

การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง: กรณีศึกษาที่ชุมชนบ้านท่าม่วง จังหวัดร้อยเอ็ด

อติญา โพธิ์ศรี

กลุ่มวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด 45120

Family and Community Participation in Caring of Chronic Schizophrenia Patients: A Case study at Ban Tha Muang Community Roi Et Province

Atiya Posri

Mental Health and Psychiatric Nursing Faculty of Nursing, Roi Et Rajabath University, Roi Et 45120

หลักการและวัตถุประสงค์: การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง มีประโยชน์ต่อทั้งผู้ป่วยจิตเภท ครอบครัว ชุมชนและพยาบาล การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง 2) ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้ทำการ คัดเลือกกลุ่มผู้เข้าร่วมแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 38 ราย ประกอบด้วยสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท 12 ราย ผู้ป่วยจิตเภท 12 ราย พยาบาลวิชาชีพ 2 ราย และอาสาสมัครสาธารณสุข 12 ราย เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก แบบประเมินอาการทางลบ เก็บข้อมูลโดยใช้กระบวนการ PAR ประกอบด้วย 1) ระยะเวลาแผนการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน 2) ระยะดำเนินการ 3) ระยะกำกับติดตามกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน และ 4) ระยะประเมินผลวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา: กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยใช้แกนนำในชุมชน เป็นการนำทรัพยากรจากชุมชนมาพัฒนาศักยภาพชุมชน ให้สามารถคิด วิเคราะห์ วางแผน ดำเนินการ และติดตามประเมินผลในและ การใช้โปรแกรมสนับสนุนครอบครัว อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สรุป: กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิต

Background and Objective: To demonstrate family and community participation in care of patients with chronic Schizophrenia is beneficial for the patients , their parents, the community and the nurses. This participatory Action Research (PAR) has two mean objectives: 1) to study the effects of community Participation in care of chronic Schizophrenia patients; 2) to study the effects of the family support group program on the negative symptoms of patients with Schizophrenia.

Methods: This PAR purposive sampling was used to select 12 chronic Schizophrenia patients , 12 caregivers, 2 nurses and 12 health volunteers. Study instruments include general information of the sample group , focus group and in-depth interviews, Negative Syndrome Scale . The PAR process consisted of four phases: 1) planning and development of a community participation process; 2) implementation of the process; 3) monitoring the effects; and 4) evaluation of results. Analysis of the data was performed using a quantitative and qualitative methods.

Results: Allowing the community leader to direct community members in the participation plan enables them to think, analyze, plan, carry out and monitor patients in their community in a structured way. The negative symptoms of patients participating in the family support groups program were signifi-

เภทเรื้อรัง โดยการร่วมคิด วิเคราะห์ วางแผน ดำเนินการ และติดตามประเมินผล สามารถช่วยฟื้นฟูให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามอัตภาพ และโปรแกรมสนับสนุนครอบครัวสามารถลดอาการทางลบและทำให้ผู้ป่วยจิตเภทอยู่ร่วมกับครอบครัวได้

cantly lower than before the experiment (PL 0.05).

Conclusions: This study revealed that developing the community participation plan assists in the rehabilitation of the patients. The result Suggest that schizophrenic patients could decrease negative symptoms with family support groups. This allows the patients are more freedom to live in their community.

Keyword: Schizophrenia patient, participation of community.

ศรีนครินทร์เวชสาร 2562; 34(1): 83-89. • Srinagarind Med J 2019; 34(1):83-89.

