



การวิจัยและพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนเป็นฐาน
ที่มีต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

RESEARCH AND DEVELOPMENT OF COMMUNITY-BASED REHABILITATION
PROGRAM IN SCHIZOPHRENIA ON PARTICIPATED BEHAVIOR OF VILLAGE HEALTH
VOLUNTEER

อุไรวรรณ เกิดสังข์

การวิจัยและพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนเป็นฐาน
ที่มีต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน



ปริญญาานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปีการศึกษา 2565

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

RESEARCH AND DEVELOPMENT OF COMMUNITY-BASED REHABILITATION
PROGRAM IN SCHIZOPHRENIA ON PARTICIPATED BEHAVIOR OF VILLAGE HEALTH
VOLUNTEER



URAIWAN KERDSANG

A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of DOCTOR OF PHILOSOPHY
(Applied Behavioral Sc.Research)
Behavioral Science Research Insitute, Srinakharinwirot University

2022

Copyright of Srinakharinwirot University

ปริญญานิพนธ์

เรื่อง

การวิจัยและพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนเป็นฐาน
ที่มีต่อพฤติกรรมความร่วมมือของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ของ

อุไรวรรณ เกิดสังข์

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์จัตตชัย เอกปัญญาสกุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

คณะกรรมการสอบปากเปล่าปริญญานิพนธ์

..... ที่ปรึกษาหลัก

(รองศาสตราจารย์ ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง)

..... ที่ปรึกษาร่วม

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นริสรา พึ่งโพธิ์สม)

..... ประธาน

(รองศาสตราจารย์ ดร.วิภาวรรณ ชะอุ่ม เพ็ญสุขสันต์)

..... กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฐาศุภร์ จันประเสริฐ)

..... กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทิชาติ สันต์ สกุลพงศ์)

ชื่อเรื่อง	การวิจัยและพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนเป็นฐาน ที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ผู้วิจัย	อุไรวรรณ เกิดสังข์
ปริญญา	ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต
ปีการศึกษา	2565
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. อังคินันท์ อินทรกำแหง
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นริศรา พึ่งโพธิ์สภ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการมีส่วนร่วม และแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน 2) สร้างและออกแบบโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนเป็นฐาน และ 3) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมฯ ที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) การวิจัยในระยะที่ 1 สร้างและออกแบบโปรแกรมฯ เริ่มต้นด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มผู้ให้ข้อมูล 12 คน (ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล อสม. ผู้นำท้องถิ่น บุคลากรสาธารณสุข และผู้เชี่ยวชาญ) ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมฯ และทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมฯ เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบกลุ่ม เป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน เก็บข้อมูลจากแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.83-0.96 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา และ MANOVA ผลการวิจัยระยะที่ 1 พบว่า 1) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภทประกอบด้วย (1) ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค เช่น ไม่ได้ได้รับการรักษา การบริหารยาไม่ถูกต้อง (2) ด้านการรับรู้อุปสรรค เช่น ขาดความรู้เรื่องโรค การถูกตีตรา (3) ด้านการรับรู้ประโยชน์ เช่น รับประทานยาต่อเนื่อง (4) ด้านการรับรู้สิ่งจูงใจให้ปฏิบัติ เช่น การสนับสนุนความรู้ด้านจิตเวช การมีส่วนร่วมของชุมชน และ (5) ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง เช่น เข้าถึงแหล่งสนับสนุน พฤติกรรมการมีส่วนร่วมฟื้นฟูฯ ประกอบด้วย ความพร้อมของผู้ป่วย การยอมรับจากครอบครัว/ชุมชน และสนับสนุนกิจกรรมฟื้นฟูทางสังคม แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เช่น สนับสนุนความรู้ และการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น ผลการวิจัยระยะที่ 2 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สิ่งจูงใจให้ปฏิบัติ และการมีส่วนร่วมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท ภายหลังจากทดลองทันที และระยะติดตามผล ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .001$) และสูงกว่าก่อนการทดลอง ($p < .001$) สรุปได้ว่า โปรแกรมฯ มีประสิทธิผลที่สามารถนำไปใช้ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนเป็นฐานโดย อสม. หรือกลุ่มแกนนำท้องถิ่น และสามารถนำไปใช้ขยายผลไปยังพื้นที่อื่นได้

คำสำคัญ : ความเชื่อด้านสุขภาพ, โรคจิตเภท, การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนเป็นฐาน, พฤติกรรมการมีส่วนร่วม, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Title	RESEARCH AND DEVELOPMENT OF COMMUNITY-BASED REHABILITATION PROGRAM IN SCHIZOPHRENIA ON PARTICIPATED BEHAVIOR OF VILLAGE HEALTH VOLUNTEER
Author	URAIWAN KERDSANG
Degree	DOCTOR OF PHILOSOPHY
Academic Year	2022
Thesis Advisor	Associate Professor Dr. Ungsinun Intarakamhang
Co Advisor	Assistant Professor Dr. Narisara Peungposop

The objectives of this research are as follows: (1) to study the health belief model, participation behavior, and guidelines for the rehabilitation of schizophrenic patients in the community; (2) to create and design a community-based rehabilitation of schizophrenic patient programs; and (3) to study the effectiveness of the program on the participation of village health volunteers (VHV). Research in Phase One: creating and designing a program, starting with in-depth interviews with 12 key informants (schizophrenic patients, caregivers, VHV, community leaders, and health professionals). Research in Phase Two: developing the program and examining the effectiveness of the program using cluster randomized sampling. The sample was divided into an experimental and a control group with 20 in each group. The data was collected using five-point Likert scale questionnaires, with a validity of 0.83-0.96. The data were analyzed with content analysis and MANOVA. The findings of Phase One found that: 1) the health belief model of schizophrenia was (1) perceived susceptibility/severity mode, not being treated and medication errors; (2) perceived barriers, a lack of knowledge of disease, and stigma; (3) perceived benefits, taking medicine continuously; (4) perceived cues to action, psychiatric support and community participation; and (5) perceived self-efficacy mode, access to support. Participation behavior in rehabilitation were patient readiness, acceptance from family/community and supporting social rehabilitation. Guidelines for the rehabilitation of schizophrenic patients in the community included knowledge support, and local wisdom. The findings of Phase Two found that the average health belief model, cues to action, and participation in schizophrenic patients in the experimental group were higher than the control group in the post-experimental phase, and after the follow-up phase ($p < .001$) and higher than before the experimental phase ($p < .001$). In conclusion, the program is effective that can be used in community-based rehabilitation by VHV or local leaders/groups can be applied to other areas.

