

## นิพนธ์ต้นฉบับ

## Original article

## การพัฒนาบทบาทการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ของครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน

กัทธ ดานา พย.ม.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนรัง อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

วันรับ: 10 พ.ค. 2561

วันแก้ไข: 29 มิ.ย. 2563

วันตอบรับ: 9 ก.ค. 2563

**บทคัดย่อ** การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาบทบาทการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของผู้ดูแลในครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน ดำเนินการระหว่างเดือนกันยายน 2556- ตุลาคม 2558 เลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง ประกอบด้วย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 3 คน ภาคีเครือข่ายในชุมชน จำนวน 13 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 5 คน เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ส่วน คือ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้และแบบวัดทักษะการดูแลผู้ป่วยที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัวมีสภาพร่างกายไม่พร้อมเนื่องจากความชราและมีโรคประจำตัว เครียดจากการดูแลเป็นระยะเวลานาน และขาดทักษะการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม ส่วนผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอและขาดยา ได้รับการดูแลไม่เหมาะสม และหลีกเลี่ยงจากชุมชน หลังจากดำเนินกิจกรรมพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัวมีความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 66.67 ภาคีเครือข่ายในชุมชนมีความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 84.62 และผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัวมีทักษะการดูแลอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100.00 ภาคีเครือข่ายในชุมชนมีทักษะการดูแลอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 92.32

**คำสำคัญ:** ผู้ป่วยจิตเวช; ผู้ดูแลในครอบครัว; ภาคีเครือข่ายในชุมชน

### บทนำ

การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและสังคมในปัจจุบัน ส่งผลให้ต้องเผชิญกับปัญหาวิกฤตต่อการดำเนินชีวิตมากขึ้น เป็นเหตุทำให้คนในสังคมเกิดความเครียด หากไม่สามารถปรับตัวเผชิญและจัดการแก้ไขได้ จะส่งผลบั่นทอนสมรรถภาพทางจิตใจให้เสื่อมถอยจนเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตได้ในที่สุด โรคจิตเภทถือเป็นปัญหาทางจิตเวชที่มีความชุกมากที่สุด ร้อยละ 1.00-1.50 ของประชากรทั่วโลก และมีอัตราการเกิดโรคประมาณ 2.5 - 5.0 ต่อ 1,000 คนต่อปี<sup>(1)</sup> จากรายงานประจำปีกรมสุขภาพจิตพบว่าจำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการของหน่วยงานบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิตมีจำนวนสูงอย่าง

ต่อเนื่อง คือ 1,109,183 รายในปี 2556 เป็น 1,082,407 ราย และ 1,070,206 ราย ในปีงบประมาณ 2557 และ 2558 ตามลำดับ<sup>(2)</sup> และยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ในขณะที่จำนวนบุคลากรสาขาที่เกี่ยวข้อง เช่น จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช และบุคลากรอื่นๆ มีจำนวนไม่เพียงพอในการขับเคลื่อนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน<sup>(3)</sup>

ผู้ป่วยจิตเวช คือผู้ที่มีความบกพร่องด้านความรู้สึคนึกคิด ทำให้เกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติหน้าที่ความรับผิดชอบ ปัญหาการปรับตัวในชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยไม่สามารถสร้างคุณค่าหรือหาความหมายของชีวิต การดำเนินชีวิตเป็นไปอย่างไร้จุดหมาย หนีออกจากความเป็นจริง มีการตอบสนองต่อบุคคลอื่นในลักษณะที่ไม่มีความแน่นอน