บทนำ

โรคจิตเภทนับเป็นโรคที่ทำให้เกิดความบกพร่องทางสุขภาพ เป็นภาวะโรคที่ทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะประมาณร้อยละ 1.1 ของความสูญเสียปีสุขภาวะทั้งหมด และจำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ ร้อยละ 2.81¹ อัตราความชุกประมาณ ร้อยละ 1-1.5 ของประชากรทั่วโลกและมีอัตราการเกิดโรคประมาณ 2.5-5: 1,000 คนต่อปี 2 ในประเทศไทยพบความชุกของโรคประมาณ 8.8 ต่อ 1,000³ และพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภท ร้อยละ 45-50 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด⁴ จากสถิติจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกในหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิตในปี พ.ศ. 2559 กลุ่มโรคที่พบมากที่สุดคือโรคจิตเภท รองลงมาคือ โรคซึมเศร้า และโรควิตกกังวล ร้อยละ 24.79, 9.31 และ 9.04 ตามลำดับ⁵ ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม ทำให้ผู้ป่วยมีการแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม⁶ อาการแสดงที่สำคัญของโรคจิตเภทแบ่งออกเป็นสองกลุ่มใหญ่ๆ คือ 1) กลุ่มอาการทางบวก ซึ่งส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบ (active phase) จนต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล เช่น อาการหลงผิด ประสาทหลอน หูแว่ว เห็นภาพหลอน เป็นต้น 2) กลุ่มอาการทางลบ (negative symptoms) มักเกิดในระยะ Residual phase ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการสงบและใช้ชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในชุมชน⁴ ในประเทศไทย พบว่าอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหาสำคัญและเป็นอาการเด่นของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน⁶ อาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภทมีสาเหตุสำคัญ 2 ประการ คือ 1) เกิดจากสารสื่อประสาท (neurotransmitters) ในสมองบกพร่องและเกิดจากการที่ Ventricles มีขนาดใหญ่ และปัจจัยด้านชีวเคมี (biochemical factors) เช่น ความผิดปกติของสารสื่อประสาท และความผิดปกติของสมอง เช่น โพรงสมอง Ventricles มีขนาดใหญ่ เป็นต้น 2) ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม เช่น ขาดการกระตุ้นทางสังคมและสิ่งแวดล้อม

ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถจัดการกับความคิดของตนเองได้ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความคาดหวังต่อเรื่องต่างๆ ต่ำ อาทิ ความพึงพอใจ การประสบความสำเร็จ และการได้รับการยอมรับ ทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการรับรู้แหล่งสนับสนุนส่งผลให้มีอาการทางลบเกิดขึ้น^{4,6,7} อาการทางลบจะมีลักษณะการแสดงออกทางใบหน้า น้ำเสียง ท่าทางที่ไม่มีการตอบสนองทางอารมณ์ต่อสิ่งเร้าต่างๆ ไม่มีการสบสายตา หน้าตาเฉยเมย ผู้ป่วยที่มีอาการทางลบมาก จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการทำหน้าที่บกพร่องมากขึ้น ผู้ป่วยจะมีอารมณ์ที่น้อยมาก เช่น พุดน้อย ไม่สนใจกับสิ่งต่างๆ ทั้งตนเองและสิ่งแวดล้อม ขาดความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรมต่างๆ แยกตัว มีความบกพร่องในบุคลิกภาพและการทำหน้าที่ ซึ่งการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท จะเป็นตัวบ่งบอกถึงระดับความสามารถในการใช้ชีวิตที่ดีของผู้ป่วยทั้งด้านการทำงาน การมีสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น และการดูแลตนเอง⁹ จากการที่ผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพียงแค่อารมณ์ทุเลาลง ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทยังมีอาการผิดปกติหลายด้านหลงเหลืออยู่ เมื่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนมากมีความเสื่อมในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำอาชีพ ความสัมพันธ์กับสังคม ชีวิตความเป็นอยู่ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านอารมณ์ และด้านจิตใจ ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล ซึ่งเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ว่าพฤติกรรมเหล่านี้ของผู้ป่วยเป็นความยุ่งยาก ในด้านผลกระทบต่อผู้ดูแลพบว่า ครอบครัวต้องประสบปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย การสูญเสียเวลาในการพาผู้ป่วยไปรับการรักษา เบื่อหน่ายในการดูแล กล่าวได้ว่าครอบครัวละชุมชนมีอิทธิพลต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนส่งเสริมให้ครอบครัว ชุมชน หน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จะต้องอาศัยความร่วมมือ และดำเนินการที่มีประสิทธิภาพ มีผลในการลดจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่กลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาล ประหยัดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลและของรัฐได้อีกทางหนึ่งด้วย