Keyword : Health belief, Schizophrenia, Community-based rehabilitation, Participation behavior, Village health Volunteers

กิตติกรรมประกาศ

ปริญญาานิพนธ์นี้ สำเร็จได้ด้วยความสะดวก การให้คำปรึกษาแนะนำ การถ่ายทอดความรู้ในการทำวิจัย การเอาใจใส่ รายละเอียดด้วยความรวดเร็ว สม่ำเสมอ พร้อมทั้งให้คำชี้แนะตรวจทาน และช่วยเหลือสนับสนุน ส่งเสริมทั้งในเชิงวิชาการ วิชาชีพ และวิชาชีพชีวิตของ รศ.ดร. อังคินันท์ อินทรกำแหง ในฐานะอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และ ผศ.ดร.นริศรา พึ่งโพธิ์สม อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมจนทำให้ปริญญาานิพนธ์เล่มนี้ สำเร็จลุล่วง ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

กราบขอบพระคุณคณาจารย์ และเจ้าหน้าที่ สถาบันวิจัยพฤกษศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒทุกท่านที่กรุณาประสิทธิประสาท วิชาความรู้และมอบแบบอย่างที่ดีในการเป็นนักวิชาการ และนักวิจัยมืออาชีพ ขอบพระคุณ ดร.พีรณิธิ สิริวัชรธราดล ศิษย์พี่ร่วมสถาบัน และอาจารย์ที่ปรึกษาเดียวกัน ที่ให้ความเมตตา ให้คำแนะนำ สนับสนุนด้านข้อมูล ในทุกกระบวนการขั้นตอน และส่งผลใจให้ฝ่าฟันอุปสรรค ขอบคุณเจ้าหน้าที่บัณฑิตวิทยาลัยที่กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำ รวมทั้งขอบคุณเพื่อน ๆ หลักสูตรวิจัยพฤกษศาสตร์ประยุกต์(เน้นวิจัย) ที่มีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ เติบโต และเติมกำลังใจให้แกกันและกัน

กราบขอบพระคุณ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข นพ.จุมภฏ พรหมสีดา รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต และ นพ.บุญชัย นวมงคลวัฒนา ที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต ที่กรุณา เสียสละเวลา ให้การสัมภาษณ์เชิงลึก และให้คำปรึกษาในผลงานวิจัยครั้งนี้

กราบขอบพระคุณ ผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่กรุณาตรวจประเมินและให้คำแนะนำในการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย รศ.ดร.วิภาวรรณ ชะอุ่ม เพ็ญสุขสันต์ คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี ผศ.ดร.นันทชิตส์ถันท์ สกุลพงศ์ ผศ.ดร.ฐาศุภร์ จันประเสริฐ ผศ.ดร.ศรัณย์ พิมพ์ทอง และ ผศ.ดร. ปิยดา สมบัติวัฒนา สถาบันวิจัยพฤกษศาสตร์ นอกจากนี้ ผศ.ดร.ชูชาติ วงศ์อนุชิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ผศ.ดร.ทิพย์สุดาสำเนียงเสนาะ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ดร.กชพงศ์ สารการ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี ดร. ก. ลินศักดิ์ สุวรรณโชติ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ที่กรุณาตรวจประเมินและให้คำแนะนำในการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย รวมทั้งทีมสหวิชาชีพ จากโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ นางสาววัชราภรณ์ วงศ์สุวรรณ นางสาวเสาวลักษณ์ ภิญญาคง นางศรีสุมาลย์ ทิพย์ภักดี ว่าที่รต.ธีระเดช ศรีเทพ และขอขอบคุณ นางธัญญาทิพย์ สุขปาน พยาบาลวิชาชีพ รพ.สต.บ้านท่าเนียน ตลอดจน อสม. ผู้ดูแล สมาชิก ผู้นำชุมชนที่ได้มีส่วนร่วมในการดำเนินการวิจัย เป็นกำลังใจ ให้การสนับสนุนในครั้งนี้ จนงานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

กราบขอบพระคุณคณะกรรมการสอบปริญญาานิพนธ์ที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะทำให้ปริญญาานิพนธ์มีความสมบูรณ์มีคุณค่าในเชิงวิชาการและการนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนา อสม.เพื่อการดูแลสุขภาพจิตประชาชนต่อไป โดยมี รศ.ดร.วิภาวรรณ ชะอุ่ม เพ็ญสุขสันต์ ประธานคณะกรรมการสอบ รศ.ดร. อังคินันท์ อินทรกำแหง ผศ.ดร.นริศรา พึ่งโพธิ์สม ผศ.ดร.ฐาศุภร์ จันประเสริฐ และ ผศ.ดร.นันทชิตส์ถันท์ สกุลพงศ์ คณะกรรมการสอบ

ขอขอบคุณ สถาบันวิจัยพฤกษศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ และ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต ที่ให้การสนับสนุนทุนวิจัย และการดำเนินกิจกรรมในครั้งนี้

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อคุณแม่ พี่สาว พี่ชายของข้าพเจ้าที่มีความรัก ความห่วงใย ให้กำลังใจอยู่ตลอดเวลา และขอบคุณครอบครัวเกิดสังข์ โดยเฉพาะ ผศ.ว่าที่รต.ธีระยุทธ เกิดสังข์ สามีคูชีวิต และลูก ๆ ที่ให้คำปรึกษา ช่วยเหลือ สนับสนุนในทุก ๆ ด้าน เป็นพลังใจ พลังปัญญาในการทำวิจัยครั้งนี้ประสบผลสำเร็จ และท้ายสุดขอบคุณหัวใจตัวเองที่ได้ทุ่มเท และบริหารเวลาแบบสุด ๆ ทั้งการทำหน้าที่อย่างดีที่สุดในงานประจำ และการศึกษาหลักสูตรนอกเวลาวิชาการตลอดระยะเวลา 3 ปี 1 เทอม (2562-2565) และยังคงดูแลสุขภาพกายใจได้อย่างเข้มแข็ง ขอขอบคุณที่ผ่านทุกเรื่องราวที่ตีงามในชีวิตมาได้ด้วยภาคภูมิใจที่สุด