พฤติกรรมที่แสดงออกไม่อยู่ในขอบข่ายที่สังคมยอมรับได้ แต่เดิมการดูแลรักษาเมื่อมีการป่วยทางจิตผู้ป่วยจะถูกนำเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทางจิตเวชซึ่งส่วนใหญ่มักจะถูกสร้างอยู่ในที่ไกลจากชุมชน เนื่องจากแนวคิดที่ว่าหากอยู่ในชุมชนผู้ป่วยจะถูกรังเกียจและอาจทำความเดือดร้อนให้แก่ชุมชนได้ อาการแสดงที่สำคัญแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอาการด้านบวกและกลุ่มอาการด้านลบ การดำเนินโรค มีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป มี 3 ระยะ คือระยะที่มีอาการ (prodromal phase) ระยะกำเริบ (active phase) และระยะอาการหลงเหลือ (residual phase)<sup>(4)</sup> เป็นที่ทราบกันดีว่าเมื่อป่วยเป็นโรคจิตเวชแล้วมักไม่หายขาด ผู้ป่วยจะมีการดำเนินของโรคแบบเรื้อรัง ส่วนใหญ่จะมีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะ ๆ ส่งผลให้สมรรถภาพในการดำเนินชีวิตเสื่อมลงส่งผลให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลมีภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็นเวลานาน ประกอบกับนโยบายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในปัจจุบัน มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการรักษาตัวต่อที่บ้าน ถ้าจำเป็นต้องรับรักษาตัวไว้ในโรงพยาบาล ก็ให้อยู่ในโรงพยาบาลสั้นที่สุดโดยให้ผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนโดยเร็ว<sup>(5)</sup>

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจะช่วยให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีขึ้นระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล การมีกิจกรรมร่วมกันและคอยสังเกตอาการผิดปกติเพื่อจัดการดูแลช่วยเหลือได้ทันจะส่งผลดีต่อการควบคุมอาการของผู้ป่วยจิตเวชได้ การมีเพื่อนบ้านและผู้เกี่ยวข้องในชุมชนให้การยอมรับ เกิดการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ก็มักส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและลดความรุนแรงและผลกระทบต่อความเป็นผู้ป่วยจิตเวชได้ การสนับสนุนส่งเสริมให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจะต้องอาศัยความร่วมมือและดำเนินการที่มีประสิทธิภาพ มีผลในการลดจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่กลับเข้ามารับการรักษานในโรงพยาบาล ประหยัดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลและของรัฐได้อีกทางหนึ่งด้วย<sup>(6)</sup> อันจะส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รู้สึกตนเอง

มีความสำคัญ สามารถจะแก้ไขปัญหาในการดำเนินชีวิตในชีวิตประจำวันได้ดี<sup>(7)</sup>

พื้นที่ตำบลบ้านกู่ อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม มีผู้ป่วยจิตเวชที่อาศัยในชุมชน ประมาณ 10 ราย แยกเป็นโรคจิตเภท ร้อยละ 67.7 โรคซึมเศร้า ร้อยละ 22.1 และโรควิตกกังวล ร้อยละ 10.2 ซึ่งส่วนใหญ่เมื่อกลับไปสู่ชุมชน ผู้ป่วยหรือญาติไม่เห็นความสำคัญในการรักษาอย่างต่อเนื่อง คิดว่าหายแล้ว จึงไม่มารับการรักษาต่อเนื่อง ขาดยาหรือสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยละเลย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะวิกฤตทางสุขภาพจิต และกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคเดิม

หมู่บ้านกู่และบ้านกู่น้อย ม.1 และ ม.9 เป็นชุมชนขนาดใหญ่ที่สุดในตำบล มีจำนวน 250 หลังคาเรือน และประชากรประมาณ 682 คน และเป็นชุมชนที่มีผู้ป่วยจิตเวชอาศัยอยู่ 2 ครอบครัว ที่มีปัญหาทั้งปัญหาในระดับครอบครัวและปัญหาที่เพื่อนบ้าน ดังนั้นเพื่อเป็นการลดปัญหาที่อาจเกิดขึ้นหรือผลกระทบจากปัญหาผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน และเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาบทบาทของครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาบทบาทการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของผู้ดูแลในครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน

## วิธีการศึกษา

ใช้รูปแบบวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดำเนินการระหว่างเดือนกันยายน 2556 - ตุลาคม 2558 แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. การวางแผน (planning) มีการศึกษาสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัว โดยมีการประชุมเชิงปฏิบัติการ ระดมสมอง 1 วัน จากครอบครัวผู้ป่วย อสม. อบต. ทีมผู้นำและทีมสหวิชาชีพ จากนั้นมีการสนทนากลุ่มและลงพื้นที่เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ในขั้นตอนนี้ ดำเนินการเพื่อทราบความคิดเห็นเกี่ยวกับสภาพปัญหาสถานการณ์ของผู้ป่วย ครอบครัวผู้ป่วย ค้นหาความ

