



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8
The 8th STOU National Research Conference

ผลของโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุข
ต่อความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท
Effect of the Family and Health Volunteer Participation Care Program
to Symptom Severity of Patient with Schizophrenia

สุนันญา แสงแก้ว (Sunanya Saengkaew)¹ เรณุการ์ ทองคำรอด (Renukar Thongkhamrod)²

กชพงศ์ สารการ (Kotchapong Sarakan)³

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) เปรียบเทียบความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และ (2) เปรียบเทียบเจตคติ ความรู้ และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและชุมชนระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมและภายหลังโปรแกรม 1 เดือน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ 1) ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตสงบ จำนวน 12 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 6 คน และ 2) ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 12 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขจำนวน 12 คน ในอำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แต่ละกลุ่มประกอบด้วยครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท 6 คน และอาสาสมัครสาธารณสุข 6 คน กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุข ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทฉบับโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ และ 3) แบบสอบถามเจตคติ ความรู้ และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและชุมชน ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน โดยแบบสอบถามส่วนที่ 3 มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .90 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ผลการศึกษาพบว่า (1) ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง มีคะแนนอาการทางจิตน้อยกว่ากลุ่มควบคุมทั้งภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมและภายหลังโปรแกรม 1 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ (2) ครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเจตคติ ความรู้ และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและชุมชนสูงกว่ากลุ่มควบคุมทั้งภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมและภายหลังโปรแกรม 1 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ โรคจิตเภท โปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุข

¹ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แผนกวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช Sunanya99@Gmail.com

² อาจารย์ประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช trenukar@gmail.com

³ อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี kchapong@gmail.com



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8

The 8th STOU National Research Conference

Abstract

The purposes of this quasi-experimental research were : (1) to compare symptoms severity of patients with schizophrenia between experimental and control group and (2) to compare attitude, knowledge and skills in caring patients with schizophrenia at home and community between the experimental and control group after finished program and 1 month later. The samples were (1) 12 patients with schizophrenia randomised into the experimental and control group with each 6 per group and (2) 12 schizophrenic patient's families and 12 health volunteers in Loeng Nok Tha District, Yasothorn Province which divided into experimental and control group with 6 schizophrenic patient's family and 6 health volunteer per group. The experimental group received the Family and Health Volunteer Participation Care Program while the control group received usual care. The instrument for collecting data were 1) general Information. 2) Prasri Assessment Schizophrenia Scale (PASS8) and 3) the attitude, knowledge and skill in caring patient with schizophrenia at home and community's questionnaire. The program and questionnaire were examined for validity by 5 experts. The Cronbach's alpha reliability of the third part of questionnaire was .90. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, and repeated measures ANOVA. The results were as follows: (1) the schizophrenic patients in experimental group had less symptoms severity than the control group both after finished program and 1 month later at .05 significance level. And (2) the schizophrenic patient's families and health volunteers had higher scores of attitude, knowledge and skills in caring patients with schizophrenia at home and community than the control group both after finished program and 1 month later with the significant level at .05.

Keywords: Schizophrenia, Family and health volunteer participation care program



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8

The 8th STOU National Research Conference

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่รุนแรงและเรื้อรัง จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบความชุกของผู้ป่วยจิตเภทเท่ากับ 7 ต่อประชากร 1,000 รายหรือประมาณ 24 ล้านคนทั่วโลก และพบเป็นอันดับ 1 ของโรคจิตเวชทั้งหมด (World Health Organization, 2001). ทำให้สูญเสียสมรรถภาพ และก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมาก องค์การอนามัยโลกจัดให้เป็นหนึ่งในสามของโรคที่มีผลทำให้สูญเสียสมรรถภาพ (disabling effect) มากที่สุด ซึ่งถือว่าเป็นปัญหาที่สำคัญทางด้านสาธารณสุขอย่างยิ่ง จากสถิติผู้ป่วยนอกจิตเวช พบผู้ป่วยที่มารับบริการในหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต ในปีงบประมาณ 2555-2556 พบว่า โรคจิตเภทมีจำนวนผู้ป่วยมากเป็นอันดับ 1 จากจำนวนผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมดที่มารับบริการในหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2557). โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีลักษณะความผิดปกติที่เกี่ยวกับความคิดร่วมกับความผิดปกติของอารมณ์ การรับรู้ พฤติกรรม การตัดสินใจ บุคลิกภาพ และมีความบกพร่องทางหน้าที่การงานและสังคม (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2549). ลักษณะการดำเนินของโรคมีความรุนแรงและเรื้อรัง มีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูงถึงร้อยละ 70 (สุนีย์ เอกวัฒนพันธ์ และวรรณภา พลอยเกลื่อน, 2552). ทำให้เกิดผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ผู้ดูแลหรือครอบครัวสังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขทั่วโลก (Buchanan & Carpenter, 2005). เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทจะทำให้การทำบุคคลสูญเสียความสามารถและประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ ตั้งแต่การดูแลตนเอง การมีสัมพันธภาพกับครอบครัว การเรียนหนังสือ การทำงาน และการดำเนินชีวิตในสังคม (World Health Organization, 2001).