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าม่วง ตำบลท่าม่วง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นสถานบริการระดับปฐมภูมิ มีพื้นที่รับผิดชอบ 17 หมู่บ้าน มีผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง ต้องมารับยาอย่างต่อเนื่องทุก 1-3 เดือน จากการสอบถามการมารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ พบว่ามีผู้ป่วยบางรายมีอาการทางลบมาก ไม่สามารถดำเนินชีวิตตามปกติได้ จากการที่ผู้วิจัยได้สำรวจและติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยที่บ้านยังมีอาการทางลบ มีพฤติกรรมเฉยเมย ไม่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นที่ไม่เหมาะสม ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับคนในชุมชนถึงร้อยละ 75 ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการรักษา และรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง พร้อมหาแนวทางให้ได้รับการดูแลและแก้ปัญหาในชุมชนที่เหมาะสม ระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน เพื่อป้องกันการกลับป่วยซ้ำ ลดการเกิดปัญหาภาวะวิกฤติของผู้ป่วยให้การช่วยเหลือครอบครัวในการให้การดูแลผู้ป่วยให้สามารถอาศัยในสังคมได้ อันจะส่งผลต่อการมีศักดิ์ศรีและคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง และศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษา เรื่อง การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ผู้วิจัยได้ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน มี 4 ขั้นตอน คือ 1) ระยะเวลาวางแผนการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน 2) ระยะเวลาดำเนินการ 3) ระยะเวลากำกับติดตาม และ 4) ระยะเวลาประเมินผล ร่วมกับการใช้โปรแกรมสนับสนุนครอบครัว ซึ่งมีกิจกรรม ดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธภาพและประเมินความต้องการในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน 2) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท 3) การพัฒนาทักษะทางสังคม 4) การพัฒนาทักษะการจัดการอาการทางลบและการเผชิญกับความเครียด 5) การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งโปรแกรมนี้สามารถส่งผลต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การแสดงออกทางใบหน้า น้ำเสียง ท่าทางที่ไม่มีการตอบสนองทางอารมณ์ต่อสิ่งเร้าต่างๆ ไม่มีการสบสายตา หน้าตาเฉยเมย ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการประเมินอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้แบบวัดกลุ่มอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทฉบับภาษาไทย ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย ธนาธิลชัยโกวิทย์และคณะ 10 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างการวัดก่อนและหลัง เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนครอบครัว

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research) เก็บข้อมูลวิจัยแบบผสมผสานทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง และกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด กลุ่มตัวอย่างหรือผู้ให้ข้อมูลหลัก มี 4 กลุ่ม ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูลหลัก กลุ่ม 1 ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลท่าม่วง จำนวน 12 ราย โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ากลุ่มดังนี้

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

2. เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการแสดงในลักษณะอาการทางลบ เช่น มีสีหน้าเฉยเมยไม่พูดจา มีความพร้อมด้านการเข้าสังคม และการสื่อสาร มีระดับคะแนนอาการ ทางลบระหว่าง 5-13 คะแนน ซึ่งถือว่ามีความอาการทางลบมากประเมินจากแบบประเมินอาการทางลบ (Negative Syndrome Scale)

3. เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านการตรวจสอบอาการทางคลินิกโดยจิตแพทย์ ด้วยแบบประเมินอาการทางจิต BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) เป็นการตรวจสอบอาการทางคลินิก คือ อาการทางบวกและอาการทางลบของผู้ป่วย เพื่อประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยแต่ละราย ต้องมีค่าคะแนนระหว่าง 18-36 คะแนน หมายถึง เกณฑ์ปกติหรือมีอาการทางจิตเล็กน้อย

4. ไม่มีพยาธิสภาพทางกายที่ไม่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยไฟฟ้า และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลหลัก กลุ่ม 2 คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว จำนวน 12 ราย เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง คือ เป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยและเป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 3 เดือน สามารถฟังอ่านภาษาไทยได้และยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลหลัก กลุ่ม 3 คือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2 ราย เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ปฏิบัติงานประจำในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลท่าม่วง และทำหน้าที่ในงานจิตเวชชุมชน อย่างน้อย 6 เดือน