ต้องการ รวมทั้งการแต่งตั้งทีมดำเนินงาน เพื่อติดต่อประสานงาน

2. การปฏิบัติ (acting) เป็นการประชุมเชิงปฏิบัติการ ระดมสมอง 1 วัน ร่วมกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย เพื่อค้นหาข้อมูลสถานการณ์ปัญหาจากระยะวางแผน และออกแบบกิจกรรมสำหรับให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน หลักการเข้ากลุ่ม มีดังนี้

2.1 กลุ่มผู้ดูแลในครอบครัว จะเน้นองค์ความรู้เกี่ยวกับโรค อาการ การรักษา สถานที่ที่ไปรักษา เน้นวิธีการดูแลผู้ป่วย เช่น การใช้จ่าย การจัดการและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย

2.2 กลุ่มภาคีเครือข่าย เน้นการช่วยเหลือด้านสังคม การจัดการสิ่งที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย/ครอบครัว และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ดูแลที่เป็นอุปสรรคต่อการช่วยเหลือผู้ป่วย เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว ดุด่าผู้ป่วย ช่วยลดภาวะเครียดในผู้ดูแลโดยหมุนเวียนเข้าเยี่ยมให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอ

ติดตามเยี่ยมบ้านโดยประเมินสภาพปัญหา วางแผนแก้ไขร่วมกับภาคีเครือข่ายและใช้กระบวนการพยาบาลศึกษาครอบครัว รวบรวมข้อมูล ประวัติการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้อง ค้นหาวิธีการให้ครอบครัวมีทักษะในการดูแลที่เหมาะสม ภาคีเครือข่ายมีองค์ความรู้และทักษะร่วมกันดูแล ขั้นตอนนี้เชิญผู้ที่มีความเชี่ยวชาญและเคยผ่านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมาแล้วประสบการณ์ ร่วมกับภาคีเครือข่าย ช่วยเสริมพลังของทีม เสนอกรณีตัวอย่างที่ประสบผลสำเร็จในการดูแล การใช้ระบบปรึกษาได้ตลอดเวลาผ่านช่องทางที่หลากหลาย เช่น โทรศัพท์ ไลน์ หรือการประสานงานโดยตรง มีพยาบาลออกติดตามร่วมดูแลและประเมินผลร่วมกับทีม เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับทีม จัดหาสนับสนุนแหล่งความรู้ เอกสารวิชาการเพื่อเสริมองค์ความรู้ให้กับทีมอย่างต่อเนื่อง

3. การสังเกต (observing) โดยสังเกตข้อค้นพบเพื่อนำสู่การปรับปรุง และหาแนวทางแก้ไขขณะดำเนินการ

4. การประเมินผลสะท้อนกลับ (reflecting) โดยวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ความรู้และ

ทักษะการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลในครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน และปัญหาอุปสรรคในการดูแล

### กลุ่มผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย (1) ผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว จำนวน 3 คน (2) กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน 13 คน (อสม. 5 คน ผู้นำชุมชน 6 คน นักพัฒนาชุมชน 1 คน และนักสังคมสงเคราะห์ 1 คน) และ (3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 5 คน เลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง โดยเป็นผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการ สื่อสารได้ดี และสามารถร่วมทำกิจกรรมได้ตลอดการวิจัย และไม่เป็นผู้ที่เจ็บป่วยหรือเป็นโรคติดต่อที่ร้ายแรง

### เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

2) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช ผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรม มี 15 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ 1 (ตอบถูก) และ 0 (ตอบผิด) คะแนนรวม 15 คะแนน แปลผลโดยใช้เกณฑ์ดังนี้

คะแนนระดับ 1-7 คะแนน หมายถึง มีความรู้ระดับต่ำ

คะแนนระดับ 8-12 คะแนน หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง

คะแนนระดับ 13-15 คะแนน หมายถึง มีความรู้ระดับสูง

3) แบบประเมินทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ประกอบด้วย การประเมินและสังเกตอาการ การเตือน การบอกสิ่งที่เป็นจริง การกระทำกิจกรรมแทน การสอนกำกับ การถอยห่าง การต่อรองไกลเกลี่ย การจัดการเรื่องยา การจัดการสิ่งแวดล้อม การขอความช่วยเหลือและการป้องกันตนเอง ลักษณะการตอบ คือ ทำได้ (1 คะแนน) ทำไม่ได้ (0 คะแนน) คะแนนเต็ม 18 คะแนน แปลผลโดย คะแนนมากกว่าร้อยละ 70.00 ถือว่ามีทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูง

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน มีค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.92 และค่าสัมประสิทธิ์كرونบาคอัลฟา เท่ากับ 0.89

4) แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มผู้ดูแลในครอบครัว ภาคีในชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้หลักการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล โดยขอความยินยอมที่จะร่วมโครงการ การรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล ตลอดจนกระบวนการวิจัยไม่มีกิจกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อผู้ร่วมวิจัยและก่อนที่จะเริ่มดำเนินการวิจัย ทีมผู้วิจัยจะมีเกณฑ์การคัดเข้าและออกของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่ชัดเจนไม่มีอคติกับตัวบุคคล

**ผลการศึกษา**

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัว เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ส่วนใหญ่อายุ 51-60 ปี จบระดับประถมศึกษา มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบิดามารดาและมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 6.75 ปี (SD 2.31) กลุ่มเครือข่ายในชุมชน พบว่า มีจำนวนทั้งเพศชายและเพศหญิงใกล้เคียงกัน ส่วนมากมีอายุช่วง 51-60 ปี ร้อยละ 38.47 จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 46.15 และส่วนใหญ่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมาก่อน ร้อยละ 76.92 ดังตารางที่ 1

จากการศึกษาสถานการณ์และการติดตามเยี่ยมบ้านพบประเด็น คือ (1) ด้านผู้ดูแลมีสภาพร่างกายไม่พร้อมเนื่องจากความชราและมีโรคประจำตัว เครียดจากการดูแลเป็นระยะเวลานาน และขาดทักษะการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม (2) ผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอและขาดยา ได้รับการดูแลไม่เหมาะสมและหลีกเลี่ยงจากชุมชน ทั้ง

ตารางที่ 1 ข้อมูลลักษณะทั่วไป

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มผู้ร่วมวิจัย	จำนวน	ร้อยละ	ลักษณะทั่วไปของกลุ่มผู้ร่วมวิจัย	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัว			กลุ่มเครือข่ายในชุมชน		
เพศ			เพศ		
ชาย	1	33.33	ชาย	7	53.85
หญิง	2	66.67	หญิง	6	46.15
อายุ (ปี)			อายุ (ปี)		
40-50	0	0.00	30-41	2	15.38
51-60	2	66.67	41-50	4	30.77
60 ขึ้นไป	1	33.33	51-60	5	38.47
ระดับการศึกษา			60 ขึ้นไป	2	15.38
ประถมศึกษา	2	66.67	ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษา	1	33.33	ประถมศึกษา	6	46.15
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย			มัธยมศึกษา	5	38.47
บิดา/มารดา	2	66.67	ปริญญาตรีขึ้นไป	2	15.38
พี่น้อง/เครือญาติ	1	33.33	ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช		
เพื่อนบ้าน	0	0.00	มี	10	76.92
ระยะเวลาการเป็นผู้ดูแล เฉลี่ย 6.75 ปี (SD = 2.31)			ไม่มี	3	23.08

ผู้วิจัยและผู้ดูแลในครอบครัวร่วมกับทีมภาคีเครือข่ายในชุมชน เสนอแนวทางในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน สรุปเป็น 3 วงจร ดังนี้

วงจรที่ 1 กิจกรรมเชื่อมโยงสายใย ประกอบด้วยกิจกรรมเพื่อนพบเพื่อน เป็นการสร้างสัมพันธภาพ เริ่มต้นด้วยการทักทาย ชี้แจงวัตถุประสงค์ การสร้างสัมพันธภาพ เป็นไปอย่างราบรื่น เนื่องจากผู้วิจัยคุ้นเคยและมีสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัวผู้ป่วยและทีมงานในชุมชน การอาศัยความคุ้นเคยที่เคยทำงานร่วมกันมาก่อน และกิจกรรมมองต่างมุม เพื่อให้ทุกคนได้รู้จักและเข้าใจตนเองเห็นจุดดีและจุดบกพร่องของตนเองนำไปสู่การพัฒนาตนเอง ในขณะเดียวกันการที่บุคคลได้รู้จักและเข้าใจถึงความแตกต่างของบุคคล เรียนรู้การอยู่อย่างมีความสุข มองสิ่งดีของกันและกัน เข้าใจในส่วนบกพร่องที่เกิดขึ้นกับบุคคลเรียนรู้การเลือกสิ่งที่ดียอมรับสิ่งดี ๆ ของบุคคลอื่นมาชื่นชมร่วมให้กำลังใจ แก้ไขจุดบกพร่องยอมรับผู้อื่นและปรับตัวอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้