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง.....	ฎ
สารบัญรูปภาพ	ฏ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ภูมิหลัง	1
คำถามการวิจัย.....	6
ความมุ่งหมายของการวิจัย	6
ความสำคัญของการวิจัย	6
ขอบเขตของการวิจัย	7
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	8
นิยามเชิงปฏิบัติการ	8
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท.....	11
1.1 ความหมายโรคจิตเภท.....	11
1.2 สาเหตุและปัจจัยของการเกิดโรคจิตเภท.....	12
1.3 ลักษณะอาการทางคลินิก และการดำเนินโรค.....	13
1.4 การวินิจฉัยโรค และการรักษาผู้ป่วยจิตเภท	15
1.5 ปัญหาและผลกระทบของโรคจิตเภท.....	18

ส่วนที่ 2 แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช	20
2.1 ความหมายการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช	20
2.2 หลักการของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช	21
2.3 แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช	22
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช	25
ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการมีส่วนร่วม.....	26
3.1 แนวคิดพฤติกรรมการมีส่วนร่วม	26
3.2 การวัดพฤติกรรมการมีส่วนร่วม	30
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการมีส่วนร่วม	31
ส่วนที่ 4 แนวคิดทฤษฎีเพื่อพัฒนาโปรแกรมการฟื้นฟู.....	33
4.1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	33
4.1.1 การวัดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	37
4.1.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	39
4.2 แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนเป็นฐาน Community based Rehabilitation (CBR).....	40
4.2.1 ความเป็นมาของการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนเป็นฐาน	40
4.2.2 ความหมายการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนเป็นฐาน	41
4.2.3 ความสำคัญ วงจรการจัดการด้วย CBR และปัจจัยความสำเร็จ.....	42
4.2.4 แนวคิด CBR MATRIX.....	46
4.2.5 สุขภาพจิตและ CBR	48
4.2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดทฤษฎีเพื่อพัฒนาโปรแกรมการฟื้นฟู.....	50
ส่วนที่ 5 การวิจัยและพัฒนา	55
5.1 ความหมาย	55

5.2 กระบวนการและขั้นตอนการออกแบบการวิจัยและพัฒนา.....	56
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยและพัฒนาโปรแกรมฯ.....	59
ส่วนที่ 6 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	60
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	63
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	66
ระยะที่ 1 การสร้างและออกแบบโปรแกรมพื้นฐาน.....	66
ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมฯ.....	81
การพิทักษ์สิทธิ์และจรรยาบรรณการวิจัย.....	100
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	101
ระยะที่ 1 การสร้างและออกแบบโปรแกรม.....	101
ส่วนที่ 1 ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ.....	101
ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรม.....	120
ส่วนที่ 2 ผลการประเมินประสิทธิภาพโปรแกรมพื้นฐานผู้ช่วยจิตเภทโดยชุมชน เป็นฐาน.....	120
ส่วนที่ 3 ผลการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมพื้นฐานผู้ช่วยจิตเภท.....	123
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล ข้อเสนอแนะ.....	171
สรุปผลการวิจัย.....	172
การอภิปรายผล.....	176
ข้อจำกัดการวิจัย.....	190
ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้.....	191
ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป.....	191
บรรณานุกรม.....	192
ภาคผนวก.....	207

ภาคผนวก ก ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยของข้อเสนอการวิจัย	208
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	212
ภาคผนวก ค รายนามผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบเครื่องมือและโปรแกรมที่ใช้ในการวิจัย	262
ภาคผนวก ง หนังสือเชิญผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิ	264
ภาคผนวก จ การเผยแพร่ผลงานวิจัย	272
ประวัติผู้เขียน.....	277



สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1	สรุปรายงานแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	39
ตาราง 2	สรุปรายงานแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนเป็นฐานของไทยและต่างประเทศ ..	50
ตาราง 3	การกำหนดเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) และคัดออก (Exclusion Criteria) ..	68
ตาราง 4	ตัวอย่างแนวทางการสร้างแนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก.....	71
ตาราง 5	โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนเป็นฐานสำหรับอบสม.....	82
ตาราง 6	ข้อมูลส่วนบุคคล.....	90
ตาราง 7	ตัวอย่างแบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท	91
ตาราง 8	ตัวอย่างแบบวัดพฤติกรรมการมีส่วนร่วมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท	92
ตาราง 9	ตัวอย่างแบบวัดสิ่งจูงใจ	93
ตาราง 10	การกำหนดเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) และคัดออก (Exclusion Criteria)	98
ตาราง 11	ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปจากการศึกษาระยะที่ 1 ในขั้นตอนการศึกษาเชิงคุณภาพ.....	102
ตาราง 12	ข้อมูลทั่วไปจากการศึกษาระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรม ในขั้นตอนการประเมิน ประสิทธิภาพโปรแกรมฯ	120
ตาราง 13	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความ เชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ (n=10).....	121
ตาราง 14	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย สิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ (n=10)	121
ตาราง 15	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการมีส่วนร่วมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n=10)	122
ตาราง 16	ผลการทดสอบความแตกต่างของลักษณะทางประชากรของกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม.....	124

