

รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับเทคนิคเอไอซี ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังในชุมชน กรณีศึกษา: ตำบลโคกก่อ อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

สุนทร ยนต์ตระกูล พ.บ. ว.ว. (กุมารเวชศาสตร์) บธ.ม.

อัญชลี ประคำทอง พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

นิตยา ฤทธิศรี กศ.ม. (จิตวิทยาการให้คำปรึกษา)

พิกุล ไชยคำภา พย.บ.

ศุภลักษณ์ จันทาญ ส.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)

โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

บทคัดย่อ การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรัง ครอบครัว และชุมชนร่วมกับเทคนิค A-I-C ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน รูปแบบวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ระยะเวลาศึกษาระหว่าง เดือนกุมภาพันธ์ - กันยายน 2554 พื้นที่ศึกษาตำบลโคกก่อ อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรัง จำนวน 10 คน ครอบครัวหรือผู้ดูแลจำนวน 15 คน แกนนำชุมชน 30 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 5 คน รวม 60 คน แบ่งระยะเวลาในการวิจัยเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การเตรียมการดำเนินงาน ได้แก่ การศึกษาข้อมูลเบื้องต้นโดยใช้ การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต และ กระบวนการกลุ่ม ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการและติดตามช่วยเหลือโดยกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับเทคนิค A-I-C ระยะที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลการรับรู้พลังอำนาจของชุมชนและเปรียบเทียบผลของการรับรู้พลังอำนาจ ก่อน และหลังสิ้นสุดกระบวนการทันที และหลังสิ้นสุดกระบวนการ 8 สัปดาห์ นำผลที่ได้มาดำเนินการในพื้นที่ ผลการศึกษา พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจของครอบครัว และชุมชนร่วมกับกระบวนการ A-I-C ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ในชุมชน ทำให้ผู้ป่วยรับรู้การเจ็บป่วยและตระหนักถึงความสำคัญที่จะต้องปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง ครอบครัวและชุมชน มีความเข้าใจ ท่วงไ่ย และดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยเพิ่มขึ้น โดยชุมชนมีการพัฒนาศักยภาพของตนเองโดยการศึกษา ดูงานจากจังหวัดใกล้เคียง และร่วมกันจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้ป่วยเพื่อฝึกอาชีพ รวมทั้งพัฒนาการรับส่งต่อผู้ป่วยให้สามารถ รับยาอย่างต่อเนื่องโดยมีองค์การบริหารส่วนตำบลเป็นผู้สนับสนุนรถยนต์รับ-ส่งผู้ป่วยและจัดหาที่อยู่อาศัย การประเมินการรับรู้พลังอำนาจของกลุ่มตัวอย่างก่อนเริ่มกระบวนการ อยู่ในระดับปานกลางมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 79 หลังดำเนินการกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจครั้งที่ 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้พลังอำนาจอยู่ในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 98 และหลังเสร็จสิ้นกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ 8 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการ รับรู้พลังอำนาจของตน อยู่ในระดับที่มากขึ้นมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 107 จากผลการศึกษาทำให้ได้รูปแบบการ ดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังโดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชนเอง ตอบสนอง ความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งแนวทางที่ได้จะทำให้เกิดต้นแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ส่งผลต่อการพัฒนางานสาธารณสุขในชุมชนที่ยั่งยืนต่อไป

คำสำคัญ: การเสริมสร้างพลังอำนาจ, เทคนิคเอไอซี, การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรัง

บทนำ

การเจ็บป่วยที่ก่อให้เกิดภาระของโรคที่มีต่อโลก (global burden of disease) พบว่าโรคจิตเรื้อรังเป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุด คือประมาณครึ่งหนึ่งของโรคจิตเวช และมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี⁽¹⁾ และคาดว่าจะสูงกว่าร้อยละ 15 ใน พ.ศ. 2020⁽²⁾ นอกจากนี้พบว่าร้อยละ 11 ก่อให้เกิดภาระของโรคที่มีต่อโรค ซึ่งนับว่าเป็นความสูญเสียทั้งทางตรงและทางอ้อม⁽²⁾ ประเทศไทยพบว่าโรคจิตเรื้อรังเป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุด คือประมาณครึ่งหนึ่งของโรคจิตเวชและมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี⁽¹⁾ โดยผลจากความเจ็บป่วยก่อให้เกิดความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจทั้งทางตรงและทางอ้อม ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังจะเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโดยตรงผู้ดูแลครอบครัวและชุมชนควรร่วมมือกันในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน ซึ่งในปัจจุบันแนวคิดการมีส่วนร่วมเป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจ (participation as empowerment) การร่วมทำกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ประชาชนเป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับมากที่สุดขณะนี้ การพัฒนานั้นต้องการการถ่ายโอนอำนาจในการตัดสินใจให้กับประชาชนเพื่อที่จะทำให้เกิดการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ประชาชนที่มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม กระบวนการนี้ได้พัฒนาให้ชุมชนมีศักยภาพในการคิดวิเคราะห์ที่ตัดสินใจ รวมถึงการพัฒนาทักษะการปฏิบัติ การติดตามผล ก่อให้เกิดความมั่นใจในศักยภาพของตนเองและกล้าคิดที่จะพัฒนาในด้านอื่นๆ สามารถพึ่งตนเองได้ ซึ่งถือว่าเป็นกระบวนการพัฒนาที่ก่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน⁽³⁾ ดังนั้นถ้าเปิดโอกาสและกระตุ้นให้ครอบครัว ชุมชนผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังได้เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมโดยอาศัยกระบวนการเอ.ไอ.ซี (A-I-C) น่าจะช่วยเสริมสร้างให้ครอบครัวและชุมชนเกิดพลังอำนาจและความสามารถในการที่จะดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังให้สามารถช่วยเหลือตนเอง ยืนหยัดอยู่ในสังคมได้ต่อไป

กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC: A-Appreciation, I-Influence, C-Control) มีความคิดว่าบุคคลกลุ่มบุคคลในชุมชนองค์กรและสังคมมี

พลังงานและพลังปัญญาในการที่จะเอาชนะปัญหาอุปสรรคและสร้างสรรค์ชีวิตให้ดีกว่าได้ ในการวางแผนใด ๆ ก็ตามถ้าเปิดโอกาสให้ผู้มีผลประโยชน์เกี่ยวข้อง (stakeholder) มีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนและตัดสินใจจะเป็นวิธีการที่จะนำไปสู่การพัฒนาที่เหมาะสมและยั่งยืน⁽⁴⁾ ซึ่งจากการศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยสุรา ยาเสพติด แบบครบวงจรจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนของงานจิตเวชชุมชน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ได้นำกระบวนการ A-I-C มาประยุกต์ใช้ พบว่า ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยสุรา ยาเสพติด ในชุมชนโดยบริบทของชุมชนเองเป็นการทำให้ครอบครัวและชุมชนมีความเข้าใจมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสุรา ยาเสพติด เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชน สามารถช่วยเหลือตนเองและประกอบอาชีพได้ตามศักยภาพ เป็นการลดโอกาสการป่วยซ้ำ⁽⁵⁾

โรงพยาบาลมหาสารคามเป็นสถานบริการหลักที่รองรับผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลจิตเวช และตรวจวินิจฉัย รักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่ และจัดบริการให้การดูแลต่อเนื่องในชุมชน ให้บริการผู้ป่วยจิตเวชในลักษณะผู้ป่วยนอก โดยมีจิตแพทย์ให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยในวันอังคาร ทุกสัปดาห์ มีการจัดกิจกรรมกลุ่มบำบัดสำหรับผู้ป่วยและญาติ

จากปัญหาที่พบมีผู้ป่วยมารับบริการเพิ่มขึ้น จึงมีการพัฒนารูปแบบการให้บริการในชุมชนโดยชุมชนมีส่วนร่วม รวมถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วย ผู้ดูแล ครอบครัว และชุมชน เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย อันจะส่งผลดีต่อการรักษาผู้ป่วยต่อไป

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยโรคจิตเวชเรื้อรัง ครอบครัว และชุมชนร่วมกับเทคนิค A-I-C ในการดูแลผู้ป่วยจิตเรื้อรังในชุมชนโดยมุ่งหวังที่จะได้รูปแบบที่เหมาะสมและสามารถนำไปขยายผลการดำเนินงานในพื้นที่อื่น

วิธีการศึกษา

รูปแบบของการวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (action research) ศึกษาระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ – กันยายน 2554 พื้นที่ศึกษาตำบลโคกก่อ อำเภอเมือง

จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรัง จำนวน 10 คน ครอบครัวหรือผู้ดูแลจำนวน 15 คน แกนนำชุมชน 30 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 5 คน รวม 60 คน

การวิจัยเป็น 4 ระยะ คือ

1. การเตรียมการดำเนินงาน ได้แก่ การศึกษาข้อมูลเบื้องต้น โดยใช้การสัมภาษณ์ เชิงลึก การสังเกต กระบวนการกลุ่ม

2. ระยะดำเนินการและติดตามช่วยเหลือโดยกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับเทคนิค A-I-C

3. การวิเคราะห์ข้อมูลการรับรู้พลังอำนาจของชุมชนและเปรียบเทียบผลของการรับรู้พลังอำนาจก่อนและหลังสิ้นสุดกระบวนการทันทีและหลังสิ้นสุดกระบวนการ 8 สัปดาห์

4. การนำข้อมูลและผลที่ได้ไปดำเนินงานในพื้นที่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวคำถามเพื่อการสัมภาษณ์ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นสำหรับกลุ่มตัวอย่าง 4 กลุ่ม

2. แบบสังเกต ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางในการบันทึกข้อมูลที่สังเกตระหว่างการสัมภาษณ์ การเยี่ยมบ้านและการดำเนินกระบวนการกลุ่ม

3. ข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยและจากข้อมูลพื้นฐานของหมู่บ้าน

4. แบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจผู้ดูแล ครอบครัวชุมชนและผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรัง ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาจากทฤษฎีแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ กีบสัน (Gibson, 1993)⁽⁶⁾

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนาในรูปแบบตารางแจกแจงความถี่ บรรยายด้วยคำร้อยละ

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เจาะลึกและการสังเกต หลังจากการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลแล้ว นำมาแยก

หมวดหมู่ ตามประเด็นปัญหาการวิเคราะห์จากเนื้อหาของข้อมูล (content analysis) ที่ได้จากผู้ให้ข้อมูล เพื่อสรุปข้อมูลความสัมพันธ์และเหตุผลในประเด็นที่ศึกษา

