโรคจิตเวชเพิ่มมากขึ้น โดยพบว่าประชากร 1 ใน 5 ของประเทศมีปัญหาสุขภาพจิต จากรายงานสถิติของกรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ประเทศไทยมีผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการเริ่มต้นถึงรุนแรงร้อยละ 14.3 หรือ 7 ล้านคน โดยเป็นผู้ป่วยโรคจิตเวชประมาณ 400,000 คน โรคจิตเวชเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง หากไม่ได้รับการรักษาจะเกิดการเสื่อมถอยทางความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรมอย่างมาก โดยมีอาการคลุ้มคลั่งประสาทหลอน ก้าวร้าว มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงทั้งต่อตนเอง ผู้อื่น ทรัพย์สิน รวมทั้งก่อเหตุอาชญากรรมในชุมชน[2] ซึ่งผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) ของสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิตระหว่าง พ.ศ.2557 ถึง พ.ศ. 2560 พบจำนวน 9,866 ราย โดยเป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเวชและโรคหลงผิด (F20-F29) มากที่สุด คือมีจำนวน 5,302 ราย (ร้อยละ 53.75) รองลงมาเป็นกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (F30-F39) จำนวน 2,234 ราย (ร้อยละ 22.64) และกลุ่มโรคความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (F10-F19) จำนวน 1,441 ราย (14.60%)[1] เมื่อพิจารณาจำแนกตามเกณฑ์คัดกรองผู้ป่วย SMI-V พบว่า ผู้ป่วยมีประวัติทำร้ายร่างกายตนเองมากที่สุด รองลงมาคือผู้ป่วยมีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรงหรือก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน ซึ่งจากสถานการณ์ที่สื่อต่างๆ นำเสนอเหตุการณ์รุนแรง เป็นที่สะเทือนขวัญ สร้างความหวาดกลัวให้กับครอบครัวและชุมชน ผู้ก่อเหตุส่วนใหญ่จะมีประวัติการรักษาทางจิตเวชขาดการรักษาต่อเนื่อง มีการใช้สุรา สารเสพติด และไม่รับรู้ความเจ็บป่วยจึงเป็นเหตุให้อาการกำเริบดังนั้นการดูแลผู้ป่วยที่มีความรุนแรง ยุ่งยากซับซ้อน มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม ต่อเนื่องและเป็นไปตามบริบทของผู้ป่วยและญาติที่ดูแล ด้วยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

เช่นเดียวกับสถานการณ์กับข้อมูลจากการสำรวจทะเบียนผู้ป่วยโรคจิตเวชเรื้อรังในอำเภอทุ่งเขาหลวงจังหวัดร้อยเอ็ด ตั้งแต่ปีพ.ศ.2561-2564 พบว่า 807 คน ประกอบด้วยผู้ป่วยจิตเวช 155 คน ผู้ป่วยโรคจิตจากสุราและสารเสพติด 37 คน ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 577 คน และฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 ราย และจิตเวชขาดยา 37 คน พบว่ามีจำนวนเพิ่มขึ้นอีกทั้งยังมีอาการกำเริบซ้ำจากการขาดยาและการใช้สารเสพติด ญาติเองก็รู้สึกท้อแท้ เพิ่มภาระจ่ายมากขึ้น ต้องพาผู้ป่วยไปรักษาและตรวจประเมินอาการจากโรงพยาบาลที่เชี่ยวชาญ เสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง เสียเวลาด้วย และยังพบว่ามีผู้ป่วยอีกจำนวนมากที่ยังไม่ได้รับการตรวจจากจิตแพทย์ ซึ่งจะเกิดปัญหาต่างๆ ตามมา ซึ่งไม่มีวิธีการหรือมาตรฐานใดชัดเจนในการดูแล เพื่อให้การดำเนินงานมีความต่อเนื่องถูกต้องตามหลักการและส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีแนวทางการดูแลและการป้องกันและเฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังและผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านจิตเวชอื่นๆ[3] ซึ่งยุทธศาสตร์ระบบบริการด้านสุขภาพจิตคือ ให้ประชาชนได้รับการดูแลและเข้าถึงระบบบริการสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะวิกฤต ซึ่งหากผู้ป่วยโรคทางจิตเวช ขาดการดูแลรักษาที่ดี อาจกลายเป็นภาวะวิกฤติสุขภาพจิต (Serious mental illness of violence-SMI-V) ซึ่งอาจทำร้ายตัวเองและทำร้ายผู้อื่นหรืออาจก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชนได้ ความชุกของประชากรที่ป่วยด้วยโรค SMI-V นั้น คิดเป็นร้อยละ 4.10 ของประชากรทั่วไปทั้งหมดที่มีอายุ