ตาราง 17 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความแปรปรวน ค่าความถี่ และการทดสอบการแจกแจงของตัวแปรตามจำแนกตามกลุ่ม ในการทดสอบก่อนการทดลอง.....	126
ตาราง 18 ผลการตรวจสอบ Variance-covariance matrices ในการทดสอบก่อนการทดลอง.	128
ตาราง 19 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปรของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท คะแนนพฤติกรรมการมีส่วนร่วมฯ และคะแนนสิ่งจูงใจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในการวัดก่อนการทดลอง	129
ตาราง 20 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความแปรปรวน ค่าความถี่ และการทดสอบการแจกแจงของตัวแปรตามจำแนกตามกลุ่ม ในการทดสอบหลังการทดลอง	130
ตาราง 21 ผลการตรวจสอบ Variance-covariance matrices ในการทดสอบหลังการทดลอง .	132
ตาราง 22 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปรของคะแนน ความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท คะแนนพฤติกรรมการมีส่วนร่วมฯ และคะแนนสิ่งจูงใจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในการทดสอบหลังการทดลอง	133
ตาราง 23 การวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม ในการทดสอบหลังการทดลอง	134
ตาราง 24 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายคู่ของความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท พฤติกรรมการมีส่วนร่วมฯ และสิ่งจูงใจ จำแนกรายด้านหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	135
ตาราง 25 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความแปรปรวน ค่าความถี่ และการทดสอบการแจกแจงของตัวแปรตามจำแนกตามกลุ่ม ในการทดสอบระยะติดตามผล 1 เดือน	137
ตาราง 26 ผลการตรวจสอบ Variance-covariance matrices ในการทดสอบระยะหลังติดตามผล 1 เดือน.....	139
ตาราง 27 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปรของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท คะแนนพฤติกรรมการมีส่วนร่วมฯ และคะแนนสิ่งจูงใจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในการทดสอบระยะติดตามผล 1 เดือน	140
ตาราง 28 การวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม ในการทดสอบระยะติดตามผล 1 เดือน	141

ตาราง 29 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายคู่ของความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท
 พฤติกรรมการมีส่วนร่วมฟื้นฟู และสิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วมฟื้นฟู จำแนกรายด้าน ระหว่างกลุ่ม
 ทดลองและควบคุม ระยะติดตามผล 1 เดือน..... 142

ตาราง 30 ผลการตรวจสอบ Variance-covariance matrices ก่อนวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทาง
 แบบวัดซ้ำของตัวแปรตาม..... 144

ตาราง 31 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปรสองทางแบบวัดซ้ำของตัวแปรตามโดย
 พิจารณาตามครั้งที่ทดสอบ และกลุ่มการเข้าร่วมโปรแกรมฯ 145

ตาราง 32 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนตัวแปรเดียวสองทางแบบวัดซ้ำจำแนกรายตัวแปรตาม
 ครั้งที่ทดสอบ และกลุ่มการเข้าร่วมโปรแกรมฯ 145

ตาราง 33 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท รายคู่ในแต่ละ
 ระยะการทดสอบ จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม..... 147

ตาราง 34 แสดงค่านัยสำคัญการเปลี่ยนแปลงรูปร่างของกราฟคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพ
 ของโรคจิตเภท ในแต่ละระยะของการทดสอบ จำแนกตามการเข้าร่วมหรือไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ
 148

ตาราง 35 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของคะแนนสิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วมฟื้นฟู รายคู่ในแต่ละระยะการ
 ทดสอบ จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม..... 150

ตาราง 36 แสดงค่านัยสำคัญการเปลี่ยนแปลงรูปร่างของกราฟคะแนนเฉลี่ยสิ่งจูงใจฯ ในแต่ละ
 ระยะการทดสอบ จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม..... 151

ตาราง 37 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการมีส่วนร่วมฟื้นฟูรายคู่ในแต่ละระยะ
 การทดสอบ จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม..... 153

ตาราง 38 แสดงค่านัยสำคัญการเปลี่ยนแปลงรูปร่างของกราฟคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมฟื้นฟูฯ ใน
 แต่ละระยะการทดสอบ จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 154

สารบัญรูปภาพ

	หน้า
ภาพประกอบ 1 วงจรการมีส่วนร่วม ของ Cohen and Uphoff (1980)	28
ภาพประกอบ 2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model-HBM)	34
ภาพประกอบ 3 วงจรการจัดการด้วย CBR	44
ภาพประกอบ 4 CBR MATRIX	47
ภาพประกอบ 5 ขั้นตอนการวิจัยและพัฒนาอย่างเป็นระบบ	58
ภาพประกอบ 6 กรอบแนวคิดการวิจัยและพัฒนาโปรแกรมฯ	63
ภาพประกอบ 7 ขั้นตอน การวิจัยและพัฒนา (Research & Development) โปรแกรมฯ พื้นฟูฯ ..	64
ภาพประกอบ 8 แสดงวิธีการศึกษาเชิงทดลอง เพื่อทดสอบประสิทธิผลโปรแกรมฯ	96
ภาพประกอบ 9 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท.....	111
ภาพประกอบ 10 พฤติกรรมการมีส่วนร่วมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท	114
ภาพประกอบ 11 แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชน.....	117
ภาพประกอบ 12 การเชื่อมโยงผลการศึกษาและการทบทวนวรรณกรรมสู่การร่างโปรแกรมฟื้นฟู	118
ภาพประกอบ 13 โครงสร้างโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนเป็นฐาน	119
ภาพประกอบ 14 กราฟเส้นแสดงคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท ในแต่ละระยะ การทดสอบจำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	149
ภาพประกอบ 15 กราฟเส้นแสดงคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท เปรียบเทียบ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามครั้งการทดสอบ	149
ภาพประกอบ 16 กราฟเส้นแสดงคะแนนสิ่งจูงใจ ในแต่ละระยะการทดสอบ จำแนกตามกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม	152
ภาพประกอบ 17 กราฟเส้นแสดงคะแนนสิ่งจูงใจเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม จำแนกตามครั้งการ ทดสอบ	152

ภาพประกอบ 18 กราฟเส้นแสดงคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมฟื้นฟูฯ แต่ละระยะการทดสอบ จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	155
ภาพประกอบ 19 กราฟเส้นแสดงคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมฟื้นฟูฯ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม จำแนกตามครั้งการทดสอบ	155
ภาพประกอบ 20 ภาพสะท้อนปัญหาของชุมชน และความต้องการที่จะเห็นการเปลี่ยนแปลง ..	159
ภาพประกอบ 21 ประสิทธิภาพการนำความรู้สู่การฝึกปฏิบัติ	161
ภาพประกอบ 22 ภาพความรู้สึกลึกต่อกิจกรรมของโปรแกรมฯ.....	163
ภาพประกอบ 23 ภาพการทำงานเป็นทีมปฏิบัติการเยี่ยมบ้านเพื่อฟื้นฟูดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน	163
ภาพประกอบ 24 การนำโปรแกรมฯไปสู่การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน	166
ภาพประกอบ 25 ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรม	167
ภาพประกอบ 26 การสะท้อนความคิดเห็นต่อกิจกรรม	168
ภาพประกอบ 27 การสะท้อนการประยุกต์ใช้โปรแกรม.....	169