ผลการศึกษา

1. จากการดำเนินงานของกลุ่มงานสุขภาพจิตและจิตเวช ในปี 2551-2553 พบว่า จำนวนผู้มารับบริการด้วยโรคจิตเรื้อรัง มีผู้รับบริการ 74, 102 และ 138 ราย ตามลำดับ⁽⁷⁾ และคาดว่าจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งเมื่อวิเคราะห์ข้อมูล รายพื้นที่ พบว่า ตำบลโคกก่อมีผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังมากที่สุด จำนวน 49 ราย

2. การจัดกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรัง

จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกกลุ่มตัวอย่างทั้ง 4 กลุ่มมารวบรวม จัดหมวดหมู่ วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ เพื่อรวบรวมข้อมูลในประเด็นที่ต้องการความลึก ความสมบูรณ์ และความชัดเจนของข้อมูล รวมทั้งศึกษาสถานการณ์เทียบเคียงกับแนวคิด ทฤษฎี เพื่อนำชุดข้อมูลที่สังเคราะห์แล้วมาสรุปเป็นแนวทางการดูแลในชุมชน แบ่งตามกลุ่มของผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังในตำบลโคกก่ออำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยมีอาการทางจิตทุเลา ผู้ป่วยมีอาการทางจิตรุนแรงเป็นบางครั้ง และผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบรุนแรง

3. กระบวนการสร้างพลังอำนาจร่วมกับเทคนิค เอไอซี

ครั้งที่ 1 การสร้างความพอใจให้เกิดความร่วมมือ พบว่า ครอบครัวและผู้ดูแลมีความรักความผูกพันกับผู้ป่วยทุกคน มีความต้องการให้อาการดีขึ้น แม้จะไม่หายขาด ไม่รังเกียจแม้บางครั้งจะรู้สึกหงุดหงิดเป็นภาระบ้าง แต่ก็สามารถปรับเปลี่ยนความคิดของตนเองเนื่องจากมีพื้นฐานของความรักภายในครอบครัว ในส่วนของชุมชนเองก็มีความผูกพันกับผู้ป่วยและครอบครัว เนื่องจากผู้ป่วยบางส่วนสามารถเข้าร่วมและช่วยเหลือกิจกรรมของชุมชนได้เป็นอย่างดี ชุมชนมองว่าหากผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังทุกคนได้รับการดูแลที่ดีแล้ว ก็จะทำให้พวกเขาสามารถเป็นพลังที่สำคัญในการพัฒนาชุมชนหรือหากไม่สามารถเป็นพลังก็ขอให้ไม่เป็นภาระ ไม่สร้าง

ความเดือดร้อนแก่ครอบครัวพวกเขา

กลุ่มเจ้าหน้าที่มองว่าเป็นหน้าที่ต้องดูแลสุขภาพของประชาชนทั้งร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะการติดตามเยี่ยมที่บ้าน การควบคุมการฉีดยาตามกำหนด เป็นต้น และบางกลุ่มมีความเชื่อว่าเมื่อเกิดในชุมชนเดียวกันแล้วก็เปรียบเสมือนพี่น้อง ที่ต้องคอยดูแลกัน

ครั้งที่ 2 หลังทำกระบวนการ 1 สัปดาห์ผู้วิจัยมีการสร้างกลวิธีใน การดำเนินงานร่วมกับการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ นอกจากนี้ยังเป็นขั้นตอนที่เน้นการคิดค้นวิธีการสำคัญ ภายใต้แนวคิด I-Influence ซึ่งจะทำให้บรรลุเป้าหมายที่ได้ร่วมกันกำหนดขึ้น พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจกับสถานการณ์ของปัญหา มีการวิเคราะห์และการพิจารณาอย่างมีวิจารณญาณ สามารถรวบรวมปัญหาและวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา เกิดความเข้าใจในสถานการณ์ที่ตนกำลังเผชิญอยู่ในแง่มุมที่แตกต่างตามลักษณะและบทบาทของตนในแต่ละกลุ่ม ทุกกลุ่มตระหนักถึงปัญหาและมีความเห็นอย่างตรงกันว่าไม่ใช่ปัญหาของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ครอบครัวใด ครอบครัวหนึ่ง แต่เป็นปัญหาของชุมชนโดยรวม ดังนั้นในการดำเนินงานป้องกันแก้ไข หรือให้การช่วยเหลือนั้นตัวผู้ป่วย ผู้ดูแลหรือครอบครัวไม่สามารถดำเนินการเองโดยลำพัง แต่ชุมชนทุกคนทุกภาคส่วนควรเข้ามามีส่วนร่วมจึงจะเกิดความสำเร็จในการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างแท้จริง

