

ผลของการสนับสนุนจากครอบครัวและการมีส่วนร่วมของชุมชน ต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท: กรณีศึกษาอำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

นิจพร สว่างไสง*, กัทธ ดานา**

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการสนับสนุนจากครอบครัวและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภท 12 คน ผู้ดูแลในครอบครัว 12 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 12 คน และพยาบาลวิชาชีพ 10 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินอาการทางลบ การสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา, Paired t-test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า หลังได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้ป่วยจิตเภท มีคะแนนเฉลี่ยของอาการทางลบลดลง Mean = 17.50 และ Mean = 6.33 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเภท, การสนับสนุนจากครอบครัว, การมีส่วนร่วมของชุมชน

* โรงพยาบาลยางสีสุราช

** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนรัง

Corresponding Author: Kamthorn Dana. E-mail: dkamthorn@gmail.com

Received 25/09/2020

Revised 23/10/2020

Accepted 27/11/2020

EFFECT OF FAMILY SUPPORT AND COMMUNITY PARTICIPATED ON NEGATIVE SYMPTOMS IN SCHIZOPHRENIA PATIENTS

Nijjapon Sawangthisong, Kamthorn Dana***

ABSTRACT

This action research was aimed to evaluated a promotion of family support and community participation among schizophrenic' s patients at Yang Si Surat District, Mahasarakham Province. The targets group consisted of 12 schizophrenics, 12 family caregivers, 12 community health volunteers and 10 community nurses. The data were collected by using general information questionnaire, negative symptom assessment forms, focus group discussion and in-depth interview. The data were analyzed by descriptive statistics, paired t-test and content analysis.

The study results showed that, after support from families and community involvement schizophrenic patients had a lower mean score of negative symptoms, Mean = 17.50 and 6.33, respectively (p-value < 0.05).

Keywords: Schizophrenia Patient, Family Support, Community Participation

* Yangsisurat Hospital

** Noon Rang Tambon Health Promoting Hospital

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

โรคจิตเภทนับเป็นโรคที่ทำให้เกิดความบกพร่องทางสุขภาพ เป็นภาวะโรคที่ทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะทั่วโลกถึง ร้อยละ 0.02 -1.65¹ และมีความชุกของการป่วยทั่วโลกประมาณ 4.56 ต่อ 1000 คนต่อปี (95% CI; 4.09–5.03)² ในประเทศไทยพบความชุกของโรคจิตเภทประมาณ 8.8 คน ต่อ 1,000 คนต่อปี และพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภท ร้อยละ 45-50 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด³ จากสถิติจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกที่มารับในสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุข 3 ปีย้อนหลัง มีอัตรา ร้อยละ 16.20, 12.2 และ 9.64⁴ ในปี 2560, 2561 และ 2562 ตามลำดับ

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม ทำให้ผู้ป่วยมีการแสดงออกทางอารมณ์ ไม่เหมาะสม อาการแสดงที่สำคัญคือ 1) กลุ่มอาการทางบวก เช่น อาการหลงผิด ประสาทหลอน หูแว่ว เห็นภาพหลอน 2) กลุ่มอาการทางลบ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีอาการสงบและใช้ชีวิตในชุมชน ในประเทศไทยพบว่าอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหาสำคัญและเป็นอาการเด่นของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน⁵ อาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภทมีสาเหตุสำคัญ 2 ประการ คือ 1) เกิดจากสารสื่อประสาท (neurotransmitters) ในสมองบกพร่อง และเกิดจากการที่