18 ปีขึ้นไป โดยพบมากที่สุดในช่วงอายุ 26-49 ปี ซึ่งพบมากในผู้ป่วยคดีด้านนิติจิตเวช ถึง 3 เท่าและในกลุ่มของผู้ป่วยโรค SMI-V นั้นพบว่ามีร้อยละ 5.00 -15.00 ที่สามารถก่อเหตุรุนแรงกับชุมชนได้ ในอีกการศึกษาพบผู้ป่วยด้วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงได้ถึงร้อยละ 20.00 ของผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งปัจจัยที่ทำให้อัตราก่อความรุนแรงสูงกว่าปกติ ได้แก่ การขาดการรักษาต่อเนื่อง ปัญหาการใช้สารเสพติด และการไม่รับรู้ความเจ็บป่วย เป็นความเสี่ยงเพิ่มต่อการก่อความรุนแรง ซึ่งปัจจุบันมีเหตุการณ์สะเทือนขวัญความรุนแรงที่เกิดขึ้นทั้งในครอบครัวหรือกับประชาชนทั่วไปโดยพบว่าผู้ก่อเหตุมีประวัติเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่เคยเข้ารักษาในโรงพยาบาลจิตเวชมาก่อน แต่ขาดการรักษาที่ต่อเนื่อง ขาดยา ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย หรือขาดผู้ดูแลที่มีศักยภาพ ประกอบกับระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยังขาดการติดตามดูแลต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้ขาดการรักษาต่อเนื่อง กลับมาป่วยซ้ำและบางรายอาจจะก่ออันตรายทั้งต่อตนเองและผู้อื่น

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีโรคจิตเวชมักมีการดำเนินโรคเรื้อรัง และกลับมีอาการกำเริบซ้ำบ่อยซึ่งมีผลกระทบต่อความรุนแรงของอาการมากขึ้น อาการเรื้อรังไม่หายขาดและยังพบปัญหาด้านอารมณ์ พฤติกรรมที่ส่งผลเสียต่อชีวิตของผู้ป่วยและญาติ ได้แก่ การฆ่าตัวตาย การทำร้ายผู้อื่น เป็นต้น โรคจิต (Psychosis) จัดเป็นปัญหาจิตเวชที่มีการดำเนินโรคเรื้อรังที่มีความชุกเป็นลำดับต้นๆ รวมถึงเป็นที่มีผลต่อ โดยมีภาวะผิดปกติที่สำคัญ คือ อารมณ์พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงเร็ว การรับรู้ความเป็นจริงเสียไป (Out of Reality) ได้แก่ หูแว่ว ภาพหลอนและมักไม่ยอมรับความเจ็บป่วยเมื่อมีอาการรุนแรง ในกลุ่มของโรคจิต โรคจิตเวชเรื้อรัง (Schizophrenia) จัดเป็นโรคจิตที่พบบ่อยที่สุดและก่อให้เกิดการตีตรา ความทุกข์ทรมาน และภาวะอันตรายต่อผู้ป่วยเอง ต่อญาติหรือผู้ดูแล รวมทั้งอาจก่อให้เกิดภาวะอันตรายต่อชุมชนและสังคม และยังก่อให้เกิดผลกระทบอย่างมากต่อเศรษฐกิจในภาพรวม ซึ่งจากการศึกษาเรื่องภาระโรคได้เปรียบเทียบการสูญเสียความสามารถของผู้ป่วย (Disability)[4] โรคจิตเวชเรื้อรังกับผู้ป่วยโรคทางกาย พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเวชเรื้อรังสูญเสียความสามารถเทียบเท่าผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตทั้งตัวตั้งแต่ต้นคอลงมา (Quadriplegia) ฉะนั้นการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีหลักการสำคัญ คือ การให้การรักษาและดูแลต่อเนื่องในชุมชน เพื่อไม่ให้อาการทางจิตกำเริบซ้ำ เมื่อไม่กำเริบซ้ำ ผู้ป่วยก็มีโอกาสใช้ชีวิตได้เหมือนปกติเหมือนคนอื่นๆ[1] จำหน่ายในกรณีผู้ป่วย SMI-V มีปัญหายุ่งยาก และซับซ้อน ก่อนที่จะจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ควรเตรียมความพร้อมในทุกด้าน ได้แก่ ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน รวมถึงเหยื่อที่ได้รับผลกระทบจากพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโดยร่วมกับเครือข่ายสาธารณสุขและเครือข่ายชุมชน[1] มีขั้นเตรียมความพร้อม เช่น (1) การเตรียมความพร้อมในโรงพยาบาล การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยการประเมินและการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยอาการทางจิตทุเลา ควรให้ผู้ป่วยได้เข้าใจ รับรู้การเจ็บป่วย ทราบแนวทางการรักษา ให้ความร่วมมือในการรักษา รับประทานยาถูกต้องต่อเนื่อง สม่ำเสมอสังเกตอาการข้างเคียงของยาที่รับประทาน และอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด การตรวจรักษาตามนัดรวมทั้งการดำเนินชีวิตและการประกอบอาชีพ การประเมินด้านทัศนคติและความคาดหวัง เพื่อทราบความคิด ความรู้สึก ความต้องการ ปัญหาและอุปสรรคของผู้ป่วย การประเมินด้านการปฏิบัติตัว การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทักษะการดูแลตัวเอง ทักษะการจัดการปัญหาและความเครียด การควบคุมอารมณ์ ทักษะทางสังคม เช่น การสร้างสัมพันธภาพ การสื่อสาร การปฏิเสธ เป็นต้น รวมถึงทักษะทางอาชีพ (2) การเตรียมข้อมูล ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย การเจ็บป่วยด้านร่างกายและทางจิต ความคาดหวัง ความต้องการทั้งต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชน ความสามารถในการดูแลตนเอง แผนการดูแลตนเอง ภาพถ่ายการทำกิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ ประวัติครอบครัว ลักษณะโครงสร้างครอบครัว สภาพครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัวเศรษฐกิจ ความต้องการ ความคาดหวังของญาติที่มีต่อการเจ็บป่วยและการบำบัดรักษาโครงสร้างของชุมชน สภาพชุมชน ทัศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม แหล่งสนับสนุนทางสังคม (3) การเตรียมความพร้อมของบุคลากร เตรียมทีมสหวิชาชีพ การประชุมทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลเพื่อศึกษาข้อมูล

ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน วางแผนการดำเนินการช่วยเหลือ กำหนดบทบาท หน้าที่และมอบหมายการปฏิบัติงาน เช่น เป็นผู้นำกลุ่ม ผู้บันทึก ผู้ประสานงาน การประสานงานเครือข่ายในชุมชนที่เกี่ยวข้อง เพื่อวางแผน และกำหนดวันนัดหมายที่จะลงปฏิบัติงานในพื้นที่ เตรียมอุปกรณ์และเครื่องมือ ใบส่งตัวผู้ป่วย แบบประเมินต่างๆ เวชภัณฑ์ยา โทรศัพท์ กล้องถ่ายรูปเครื่องบันทึกเสียง ภาพผู้ป่วยขณะปฏิบัติกิจกรรม (4) การเตรียมความพร้อมชุมชน การเตรียมชุมชน เป็นการเตรียมความพร้อมครอบครัว ญาติ/ผู้ดูแล เพื่อนบ้าน แกนนำชุมชน เครือข่ายในพื้นที่เพื่อรองรับการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านและในชุมชน[4] ขั้นเตรียมการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชน แจ้งวัตถุประสงค์ของการลงพื้นที่ในการเตรียมครอบครัวและชุมชนประเมินทัศนคติ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิตเวช และการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านและชุมชน โดยการพูดคุย รับฟังความคิดเห็น มุมมองต่อผู้ป่วย และผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน รวมทั้งความสำคัญของชุมชนที่มีต่อการดูแลผู้ป่วย ขั้นดำเนินการค้นหา วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบซ้ำ/ก่อความรุนแรงซ้ำ- ประเมินความพร้อมและวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยพร้อมทั้งกำหนดบทบาทผู้เกี่ยวข้องในชุมชนการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย รวมทั้งให้ข้อมูลแหล่งดูแลช่วยเหลือเบื้องต้น เพื่อส่งต่อเครือข่ายดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องดำเนินการตามแผนที่วางไว้ และติดตามผลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนหลังจากการเตรียมความพร้อมครอบครัวและชุมชนขั้นสรุปและประเมินผลสรุปและประเมินผลการเตรียมความพร้อมครอบครัวและชุมชน[1]

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้น ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยครอบครัวต่อความเครียดของผู้ดูแล ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ศึกษาโปรแกรมเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยชุมชนต่อการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอทุ่งเขาหลวงเพื่อให้ทั้งผู้ป่วยจิตเวชและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอทุ่งเขาหลวง

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลองดำเนินการตั้งแต่เดือนมีนาคม-มิถุนายน 2566 ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 573 คน จาก 51 หมู่บ้าน ในอำเภอทุ่งเขาหลวง จังหวัดร้อยเอ็ด ดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนมิถุนายน 2566 โดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ (1) เป็น อสม. ที่มีประสบการณ์อย่างน้อย 1 ปี (2) ไม่เคยได้รับการอบรมความรู้ทักษะด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชมาก่อน (3) เป็นผู้ที่อ่านและเขียนได้ไม่มีความพิการทางหู และ (4) ยินดีให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ และและคัดออก (Exclusion Criteria) คือ มีภาวะแทรกซ้อนทั้งทางร่างกายและจิตใจที่เป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูล และเข้าร่วมทำกิจกรรม

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*power 3.1.9.4 กำหนดค่าขนาดอิทธิพลความแตกต่างจากงานวิจัยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันได้เท่ากับ 0.42 ซึ่งเป็นค่าขนาดอิทธิพลความแตกต่างที่มีขนาดใหญ่[5] เมื่อนำมาคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยเปิดใช้โปรแกรมสำเร็จรูปโดยใช้ค่าพารามิเตอร์ t tests - Means: Difference between two dependent means (matched pairs) Analysis: A priori: Compute required sample size Input: Tail(s)=One Effect size dz=0.42 α err prob=0.05 Power (1-β err prob)=0.95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 63 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยแบ่งการสุ่มออกเป็น 2 ขั้น (Two Steps