วงจรที่ 2 กิจกรรมร้อยใจร่วมกัน มีกิจกรรมต่อเนื่อง ดังนี้

1) ให้ทุกคนได้สำรวจปัญหา ตระหนักถึงศักยภาพ ความมีคุณค่าของตนเองและบุคคลอื่น (1) ให้ผู้ดูแลได้พูดระบายความรู้สึก การเผชิญกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง และความปรารถนาที่อยากให้เกิดขึ้น (2) บรรยายให้ทราบข้อมูลโรคและการรักษา ตอบปัญหาข้อข้องใจในสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชดีขึ้น ด้วยการมีส่วนร่วมในการดูแลของชุมชน เช่น อบต. เข้ามาช่วยเรื่องอาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลมีงานทำ เพิ่มความภาคภูมิใจแก่ตนเอง ในกรณีนี้ทีมผู้วิจัยได้ประสานกับ นายก อบต. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชได้ไปเป็นวิทยากรร่วมเพื่ออบรมเยาวชนในพื้นที่ ในการอบรมเชิงปฏิบัติการการหล่อรูปปั้นจิตรกรรม ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยมีความถนัด

2) ให้กลุ่มสำรวจสภาพปัญหาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและครอบครัว ผลกระทบต่อผู้ดูแล ครอบครัว และชุมชน

และเน้นย้ำเกี่ยวกับประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นที่ไม่ใช่ปัญหาเฉพาะของครอบครัว แต่มีผลกระทบต่อชุมชนด้วย

3. กิจกรรมความคาดหวังต่อผู้ป่วยจิตเวช ชุมชนได้รับความรู้ความคาดหวังต่อการดูแลผู้ป่วย การเปิดโอกาสให้กลุ่มได้สร้างจิตนาการเกี่ยวกับความมุ่งหวังของคนที่มีการช่วยเหลือผู้ป่วยช่วยให้กลุ่มเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญในการช่วยเหลือหรือแก้ปัญหาในชุมชน

วงจรที่ 3 กิจกรรมผูกพันต้องใจ โดยการค้นหาบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ร่วมวางแผนและผลักดันเพื่อแสดงพฤติกรรมกรรมการดูแล เช่น (1) กิจกรรมร่วมคิดร่วมทำวางแผนกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย (2) กิจกรรมงานของเรา มอบหมายหน้าที่ให้ชัดเจนและช่องทางการติดต่อประสานงานเพื่อความสะดวกในการประสานการดูแลผู้ป่วยในชุมชน

บทบาทของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง รายละเอียดดังตารางที่ 2

คะแนนความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน พบว่า ก่อนดำเนินการ ผู้ดูแลมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชอยู่ในระดับต่ำ กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 69.23 หลังจากดำเนินการกิจกรรม ผู้ดูแลในครอบครัวมีคะแนนความรู้เพิ่มสูงขึ้นอยู่ในระดับสูงทุกราย และกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนมีคะแนนความรู้อยู่ในระดับสูงเช่นกัน ร้อยละ 84.62 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

คะแนนทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน พบว่า ก่อนดำเนินการผู้ดูแลทุกรายมีคะแนนทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในระดับต่ำ ภาคีเครือข่ายในชุมชนส่วนใหญ่มีทักษะการดูแลในระดับต่ำ ร้อยละ 76.92 หลังจากดำเนินการกิจกรรมผู้ดูแลในครอบครัวทุกรายมีคะแนนทักษะการดูแลเพิ่มสูงขึ้นระดับสูง และกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนมีคะแนนทักษะการดูแลเพิ่มขึ้นในระดับสูง ร้อยละ 84.62 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

## การพัฒนาบทบาทการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน

ตารางที่ 2 บทบาทของผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	บทบาท
ผู้ดูแลในครอบครัว	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ดูแลผู้ป่วย/จัดการกับอาการที่เป็นปัญหาทั้งทางกายและใจ</li> <li>- ลดสิ่งกระตุ้นในครอบครัว</li> <li>- ส่งต่อข้อมูลกับเครือข่ายในชุมชน/รพ.สต.</li> </ul>
ภาคีเครือข่ายในชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สร้างทีมร่วมกับติดตามและให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว</li> <li>- ให้ความรู้/เฝ้าระวัง/รายงาน อาการหรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหา</li> <li>- ลดสิ่งกระตุ้นในชุมชน</li> <li>- ติดตามเยี่ยมครอบครัว เดือนละ 1 ครั้ง</li> </ul>

ตารางที่ 3 ระดับคะแนนความรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน

ระดับคะแนนความรู้	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ดูแลในครอบครัว				
ต่ำ (1-7 คะแนน)	3	100.00	0	0.00
ปานกลาง (8-12 คะแนน)	0	0.00	1	33.33
สูง (13-15 คะแนน)	0	0.00	2	66.67
ภาคีเครือข่ายในชุมชน				
ต่ำ (1-7 คะแนน)	9	69.23	0	0.00
ปานกลาง (8-12 คะแนน)	4	30.77	2	15.38
สูง (13-15 คะแนน)	0	0.00	11	84.62

ตารางที่ 4 ระดับคะแนนทักษะการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลในครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน

ทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวช	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ดูแลในครอบครัว				
คะแนน 1-12 (<70%)	3	100.00	0	0.00
คะแนน >=13 (70% ขึ้นไป)	0	0.00	3	100.00
ภาคีเครือข่ายในชุมชน				
คะแนน 1-12 (<70%)	10	76.92	1	0.08
คะแนน >=13 (70% ขึ้นไป)	3	23.08	12	92.32

## วิจารณ์

บทบาทการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของผู้ดูแลในครอบครัว และภาคีเครือข่ายในชุมชน เกิดจากการร่วมวางแผนการดำเนินกิจกรรมผ่านกระบวนการศึกษาข้อมูลทีละเอียด และเข้าถึงครอบครัวกับชุมชนได้ ผู้ดูแลในครอบครัวมีความรู้มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ชุมชนให้การยอมรับและมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งถือเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญ<sup>(8)</sup> เช่น ด้านความรู้สึกรู้สึกคิดและพฤติกรรมของผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน ซึ่งกิจกรรมเพื่อนพบเพื่อน เป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพ ความรู้สึกเป็นหนึ่งเดียวของกลุ่ม เกิดความสนุกสนาน และเตรียมความพร้อมของกลุ่มในการร่วมกิจกรรม โดยการกระตุ้นให้กลุ่มได้ค้นหาความดีของคนอื่น เป็นการสร้างความรู้สึกดีนำไปสู่ความสัมพันธ์ที่ดี ส่งเสริมความพร้อมในการทำงานร่วมกัน การสร้างความสัมพันธ์หรือการมีสัมพันธ์ภาพที่ดีสามารถส่งเสริมความพร้อมในการดูแลได้ สอดคล้องกับการศึกษาของจันทรา ธีระสมบุญ<sup>(9)</sup> ที่กล่าวว่า การสร้างสัมพันธ์ภาพทางการพยาบาลเป็นวิธีการบำบัดทางจิตที่มีความสำคัญมากเพราะทำให้เกิดการให้ข้อมูลที่ชัดเจนขึ้น เกิดความรู้สึกร่วมกันในกิจกรรมการดูแล มีเป้าหมายร่วมกันและเกิดความพร้อมในการดูแล และการศึกษาของ Mahone IH และคณะ<sup>(10)</sup> พุดถึงมุมมองของผู้ให้การดูแลสุขภาพที่มีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท โดยการส่งเสริมความพร้อมในการดูแลเป็นขั้นตอนหนึ่งที่สำคัญของการมีสัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลและสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยเพื่อช่วยให้สมาชิกครอบครัวสามารถดูแลและสนับสนุนผู้ป่วยจิตเภทให้ใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างสงบสุข