Ventricles มีขนาดใหญ่และปัจจัยด้านชีวเคมี (biochemical factors) เช่น ความผิดปกติของสารสื่อประสาทและความผิดปกติของสมอง เช่น โพรงสมอง Ventricles มีขนาดใหญ่ เป็นต้น 2) ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม เช่น ขาดการกระตุ้นทางสังคมและสิ่งแวดล้อมส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถจัดการกับความคิดของตนเองได้ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความคาดหวังต่อเรื่องต่าง ๆ ต่ำ อาทิ ความพึงพอใจ การประสบความสำเร็จและการได้รับการยอมรับ ทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการรับรู้แหล่งสนับสนุนส่งผลให้มีอาการทางลบเกิดขึ้น⁶ ปัญหาที่เกิดจากความสัมพันธ์ภายในครอบครัว สมาชิกติดสุราเรื้อรังส่งผลให้เกิดความเครียด วิตกกังวล⁷ การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทจะเป็นตัวบ่งบอกถึงระดับความสามารถในการใช้ชีวิตที่ดีของผู้ป่วยทั้งด้านการทำงาน การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นและการดูแลตนเอง จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพียงแค่อาการทุเลาลง ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทยังมีอาการผิดปกติหลายด้านหลงเหลืออยู่ เมื่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนพบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนมากมีความเสื่อมในการทำหน้าที่ด้านต่าง ๆ ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำอาชีพ ความสัมพันธ์กับสังคม ชีวิตความเป็นอยู่ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านอารมณ์ และด้านจิตใจ ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล ซึ่งเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ว่าคุณสมบัติเหล่านี้ของผู้ป่วยเป็น

ความยุ่งยากในด้านผลกระทบต่อผู้ดูแลและผลกระทบต่อครอบครัว กล่าวได้ว่าครอบครัวและชุมชนมีอิทธิพลต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนส่งเสริมให้ครอบครัว ชุมชน หน่วยงานหรือองค์กรต่าง ๆ มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จะต้องอาศัยความร่วมมือและดำเนินการที่มีประสิทธิภาพ มีผลในการลดจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่กลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาล ประหยัดค่าใช้จ่ายการดูแลรักษาได้อีกทางหนึ่งด้วย

โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม เป็นสถานบริการระดับทุติยภูมิ มีผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังต้องมารับยาอย่างต่อเนื่องทุก 1-3 เดือน จากการสอบถามการมารับบริการ พบว่ามีผู้ป่วยบางราย มีอาการทางลบมากไม่สามารถดำเนินชีวิตตามปกติได้ จากการที่ผู้วิจัยได้สำรวจและติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านยังมีอาการทางลบ มีพฤติกรรมเฉยเมย ไม่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นที่ไม่เหมาะสม ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับคนในชุมชนถึงร้อยละ 75 ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการสนับสนุนของครอบครัวและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาและรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง พร้อมหาแนวทางให้ได้รับบริการและแก้ปัญหาในชุมชนที่เหมาะสมระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน เพื่อ

ป้องกันการกลับป่วยซ้ำ ลดการเกิดปัญหาภาวะวิกฤติของผู้ป่วย ให้การช่วยเหลือครอบครัวในการให้การดูแลผู้ป่วยให้สามารถอาศัยในสังคมได้ อันจะส่งผลต่อการมีศักดิ์ศรีและคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

1. เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง
2. เพื่อศึกษาผลของการสนับสนุนของครอบครัวต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท

วิธีการศึกษา (Method)

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ⁸ ดำเนินการเดือน ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562

ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) และ กำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้ให้ข้อมูลหลัก มี 4 กลุ่ม ดังนี้

ผู้ร่วมวิจัย กลุ่ม 1 ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลยางสีสุราช จำนวน 12 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (ICD-10 รหัส F-20) มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง

2. เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการแสดงในลักษณะอาการทางลบ เช่น มีสีหน้าเฉยเมย ไม่พูดจา มีความพร้อมด้านการเข้าสังคมและการสื่อสาร มีระดับคะแนนอาการทางลบระหว่าง 5-13 คะแนน ซึ่งถือว่ามีอาการทางลบมาก ประเมินจากแบบประเมินอาการทางลบ (Negative Syndrome Scale)

3. เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านการตรวจสอบอาการทางคลินิกโดยจิตแพทย์ด้วยแบบประเมินอาการทางจิต BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) เป็นการตรวจสอบอาการทางคลินิก คือ อาการทางบวกและอาการทางลบของผู้ป่วยเพื่อประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยแต่ละราย ต้องมีค่าคะแนนระหว่าง 18-36 คะแนน หมายถึง เกณฑ์ปกติหรือมีอาการทางจิตเล็กน้อย

4. ไม่มีพยาธิสภาพทางกายที่ไม่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยไฟฟ้าและยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ผู้ร่วมวิจัย กลุ่ม 2 คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว จำนวน 12 คน เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria) เป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดและดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 3 เดือน สามารถฟังอ่านภาษาไทยได้และยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

ผู้ร่วมวิจัย กลุ่ม 3 คือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 10 คน เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria) เป็นผู้ปฏิบัติงานประจำในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 10 แห่ง

และทำหน้าที่ในงานจิตเวชชุมชน อย่างน้อย 6 เดือน

ผู้ร่วมวิจัย กลุ่ม 4 คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 12 คน เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria) คือ สามารถสื่อสารได้ทั้งภาษาเขียนและภาษาพูด มีประสบการณ์เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขไม่น้อยกว่า 1 ปี

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ของผู้ให้ข้อมูลได้แก่ ผู้ที่เจ็บป่วยหรือเป็นโรคติดต่อที่ร้ายแรงหรือย้ายที่อยู่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ต่อเนื่อง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินศึกษา คือ คู่มือในการส่งเสริมการสนับสนุนของครอบครัวประกอบด้วย การดำเนินกิจกรรมกลุ่ม 5 กิจกรรม ดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธ์ภาพและประเมินความต้องการในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน 2) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท 3) การพัฒนาทักษะทางสังคม 4) การพัฒนาทักษะการจัดการอาการทางลบและการเผชิญกับความเครียด 5) การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมและทบทุนสรุปรวมทั้งหมด ประยุกต์จาก อดิญา โพธิ์ศรี⁹

2. แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยจิตเภท 1 ชุด มี 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ศาสนา ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ส่วนที่ 2 แบบวัดอาการทางลบ ฉบับภาษาไทย (PANSS-T) ประยุกต์จาก ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ¹⁰

ประกอบด้วย การประเมินลักษณะอาการทางลบ 7 อาการ ข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ ค่าคะแนนที่เป็นไปต้อง อยู่ในช่วง 0-3 คะแนน แปลผลค่าคะแนนโดย ค่า คะแนนสูง หมายถึง มีอาการทางลบมาก ค่าคะแนนต่ำ หมายถึง มีอาการทางลบน้อย แบ่งระดับเป็น 3 ระดับคือ 10-13 คะแนน ถือว่ามีอาการทางลบปานกลาง และคะแนน 0-4 คะแนน ถือว่ามีอาการทางลบน้อยในการศึกษาครั้งนี้ มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.88

3. เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขและพยาบาลในกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่

ก) แนวทางการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) เป็นการสนทนาที่กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขและพยาบาล ใช้คำถามปลายเปิดประเด็น สถานการณ์ปัญหา ความต้องการของชุมชนและแนวทางการแก้ปัญหา

ข) แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข และผู้ดูแลในครอบครัว ประเด็น ผลกระทบต่อครอบครัวและชุมชน และแนวทางการแก้ปัญหา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน และสถิติเปรียบเทียบใช้ Paired t-test เนื่องจากการทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลเป็นปกติ ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลยางสีสุราช เลขที่ 16/2562 ลงวันที่ 18 มกราคม 2562 และได้ปฏิบัติตามโดยเคร่งครัด

วิธีการดำเนินงาน

การวิจัยดำเนินการ 4 ขั้นตอน คือ 1) ระยะเวลาวางแผนการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน 2) ระยะดำเนินการ 3) ระยะเวลากำกับติดตามกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนและ 4) ระยะเวลาประเมินผล