Randomization) ขั้นที่ 1 สุ่มแบบกลุ่ม (Cluster Randomized Sampling) โดยจับฉลากจาก 51 หมู่บ้าน ในอำเภอทุ่งเขาหลวงให้ได้ 3 หมู่บ้าน แล้วจับสลากเพื่อระบุกลุ่มตัวอย่าง หมู่บ้านกลุ่มทดลอง และหมู่บ้านกลุ่มควบคุม ขั้นที่ 2 สุ่มอย่างง่าย (Simple Randomized Sam pling) โดยวิธีจับสลากรายชื่อ อสม.ใน 3 หมู่บ้านเข้ากลุ่มทดลอง จบครบ 63 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้แบ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษาและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือในการดำเนินการศึกษา คือ โปรแกรมเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยจิตเวชโดยชุมชนที่พัฒนาตามกรอบแนวคิด Health Belief Model ซึ่งมีเนื้อหาของกิจกรรมครอบคลุมการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเวช ได้แก่ ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคอุปสรรค ประโยชน์การเข้าถึงการรักษา และแหล่งช่วยเหลือฟื้นฟู[6] สิ่งกระตุ้นจงใจให้ปฏิบัติความสามารถของตนเอง ร่วมกับแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนเป็นฐาน CBR โดยอาศัยวงจรการจัดการ CBR มาจัดทำกรอบเนื้อหาของโปรแกรมฯ เพื่อใช้พัฒนาศักยภาพของ อสม.ให้เกิดพฤติกรรมฟื้นฟูฯ ต่อเนื่อง กิจกรรมในโปรแกรมฯ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 9 กิจกรรมโดยกิจกรรมที่ 1-4 ระยะเวลา 90 นาทีกิจกรรม และกิจกรรมที่ 8.9 ระยะเวลา 180 นาที/กิจกรรมกิจกรรมที่ 5 -7 ระยะเวลา 360 นาที กิจกรรมดำเนินกิจกรรมแบบกลุ่ม 4 สัปดาห์ๆ ละครั้ง[7]

2. เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย (1) แบบสอบถามลักษณะทางประชากร จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุสถานภาพ ระดับการศึกษา และอาชีพ ประสบการณ์การเป็น อสม. (2) แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเวช 40 ข้อ[7] ครอบคลุม 5 ประเด็น การรับรู้คือความรู้โรคจิตเวช 6 ข้อ โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงต่อผู้ป่วยจิตเวช 10 ข้อ ประโยชน์การรักษา ป้องกันการป่วยซ้ำ และการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยจิตเวช 7 ข้อ อุปสรรคที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวช 7 ข้อ และการรับรู้ความสามารถแห่งตนเพื่อสนับสนุน 10 ข้อ ลักษณะของแบบวัดเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ กำหนดคะแนนในแต่ละระดับตามที่ได้แสดงจากมากที่สุด (5 คะแนน) ถึง น้อยที่สุด (1 คะแนน) โดยมีระดับคะแนนจาก 1-5 ในข้อคำถามเชิงลบ และคะแนน 5-1 ในข้อคำถามเชิงบวก รวมตั้งแต่ 40-200 คะแนน (3) แบบวัดพฤติกรรมฯ จำนวน 20 ข้อ มีทั้งหมด 4 ด้าน ดังนี้ร่วมตัดสินใจจำนวน 5 ข้อ ร่วมดำเนินการจำนวน 5 ข้อ ร่วมรับประโยชน์ จำนวน 5 ข้อ แลร่วมติดตามประเมินผล จำนวน 5 ข้อ ลักษณะของแบบวัดเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ กำหนดคะแนนในแต่ละระดับตามที่ได้แสดงจาก มากที่สุด (5 คะแนน) ถึง น้อยที่สุด (1 คะแนน) โดยมีระดับคะแนนจาก 1-5 มีคะแนนรวมตั้งแต่ 20-100 คะแนน และ(4) แบบวัดสิ่งจูงใจฯ จำนวน 12 ข้อ ลักษณะของแบบวัดเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ กำหนดคะแนนในแต่ละระดับตามที่ได้แสดงจาก มากที่สุด (5 คะแนน) ถึง น้อยที่สุด (1 คะแนน) โดยมีระดับคะแนนจาก 1-5 ในข้อคำถามเชิงลบ และคะแนน 5-1 ในข้อคำถามเชิงบวกคะแนนรวมตั้งแต่ 12-60 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ แบบวัดได้มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ประเมินค่าความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาและวัตถุประสงค์ในแต่ละหัวข้อ (Item objective congruence index: IOC) และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ โดยแบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเวช ค่า IOC เท่ากับ 0.87 แบบวัดพฤติกรรมฯ ค่า IOC เท่ากับ 0.90 และแบบวัดสิ่งจูงใจฯ ค่า IOC เท่ากับ 0.89 หลังจากนั้นนำไปทดสอบกับ อสม. 30 คน ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อหาความเชื่อมั่น (Reliability ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟ่า (Cronbach's alpha Coefficient)และหาค่าอำนาจจำแนกแบบวัดด้วยการวิธีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ระว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม พบว่า แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเวช มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83 ค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.25 - 0.76 แบบวัดสิ่งจูงใจฯ มีคำความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.91 ค่าอำนาจจำแนก ระหว่าง 0.38 -.91 และแบบวัดพฤติกรรมฯ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.96 มีค่าอำนาจ ระหว่าง 0.31-0.77 ค่าความเชื่อมั่น