ครั้งที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติด้วยตนเอง ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 3 พบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังจะดูแลการกินยาของตนเอง และจะเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้ช่วยว่ากล่าวตักเตือนหากตนเองละเลย จะงดการใช้สารเสพติดทุกชนิดและจะพยายามงดดื่มสุรา หากมีผู้จ้างงานจะทำอย่างเต็มที่และยินดีให้ผู้จ้างงานช่วยเตือนเมื่อถึงเวลากินยา จะเข้าร่วมกิจกรรมที่ชุมชนจัดให้ทุกครั้ง ในกลุ่มครอบครัวและชุมชน จะให้การดูแลผู้ป่วยอย่างจริงจัง โดยครอบครัวจะมอบความไว้วางใจแก่ผู้ป่วย ส่งเสริมการดูแลตนเอง โดยเฉพาะการกินยา การดูแลเสื้อผ้า การดูแลความสะอาดเรียบร้อยของบ้าน การรับผิดชอบซื้อหาของใช้ส่วนตัว และการช่วยดูแล

เด็กเล็กที่เป็นลูกหลานในบ้าน เป็นต้น ชุมชนมีการวางแผนว่าจะให้โอกาสในการจ้างงาน เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจและไม่ต้องเดินทางไปต่างจังหวัด ป้องกันการกำเริบซ้ำของโรคอีกทางหนึ่ง จะร่วมอธิบายให้เด็ก และคนอื่นเข้าใจในอาการที่ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานจากการถูกล้อเลียน จะช่วยเป็นหูเป็นตาหากผู้ป่วยมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดหรือดื่มสุรา

ครั้งที่ 4 ในสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยได้สร้างแนวทางและการควบคุมกำกับ พบว่ากลุ่มผู้ป่วยมีความมั่นใจในการปฏิบัติตามแผนเดิม แต่ยังไม่มั่นใจที่จะไปหางานด้วยตนเอง ซึ่งเมื่อมีการอภิปรายกลุ่มใหญ่ ทางชุมชนได้เสนอแนวทางช่วยเหลือโดยให้ครอบครัว หรือ อสม. ผู้ดูแลหลักเป็นผู้ประสานให้ โดยมีการลงชื่อสมัครงานไว้กับ อสม. ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชประจำหมู่บ้าน ในกลุ่มครอบครัวกังวลถึงปัญหาที่อาจเกิดขึ้นคือ เมื่อผู้ป่วยรู้สึกวุ่นวายทางอารมณ์ขึ้น มักจะเลิกกินยา ซึ่งเป็นปัญหาที่หลายครอบครัวเคยเผชิญมา และได้หาวิธีการแก้ไขร่วมกัน โดยจะมีการสร้างพันธะสัญญา การปฏิบัติ การกำหนดกติกาให้ผู้ป่วยกินยาต่อเนื่อง หากจะเลิกต้องให้แพทย์เป็น ผู้พิจารณาเท่านั้น หากไม่ทำตามจะมีการยกเลิกการจ้างงานของชุมชนทันที สอดคล้องกับแนวทางของชุมชนที่ต้องการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย หากแต่ที่ผ่านมาชุมชนจะประสบปัญหาเช่นเดียวกัน และมีประเด็นปัญหาที่เพิ่มขึ้นคือ หากผู้ป่วยขาดยาแล้วจะมีอาการควบคุมตนเองไม่ได้ จะเข้าไปหยิบสุราในร้านค้ามาดื่ม ซึ่งเจ้าของร้านก็ไม่กล้าห้ามปราม เพราะกลัวจะถูกทำร้าย ในปัญหานี้กลุ่มตัวแทนชุมชนได้ร่วมกันหาแนวทางแก้ไขหลายข้อ เช่น การสร้างกติกาชุมชน ห้ามร้านค้าขายสุราให้ผู้ป่วย หากฝ่าฝืนจะไม่ให้กู้ยืมกองทุนเงินล้าน จัดตั้งกรรมการอาสาสมัครเพื่อดูแลควบคุมพฤติกรรมเมื่อผู้ป่วยมีความก้าวร้าววุ่นวาย เช่น ตำรวจบ้าน กลุ่ม อพปร. จัดหารับส่งกรณีฉุกเฉิน และรับส่งเพื่อพบแพทย์ที่โรงพยาบาลตามนัด จัดการตรวจสอบสิทธิและขึ้นทะเบียนคนพิการตามความเหมาะสม และหลายคนเห็นว่าควรมีการศึกษาดูงาน

ของจังหวัดใกล้เคียงที่ประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน สามารถนำมาเป็นแบบอย่างได้ การจัดหาครูฝึกอาชีพเป็นต้น กลุ่มแกนนำชุมชน โดยเฉพาะ อปท. ยังมีความห่วงใยในการขึ้นสิทธิคนพิการ กรณีที่ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถไปโรงพยาบาลได้ ซึ่งแพทย์จะไม่ออกไปรับรอง หากได้ตรวจอาการ ทางกลุ่มได้มีการประสานงานกับหลายฝ่ายเพื่อหาแนวทางช่วยเหลือ ได้ข้อสรุปว่าให้มีนักสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาลมาตรวจสอบ และรายงานความพิการให้จิตแพทย์รับทราบด้วยตนเอง โดยจิตแพทย์ผู้รับผิดชอบยินยอมตามแนวทางที่กลุ่มสรุปร่วมกัน

กลุ่ม อปท. มีความกังวลในการจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้ป่วยหรือการฝึกอาชีพ มีการเสนอให้จัดศึกษาดูงานสำหรับกรรมการ เพื่อทำการจัดตั้งเป็นชมรมในอนาคต โดยให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลเป็นผู้พิจารณาสถานที่ศึกษาดูงานและ อปท. จะสนับสนุนงบประมาณในการเดินทาง รวมถึงค่าใช้จ่ายที่จำเป็น ซึ่งโครงการนี้ครอบครัวผู้ป่วยยินดีที่จะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายร่วมกับ อปท. และสถานีอนามัยจะเป็นผู้รับผิดชอบประสานงานอำนวยความสะดวกในโครงการนี้