ขั้นตอนที่ 1 ระยะเวลาวางแผนการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการสนทนากลุ่ม สมาชิกกลุ่ม ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ดูแลในครอบครัวและพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน เพื่อสำรวจปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท รับรู้ผลกระทบของผู้ดูแลพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยในครอบครัวและชุมชน มีปัญหาเรื่องการกินยาไม่สม่ำเสมอ บางคนเจียบเจี้ย ไม่พูด ไม่ออกจากบ้าน บางครั้งมีอาการหงุดหงิด ทำลายข้าวของผู้ดูแลในครอบครัวได้รับผลกระทบโดยตรง

และรู้สึกเป็นภาระ ไม่สามารถจัดการผู้ป่วยได้ บางครั้งต้องปล่อยปะละเลย ไม่สนใจผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 2 ระยะดำเนินการ การมีส่วนร่วมของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ดูแลในครอบครัว และพยาบาลวิชาชีพ ร่วมคิดร่วมทำ โดยค้นหาวิธีการช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับชุมชน ผลักดันให้เกิดความพร้อมที่จะช่วยเหลือครอบครัวและสร้างความรู้สึกและความคาดหวังที่ดีต่อผู้ดูแล โดยการมอบหมายหน้าที่ให้มี อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1 คน เป็นพี่เลี้ยงแก่ผู้ป่วยและครอบครัวและอีก 1 คน กำหนดกิจกรรมการเข้าร่วมกิจกรรมโดยนัดหมายให้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มและส่งเสริมการจัดกิจกรรมการสนับสนุนของครอบครัว สัปดาห์ละ 2 วัน รวมระยะเวลา 4 สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 3 ระยะกำกับติดตามกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนและการสนับสนุนของครอบครัว มีการติดตามผลการดำเนินกิจกรรมทุก 1 สัปดาห์จนครบ 4 สัปดาห์ โดยประเด็นที่ติดตาม ได้แก่ การกำหนดกติกาให้ผู้ป่วยกินยาต่อเนื่อง อาการ/

ปัญหาที่พบ และประเด็นที่พบในการสนับสนุนของครอบครัว

ขั้นตอนที่ 4 ระยะประเมินผล ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งผู้ดูแลในครอบครัว ชุมชน และพยาบาลวิชาชีพ โดยการประชุมกลุ่มแลกเปลี่ยนและสรุปประเด็นร่วมกัน

ผลการศึกษา (Results)

ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทุเลา จำนวน 12 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 9 คน (ร้อยละ 75) มีอายุเฉลี่ย 39 ปี เจ็บป่วยมากกว่า 5 ปี จำนวน 7 คน (ร้อยละ 58.33) ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในครอบครัว ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 8 คน (ร้อยละ 66.67) มีอายุเฉลี่ย 55 ปี สถานภาพสมรสคู่ จำนวน 8 คน (ร้อยละ 66.67) มีประสบการณ์เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว มากกว่า 5 ปี จำนวน 7 คน (ร้อยละ 58.33) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 7 คน (ร้อยละ 58.33) มีอายุเฉลี่ย 53 ปี

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ป่วยจิตเภท		
เพศ		
ชาย	9	75.00
หญิง	3	25.00
อายุ (อายุเฉลี่ย 39 ปี, อายุต่ำสุด 26 ปี, อายุสูงสุด 57 ปี)		
ระยะเวลาการเจ็บป่วย		
1-5 ปี	5	41.67
มากกว่า 5 ปี	7	58.33
ผู้ดูแลในครอบครัว		
เพศ		
ชาย	4	33.33
หญิง	8	66.67
อายุ (อายุเฉลี่ย 55 ปี, อายุต่ำสุด 46 ปี, อายุสูงสุด 67 ปี)		
สถานภาพสมรส		
โสด	2	16.67
คู่	8	66.66
หม้าย หย่า/แยก	2	16.67
ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย		
1-5 ปี	5	41.67
มากกว่า 5 ปี	7	58.33
รายได้ต่อเดือน		
< 1,000 บาท	2	16.67
1,000-5,000 บาท	7	58.33
> 5,000 บาท	3	25.00