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

จิตเภท (Schizophrenia) คือโรคเรื้อรังทางจิตเวชที่มีอัตราการกำเริบสูง (Durmaz & Okanli, 2014) ความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตประจำวันและความสามารถด้านการทำงาน (Lieberman & kopelowicz, 2002) หากมีความบกพร่องที่รุนแรง เกิดภาวะทุพพลภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง (Moore, 2008; Corrigan & Mueser, 2008) WHO จัดให้โรคจิตเภทเป็นอันดับ 1 ใน 3 ของโรคที่มีผลทำให้สูญเสียความสามารถ (disabling effect) มากที่สุด (Rossler, Salize, Os, & Riecher-Rosler, 2005) เมื่อเปรียบเทียบกับความผิดปกติทางจิตอื่น ๆ ที่ระบุไว้ในการศึกษาภาวะโรคทั่วโลก (Whiteford et al., 2013) และ พบว่า มีผู้ป่วยจิตเภททั่วโลกกว่า 26 ล้านคน มีความชุกตลอดชีพ (life time prevalence) คิดเป็นอัตราป่วย 7 ต่อ 1,000 คน ในประชากรวัยผู้ใหญ่ ส่วนใหญ่ร้อยละ 90 จะอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา การเข้าถึงบริการ การบำบัดรักษายังเป็นอุปสรรคที่สำคัญ (WHO, 2019) จากรายงานภาพรวมผู้ป่วยที่เข้ารับบริการด้านจิตเวชในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560-2562 มีจำนวนเพิ่มขึ้น 2,669,820 คน, 3,135,295 คน และ 3,797,555 คน ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2562) โดยโรคจิตเภท เป็น 1 ใน 5 โรคทางจิตเวชที่พบอัตราการกลับมาเป็นซ้ำสูงที่สุดและมีอาการรุนแรงตลอดชีวิต (Shao, Chen, Chang, Lin, & Lin, 2013; Boaz et al., 2013) ซึ่งพบว่า จำนวนผู้ป่วยที่กลับมาอนโรพยาบาลซ้ำ เป็นอัตราส่วนที่สำคัญในโรงพยาบาล คิดเป็นจำนวนสูงสุดถึงร้อยละ 80 (Jaramillo-Gonzalez, Sanchez-Pedraza & Herazo, 2014) จากประสบการณ์การปฏิบัติงานของผู้วิจัยที่ผ่านมา พบว่า อัตราการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทยังคงเพิ่มขึ้น จากรายงานสถิติของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ซึ่งเป็นโรงพยาบาลจิตเวชในระดับภูมิภาค ภาคใต้ตอนบน พบว่า ปี พ.ศ. 2560 - 2562 มีผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการรักษาไว้แผนกผู้ป่วยในและจำหน่ายกลับบ้าน จำนวน 150 คน, 117 คน และ 263 คน พบอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลหลังจำหน่ายได้เพียง 28 วัน มีจำนวนร้อยละ 4.1, 2.20, และ 4.27 ตามลำดับ และมีแนวโน้มสูงขึ้น (โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2562)

การเจ็บป่วยซ้ำของโรคจิตเภท พบว่า มาจากสาเหตุ 3 ด้าน คือ 1) ด้านผู้ป่วย พบว่าไม่ตระหนักต่อสุขภาพของตนเองและมีทัศนคติทางลบ (Hill et al., 2010) รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ (Hamann, Lipp, Christ-Zapp, Spellmann, & Kissling, 2014) เสพสารเสพติดซ้ำ รวมถึงมีตราบาปไม่ยอมรับตนเอง และการเจ็บป่วยที่ยาวนานเกิน 5 ปี (Higashi et al., 2013) 2) ด้านครอบครัว

ขาดความรู้ความเข้าใจ ขาดข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับโรคจิตเภทที่ถูกต้อง (Marsh & Johnson, 1997) การเตรียมความพร้อมในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลที่ไม่เพียงพอ ส่งผลให้ครอบครัวทำหน้าที่ในการดูแลได้ไม่เต็มศักยภาพ (Eakes, 1995) และ 3) ด้านชุมชน มีทัศนคติทางลบ อคติ และตีตราต่อผู้ที่เจ็บป่วยทางจิต (สุทธิสา ดีเพชร และเพ็ญญา แดงด้อมฤทธิ์, 2558) การสนับสนุนความรู้ เข้าถึงบริการการส่งต่อรักษา ความร่วมมือ เป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นต่อพัฒนางานสุขภาพจิตชุมชน อีกทั้งยังคงมีการแพร่ระบาดของสารเสพติด (มุสดี เลชะกุล และอุไรวรรณ เกิดสังข์, 2559)