เท่ากับหรือไม่น้อยกว่า 0.76 แสดงว่า ความเชื่อมั่นสูง และค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไป แสดงว่าสามารถจำแนกแยกแยะหรือจัดกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่ม ๆ ได้

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำโครงร่างในการศึกษาในครั้งนี้ นำเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 119/2565 และได้ผ่านการพิจารณาแล้วเห็นว่าไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ถูกวิจัยและให้ดำเนินการศึกษาภายในขอบข่ายของโครงร่างการศึกษาที่นำเสนอในการเก็บข้อมูลผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา แนะนำตัวอธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการเก็บข้อมูล และการสอบถามความสมัครใจ โดยมีการลงลายมือไว้เป็นลายลักษณ์อักษร สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีผลต่อการรับการบริการเป็นไปด้วยความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมกลุ่มได้ตลอดเวลาสำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะนำไปใช้ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยเท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลทางวิชาการในภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ลงชื่อยินยอมในการให้ข้อมูลและตอบแบบสอบถาม

การรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บและรวบรวมข้อมูลด้วยตัวเอง โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

ระยะก่อนการทดลอง 1) ขั้นเตรียมการ ศึกษาข้อมูลชุมชน ประสานพื้นที่ รวมทั้งการแนะนำตัว อย่างเป็นทางการกับผู้นำชุมชนและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงการวิจัย ระยะเวลาเอกสาร และข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนจริยธรรมการวิจัย 2) เตรียมผู้ช่วยวิจัย ได้รับความร่วมมือจากทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่และทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง จำนวน 5-6 คน โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรม และบทบาทในการดำเนินกิจกรรมในการเป็นวิทยากรกระบวนการและเป็นผู้ช่วยนักวิจัย ผู้ใช้โปรแกรมฯ เป็นนักวิจัยและทีมสหวิชาชีพทีมเดียวกัน และใช้โปรแกรมรูปแบบเดียวกับกับการทดสอบประสิทธิภาพ และ 3)นัดหมายชุมชน และกลุ่มตัวอย่าง ที่เข้าร่วมโปรแกรมฯในการลงนามแสดงความยินยอมการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 63 คน

ขั้นการทดลอง 1) ดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนการทดลองโดยใช้แบบสอบถามลักษณะทางประชากรทั่วไป แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเวช แบบวัดสิ่งจูงใจฯ และแบบวัดพฤติกรรมการมีส่วนร่วมฟื้นฟูฯ แล้วทำการทดลองกับกลุ่มทดลองในระยะเวลา 4 สัปดาห์ ตามเนื้อหาของโปรแกรมฟื้นฟูฯ ทั้งนี้จะทำการวัดด้วยชุดข้อมูลชุดเดียวกันอีกครั้ง หลังการทดลอง และติดตามผล และ 2) การประเมินช่วงหลังการทดลอง ขั้นการติดตามผล 1 เดือน (1) ผู้วิจัยได้เว้นระยะหลังการทดลอง 1 เดือน โดยไม่มีการจัดกระทำหรือกระตุ้นใด ๆ ผู้วิจัยนัดกลุ่มทดลองเพื่อตอบแบบวัดชุดเดิมที่ได้ทำการวัดไปก่อนการทดลอง หลังการทดลอง ได้แก่ แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพฯ แบบวัดสิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วมฟื้นฟูฯ และแบบวัดพฤติกรรมฯ (2)หลังการทดลอง 1 เดือน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเพิ่มเติมเพื่อค้นหาคำอธิบายมาสนับสนุนผลการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมฯ โดยใช้การอภิปรายกลุ่ม (Focus Group Discussion) เพื่อสนทนาแลกเปลี่ยนประโยชน์ที่ได้รับ ความรู้สึกที่มีต่อกิจกรรมต่าง ๆ การนำไปประยุกต์ใช้ จาก อสม. ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ

การวิเคราะห์ข้อมูล นำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป ดังนี้ (1) สถิติบรรยายโดยใช้วิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างและลักษณะของตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (2) สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนใช้วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมุติฐาน ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ โดยการตรวจสอบค่าความเบ้ (Skewness) ความโด่ง (Kurtosis) ควบคู่กับการใช้สถิติ Kolmogorov Smirnov test เพื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติของการแจกแจงข้อมูล พบว่า p = 0.74, 0.59 และ 0.19 แสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normal distribution) และ