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษา (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน		
เพศ		
ชาย	7	58.33
หญิง	5	41.67
อายุ		
(อายุเฉลี่ย 53 ปี, อายุต่ำสุด 45 ปี, อายุสูงสุด 64 ปี)		
ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน		
1-5 ปี	2	16.66
6-10 ปี	5	41.67
มากกว่า 10 ปี	5	41.67
รายได้ต่อเดือน		
1,000-5,000 บาท	4	33.33
5,000-10,000 บาท	6	50.00
มากกว่า 10,000 บาท	2	16.67

อาการทางลบที่พบหลังได้รับการส่งเสริมการมีส่วนร่วมการสนับสนุนของครอบครัว พบว่า ผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 12 คน มีอาการทางลบมาก จำนวน 3 คน (ร้อยละ 25) คะแนนอาการทางลบเฉลี่ย 12.33 คะแนน,

อาการทางลบปานกลาง จำนวน 2 คน (ร้อยละ 16.67) คะแนนการทางลบเฉลี่ย 9 คะแนน และอาการทางลบน้อย จำนวน 7 คน (ร้อยละ 58.33) คะแนนอาการทางลบเฉลี่ย 3 คะแนน

ตารางที่ 2 อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการส่งเสริมการสนับสนุนจากครอบครัว

ผู้ป่วย	คะแนนอาการทางลบ (คะแนน)	ระดับของอาการทางลบ
ผู้ป่วยคนที่ 1	3	น้อย
ผู้ป่วยคนที่ 2	3	น้อย
ผู้ป่วยคนที่ 3	12	มาก
ผู้ป่วยคนที่ 4	3	น้อย
ผู้ป่วยคนที่ 5	9	ปานกลาง
ผู้ป่วยคนที่ 6	13	มาก
ผู้ป่วยคนที่ 7	3	น้อย
ผู้ป่วยคนที่ 8	3	น้อย
ผู้ป่วยคนที่ 9	12	มาก
ผู้ป่วยคนที่ 10	3	น้อย
ผู้ป่วยคนที่ 11	9	ปานกลาง
ผู้ป่วยคนที่ 12	3	น้อย

ผลจากการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนร่วมกับการส่งเสริมการสนับสนุนของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเปรียบเทียบอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังส่งเสริมทำกิจกรรมการสนับสนุนของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการทางลบ

ของผู้ป่วยจิตเภท โดยคะแนนเฉลี่ยอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการส่งเสริมการสนับสนุนจากครอบครัว (Mean = 6.33) น้อยกว่า ก่อนได้รับการส่งเสริมการสนับสนุนจากครอบครัว (Mean = 17.50) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการทางลบของผู้ป่วยในจิตเภทจากการได้รับการส่งเสริมการสนับสนุนจากครอบครัว

อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท	Mean	S.D.	D*	df	t	p-value
ก่อนสนับสนุน	17.50	2.49	4.75	11	7.856*	
หลังสนับสนุน	6.33	0.17	1.32	11	7.150	.001

วิจารณ์ (Discussions)

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ซึ่งได้จากการสัมภาษณ์จากผู้ดูแลและอาสาสมัครสาธารณสุขที่เลี้ยงของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทพบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยกินยาต่อเนื่อง สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ควบคุมอารมณ์ได้ ผู้ดูแลในครอบครัวรู้สึกว่าผู้ป่วยจิตเภทไม่เป็นภาระและเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนได้ สอดคล้องกับการศึกษาของแก้วตา มีศรี¹¹ ที่พบว่า การรับรู้ความรู้สึกห่วงใยใกล้ชิดผูกพันกัน การมีโอกาสได้ช่วยเหลือผู้อื่น ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมั่นคง มีคุณค่าในตนเองและการศึกษาของเปรมฤดี ดำรักษ์ และคณะ¹² ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซ้ำซ้อน พบว่า การถ่ายทอดตามเจตคติ ความรู้สึก ความคิดต่อผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซ้ำซ้อน และการร้อยใจร่วมกันเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถ่ายทอดประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซ้ำซ้อนในชุมชน ความผูกพัน ต้องใจ เป็นการค้นหาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซ้ำซ้อน ในการร่วมคิดร่วมทำร่วมวางแผนร่วมกันเป็นเจ้าของ โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เช่นเดียวกับศึกษาการสนับสนุนทางสังคมต่อผู้ที่เป็โรคจิตเภทของ ขวัญสุดา บุญทศ¹³ ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมต่อผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยรับรู้ต่อตนเองในด้านลบ เช่น ทราบาปความรู้สึกด้อยค่า ความรู้สึกว่า