ผู้ให้ข้อมูลหลัก กลุ่ม 4 คือ อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 12 ราย เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง คือ สามารถสื่อสารได้ทั้งภาษาเขียนและภาษาพูด มีประสบการณ์เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขไม่น้อยกว่า 1 ปี สำหรับขั้นตอนการดำเนินการวิจัยมีดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 ระยะเวลาวางแผนการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ขั้นตอนที่ 2 ระยะเวลาดำเนินการ ขั้นตอนที่ 3 ระยะเวลากำกับติดตามกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน และ

ขั้นตอนที่ 4 ระยะประเมินผล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาและการหาคุณภาพของเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินศึกษา คือ

คู่มือในการใช้โปรแกรมการกลุ่มสนับสนุนกลุ่มครอบครัว 10 ประกอบด้วย การดำเนินกิจกรรมกลุ่ม 5 กิจกรรม ดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธภาพและประเมินความต้องการในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน 2) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท 3) การพัฒนาทักษะทางสังคม 4) การพัฒนาทักษะการจัดการอาการทางลบและการเผชิญกับความเครียด 5) การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมและทบทวนสรุปพร้อมทั้งหมด ซึ่งผู้วิจัยได้นำคู่มือของอติญา โพธิ์ศรี และเพ็ญพักตร์ อุทิศ มาใช้¹¹

2. แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยจิตเภท 1 ชุด มี 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ศาสนา ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ส่วนที่ 2 แบบวัดอาการทางลบฉบับภาษาไทย (PANSS-T) ซึ่งสร้างขึ้นโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ 10 ประกอบด้วย การประเมินลักษณะอาการทางลบ 7 อาการ ข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ ค่าคะแนนที่เป็นไปต้อง อยู่ในช่วง 0-3 คะแนน แปลผลค่าคะแนนโดย ค่า คะแนนสูงหมายถึง มีอาการทางลบมาก ค่าคะแนนต่ำ หมายถึง มีอาการทางลบน้อย แบ่งระดับเป็น 3 ระดับคือ 10-13 คะแนน ถือว่ามีอาการทางลบมาก คะแนน 5-9 ถือว่าเป็นผู้มีอาการทางลบปานกลาง และคะแนน 0-4 คะแนน ถือว่ามีอาการทางลบน้อยในการศึกษาครั้งนี้ มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .88

3. เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขและพยาบาลในกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่

ก) การสนทนากลุ่ม (focus group discussion) เป็นการสนทนาที่กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขและพยาบาลซึ่งเป็นแกนนำชุมชน ใช้คำถามปลายเปิด

ข) การสังเกต (observation) ผู้วิจัยใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วม ของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขและพยาบาลในการสนทนากลุ่ม การร่วมแสดงความคิดเห็น การแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบและการทำงานภายในกลุ่ม

ค) การบันทึกข้อมูลภาคสนาม (field notes) เป็นการบันทึกกิจกรรมขณะดำเนินการทำสนทนากลุ่มของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขและพยาบาล โดยใช้ เทปบันทึกเสียง เพื่อใช้บันทึกเสียง สมุดบันทึก และกล้องถ่ายรูป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

เลขที่ 048/2561 ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิการตัดสินใจเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย จะไม่มีผลต่อการรับการรักษาที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะเก็บเป็นความลับ กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลการศึกษา

1. เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท 12 ราย ข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท 12 ราย ข้อมูลส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุข 12 ราย และพยาบาลวิชาชีพ 2 ราย

2. ใช้โปรแกรมสนับสนุนครอบครัว ผู้ทำกลุ่มเป็นนักวิจัยและพยาบาลวิชาชีพ ในการวิจัยครั้งนี้จะแบ่งการทำกลุ่มเป็น 2 ชุด แต่ละชุดจะมีสมาชิกในกลุ่มประกอบด้วย ผู้ป่วยและครอบครัวจำนวน 6 ครอบครัวโดยใช้เวลาในการทำโปรแกรม 30-60 นาที

3. กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้ทำกลุ่มเป็นนักวิจัยและพยาบาลวิชาชีพ สมาชิกในกลุ่มประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุข ดำเนินการสนทนากลุ่มตั้งแต่การสำรวจปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน การวางแผน กำหนดบทบาทหน้าที่การมีส่วนร่วมของชุมชน การนำแผนการมีส่วนร่วมของชุมชนไปปฏิบัติจริง การสะท้อนผลของการปฏิบัติ และนำผลการสะท้อนมาวางแผนเพื่อทำการปฏิบัติซ้ำ

วิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติหาความถี่ ร้อยละและค่าเฉลี่ย ข้อมูลแบบวัดอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ใช้สถิติทดสอบ Paired t-test เพื่อเปรียบเทียบอาการทางลบ วัดกลุ่มเดี๋ยวก่อนและหลังเข้าโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว

วิเคราะห์เชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (descriptive content analysis)¹² โดยผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มโดยการถอดเทปแบบคำต่อคำพร้อมนำผลรายละเอียดขณะสนทนากลุ่มมา โดยใช้วิธีการอ่านข้อมูลหลายๆครั้ง กลับกรองประเด็นสำคัญ จัดเป็นหมวดหมู่ แล้วเปรียบเทียบกับข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลรายอื่น ปรับหมวดหมู่ให้มีความชัดเจน กระชับ ลดความซ้ำซ้อน และครอบคลุมมากขึ้น ทำซ้ำกันหลายครั้ง จนกระทั่งไม่พบหมวดหมู่ข้อมูลใหม่

ความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ผู้วิจัยสรุปประเด็นที่ได้หลังสิ้นสุดการสนทนากลุ่มทุกครั้งกับผู้ให้ข้อมูลเพื่อยืนยันความถูกต้อง เขียนบันทึกความคิดความรู้สึกของผู้วิจัยร่วมกับผู้ร่วมวิจัย (investigator triangulation)¹³

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ผู้ให้ข้อมูลหลักในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่ม รวม 38 ราย ประกอบด้วยผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่มีอาการทุเลา จำนวน 12 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 75 มีอายุเฉลี่ย 39 ปี ร้อยละ 80.0 อาสาสมัครสาธารณสุข 12 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60 มีอายุเฉลี่ย 43 ปี ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง จำนวน 12 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80 มีอายุเฉลี่ย 51 ปี ร้อยละ 90.0 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 95 สถานภาพคู่ ร้อยละ 90 มีอาชีพทำนา ร้อยละ 100 และรายได้เฉลี่ย 6,000 บาท /เดือน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 2 ราย เพศหญิง อายุเฉลี่ย 42 ปี ประสบการณ์ทำงานด้านจิตเวชชุมชน เฉลี่ย 4 ปี

ส่วนที่ 2 ผลการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนร่วมกับการใช้โปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท¹¹

การใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนร่วมกับการใช้โปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว ผู้วิจัยจัดการสนทนากลุ่มผู้ป่วยและครอบครัว สรุปลักษณะสำคัญ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ระยะวางแผนการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการสนทนากลุ่ม สมาชิกกลุ่ม ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข ครอบครัว และพยาบาล เพื่อสำรวจปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท รับรู้ผลกระทบของผู้ดูแล พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลมีปัญหาเรื่องการกินยาไม่สม่ำเสมอ บางคนเจ็บเฉย ไม่พูด ไม่ออกจากบ้าน บางครั้งมีอาการหงุดหงิด ทำลายข้าวของ ผู้ดูแลได้ผลกระทบโดยตรง และรู้สึกเป็นภาระ ไม่สามารถจัดการผู้ป่วยได้ บางครั้งต้องปล่อยปละเลย ไม่สนใจผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 2 ระยะดำเนินการ การมีส่วนร่วมของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข ครอบครัว และพยาบาล ร่วมคิด ร่วมทำ ค้นหาวิธีการช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับชุมชน ผลักดันให้เกิดความร่วมมือที่จะช่วยเหลือครอบครัว และสร้างความรู้สึกละและความคาดหวังที่ดีต่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีการมอบหมายหน้าที่ให้มี อาสาสมัคร