ครั้งที่ 5 การติดตามช่วยเหลือและคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 5 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการดำเนินโครงการชมรม ญาติและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังในชุมชน หรือชมรม “ดอกไม้บาน” อย่างต่อเนื่อง โดยมีรูปแบบคณะกรรมการทำงานอย่างชัดเจน กรรมการแต่ละฝ่ายมาจากตัวแทนกลุ่มตัวอย่างที่ร่วมโครงการวิจัย มีการทำบทบาทหน้าที่ของตน โดยเฉพาะได้ร่วมกันตั้งศูนย์ดูแลผู้ป่วยในช่วงกลางวันขึ้น โดยใช้ศาลาวัดโคกก่อเป็นสถานที่ใช้ฝึกอาชีพแก่ผู้ป่วย รวมถึงการฝึกสมาธิ การทำความสะอาดลานวัด ในการดำเนินงานมีกลุ่ม อสม. ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชเป็นผู้ดูแลหลัก ร่วมกับญาติผู้ป่วยที่มีความสามารถในการจักสานมาช่วยฝึกสอนอาชีพในเบื้องต้น อบต.โคกก่อเป็นผู้สนับสนุนงบประมาณค่าอาหารกลางวันแก่กลุ่มจัดตั้ง

ครั้งที่ 6 การหนุนเสริมกำลังใจ ดำเนินการเข้ากลุ่ม

ครั้งสุดท้ายในสัปดาห์ที่ 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างให้การต้อนรับทีมวิจัยอย่างอบอุ่น มีความคุ้นเคยเป็นกันเอง พูดถึงการดำเนินงานที่ผ่านมาอย่างมีความสุข และลดความวิตกกังวลที่จะดำเนินการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังในชุมชนต่อไป มีความรู้สึกไม่ถูกทอดทิ้งให้ดำเนินงานโดยลำพัง มีแนวทางติดต่อประสานงานที่ชัดเจนสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติ และกล้าที่จะคิดปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินงานหากพบว่าเกิดความไม่เหมาะสม มีการเชื่อมโยงประสานการทำงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ด้วยตนเอง นับว่ากลุ่มตัวอย่างมีการใช้พลังอำนาจของตนในการดำเนินงานดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังในชุมชนได้อย่างแท้จริง

4. ผลการรับรู้พลังอำนาจ

ผลการรับรู้พลังอำนาจของผู้ป่วย ผู้ดูแล ครอบครัว และชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังในชุมชน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้พลังอำนาจของตนก่อนเริ่มกระบวนการอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 79 คะแนน (จากคะแนนเต็ม 120 คะแนน) การรับรู้พลังอำนาจหลังดำเนินกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจครั้งที่ 6 คือการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้พลังอำนาจของตนอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 98 คะแนน และหลังเสร็จสิ้นกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ 8 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้พลังอำนาจของตนอยู่ในระดับดีโดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 107 คะแนน

5. การนำข้อมูลมาใช้ในการดำเนินงานในพื้นที่ จากข้อมูลที่ได้จากการจัดกิจกรรมนำมาสู่การดำเนินงานในพื้นที่ พบว่าผู้ป่วยที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ นอกเหนือจากกลุ่มตัวอย่างมีเพิ่มขึ้น 6 คน ผู้ป่วย 2 คนได้รับการปรับปรุงที่อยู่อาศัย และผู้ป่วย 6 คนได้รับการส่งเสริมให้เข้ากลุ่มในศูนย์ดูแลผู้ป่วย โดยการสนับสนุนงบประมาณจาก อบต.โคกก่อ โดยกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเชิงรุกมากขึ้น โดยจะดำเนินการร่วมกับ อสม.ในพื้นที่ที่ต้อง

ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่รับผิดชอบเดือนละครั้ง เจ้าหน้าที่ลงเยี่ยมอย่างน้อย 3 เดือนต่อครั้ง ส่วนเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลมหาสารคาม จะลงพื้นที่เป็นประจำปีตามปกติปีละ 1 ครั้ง และกรณีฉุกเฉินจะลงพื้นที่ทุกครั้งพร้อมกับประสานกับโรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่น ลงเยี่ยมและทำการศึกษารายกรณีในพื้นที่ถ้าผู้ป่วยมีปัญหาซับซ้อน โดยพิจารณาเป็นรายๆ การติดตามเยี่ยมบ้าน สร้างความพึงพอใจแก่ครอบครัวและผู้ป่วยมาก ทำให้มีกำลังใจในการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ส่วนกิจกรรมพิเศษจะดำเนินการจัดกิจกรรมสร้างสุขแก่ผู้ป่วยร่วมกับงานเทศกาลประจำปี การดำเนินโครงการชมรมญาติ และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังในชุมชน หรือชมรม “ดอกไม้บาน” มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