กิจกรรมมองต่างมุม เพื่อให้กลุ่มได้รู้จักและเข้าใจตนเอง เห็นจุดเด่นและจุดบกพร่องของตนเองนำไปสู่การพัฒนาตนเอง ในขณะเดียวกันการที่บุคคลได้รู้จักและเข้าใจถึงความแตกต่างของบุคคล เรียนรู้การอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข มองสิ่งดีของกันและกัน เข้าใจในส่วนบกพร่องที่เกิดขึ้นกับบุคคล เรียนรู้การเลือกสิ่งที่ดียอมรับสิ่งดี ๆ ของบุคคลอื่นมาชื่นชม ร่วมให้กำลังใจแก่ใจ

จุดบกพร่อง ยอมรับผู้อื่นและปรับตัวอยู่ร่วมกับผู้อื่น เนื่องจากการที่บุคคลจะอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขนั้น บุคคลควรจะรู้จักและเข้าใจตนเองและผู้อื่น มีทัศนคติที่ดี ซึ่งเป็นวิธีการหนึ่งในการส่งเสริมความพร้อมให้สมาชิกครอบครัวเกิดความสามารถในการดูแลและสนับสนุนผู้ป่วยจิตเวช และสอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา เหมะรัต และคณะ<sup>(11)</sup> เรื่องการพัฒนาเครือข่ายเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ซึ่งหลังดำเนินกิจกรรมการพัฒนาแล้ว ผู้นำชุมชนเกิดความเข้าใจผู้ป่วยและครอบครัวมากขึ้น มีเครือข่ายบริการสุขภาพเกิดขึ้นและชุมชนมีความร่วมมือเป็นอย่างดีเพื่อให้ความช่วยเหลือกันมากขึ้น เกิดความสามัคคีอันนำไปสู่การช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถใช้ชีวิตร่วมกับชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง

หลังดำเนินการทั้งผู้ดูแลในครอบครัวและกลุ่มภาคี-เครือข่ายในชุมชนได้รับการพัฒนาศักยภาพ มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของบัวลอย แสนละมุล และปัตพงษ์ เกษสมบุญ<sup>(12)</sup> ที่ทดลองใช้โปรแกรมการให้ความรู้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช หลังการทดลองพบคะแนนความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท คะแนนเต็ม 15 คะแนน พบว่าก่อนการทดลองคะแนนความรู้เฉลี่ย เท่ากับ 8.40 คะแนน หลังการทดลองคะแนนความรู้เฉลี่ย เท่ากับ 14.10 คะแนน โดยคะแนนความรู้หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) และกระบวนการที่ให้กลุ่มร่วมกันสร้างจินตนาการความมุ่งหวังต่อการช่วยเหลือผู้ป่วย ช่วยให้เกิดความรู้สึกรู้สึกว่าตนเองเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องการศึกษาของแก้วตา มีศรี และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ<sup>(13)</sup> เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่พบว่า การรับรู้ความรู้สึกห่วงใยซึ่งกันและกันมีความใกล้ชิดผูกพันกันทำให้บุคคลเกิดการรับรู้และคาดหวังว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีโอกาสได้ช่วยเหลือผู้อื่นทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และจากการศึกษาของพรประไพ แยกเต้ และคณะ<sup>(3)</sup> เรื่องผลของการใช้โปรแกรมการพัฒนาทักษะการ

ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวสำหรับอาสาสมัคร-สาธารณสุขจะเป็นพลังที่สำคัญยิ่งและมีความสำคัญที่จะต้องร่วมมือกันเพื่อให้ผู้ป่วยมีวิถีชีวิตปกติ ผลการศึกษาพบว่า ครอบครัวและชุมชนมีความรู้กับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มขึ้น เกิดความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมโดยการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขในระดับมาก และอาสาสมัครสาธารณสุขมีความพึงพอใจต่อการดำเนินงาน เกิดความภาคภูมิใจที่ตนเองสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวได้

อย่างไรก็ตามควรนำวิธีการสร้างบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของผู้ดูแลในครอบครัวและผู้มีส่วนร่วมในระดับชุมชน ประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชหรือผู้มีปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน หรือประยุกต์ใช้ในกลุ่มเป้าหมายอื่น ๆ เช่น การดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อนพึงพิงหรือผู้พิการในชุมชน หรือนำวิธีการพัฒนาบทบาทนำสู่การทดลองในชุมชน เพื่อเป็นการยืนยันผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นให้ชัดเจนและมีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