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ การพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขของพระประไพ แหกเต้าและคณะ (2554) โดยการอบรมให้ความรู้ และให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมในการกำหนดรูปแบบและแบบฟอร์มการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่บ้านสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ระยะเวลา 3 เดือน พบว่าเป็นวิธีการที่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถดูแลตัวเองได้มากขึ้น สามารถอยู่ในชุมชนได้นานเกิน 3 เดือน ผู้เยี่ยมและผู้ได้รับการเยี่ยมมีความพึงพอใจ เป็นการพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการร่วมกันดูแลผู้ป่วยจิตเวช ข้อเสนอแนะ ควรมีการดำเนินงานต่อเนื่อง โดยการพัฒนาความรู้ และทักษะแก่อาสาสมัครสาธารณสุข มีการควบคุมกำกับให้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องเป็นงานประจำโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาคาวศิริ วิลา มาศ (2554) ได้ทำการศึกษาบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนบ้านนาไร่ใหญ่ ตำบลเสนางค นิคม อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดอำนาจเจริญ โดยอาสาสมัครสาธารณสุขเข้าร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูลด้วยกัน วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการด้านการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทร่วมกัน ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนได้เรียนรู้ และเข้าใจถึงปัญหาของผู้ป่วยโรคจิตเภทตลอดจนการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยมีแผนการสอนในการฝึกอบรม 7 วัน ผลการศึกษพบว่าด้านความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคจิตเภทของอาสาสมัครสาธารณสุขก่อนเข้ารับการฝึกอบรมและหลังการฝึกอบรม พบว่าหลังการฝึกอบรมมีจำนวนอาสาสมัครมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเพิ่มขึ้นทุกคน ด้านความพึงพอใจของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเข้ารับการฝึกอบรม พบว่ามีความพึงพอใจมาก ไม่มีอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีความไม่พึงพอใจ ด้านการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังสิ้นสุดการฝึกอบรม เมื่อประเมินผลการศึกษาพบว่าอาสาสมัครเข้ามามี ส่วนร่วมมากขึ้นในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และจากการศึกษาของพันธศักดิ์ วราอัศรปติ (2540) ได้ศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถพึ่งตนเองได้ อยู่ในชุมชนได้ รวมทั้งญาติและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยวิธีการให้คำปรึกษา และแนะนำการใช้คู่มือแก่ญาติของผู้ป่วย พบว่า



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8

The 8th STOU National Research Conference

อาการของผู้ป่วยส่วนใหญ่ปกติสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี สามารถร่วมกิจกรรมในครอบครัวได้ดี และสามารถประกอบอาชีพได้ค่อนข้างดี รวมทั้งสามารถเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนได้ค่อนข้างดี ส่วนในระดับญาติและผู้นำชุมชน พบว่าญาติส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย ส่วนผู้นำชุมชนส่วนใหญ่มีทัศนคติในระดับค่อนข้างดี

จากการที่ผู้วิจัยได้ดำเนินสนทนากลุ่มกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและอาสาสมัครสาธารณสุขในตำบลกุดแห่ อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดยโสธร ในปี 2557 ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน คือ ครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขได้มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งที่ผ่านมาครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขต่างคนต่างดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามบทบาทของตนเอง แต่ไม่เคยที่จะมาดูแลผู้ป่วยจิตเภทร่วมกัน และยังพบว่าครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขบางคนยังไม่มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขไม่สามารถจัดการกับอาการของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลง ยังไม่มีรูปแบบหรือแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีพฤติกรรมไม่ให้ความร่วมมือ ก้าวร้าว ญาติและชุมชนไม่ได้ให้ความสนใจในการดูแลผู้ป่วยการรับประทานยา ขาดการดูแลช่วยเหลือด้านจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบซ้ำเป็นๆหายๆ ผู้ป่วยขาดยา และอาการกำเริบประชาชนในชุมชนรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหาของสังคม สร้างความเดือดร้อนให้ชุมชน จากความสำคัญและรายงานการศึกษาวิจัยรวมทั้งการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขต่อความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท ตำบลกุดแห่ อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดยโสธร เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างมีประสิทธิภาพความรุนแรงของอาการทางจิตลดลงโดยครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผู้ป่วยจิตเภทสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้และลดการกลับเป็นซ้ำ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เปรียบเทียบความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. เปรียบเทียบเจตคติ ความรู้ และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและชุมชนระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมและภายหลังโปรแกรม 1 เดือน