จากสาเหตุดังกล่าวข้างต้น เกิดผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจและระบบสาธารณสุข ของผู้ป่วยจิตเภท ครอบครัวและชุมชน ดังนี้ 1) ด้านร่างกายจิตใจ ในด้านภาพลักษณ์ เกิดความรู้สึก อับอาย เป็นตราบาป สูญเสียพลังอำนาจ (Ying, Wolf, & Wang, 2013) และมองเห็นคุณค่าในตัวเองต่ำ (Corrigan & Rao, 2012) 2) ด้านสังคม ขาดสัมพันธภาพที่มีต่อผู้อื่น มีความบกพร่องทักษะการใช้ชีวิต เกิดการพียงพียง (สุนทรวิภรณ์ ทองไสย, 2558) 3) ด้านครอบครัวและชุมชน การจัดการและดูแลเป็นเวลานาน เกิดความเบื่อหน่ายท้อแท้และความรู้สึกเป็นภาระ (APA, 2013) ชุมชนเกิดการแบ่งแยก ปิดกั้นโอกาส ไม่ยอมรับ ขาดการพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดำเนินชีวิต (Varcariolis, 2014) 4) ด้านเศรษฐกิจและการสาธารณสุข มีการทอดทิ้งผู้ป่วยให้เป็นภาระกับโรงพยาบาล (Hemarat, Suttineam, & Kongkham, 2012) โดยเฉพาะการรักษาผู้ป่วยจิตเภทแบบผู้ป่วยในของประเทศไทย พบว่าต้นทุนของการรักษาต่อรายเฉลี่ย 20,157 บาท ต้นทุนสูงสุด คือ ค่าห้อง ค่าอาหาร รองมาคือ ค่าบริการทางการแพทย์ (Sukmak & Thongkam, 2013) สูญเสียทางด้านเศรษฐกิจ ทั้งระดับครอบครัวและประเทศ (กรมสุขภาพจิต, 2560) และสูญเสียทรัพยากรบุคคล ด้านแรงงาน (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2558) ดังนั้น การเจ็บป่วยที่มีความเรื้อรังและป่วยซ้ำจะเป็นอุปสรรคต่อการฟื้นคืนหาย (สมรักษ์ ชูวานิชวงศ์, 2558) จึงเป็นปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเมื่อกลับสู่ชุมชน ตลอดจนการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

การรักษาผู้ป่วยจิตเภทสู่การมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี การรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอ ปัจจุบันรูปแบบการดูแล ได้เปลี่ยนจากการใช้โรงพยาบาลเป็นฐาน (hospital-based care) สู่การใช้ครอบครัว ชุมชนเป็นฐาน (family community-based care) มากขึ้น (Awad & Voruganti, 2008) การดูแลที่ดีในชุมชน จำเป็นต้องมีการฟื้นฟูให้กับผู้ป่วย เพื่ออยู่ร่วมกับครอบครัว และสังคมได้อย่างปกติ (Lieberman, 1992) การฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นฐานจึงเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยอย่างยั่งยืน (Sadock & Sadock, 2010; Bharathi, Huang, & Lu, 2011; Addington & Lecomte, 2012) เพิ่มโอกาสทางสังคม สนับสนุนกำลังใจ ร่วมสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดี

เพื่อให้ผู้ป่วยมีจิตใจที่เข้มแข็ง สามารถรับมือกับตนเองได้ (Luprasong, Thanee, Saithanu, & Choomuang, 2017) โดยเพิ่มประสิทธิภาพให้ครอบครัว เครือข่ายชุมชนมีส่วนร่วม เปิดโอกาสการอบรม ให้ความรู้การดูแลแก่แกนนำสุขภาพชุมชน ร่วมวางแผนขั้นตอนการปฏิบัติ การเยี่ยมบ้าน ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่อง ลดการกลับเป็นซ้ำ (ไพจิตร พุทธิรอด, 2561) แสดงให้เห็นถึง ผลการปรับปรุงการทำงาน การเข้าสังคม และลดความพิการซ้ำซ้อนของผู้ป่วยจิตเภท และการมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Wang, Zhou, Yu, Qiu, & Wang, 2013; Guo et al., 2010)

การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนเป็นฐาน (Community-Based Rehabilitation: CBR) (WHO, 2010) เป็นยุทธวิธีเพื่อพัฒนาชุมชนด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้โอกาสของความเท่าเทียม และการอยู่ร่วมกันในสังคม โดยผ่านความร่วมมือของคณาภิการ ครอบครัว ชุมชน และการนำทรัพยากรท้องถิ่นมาใช้ประโยชน์ เพื่อให้คณาภิการเหล่านั้น ได้รับสิทธิด้านการรักษาบำบัด การเรียนรู้ ฝึกอาชีพ มีงานทำ สามารถจัดบริการทางสังคมที่เหมาะสม ให้ได้รับสิทธิเท่าเทียมคนทั่วไป นักวิชาการในต่างประเทศ มีการพัฒนาการดำเนินงาน CBR ในลักษณะงานวิจัยที่เป็นแบบจำลอง ประสิทธิภาพ และศึกษาผลการฟื้นฟูตามกระบวนการ CBR พบว่า มีประสิทธิภาพในการสร้าง สภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการรักษา การเข้าถึงบริการ การดูแลผู้ป่วยจิตเภท การจัดการ อุปสรรคทางสังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจ (Balaji et al., 2012; Wang et al., 2013) นอกจากนี้ วิจัยของ Chatterjee, Patel, Chatterjee, & Weiss (2003) ได้ศึกษาผล CBR ในผู้ป่วยจิตเภทใน ชนบทอินเดีย ด้วยการวิจัยเชิงทดลอง โดยใช้โปรแกรม CBR ที่มีเนื้อหาเรื่องโรคและการดูแลรักษา ทางคลินิก การให้สุขศึกษาในผู้ดูแล ผู้ป่วย กลยุทธ์การจัดการความสม่ำเสมอ กลยุทธ์การส่งเสริม สุขภาพ กลยุทธ์การฟื้นฟูสมรรถภาพรายบุคคล เพื่อปรับปรุงการทำงาน และสร้างการมีส่วนร่วม ทางสังคม จัดการกับประสบการณ์ตีตรา การเลือกปฏิบัติ กลุ่มช่วยเหลือกันเอง แหล่งทรัพยากร และการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรม CBR มีอาการทางจิตดีขึ้น ความพิการลดลง ส่วนงานวิจัยของ Asher et al. (2018) ศึกษาการพัฒนาและประเมินผลการใช้ CBR สำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในประเทศเอธิโอเปีย โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนา กลุ่ม กับกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง ตามด้วยการศึกษาผลของโปรแกรม การฝึกอบรมให้แก่ครอบครัว ชุมชน พร้อมเยี่ยมบ้าน ให้การสนับสนุนการทำงาน เป็นผลลัพธ์เชิงบวกต่อการสนับสนุนของครอบครัว การพัฒนาทักษะ และความเชื่อมั่นของแต่ละบุคคลในการปฏิบัติหน้าที่ การเข้าถึงการดูแลสุขภาพ รายได้ การเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น และการศึกษาวิจัยของ Puspitosari, Wardaningsih, & Nanwani (2019) ได้ศึกษาการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทผ่านการฟื้นฟู