ตรวจสอบความเท่ากันของความแปรปรวนของตัวแปรทุกตัวด้วยวิธี Levene's test พบว่า p = 0.56, 0.14 และ 0.45 แสดงว่า Variance ไม่แตกต่างกัน และสถิติทดสอบ Paired t-test

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทางประชากร พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 39 คน เพศส่วนใหญ่เป็นหญิง (54.0%) อายุเฉลี่ย 42.69 ปี ประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 6.73 ปี ประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 6.73 ปี จบการศึกษาระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (38.1%) และประกอบอาชีพเกษตรกร (39.7%) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของลักษณะทางประชากร (n=63)

ลักษณะทางประชากร		จำนวน(ร้อยละ)
เพศ	ชาย	29(46.0)
	หญิง	34(54.0)
อายุ(ปี)	Mean(SD.)	42.69(1.54)
	Min(max)	20.0(65.0)
ประสบการณ์ทำงาน	Mean(SD.)	6.73(0.36)
	Min (max)	3.0(14.0)
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	19(30.2)
	มัธยมศึกษา	24(38.1)
	ปวช/ป.วส.	8(12.7)
	อนุปริญญา	7(11.1)
	ปริญญาตรีขึ้นไป	5(7.9)
การประกอบอาชีพ	ไม่ได้ทำงาน	17(27.0)
	เกษตรกร	25(39.7)
	รับจ้างทั่วไป	14(22.2)
	ข้าราชการบำนาญ/พนักงานเกษียณ	2(3.2)
	ค้าขาย	5(7.9)

2. การเปรียบเทียบการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วมและพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยชุมชนโดยรวม หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 2.38 คะแนน (95%CI: 2.26, 2.50) ; กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยสิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วมมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 2.22 คะแนน (95%CI: 2.05, 2.37) และ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการ มีส่วนร่วมมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001)

โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 2.04 คะแนน (95%CI: 1.91, 2.16) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วม และพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยชุมชน (n=63)

ตัวแปร	n	Mean(SD.)	Mean diff.(SE)	95%CI	p
การรับรู้แบบแผนตามความเชื่อด้านสุขภาพ					
ก่อนการทดลอง	63	1.97(0.05)	2.38(0.06)	2.26, 2.50	<.001
หลังการทดลอง	63	4.35(0.03)			
สิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วม					
ก่อนการทดลอง	63	2.02(0.07)	2.22(0.08)	2.05, 2.37	<.001
หลังการทดลอง	63	4.24(0.07)			
พฤติกรรมการมีส่วนร่วม					
ก่อนการทดลอง	63	2.10(0.04)	2.04(0.06)	1.91, 2.16	<.001
หลังการทดลอง	63	4.15(0.05)			

วิจารณ์

การเปรียบเทียบการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วมและพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยชุมชน โดยรวมเพิ่มขึ้นนั้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเวชของ อสม. หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองทุกด้านทั้งนี้เนื่องจากกิจกรรมโปรแกรมเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยชุมชน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 9 กิจกรรม ซึ่งในขั้นการเสริมสร้างพลังอำนาจและสร้างความรู้ ประกอบด้วย กิจกรรมการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทั้งความรู้เรื่องโรคจิตเภท โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการป่วยซ้ำ ประโยชน์การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท อุปสรรคของการเจ็บป่วยซ้ำ ความเข้าใจในโรคจิตเภทนำไปสู่การส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภทได้ ดังนั้นเมื่อ อสม. ได้เข้าใจแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภทอย่างรอบด้าน ก็จะมีความเชื่อในประโยชน์ต่อการแสดงพฤติกรรมสุขภาพนั้น สอดคล้องกับแนวคิด HBM ว่าเป็นการเตรียมความพร้อมในกระบวนคิดและจิตใจ ให้เติบโตทางปัญญาจะสร้างความตระหนักรู้ในการแสดงพฤติกรรมดูแลสุขภาพ[6-7]

ส่วนสิ่งจูงใจฯ ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยสิ่งจูงใจฯ หลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยจิตเวชฯ โดยเฉพาะในขั้นการสร้างการมีส่วนร่วมและการตระหนักรู้ มีกิจกรรมสร้างการมีส่วนร่วมของ อสม. ได้แก่ การมีส่วนร่วมวิเคราะห์ปัญหาสถานการณ์ของชุมชน และต้นทุนที่มีการมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายที่ต้องการ ทำให้ อสม.เกิดความตระหนัก และมีแรงจูงใจร่วม รวมถึงได้ปรับทัศนคติที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ตระหนักถึงปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทร่วมกัน ซึ่งการร่วมคิดกำหนดแนวทางแก้ปัญหา ส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ และภาคภูมิใจ เกิดแรงจูงใจชักนำไปสู่การแก้ปัญหาร่วมกัน[7-8]