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการทางลบของผู้ป่วยในจิตเภทกลุ่มเดี่ยววัดก่อนและหลังรับโปรแกรมสนับสนุนครอบครัว

อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท	Mean	S.D.	D*	df	t	p-value
ก่อนใช้โปรแกรม	22.25	2.490	4.750	11	7.856*	.001
หลังใช้โปรแกรม	17.50	1.167	1.323	11	7.150*	

*p < 0.05

สาธารณสุข 1 คน เป็นพี่เลี้ยงแก่ ผู้ป่วยและครอบครัว และอีก 1 คน กำหนดกิจกรรมการเข้าร่วมกิจกรรมโดยนัดหมายให้มาเข้าร่วมการทำกิจกรรมกลุ่มโดยใช้โปรแกรมสนับสนุนครอบครัว สัปดาห์ละ 2 วัน รวมระยะเวลา 4 สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 3 ระยะกำกับติดตามกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน มีการติดตามผลการดำเนินกิจกรรมทุก 1 สัปดาห์จนครบ 4 สัปดาห์ โดยประเด็นที่ติดตาม ได้แก่ การกำหนดกติกาให้ผู้ป่วยกินยาต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 4 ระยะประเมินผล ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งครอบครัว ชุมชน และพยาบาล มีการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปผลว่า ผู้ป่วยกินยาต่อเนื่อง มีการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำกิจกรรมต่างๆได้ด้วยตนเอง ควบคุมอารมณ์ได้ดี ผู้ดูแลในครอบครัวรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่เป็นภาระต่อครอบครัว สามารถไปเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆในชุมชนได้

ผลการเปรียบเทียบอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังเข้าใช้โปรแกรมสนับสนุนครอบครัว (ตารางที่ 1)

จากตารางที่ 1 พบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเดี่ยว ก่อนและหลัง ได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมสนับสนุนครอบครัว มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ โดยคะแนนเฉลี่ยอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมสนับสนุนครอบครัว (Mean = 17.50) น้อยกว่า ก่อนได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมสนับสนุนครอบครัว (Mean = 22.25)

วิจารณ์

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ซึ่งได้จากการสัมภาษณ์จากผู้ดูแล และอาสาสมัครสาธารณสุข พี่เลี้ยงของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยกินยาต่อเนื่อง มีการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำกิจกรรมต่างๆได้ด้วยตนเอง ควบคุมอารมณ์ได้ดี ผู้ดูแลในครอบครัวรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่เป็นภาระต่อครอบครัว สามารถไปเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆในชุมชนได้ สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วย

จิตเวชในชุมชน¹⁴ ที่พบว่า การรับรู้ความรู้สึกหวั่นไหวซึ่งกันและกัน ความใกล้ชิดผูกพัน ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมั่นคง การมีโอกาสดูแลช่วยเหลือผู้อื่น เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและสอดคล้องกับศึกษาค้นคว้าที่มีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี ผลการศึกษาพบว่า การถ่ายทอดตามเจตคติความรู้สึก ความคิดต่อผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน และการรื้อฟื้นใจร่วมกันเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถ่ายทอดประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อนในชุมชน ความผูกพัน ต้องใจ เป็นการค้นหาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน ในการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมวางแผน ร่วมกันเป็นเจ้าของ โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง¹⁵ เช่นเดียวกับศึกษาค้นคว้าการสนับสนุนทางสังคมต่อผู้ที่เป็โรจิตเภท พบว่า การสนับสนุนทางสังคมต่อผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยรับรู้ต่อตนเองในด้านลบ เช่น ทราบาบ ความรู้สึกด้อยค่า ความรู้สึกว่าตนเองไร้สมรรถภาพ การได้รับการสนับสนุนด้านการรับรู้ คุณค่า การยอมรับและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การให้เกียรติ ไม่ล้อเลียนหรือทำให้ อับอาย เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มุ่งหวังและภาคภูมิใจ¹⁶