วิจารณ์

จากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้วิถีชีวิตเปลี่ยนแปลง ทำให้กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยเอง หรือครอบครัวและชุมชนที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรัง ต้องเผชิญปัญหาต่างๆ มากมาย ทั้งปัญหาเศรษฐกิจ ความเครียด ความคับข้องใจกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ภัทธาภรณ์ พุงปันคำ (2547)⁽⁸⁾ พฤติกรรมที่ก้าวร้าวของผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลและครอบครัวเกิดความวุ่นวายใจและคับข้องใจ การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว ทำให้เกิดความไม่สมดุลในครอบครัว เพื่อให้สามารถปรับตัวและดำเนินชีวิตอยู่ต่อไป และการที่ต้องรับผิดชอบใช้เวลาอย่างต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยนั้นย่อมส่งผลกระทบต่อ

แนวทางการรักษาพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจึงคำนึงถึงสาเหตุสำคัญของการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา 3 ปัจจัย คือ ฤทธิ์ข้างเคียงจากยา การขาดความรู้ และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ (Forman, 1993)⁽⁹⁾ จากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีการค้นพบข้อมูลที่เป็นจริง วัดได้จากคำกล่าวแสดงความคิดเห็น การแลกเปลี่ยน การรับฟังความคิดเห็นของสมาชิก

ในกลุ่ม ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่มมีความรัก ความผูกพัน ความปรารถนาดีรวมถึงความรับผิดชอบในผู้ที่เป็โรคจิตเรื้อรัง แม้ว่าทราบดีว่าโรคนี้ไม่หายขาด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กำไล สมรักษ์⁽¹⁰⁾ ที่ศึกษาประสบการณ์การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านของผู้ดูแลหลัก พบว่า ผู้ดูแลหลักทราบดีความจริงเกี่ยวกับโรคเอดส์ว่า เป็นโรคที่รักษาไม่หาย แต่เนื่องจากผู้ดูแลหลักมีความรัก ความผูกพัน และความรับผิดชอบต่อตัวผู้ป่วย จึงทำให้ผู้ดูแลหลักดูแลผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ และมีความหวังที่จะเห็นผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริวรรณ เพียรสุข และคณะ⁽¹¹⁾ โดยใช้การมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยผ่านการวางแผนอย่างมีส่วนร่วม (AIC) จากผู้ดูแลและผู้นำในชุมชน ได้ช่วยให้ชุมชนมีความพร้อมและทัศนคติต่อการดูแลในชุมชนดีขึ้น เช่นเดียวกับ สนาม บินชัย (2542)⁽¹²⁾ ใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนช่วยในการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท พบว่าช่วยให้ญาติมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยถูกต้องเพิ่มขึ้น

จากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีการคิดทบทวนข้อมูลที่ได้รับ ประสบการณ์ต่าง ๆ เพื่อให้ได้สิ่งที่ดีที่สุด และเหมาะสมกับตนเองรวมถึงชุมชน วัดได้จากคำพูดของกลุ่มผู้ดูแลและครอบครัวที่เป็นผลจากการใช้คำถามในการกระตุ้นความคิด ความรู้สึก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วรางคณา ชัชเวช (2546)⁽¹³⁾ ที่ว่า การให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการคุมกำเนิดของสตรี ทำให้สตรีได้คิดและเลือกวิธีการคุมกำเนิดที่เหมาะสมกับตนเองและตนเองพึงพอใจ นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของมาสเซอร์⁽¹⁴⁾ ที่ได้ประยุกต์การเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยทางจิตเวช พบว่า การให้ข้อมูลแก่บุคคลอย่างเพียงพอเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัวเพื่อให้บุคคลสร้างทางเลือกโดยที่ผู้ป่วยมารับบริการครั้งแรก แต่ละคนจะได้มีส่วนร่วมใน การจัดโปรแกรมการดูแลของตน เมื่อกลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่มได้ข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับโรคจิตเรื้อรัง การรักษา การดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนแล้ว ได้นำข้อมูลนั้นมาเลือกวิธีการแนวทางในการตัดสินใจด้วยตนเอง และเมื่อทดลองทำ