นอกจากนั้นยังพบว่าพฤติกรรมการมีส่วนร่วมฯ ก่อนทดลองและหลังทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการมีส่วนร่วมฯ หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองเมื่อพิจารณาทุกด้าน พบว่า ภายหลังทดลอง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการมีส่วนร่วมฯ สูงกว่าก่อนทดลองในทุกด้าน ทั้งนี้เป็นเพราะกิจกรรมในโปรแกรมเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วย

จิตเวชฯ เปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองได้วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และมีกิจกรรมที่ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของ อสม. เพื่อส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภท อสม. มีส่วนร่วมในการออกแบบกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภทตามบริบทของชุมชน และมีส่วนร่วมเรียนรู้การแก้ปัญหาจากอุปสรรคจึงส่งผลต่อคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการมีส่วนร่วมฟื้นฟูฯ ทั้งด้านการร่วมตัดสินใจ การร่วมดำเนินงาน การร่วมรับผลประโยชน์ และการร่วมติดตามประเมินผล สูงกว่าก่อนการทดลอง ทั้งนี้การแสดงออกซึ่งพฤติกรรมการมีส่วนร่วมฯ ได้ดีนั้น[7] การมีความเชื่อทางสุขภาพของโรคจิตเวชที่ถูกต้องและการได้ร่วมประสบการณ์การเรียนรู้ร่วมกันจะ เป็นสิ่งกระตุ้นจูงใจให้มีส่วนร่วมฯ มากขึ้น จากผลการสำรวจมุมมองของ อสม.ที่ได้เข้าร่วมการทดลอง และการได้ไปปฏิบัติจริงเพื่อการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวช และนำผลลัพธ์จากการปฏิบัติตลอด 1 เดือน มาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพูดคุยกัน พบว่า โปรแกรมฯ มีความเหมาะสม สนับสนุนวัตถุประสงค์ของการวิจัยถึงประสิทธิผลของโปรแกรมฯ ที่ส่งผลให้ อสม.กลุ่มทดลองมีความรู้สึกถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านทัศนคติ ความเชื่อ ความรู้ และประสบการณ์ทักษะต่อการฟื้นฟูดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านตลอดถึงผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางโรคอื่นด้วย มีความตระหนักรู้ และตื่นตัวที่จะเข้าไปช่วยเหลือ ตลอดถึงการปรับตัวเรียนรู้กับสิ่งใหม่ที่มีความท้าทาย อีกทั้งการมีกลุ่มของ อสม.ที่คอยสนับสนุนช่วยเหลือ และร่วมทีมในการปฏิบัติการฟื้นฟูในชุมชนอย่างไม่โดดเดี่ยว ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ทั้งเพื่อน อสม. ครอบครัว ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเวช และผู้นำในชุมชน ตลอดจนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่คอยสนับสนุนให้คำปรึกษา ซึ่งสอดคล้องกับปกรณ์ จารักษ์[9] ซึ่งพบว่า การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนในเชิงรุก โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้นำชุมชน แกนนำสุขภาพ เครือข่ายญาติผู้ป่วย และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีการอบรมแกนนำในด้านความรู้ปรับทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยและพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วย การเยี่ยมบ้าน สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้ามาร่วมกิจกรรมมากขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยขาดยาลดลง ไม่มีอาการกำเริบและลดการส่งต่อ เช่นเดียวกับการศึกษาผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับโปรแกรม CBR ในโมดูลของการให้สุขศึกษาทางสุขภาพจิตและจิตเวช และทักษะทางสังคม มีคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้น และผลการวิจัย พบว่ากลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ[10] ดังนั้นการศึกษานี้ครั้งนี้แสดงให้เห็นว่ารูปแบบของ CBR มีประสิทธิภาพในการรักษาโรคจิตเวชในชุมชนด้วยการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนเป็นฐานนอกเหนือจากยารักษาโรค และเป็นทางเลือกสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเวชในชุมชน[7,11]

นอกจากนั้นยังสอดคล้องกับผลลัพธ์ที่เกิดจากโปรแกรม CBR ทำให้คนพิการมีความเป็นอิสระมากขึ้น สามารถปรับเปลี่ยนสถานภาพทางสังคม และมีทักษะด้านการสื่อสารที่ดีขึ้น[12] เช่นเดียวกับ CBR ที่ชี้ให้เห็นว่ามีประสิทธิภาพในการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการรักษาผู้ป่วยจิตเภท การเข้าถึงการดูแล การจัดการอุปสรรคทางสังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจ[13] และการศึกษาผล CBR ในผู้ป่วยจิตเภทในชนบทอินเดียด้วยการวิจัยเชิงทดลอง โดยใช้โปรแกรม CBR ที่มีเนื้อหาเรื่องโรคและการดูแลรักษาทางคลินิก การให้สุขศึกษาในผู้ดูแล ผู้ป่วย กลยุทธ์การจัดการความสม่ำเสมอกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพ กลยุทธ์การฟื้นฟูสมรรถภาพรายบุคคล เพื่อปรับปรุงการทำงาน การมีส่วนร่วมในสังคม การจัดการกับประสบการณ์การตีตรา การเลือกปฏิบัติกลุ่มช่วยเหลือกันเอง แหล่งทรัพยากร และการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรม CBR มีผลลัพธ์ทางคลินิก อาการทางจิตที่ดีขึ้น และมีความพิการลดลงเมื่อเทียบกับคนที่ได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยนอกเพียงอย่างเดียว[14] ดังนั้น โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนเป็นฐานที่มีต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของ อสม. ในครั้งนี้มีทั้งประสิทธิภาพและประสิทธิผลจากผลการทดลองและการติดตามผลด้วยข้อมูลเชิงคุณภาพ