สมรรถภาพโดยชุมชน ในประเทศอินโดนีเซีย แสดงให้เห็นว่ารูปแบบของ CBR มีประสิทธิภาพในการรักษาโรคจิตเภทในชุมชน และเป็นบริการทางเลือก นอกเหนือจากยารักษาโรค

สำหรับประเทศไทยโดยความร่วมมือระหว่างองค์การอนามัยโลก และกระทรวงสาธารณสุข ได้นำแนวคิด CBR มาใช้ในกลุ่มผู้พิการทางกายเป็นส่วนใหญ่ สำหรับกลุ่มผู้พิการทางจิตหรือผู้ป่วยจิตเภท พบน้อย อาจเนื่องจากต้องดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช และต้องทำงานใกล้ชิดกันระหว่างทีมสุขภาพจิต บุคลากรสาธารณสุข ผู้ดูแลในครอบครัว และแกนนำสุขภาพ จากรายงานการศึกษาวิจัยดังกล่าว พบช่องว่างของการศึกษา 1) งานวิจัยการใช้แนวคิด CBR ในผู้ป่วยจิตเภท ส่วนใหญ่ทำในต่างประเทศ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ามีประสิทธิภาพในการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย 2) งานวิจัยฟื้นฟูทางจิตเวชมักปรากฏในสถาบันบำบัดมากกว่าในชุมชน บุคลากรสุขภาพเป็นผู้ให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติก่อนกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน และติดตามเยี่ยมบ้าน 3) เป็นการขับเคลื่อนงานในลักษณะโครงการบริการสุขภาพจิตชุมชน และมุ่งเน้นให้ภาคีเครือข่าย ประชาชน เข้ามามีบทบาทมากขึ้น แต่ยังขาดการเชื่อมโยงไปสู่การฟื้นฟูดูแลผู้พิการทางจิต หรือผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตในชุมชนในรูปแบบของงานวิจัย และใช้กระบวนการวิจัยหลายระยะ

นอกจากนี้ ยังพบว่า 1) ด้านการส่งเสริมป้องกันระดับชุมชน การมีส่วนร่วมฟื้นฟูสมรรถภาพ และพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท โดยความร่วมมือร่วมกันของภาคีเครือข่ายในท้องถิ่น (ชนิษฐา นันทบุตร, 2551) มีการดำเนินงานไม่มากและยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ 2) ด้านนโยบายการทำงานเชิงรุกในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ควรให้ความสำคัญต่อปัญหาและความต้องการที่แท้จริงจากเจ้าของชุมชน การส่งต่อข้อมูลหรือการใช้ฐานข้อมูลมาบูรณาการร่วมกัน ตลอดจนการสนับสนุนองค์ความรู้ ความเข้าใจ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในโรคจิตเภทที่ถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อร่วมวิเคราะห์และวางแผนการปฏิบัติงานโดยภาคประชาชน 3) การจัดบริการการฟื้นฟูดูแลทางสังคมให้ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยทางจิตในพื้นที่ให้มากขึ้น ไม่เฉพาะการตั้งรับในสถานบริการเท่านั้น ซึ่งสอดคล้องตามแผนยุทธศาสตร์ กรมสุขภาพจิต มีพันธกิจส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีหุ้นส่วน พัฒนาประชาชน ชุมชน ให้มีศักยภาพในการจัดการตนเอง รู้เท่าทันสุขภาพ มีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเวช และขับเคลื่อนสังคมสุขภาพจิตดี เข้มแข็ง (กรมสุขภาพจิต, 2562) ทั้งนี้ควรมีกระบวนการดูแล และสร้างความมีของ 3 องค์กรหลักในพื้นที่ ได้แก่ 1) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2) หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และ 3) องค์กรภาคประชาชน กลุ่มทางสังคม ประกอบด้วย ครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน ปฏิบัติงานร่วมกันโดยคำนึงถึงบริบททางสังคม วัฒนธรรมของ

ชุมชน ภายใต้การมีส่วนร่วมขับเคลื่อนโดยประชาชน (ศรีนรินทร์ จันทพิมพ์ และ ชนิษฐา นันทบุตร, 2561) ดังนั้น ครอบครัว ผู้ดูแล และ อสม. เป็นบุคคลสำคัญที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ควรส่งเสริมให้มีความสามารถด้านการจัดการกับอาการที่เปลี่ยนแปลง การได้รับยาอย่างสม่ำเสมอ และฟื้นฟูให้สามารถใช้ชีวิตในสังคม และมีงานทำ (สุนันญา แสงแก้ว, เรณูการ์ ทองคำรอด, และกชพงศ์ สารการ, 2558) เข้าถึงบริการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาในประเด็นการพัฒนาโปรแกรมเพื่อให้การฟื้นฟู ผู้ดูแล ช่วยเหลือผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตให้เข้าถึงบริการทางเลือกของการรักษาด้วยหัวใจโดยใช้ชุมชนเป็นฐานการมีส่วนร่วมให้มีความชัดเจนมากขึ้น