วัตถุประสงค์ข้อ 2 ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท

จากศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลัง ได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมสนับสนุนครอบครัว ด้วยการทดสอบค่าที (t- test Independent) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่ออาการด้านลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน¹⁷ พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางลบต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัย สำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติการพยาบาล

ควรมีการนำโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชนหรือภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และมีการติดตามประเมินอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ทุก 3-6 เดือน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด ที่สนับสนุนทุนวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Rössler W, Joachim Salize H, van Os J, Riecher-Rössler A. Size of burden of schizophrenia and psychotic disorders. Eur Neuropsychopharmacol. 2005; 15: 399-409.
2. Mc Grath J, Saha S, Chant D, Welham J. Schizophrenia: A Concise Overview of Incidence, Prevalence, and Mortality. Epidemiologic Rev. 2008; 30: 67-76.
3. Phanthunane P, Vos T, Whiteford H, Bertram M, Udornratn P. Schizophrenia in Thailand: prevalence and burden of disease. Popul Health Metr. 2010;24: 1-8.
4. Sadock, B.J., Sadock, V.A. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral Sciences and clinical psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Williams & Wilkins. New York; 2007.
5. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถิติผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวช. ประเทศไทย. 2549
6. พิษญา เหลียงพานิช, ชมชื่น สมประเสริฐ, เอกอุมา อัมคำ. ผลของโปรแกรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนต่อความสามารถในการฟื้นฟูจิตสังคมของผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล. วารสารพยาบาลทหารบก. 2560; 3: 357-64.
7. Knapp Martin, Mc Crone P, Leeuwenkamp Oscar. Associations between negative symptoms, service use patterns, and costs in patients with schizophrenia in the five European countries. Clinical Neuropsychiatry. 2008; 5: 195-205.
8. Carpenter WT Jr, Heinrichs DW, Alphas LD. Treatment of negative symptoms. Schizophr Bull. 1985; 11: 440-52.
9. Carpenter WT Jr, Strauss JS, Bartko JJ. Flexible system for the diagnosis of schizophrenia: Report from WHO International Pilot Study of Schizophrenia. Science. 1973; 182: 1275-8.
10. ธนา นิลชัยโกวิทย์, เปญ อุ๋นองงค์, ดารณศ เกษไชว, ปราการณมายากร. Positive and negative syndrome scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T). กรุงเทพฯ: แจนแซนแลก, 2550.
11. อติญา โพธิ์ศรี, เพ็ญพัทธ์ อุทิศ. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทชุมชน. วารสารพยาบาลสภาการขาดไทย. 2551; 1: 68-85
12. ปราณี มีหาญพงษ์, กรรณิการ์ณ ฉัตรดอกไม้. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล.วารสารพยาบาลทหารบก. 2561,1: 9-15.
13. ศิริพร จิรวัดณ์กุล. การวิจัยเชิงคุณภาพในวิชาชีพพยาบาล(พิมพ์ครั้งที่ 2). ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2548.

14. แก้วดา มีศรี, เพ็ญนภา แดงต่อมยุทธ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน. วารสารพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. 2555; 26: 35-49.
15. เปรมฤดี ดำรักษ์, อังคณา ว่างทอง, อนุชิต ว่างทอง. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี. วารสารสมาคมนักวิจัย. 2557; 19: 92-103.
16. ขวัญสุตา บุญทศ, อมรรัตน์ ศรีคำสุข ไชโตะ, สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล. การสนับสนุนทางสังคมต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. การประชุมวิชาการ ครั้งที่ 27 ประจำปี 2554.
17. ชุมทรัพย์ ก้อน, ทองวีณา จีระแพทย์, เพ็ญพัทธ์ อูทิศ. ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่ออาการด้านลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. 2559; 30: 52-65.