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8

The 8th STOU National Research Conference

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและ
อาสาสมัครสาธารณสุข ดังนี้

การให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมแบบกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1
ชั่วโมง 30 นาที

จำนวน 6 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 ภาพความเป็นจริงในปัจจุบันและความมุ่งหวัง “ผู้ป่วยโรค
จิตเภทในชุมชนของเรา”

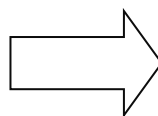
ครั้งที่ 2 การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและชุมชน

ครั้งที่ 3 การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท

ครั้งที่ 4 ทักษะจำเป็นที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกัน

ครั้งที่ 5 ทักษะจำเป็นที่เกี่ยวข้องกับด้านการจัดการอาการ

ครั้งที่ 6 กิจกรรมสรุปและทบทวนการดำเนินการที่ผ่านมา



-ความรุนแรงของอาการทางจิต
ของผู้ป่วยจิตเภท

-เจตคติ ความรู้และทักษะ

การดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ที่บ้านและชุมชน

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มแบบวัดซ้ำ (The Two Groups Repeated Measures Design)

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปโดยดำเนินการดังนี้

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1.2 เปรียบเทียบคะแนนประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังการทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือน โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Two-Way ANOVA Repeated Measure)

1.3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของเจตคติ ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและชุมชนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันทีและระยะหลังการทดลอง 1 เดือน โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนวัดซ้ำ (Two-Way ANOVA Repeated Measure)

1.4 กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8

The 8th STOU National Research Conference

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) คือ

1. ผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 12 คน โดยใช้แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท 8 ข้อ (PASS 8) ฉบับโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ที่มีคะแนนตั้งแต่ 17 คะแนนขึ้นไป แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนี้

กลุ่มทดลองผู้ป่วยโรคจิตเภท ตำบลกุดแห่ อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 6 คน

กลุ่มควบคุมผู้ป่วยโรคจิตเภท ตำบลสามแยก อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 6 คน

2. ครอบครัวผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและอาสาสมัครสาธารณสุขจำนวน 24 คน โดยเป็นครอบครัวผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจำนวน 12 คนและอาสาสมัครสาธารณสุขจำนวน 12 คน ในเขตอำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มทดลอง จำนวน 12 คน ประกอบด้วยครอบครัวผู้ที่เป็นโรคจิตเภท จำนวน 6 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขจำนวน 6 คน ตำบลกุดแห่ อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา

กลุ่มควบคุม จำนวน 12 คน ประกอบด้วยครอบครัวผู้ที่เป็นโรคจิตเภท จำนวน 6 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขจำนวน 6 คน ตำบลสามแยก อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ชุดที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ระยะเวลาเจ็บป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วย

ชุดที่ 2 แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท 8 ข้อฉบับพระศรีมหาโพธิ์ (Prasri Assessment Schizophrenia Scale : PASS 8)

เป็นแบบประเมินอาการทางจิตที่มีความเที่ยงในระดับดี และมีความจำเพาะค่อนข้างสูง เมื่อเทียบกับเครื่องมือมาตรฐานระดับสากล จึงสามารถนำมาประเมินอาการและติดตามอาการของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ มีค่า Cronbach's Alpha รายข้ออยู่ระหว่าง 0.267 - 0.710 และมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.794 ให้เน้นการถามเพื่อค้นหาอาการที่มีในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา การให้คะแนนพิจารณาจาก การสังเกตลักษณะของผู้ป่วยขณะสัมภาษณ์ รวมทั้งประวัติจากญาติผู้ดูแล มีข้อคำถาม 8 ข้อ ซึ่งแต่ละข้อมีระดับคะแนน 1-5 คะแนน

ชุดที่ 3 แบบสอบถามเจตคติ ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและชุมชน

แบบสอบถามเจตคติ ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและชุมชน เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้กรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ของภัทราภรณ์ พงษ์ปันคำ และคณะ (2548) สอบถามเกี่ยวกับ ความรู้สึกนึกคิด ความเห็น ความรู้ความสามารถ ทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ของผู้ดูแลและอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดย เนื้อหาคำถามแบ่งออกเป็น 4 ด้านได้แก่ 1) ด้านเจตคติ 2) ด้านการใช้ชีวิตตามปกติ 3) ด้านการจัดการอาการ 4) ด้านการบริหารจัดการด้านยา เป็นมาตรวัด ประมาณค่า 4 ระดับ (rating scale) ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และนำไปทดลองใช้ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .90