### สรุป

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัวมีบทบาทให้การดูแลผู้ป่วย จัดการกับอาการทั้งด้านร่างกายและใจ จัดการสิ่งแวดล้อมช่วยลดสิ่งกระตุ้นที่จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและการส่งต่อข้อมูลกับชุมชนหรือโรงพยาบาล ภาคีเครือข่ายในชุมชนร่วมสร้างทีมติดตามช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว เฝ้าระวังและรายงานพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและติดตามเยี่ยมบ้าน หลังดำเนินกิจกรรมทั้งผู้ดูแลและภาคีในชุมชนมีความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงขึ้น

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชและผู้มีส่วนร่วมในชุมชนที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัย

### เอกสารอ้างอิง

1. เปรมฤดี ดำรงค์, อังคณา วังทอง, อนุชิต วังทอง. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี. วารสารสมาคมนักวิจัย 2557; 19(2):92-103.
2. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. จำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการของสถานบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2550 -2558 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 21 มี.ค. 2562]. แหล่งข้อมูล: <https://www.dmh.go.th/report/opatient/>
3. พรประไพ แยกเต้า, สุวดี วงษ์พนม, จารีย์ ทิพย์พินิจ, ททัยรัตน์ นพมิตร. ผลของการใช้โปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2554;25(2):117-29.
4. มาโนช หล่อตะกุล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558.
5. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.
6. สุนทรีภรณ์ ทองไสย. การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในบริบทของสังคมไทยอย่างยั่งยืน. วารสารกองการพยาบาล 2558; 42(3):159-67.
7. อติญา โพธิ์ศรี. การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง: กรณีศึกษาชุมชนหนองนาสร้าง. วารสารพยาบาลทหารบก 2561;19:239-47.
8. มนตรี จันทา, สุมัทนา กลางคาร, จุฬารัตน์ ท้าวหาญ. รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหวแบบมีส่วนร่วม ตำบลหนองบัว อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดสุรินทร์. วารสารสุขภาพภาคประชาชน 2554;7(1): 48-56.



9. จันทรา อีระสมบูรณ์. แบบแผนการบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสำหรับพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 1. สุราษฎร์ธานี: สุวรรณ-อักษร; 2543.
10. Mahone IH, Maphis CF, Snow DE. Effective strategies for nurses empowering clients with schizophrenia: medication use as a tool in recovery. *Issues in Mental Health Nursing* 2016;37(5):372-9.
11. กาญจนา เหมะรัต, วิภาวี เผ่ากันทรการ, สุชาดา หุณฑสาร. การพัฒนาเครือข่ายพยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุขเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* 2555;26(2):1-15.
12. บัวลอย แสนละมุล, ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพัฒนาศักยภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น* 2557;2(3):273-84.
13. แก้วตา มีศรี, เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* 2555;26(1):35-49.

**Abstract: Development of the Roles for Psychiatric Patients Care among Family Caregivers and Partnership Networks in the Community**

**Kamthorn Dana, M.N.S.**

*Ban Nonrung Sub-district Health Promoting Hospital, Yang Sisurat District, Maha Sarakham Province, Thailand*

*Journal of Health Science 2021;30(3):406-14..*

This action research aimed to develop the role of psychiatric patients care among family caregivers and partnership networks in the community. Data were collected during September 2013 to October 2015. The participants consisted of 3 family caregivers, 13 persons from partnership networks in the community, and 5 health care providers. All participants were purposively selected based on their availability and willingness to participate in the study. The study tools were questionnaires on demographics data questionnaire, psychiatric patients care knowledge, and psychiatric patients care skills. The quality of tools was reviewed by three experts. The results showed that: (1) the family caregivers were the physically deficit due to elder age and personnel disease, (2) the psychiatric patients took medicine intermittently or not taking the medicine. The family caregiver had high level of knowledge (66.67%), and the partnership network in the community had also a high level of knowledge (84.62%). The family caregivers had a high level of skills of patient care (100.00%), and the high level of skills (92.32%) was observed in the partnership networks in the community as well.

**Keywords:** psychiatric patients; family caregivers; partnership networks in the community