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่าโปรแกรมเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนมีประสิทธิผลในการส่งเสริมสุขภาวะทางจิตใจการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมแล้ว เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลัง

การทดลองแล้ว จากผลการวิจัยดังกล่าวสามารถให้ข้อเสนอแนะได้ดังนี้

ด้านการปฏิบัติ โปรแกรมเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนเป็นโปรแกรมที่ช่วยส่งเสริมให้ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเวชและมีการรับรู้อย่างสร้างสรรค์ สร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความหวัง มีกำลังใจ และมีแรงจูงใจที่จะปรับเปลี่ยนความคิดความรู้สึกในทางบวกต่อตนเองและมีเป้าหมายในชีวิต รามทั้งมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย ซึ่งจะนำไปสู่การจัดการกับการรับรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น พยาบาลที่จะนำโปรแกรมฯ นี้ไปใช้จึงควรมีประสบการณ์ในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มและมีการรับรู้รูปแบบเพื่อเป็นแบบอย่างให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ

ด้านการศึกษาวิจัย ควรมีการศึกษาเพื่อพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนอย่างต่อเนื่องระยะยาวในชุมชน โดยการติดตามประเมินผลในระยะ 9 เดือน 12 เดือน และ 2 ปี เพื่อให้เกิดความยั่งยืนของการดำเนินชีวิตจะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนได้ผลดียิ่งขึ้น รวมทั้งควรมีการพัฒนาโปรแกรมเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนไปประยุกต์ใช้กับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชอื่นๆ เช่น โรคซึมเศร้าเนื่องจากการดูแลส่วนใหญ่จะมีการรับรู้จากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานเช่นกันโดยปรับกิจกรรมเรื่องโรคให้ตรงกับกลุ่มเป้าหมายต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชระดับรุนแรง ยุ่งยาก ซับซ้อน (Super Specialist Service: Ss) สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: วิคทอเรียอิมเมจ; 2563.
Aiamsaart N, Thaweeses P, Chumchai P. The
2. effect of case management to overall abilities among Schizophrenia patients with the risk for violence. Journal of SomdetCha-opraya Institute of Psychiatry 2020;14(1):10-22.
3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุ่งเขาหลวง. รายงานผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ ปี พ.ศ.2565. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุ่งเขาหลวง; 2565.
4. มัลลิกา จันทร์เพ็ญ, เพ็ญพักตร์ อุทิศ. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2560;31(3):126:40.
5. Cohen, J. Statistical power analysis for behavioral sciences. 2'ed.). Hillsdale, NJ : Lawrence Erlbaum;1988.
6. Rosenstock, I. M. Historical Origins of the Health Belief Model. Health Education Monographs. 1974;2(4):328-35.
7. อุไรวรรณ เกิดสังข์. การวิจัยและพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนเป็นฐาน ที่มีต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2565.
8. เปรมฤดี ดำรักษ์, อังคนา วังทอง, อนุชิต วังทอง. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อนอำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี. วารสารสมาคมนักวิจัย. 2557;19(2):92-103.
9. ปกรณ์ จารักษ์. ประสิทธิผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโรงพยาบาลสร้างคอม อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2551; 2(2):1220-30.
10. Puspitosari W A, Wardaningsih S, Nanwani S. Improving the quality of life of people with schizophrenia through community based rehabilitation in Yogyakarta Province, Indonesia: A quasi experimental study. Asian journal of psychiatry. 2019;42(2):67-73.
11. Asher L, Hanlon C, Birhane R, Habtamu A, Eaton J, Weiss H, et al. Community-based rehabilitation

intervention for people with schizophrenia in Ethiopia (RISE): a 12 month mixed methods pilot study. BMC Psychiatry 2018;18:250.

12. Velema J P, Ebenso B, Fuzikawa P L.Evidence for the effectiveness of rehabilitation-in-the-community programmes. Leprosy Review. 2008;79:65-82.
13. Wang L, Zhou J, Yu X, Qiu J, Wang B. Psychosocial rehabilitation training treatment of schizophrenia outpatients: a randomized, psychosocial rehabilitation training-and mono medication-controlled study. Pakistan Journal of Medical Sciences. 2013;29(2):597-600.
14. Chatterjee S, Patel V, Chatterjee A, Weiss H A. Evaluation of a community basedrehabilitation model for chronic schizophrenia in rural India. The British Journal of Psychiatry. 2003;182:57-62.