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8

The 8th STOU National Research Conference

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

คือ โปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรม การให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมแบบกลุ่ม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที จำนวน 6 ครั้ง โดยผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ของ ภัทรารณ ทุ่งปันคำ และคณะ (2548) ดังนี้

ครั้งที่ 1 ภาพความเป็นจริงในปัจจุบันและความมุ่งหวัง “ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนของเรา”

ครั้งที่ 2 การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและชุมชน

ครั้งที่ 3 การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท

ครั้งที่ 4 ทักษะจำเป็นที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกัน

ครั้งที่ 5 ทักษะจำเป็นที่เกี่ยวข้องกับด้านการจัดการอาการ

ครั้งที่ 6 กิจกรรมสรุปและทบทวนการดำเนินการที่ผ่านมา

โปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุข การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสม แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่มีความเชี่ยวชาญด้านวิชาการ ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ด้านชุมชน ด้านบริหารการพยาบาล จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบเนื้อหา กิจกรรม ความตรงเชิงโครงสร้างในแต่ละกิจกรรมและความเหมาะสม

ผลการวิจัย

1. **ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 91.66 อายุเฉลี่ย 41.50 ปี** อยู่ระหว่างอายุ 30-39 ปี ร้อยละ 41.66 ผู้ให้การดูแลเป็นบิดา/มารดา ร้อยละ 41.66 เป็น ญาติพี่น้อง ร้อยละ 41.66 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 83.33 เป็นเกษตรกร ร้อยละ 66.66 สถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 83.33 ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคนี้ 5 ปี – 10 ปี ร้อยละ 58.33 ระยะเวลาที่เจ็บป่วยเฉลี่ย 10.67 ปี

ผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขมีคะแนนประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทในระยะหลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน ลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. **ครอบครัวและ อาสาสมัครสาธารณสุข** ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75 อายุเฉลี่ย 53.96 ปี โดยครึ่งหนึ่งมีอายุอยู่ระหว่างอายุ 50-59 ปี (ร้อยละ 50) และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทเป็นญาติ (ร้อยละ 50) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ร้อยละ 50 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 66.66 เป็นเกษตรกร ร้อยละ 54.17 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 79.17 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 14.04 ปี โดยครึ่งหนึ่งมีระยะเวลาดูแลผู้ป่วยอยู่ระหว่าง 5-10 ปี (ร้อยละ 50)

ครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของ



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8

The 8th STOU National Research Conference

ครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขมีคะแนนเจตคติ ความรู้ และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและชุมชนสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ทั้งในระยะหลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบรายคู่คะแนนประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทของกลุ่มทดลองในระยะเวลาที่ต่างกัน

ระยะเวลาการประเมิน	Mean Difference	95%CI	p-value
ก่อนทดลอง : หลังทดลองทันที	5.6667*	3.990-7.343	.000*
ก่อนทดลอง : หลังทดลอง 1 เดือน	5.6667*	3.990-7.343	.000*
หลังทดลองทันที : หลังทดลอง 1 เดือน	.0000	-1.676-1.676	1.000

*p<.001

จากตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบรายคู่คะแนนประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทของกลุ่มทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยก่อนทดลองกับหลังทดลองทันที ก่อนทดลองกับหลังทดลอง 1 เดือน มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และหลังทดลองทันทีกับหลังทดลอง 1 เดือน ไม่มีความแตกต่างกัน ($p = 1.000$)

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบรายคู่คะแนนเจตคติ ความรู้และทักษะการดูแล ผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองในระยะเวลาที่ต่างกัน

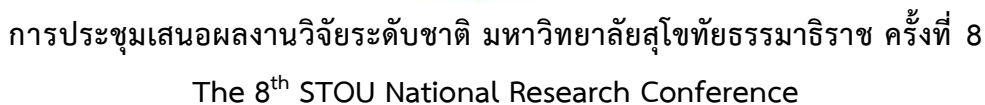
ระยะเวลาการประเมิน	Mean Difference	95%CI	p-value
ก่อนทดลอง : หลังทดลองทันที	-21.833*	-29.146 - -14.520	.000*
ก่อนทดลอง : หลังทดลอง 1 เดือน	-21.583*	-29.040 - -14.127	.000*
หลังทดลองทันที : หลังทดลอง 1 เดือน	.250	-.118 -1.618	.246

*p<.001

จากตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบรายคู่คะแนนเฉลี่ยของเจตคติ ความรู้และทักษะการดูแล ผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยก่อนทดลองกับหลังทดลองทันที ก่อนทดลองกับหลังทดลอง 1 เดือน มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และหลังทดลองทันทีกับหลังทดลอง 1 เดือน ไม่มีความแตกต่างกัน ($p\text{-value} = .246$)