แล้วได้ผลก็จะเล่าให้ผู้อื่นได้รับทราบ หรือหากไม่ได้ผล ทางกลุ่มจะช่วยกันแสดงความคิดเห็นให้เลือกตัดสินใจใหม่ หรือช่วยปรับปรุงวิธีการอื่น ๆ ให้ทดลองเลือกตัดสินใจด้วยตนเอง การติดตามช่วยเหลือและคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ โดยกลุ่มตัวอย่างทุกคนร่วมกันสรุปผลการปฏิบัติตามแผนใช้รูปแบบการจัดเวทีชาวบ้าน โดยแต่ละกลุ่มร่วมกันอภิปรายและนำเสนอถึงผลงานในภาพรวม ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติ ปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ ทำให้ได้แนวทางการดำเนินงานที่ตรงกับความต้องการ และสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ นอกจากนั้น การหนุนเสริมกำลังใจเป็นขั้นตอนเพื่อคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับ กีบสัน⁽⁶⁾ ได้ประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานที่ศึกษาในกลุ่มเด็กอาฟริกัน-อเมริกัน กีบสัน พบว่า ปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่มช่วยเพิ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจด้วย การช่วยให้บุคคลมีโอกาสพูดคุยกันถึงประสบการณ์ ยอมรับการสนับสนุนจากสังคม และพิจารณาการเชื่อมโยงระหว่างบุคคลกับประเด็นทางการเมืองและปัญหาเกี่ยวกับกิจกรรมการจัดตั้งชมรมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังของตำบลโคกก่อ สอดคล้องกับการศึกษาของ พาร์สัน⁽¹⁵⁾ ที่ได้จัดตั้งกลุ่มและเครือข่ายเพื่อนเพื่อให้การช่วยเหลือเด็กหญิงวัยรุ่นที่มีรายได้น้อย พบว่า เด็กหญิงวัยรุ่นเหล่านี้มีการเพิ่มความรู้สึกของการควบคุมตนเองต่อการดำเนินชีวิต รวมทั้งมีการเชื่อมั่นในตนเองและการยอมรับนับถือตนเองที่เพิ่มขึ้น การพัฒนาชุมชนที่นำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนคือการเปิดโอกาสให้บุคคล และผู้แทนของกลุ่มองค์กรต่างๆ ที่อยู่ใน ชุมชน ท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วม และรับผิดชอบในการกำหนดทิศทางในการพัฒนาชุมชนร่วมตัดสินใจอนาคตของชุมชน ร่วมดำเนินกิจกรรมการพัฒนา และร่วมรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้น โดยเทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC: A-Appreciation, I-Influence, C-Control) จะช่วยให้ชุมชนเข้าไปมีส่วนร่วม ในการวางแผนและการตัดสินใจ ร่วมสร้างความเข้าใจในการดำเนินงาน สร้างการยอมรับความรับผิดชอบในฐานะสมาชิกของชุมชน เกิดความรู้สึก

เป็นเจ้าของ และเกิดความภาคภูมิใจในผลงานที่ตนมีส่วนร่วม กระบวนการพัฒนาชุมชนจึงเกิดความต่อเนื่อง และก่อให้เกิดความสำเร็จสูง⁽¹⁶⁾ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้เป็นเสมือนสื่อกลางเพื่อเชื่อมให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งในครอบครัวและชุมชน ได้หันมาสร้างความเข้าใจร่วมกัน และตระหนักในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรัง อันจะส่งผลดีต่อการรักษาผู้ป่วยต่อไป

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

1. ข้อเสนอแนะเชิงพื้นที่

1.1 ควรหาทริควิธีต่างๆ เพื่อให้ครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรัง และชุมชนได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

1.2 ควรมีการขยายรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับเทคนิคเอไอซี สำหรับผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนไปยังพื้นที่อื่น และผู้ป่วยโรคอื่นๆ เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน ในการดูแลผู้ป่วย

1.3 การประเมินสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งที่สำคัญ เพราะอาจมีภาวะเครียดและส่งผลกระทบต่อดูแลผู้ป่วยได้

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

2.1 ควรขยายผลการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชไปยังองค์กรท้องถิ่น เพื่อบูรณาการการแก้ไขปัญหาเป็นแบบองค์รวม

2.2 ระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าและดูแลผู้ป่วยโรคจิตระดับจังหวัด ควรได้รับการออกแบบให้เป็นระบบการดำเนินงานด้านสุขภาพที่มุ่งแก้ไขปัญหาโรค-ซึมเศร้าในพื้นที่ กิจกรรมที่ดำเนินการจะสอดคล้องกับการดำเนินโรค โดยอาศัยการประสานงานและหาแนวทางการเชื่อมโยงกันของสถานบริการทุกระดับ

2.3 ควรนำหลักสูตรการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บรรจุไว้ในกรอบหลักสูตรพยาบาลวิชาชีพครอบครัวเพื่อให้เกิดความรู้และทักษะกับบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในชุมชนให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานได้ตามบริบทของพื้นที่

3. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

3.1 ควรมีการศึกษาเพื่อประเมินความยั่งยืนของการรับรู้พลังอำนาจของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนในระยะยาว

3.2 ควรศึกษาและพัฒนา รูปแบบที่ใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆในชุมชน

3.3 ใช้แนวทางของการศึกษานี้ในการศึกษาวิจัยในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจของประชากรกลุ่มอื่นๆ ในชุมชนที่ต้องการให้เกิดความเข้มแข็งจากพลังที่มีอยู่ภายในตัวของชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. ณัฐจาพร พิชัยณรงค์ อาจารย์วิศิษฐ์ ฉวีพจน์กำจร และ ดร. สุวีริยา สุวรรณโคตร อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการวิจัยฯ ที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบผลงานการวิจัยฉบับนี้ ตลอดจนคำแนะนำต่างๆ เพื่อให้รายงานการวิจัยฉบับนี้มีความถูกต้องสมบูรณ์ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกก่อ เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ และเจ้าหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบลโคกก่อ ที่ให้ความอนุเคราะห์การประสานข้อมูล และร่วมปฏิบัติการตามระเบียบวิธีวิจัย กับทีมวิจัยในพื้นที่

สุดท้ายนี้ คณะผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่ม ที่เสียสละเวลาและให้ความร่วมมือ ในการดำเนินงานวิจัย ทำให้การดำเนินงานสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. ไพลิน ปริษญาคุปต์. การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2548.
2. ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์. การนำระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. ขอนแก่น: โรงพิมพ์พระธรรมขันธ์; 2546.
3. ทรงสุตา ไตรปรกรณ์กุล. กระบวนการนำความคิดการมีส่วนร่วมไปประยุกต์ใช้ในการแก้ไขปัญหายุทธศาสตร์ชุมชน [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต].

- ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2545.
4. อรพินท์ สฟโชคชัย. คู่มือการจัดการประชุมเพื่อระดมความคิดในการพัฒนาหมู่บ้าน: การพัฒนาหมู่บ้านโดยพลังประชาชน. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย; 2537.
5. สายใจ ก้าวอนันตกุล. การพัฒนาระบบบริ การการดูแลผู้ป่วยสุรยาเสพติดแบบครบวงจร จากโรงพยาบาลสู่ชุมชน. [อินเทอร์เน็ต]. สุราษฎร์ธานี: งานจิตเวชชุมชน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์; 2553 [สืบค้นเมื่อ 24 ธ.ค. 2553]. แหล่งข้อมูล: http://223.25.195.228/web_suan/chumchon/docsyji.pdf
6. Gibson CH. A study of empowerment in mothers of chronically ill in children [Doctoral dissertation]. Boston: Boston College; 1993.
7. กลุ่มงานสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลมหาสารคาม. สรุปผลการดำเนินงานกลุ่มงานสุขภาพจิตและ จิตเวช ปี 2553. มหาสารคาม: โรงพยาบาลมหาสารคาม; 2553.
8. ภัทธราภรณ์ หุ่นปันคำ. การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน: รูปแบบและโปรแกรมการพัฒนาทักษะของผู้ดูแล. รายงานการวิจัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ม.ป.ท.; 2547.
9. Forman L. Medication: reasons and interventions for non-compliance. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv; 1993;31:23-5.
10. กำไล สมรักษ์. ประสบการณ์การเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อการดูแลผู้ป่วยเอ็ดส์ที่บ้านของผู้ดูแลหลัก ในครอบครัว [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2545.
11. ศิริวรรณ เพียรสุข. ผลการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี. อุบลราชธานี: พิมพ์ลักษณ์; 2543.
12. สนาม บินชัย. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจังหวัดชัยนาท. ชัยนาท: ศูนย์สุขภาพจิตชุมชนชัยนาท; 2542.
13. วรางคณา ชัชเวช. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้อำนาจในการควบคุมเกี่ยวกับการคุมกำเนิดของสตรี [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ; 2546.
14. Mueser KT, Bond GR, Drake RE, Resnick SG. Model of community care for severe mental illness: A review of research on case management. Schizophr Bull 1998;24:37-74.

15. Talcott P. The social system. 2nd ed. Routledge sociology classics 1. Sociology I Title 301. London: Routledge; 1991. มีส่วนร่วม [อินเทอร์เน็ต]. ขอนแก่น: ศูนย์ฝึกอบรมภูมิปัญญาสู่สากล; 2554 [เข้าถึงเมื่อ 21 ส.ค. 2554]. แหล่งข้อมูล: <http://www.prachasan.com/mindmapknowledge/aic.html>
16. ประชาสรรณ สานักดี. เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบ

Abstract: Model of Empowerment Integration with AIC Technique for Taking Care of Chronic Psychology Patients. A Case Study: Kok-Kor Sub-district, Muang District, Mahasarakham Province

Sunthorn Yontrakul, M.D., Dip Thai Board of Pediatrics, M.B.A.; Anchuree Prakhomthong, M.N.S. (Mental Health and Psychiatric Nursing); Nittaya Ritsri, M.Ed. (Education Psychology and Counseling); Pikul Chaikhampa, B.N.S.; Supaluk Junharn, M.P.H. (Public Health)

Mahasarakham Hospital, Mahasarakham Province, Thailand

Journal of Health Science 2014;23:412-20.

The objective of this study was to develop an empowerment model for chronic psychiatric patients as well as families and communities together with the use of AIC (Appreciation-Influence-Control) technique for taking care of the patients in the community. It was designed as an action research conducted during February – September 2011 in Kok-Kor sub-district, Muang district, Mahasarakham province. The study populations were 10 psychiatric patients, 15 household members or caregivers, 30 community leaders or community influencers, and 5 local health officers. The study composed of 3 phases. Phase 1 was the preparation stage that included quick assessment for baseline information by utilizing in-depth interviews, observations, and group processes. Phase 2 was then stage of intervention action, follow up and assistance by using empowerment integration with AIC technique approaches. Phase 3 was information analysis on power perception of the community and compared the power perception before and after the intervention for eight-week duration. The results showed that family and community empowerment with AIC intervention for taking care of chronic psychology patients helped them to perceive their illness and raised awareness on importance for having appropriate behaviors. Families and community had more understanding, caring and giving much attention to the patients. Capacity building for patient care was enhanced through study visits to near-by provinces. They also built a center to assist on career training and developed community referral system to help patients on regular medication. Transportation and accommodation were supported by local administrative office. The evaluation of power perception among the study group revealed that the scores before the study were at intermediate level with the mean of 79 (out of the full score of 120); and after the 6th empowerment procedure, the mean score became 98. At the completion of the 8-week process, the power perception scores increased to a high level, with the mean score of 107. Thus, the proposed model which incorporated community participation and provision of psychiatric care based on AIC technique should be considered as an effective intervention for providing care for chronic psychiatric patients in the communities.

Key words: empowerment, AIC technique, care for chronic psychiatric patients