ตนเองไร้สมรรถภาพ การได้รับการสนับสนุนด้านการรับรู้คุณค่า การยอมรับและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การให้เกียรติ ไม่ล้อเลียนหรือทำให้ อับอาย เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มุ่งหวังและภาคภูมิใจ

ผลลัพธ์ที่เกิดจากการสนับสนุนของครอบครัวต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทจากการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลัง ได้รับการดูแลด้วยการสนับสนุนของครอบครัว มีความแตกต่างกัน ซึ่งผลลัพธ์ที่พบครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของชุมทรัพย์ ก้อนทอง¹⁴ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่ออาการด้านลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรม ความคิด ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางลบต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ การส่งเสริมให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทถือเป็นการเตรียมผู้ป่วยให้เกิดทักษะในการดูแลและจัดการกับตัวเองเพิ่มขึ้น แผนกิจกรรมต่าง ๆ สามารถทำได้จริง และช่วยให้ผู้ป่วยมุ่งมั่นในความเป็นจริงเท่าๆ กับการสร้างแรงจูงใจ และการสนับสนุนทางสังคม¹⁵ เช่น การเยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ การถ่ายทอดความรักต่อกัน สิ่งเหล่านี้ก็มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยเกิดคุณค่าในตนเองและส่งผลกระทบต่อสภาพจิตที่ดีขึ้นได้ ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวเกิดขึ้นขณะที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ในชุมชน และทักษะการจัดการกับ

ความยากลำบากที่เป็นอุปสรรคในขณะดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการเชื่อมโยงในเรื่องของความคิด อารมณ์ และการแสดงออกทางพฤติกรรมในปัจจุบัน โดยช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้ระบุกิจกรรมที่จำเพาะเจาะจงที่เขาสนุกกับมัน และกิจกรรมเหล่านี้ได้รับการเตรียมการหรือกำหนดโดยเขาเองเพื่อการยอมรับว่ามี ความก้าวหน้าและดีขึ้นจากอาการทางจิตที่เกิดขึ้นของตัวผู้ป่วยเอง

ข้อยุติ (Conclusions)

ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน เมื่อได้รับการสนับสนุนจากผู้ดูแลในครอบครัวและชุมชน ส่งผลให้กระบวนการทางความคิด การตีความ การตั้งข้อสันนิษฐาน สามารถทดสอบความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้น นำไปสู่ความคิดและอารมณ์ที่เหมาะสมบนความเป็นจริงและแสดงออกมาในรูปของการแสดงออกทางพฤติกรรมที่เหมาะสมเมื่ออยู่ในชุมชน ส่งผลให้ลักษณะอาการทางลบลดลง

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1. ควรนำกิจกรรมการสนับสนุนของครอบครัวร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชนหรือภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Chong HY, Teoh SL, Wu DB, Kotirum S, Chiou CF, Chaiyakunapruk N.

และมีการติดตามประเมินอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ทุก 3-6 เดือน

2. ถ่ายทอดกิจกรรมการสนับสนุนครอบครัวไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนให้กับหน่วยบริการปฐมภูมิ และใช้เป็นพื้นฐานการจัดกิจกรรมและเสนอโครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพของแต่ละตำบล เพื่อเสริมสร้างให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถพึ่งพาตนเองได้ให้ได้มากที่สุด

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

จากการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในอำเภออย่างสี่สุราษฎร์ จังหวัดมหาสารคาม ในครั้งนี้ได้รู้ถึงแนวทางและ กิจกรรมที่จะช่วยผลักดันให้เกิดคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้น และเพื่อเป็นการผลักดันให้เกิดคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยในระดับชุมชนที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ขอขอบคุณ ผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน ที่ให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินการวิจัย

Global economic burden of schizophrenia: a systematic review.

- Neuropsychiatric disease and treatment** 2016; 12: 357-373.
2. Moreno-Küstner B, Martín C, Pastor L. Prevalence of psychotic disorders and its association with methodological issues. A systematic review and meta-analyses. **PLoS One** 2018; 13(4): 1-25.
 3. Phanthunane P, Vos T, Whiteford H, Bertram M, Udomratn P. Schizophrenia in Thailand: prevalence and burden of disease. **Population health metrics** 2010; 24(2010): 1-8.
 4. Department of Mental Health. **Ministry of Public Health 2020** [online] 2020 [cited 2020 Jul 24]. Available from: <https://www.dmh.go.th/report/datanter/hdc/reds.asp>
 5. Pichaya Leangpanich CS, Ek-uma Imkome. The Effects of A Peer Support Group Program on Psychosocial Rehabilitation Abilities In Caregivers of Schizophrenic Patients. **Journal of The Royal Thai Army Nurses** 2018; 19(2018): 214-223. [in Thai].
 6. Sicras- Mainar A, Maurino J, Ruiz-Beato E, Navarro-Artieda R. Impact of negative symptoms on healthcare resource utilization and associated costs in adult outpatients with schizophrenia: a population- based study. **BMC psychiatry** 2014; 225(2014): 1-8.
 7. Zuber-Skerritt O, Fletcher M, Kearney J. **Professional Learning in Higher Education and Communities**. London: Palgrave; 2015.
 8. Jung-in K, Pinitsoontorn S. Drinking Behavior and Impacts to Families of Alcoholic Drinkings Who Received Treatment in Thanyarak Hospital, Udon Thani. **Community Health Development Quarterly, Khon Kean University** 2017; 5(3): 487-501. [in Thai].
 9. Posri A, Uthis P. The Effect of Multiple Family Support Group Program on Negative Symptoms of Patients with Schizophrenic in Community. **Thai Red Cross Nursing Journal** 2008; 1(1): 68-85. [in Thai].
 10. Nilchaikovit T, Uneanong S, Kessawai D, Thomyangkoon P. The Thai Version of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia: Criterion Validity and Interrater Reliability. **J Med Assoc Thai** 2000; 83(6): 646-651.
 11. Meesri K, Dangdomyouth P. Selected Factors Related to Capabilities among Caregivers of Schizophrenic

- Patients in Community. **The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health** 2012; 26(1): 35-49. [in Thai].
12. Posri A. Family and Community Participation in Caring of Chronic Schizophrenia Patients: A Case study at Ban Tha Muang Community Roi Et Province. **Srinagarind Med J.** 2019; 34(1): 83-89. [in Thai].
13. Boontoch K, Sricamsuk A, Arunpongpaisal S. Social Support in Patients with Schizophrenia. **J Psychiatr Assoc Thailand** 2013; 58(1): 89-100. [in Thai].
14. Gontong K, Jirapaet W, Uthis P. The Effect of Cognitive Behavioral Therapy Program on Negative Symptoms of Schizophrenic Patients in Community. **J Psychiatr Assoc Thailand** 2016; 30(3): 52-65. [in Thai].
15. Chuadee S, Prachapiphat C, Pechmanee S. The Effect of Social Support and Promoting Self-Esteem on the mental health of the elderly in Pang karn Sub- district, Phanom District, Surat Thani Province. **Community Health Development Quarterly, Khon Kean University** 2016; 4(1): 67-82. [in Thai].