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขมีคะแนนประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทในระยะหลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน ลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้อธิบายได้ว่าเนื่องจากกลุ่มทดลอง ได้รับการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขในการให้โอกาส สนับสนุนให้กำลังใจ และเสริมแรงเมื่อผู้ป่วยมี



จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขมีคะแนนเจตคติความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและชุมชนสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ทั้งในระยะหลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้อธิบายได้ว่าเนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขมีเนื้อหาเกี่ยวกับ ความรู้สึนึกคิด ความเห็น ความรู้ความสามารถ ทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้ เจตคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขเกิดความร่วมมือที่ดีส่งผลให้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

389



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8

The 8th STOU National Research Conference

ไปให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนิตยา เนื่องจากครอบครัวและสามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ว่าหากทิ้งไว้จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบจนในที่สุดต้องเสียเงินส่งผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวช จากการศึกษาครั้งนี้จะเห็นว่าครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขมีความเข้าใจที่ลึกซึ้งขึ้น เริ่มมองว่าการดูแล และความยุ่งยากที่เกิดขึ้นไม่ใช่ปัญหา แต่จะมองว่าเป็นสิ่งที่ปกติที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เกิดการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังจากครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขได้รับความรู้และทักษะหลังการทดลอง ซึ่งจะส่งผลให้สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมด้านทักษะทางสังคมที่ดีขึ้น ลดอาการทางจิตได้ ไม่มีอาการกำเริบ ผู้ป่วยมีสมรรถภาพทางจิตสังคมเพิ่มขึ้นและสามารถดูแลตนเองได้ ใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนได้ด้วยตนเอง ลดภาระการพึ่งพาญาติและครอบครัว ผู้ป่วยและอาสาสมัครสาธารณสุขมีความพึงพอใจหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม

ข้อเสนอแนะ

1. ควรสนับสนุนให้ผู้บริหาร นำผลการวิจัยไปเป็นนโยบาย ให้มีการนำโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขไปใช้ในทุกพื้นที่
2. ควรสนับสนุนให้บุคลากรในหน่วยงาน ได้นำโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
3. ควรมีจัดอบรมให้ความรู้อาสาสมัครสาธารณสุข ญาติ ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2557). สถิติรายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2557. กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต, นนทบุรี.
- กรมสุขภาพจิต. (2558). คู่มือวิทยากรหลักสูตร การเข้าถึงบริการและดูแลผู้ป่วยโรคจิตสำหรับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข. สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, นนทบุรี.
- ดาวศิริ วิลามาต. (2554). การฝึกบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนบ้านนาไร่ใหญ่ ตำบลเสนางคนิคม อำเภอสว่างคนิคม จังหวัดอำนาจเจริญ. (การศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ภัทรภรณ์ พุงปันคำ, สิริลักษณ์ วรรณะพงษ์, ลำเนา เรืองยศ, ปิทธิรส ศิลปกิจ, และสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล. (2548). การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน: รูปแบบและโปรแกรมการพัฒนาทักษะของผู้ดูแล. การประชุมวิชาการ โรงแรมเวียงฟิงค์, เชียงใหม่.
- พันธศักดิ์ วรอัศรปติ. (2540). การพัฒนาการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ อุบลราชธานี สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- พรประไพ แวกเต่า. (2554). ผลของการใช้โปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและ ครอบครัวสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 25 : (2) หน้า 130-142.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2549). การทำกลุ่มบำบัด สำหรับพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 2). ภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิต



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8

The 8th STOU National Research Conference

และ จิตเวช มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น

สุนีย์ เอกวัฒนพันธ์. (2552). ผลของการวางแผนจำหน่ายที่มีต่อการกลับ เข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง
ในงานบำบัดระยะยาว โรงพยาบาลศรีธัญญา. กรุงเทพฯ.

Bunchanan, R. W., Carpenter, W. T. (2005). *Concept of Schizophrenia*. In E. J. Sadock &
V. A. Sadock (Eds), *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*,
8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Lieberman, R.P., & Kopelowicz, A. (2008). *Recovery From Schizophrenia : A Concept in Search of Research*.
Psychiatric Services, 56(6), 735-742.

Tungpunkom, P. (2000). *Staying in balance: Skill and role development in psychiatric caregiving*.
Dissertation The University of California San Francisco, SF. CA.

World Health Organization. (2001). *Mental Health Report 2001*. Mental health : understanding,
new hope. World Health Organization, Geneva.