การวิจัยนี้ ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R & D) เริ่มต้นการศึกษาเชิงคุณภาพทั้งมิติทางจิตวิทยา ทางสังคม วัฒนธรรม และมิติทางพฤติกรรม สุขภาพ กับกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องในชุมชน เพื่อนำมาสร้างและพัฒนาโปรแกรมฯ ตามกรอบแนวคิด ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model-HBM) (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988; อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560) เพื่อเป็นการป้องกันและรักษาโรคโดยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพตามความเชื่อการรับรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค เพื่อหลีกเลี่ยง และเลือกปฏิบัติให้ปลอดภัยจากความเสี่ยงต่าง ๆ ที่เข้ามาคุกคามสุขภาพ โดยการแสวงหาทางเลือก และหาทางออกของการปฏิบัติตัวให้ดีที่สุด ด้วยการรับรู้ประโยชน์ คุณค่าจากการลงมือทำกับผลที่ตามมา และการรับรู้ถึงอุปสรรคขัดขวางการป้องกันรักษาโรค นอกจากนี้ ต้องคำนึงถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง การรับรู้สิ่งกระตุ้นจูงใจ ชักนำให้ปฏิบัติ ซึ่งเกิดจากอิทธิพลของสิ่งแวดล้อม เช่น คำแนะนำ สื่อ หรือประสบการณ์ ตลอดจนการใช้ศักยภาพความสามารถของตนเองเพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพให้ปลอดภัย ซึ่งคนที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทไม่สามารถทำหน้าที่ในการดูแลตนเองได้เต็มศักยภาพ ด้วยข้อจำกัดของโรคที่เรื้อรัง มีความพร้อมในการดูแลตนเอง และการเข้าสังคม อีกทั้งครอบครัวผู้ดูแลมีภาวะทุกข์ทรมานจากการดูแลเป็นระยะเวลานาน และหากมีอาการกำเริบรุนแรง ส่งผลเสียต่อตนเอง ญาติผู้ดูแล และชุมชนแวดล้อมอีกด้วย ซึ่งในบริบทสังคมไทย อสม. เป็นแกนนำทางสุขภาพที่สำคัญ ทำหน้าที่ช่วยดูแลสุขภาพของผู้คนในหมู่บ้าน และด้วยวัฒนธรรม สังคมชนบท อสม. มีความใกล้ชิดผูกพันเสมือนญาติพี่น้อง มีความเอื้ออาทร เกื้อกูล ซึ่งกันและกัน การเข้ามาช่วยเหลือ ฟื้นฟูผู้ดูแล เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท จึงสามารถกระทำได้แม้ว่าอสม. จะไม่ได้เป็นเจ้าของสุขภาพเองก็ตาม ดังนั้นอสม. จึงจำเป็นต้องมีความเข้าใจในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในประเด็นต่าง ๆ เป็นการสร้างความรู้ ให้เกิดความพร้อมทางปัญญา และจิตใจ ผ่านกระบวนการคิด รู้สึก ตระหนักรู้ถึงพฤติกรรมฟื้นฟูดูแลสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่มีผลต่อการปฏิบัติของ อสม. นอกจากนี้ผู้วิจัย

ได้นำแนวคิด CBR ประกอบด้วยขั้นที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ชุมชน ขั้นที่ 2 การวางแผนและการออกแบบ ขั้นที่ 3 การจัดตั้งและเฝ้าสังเกต และขั้นที่ 4 ติดตามประเมินผล มาออกแบบวิจัยร่วมกับแนวคิด HBM ระยะเวลาที่ 1 การสร้างและออกแบบโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนเป็นฐาน ระยะเวลาที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูฯ ซึ่งโปรแกรมนี้ ให้ความสำคัญกับ อสม. เพื่อปฏิบัติการฟื้นฟู ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านด้วยความเข้าใจ ให้การยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของสังคมที่มีความเอื้ออาทรต่อกัน ตลอดจนประยุกต์ใช้โปรแกรมฯ ขยายผลสู่การดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภทได้ในทุกชุมชน

คำถามการวิจัย

1. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท พฤติกรรมการมีส่วนร่วม และแนวทางการฟื้นฟูฯ ในชุมชน เป็นอย่างไร
2. โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนเป็นฐาน มีลักษณะ อย่างไร
3. โปรแกรมฯ มีประสิทธิผลต่อการพฤติกรรมกรรมการมีส่วนร่วมฯ ของ อสม. อย่างไร

ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท พฤติกรรมการมีส่วนร่วมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
2. เพื่อสร้างและออกแบบโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนเป็นฐาน
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนเป็นฐานที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการมีส่วนร่วมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทของ อสม.

ความสำคัญของการวิจัย

1. การประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) และการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนเป็นฐาน (CBR) ซึ่งเป็นการสร้างองค์ความรู้ใหม่ในการฟื้นฟูดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชน ผ่านกระบวนการรับรู้ความเชื่อทางด้านสุขภาพอย่างเข้าใจ ตามแบบแผนการวิจัยและพัฒนาที่สร้างพฤติกรรมกรรมการมีส่วนร่วมของอสม. ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท และการอยู่ร่วมกันของครอบครัว ชุมชน สามารถนำไปถ่ายทอด เผยแพร่ องค์ความรู้ด้านวิชาการ ตลอดจนถึงการขยายผล ไปยังพื้นที่อื่น ๆ ได้

2. บุคลากรทางการแพทย์ หน่วยบริการทางสาธารณสุขทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ สามารถประยุกต์ใช้โปรแกรมฯ และพัฒนาศักยภาพแก่ อสม.ผู้ดูแล ผู้นำท้องถิ่น ในการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภท และให้บริการติดตามช่วยเหลือในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

ขอบเขตของการวิจัย

วิจัยและพัฒนา (R&D) ครั้งนี้ เพื่อสร้างและพัฒนาโปรแกรมฯ ที่มีต่อพฤติกรรมกรรมกรมีส่วน ร่วมของ อสม. โดยนำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) ตามกรอบแนวคิดของ Rosenstock, Strecher, & Becker (1988) และอังคินันท์ อินทรกำแหง (2560) ร่วมกับแนวคิด การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนเป็นฐาน (CBR) (WHO, 2010) มาประยุกต์ใช้ร่วมกันในการพัฒนา โปรแกรมฯ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 การสร้างและออกแบบโปรแกรมฟื้นฟูฯ

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภท ญาติผู้ดูแล อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 12 คน

ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูฯ ขั้นการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมฯ

ประชากร ได้แก่ อสม. ตำบลบ้านท่าเนียน อำเภอศรีรัตนนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 200 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อสม. ตำบลบ้านท่าเนียน อำเภอศรีรัตนนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 40 คน โดยการสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster randomized sampling) และสุ่มอย่างง่าย (simple randomized sampling) เพื่อแบ่งเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย

1. ตัวแปรอิสระ ได้แก่ ตัวแปรจัดกระทำ คือ โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท โดยชุมชนเป็นฐาน สำหรับ อสม.

2. ตัวแปรตาม คือ

2.1 ความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท

2.2 สิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท

2.3 พฤติกรรมกรรมกรมีส่วนร่วมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท

นิยามศัพท์เฉพาะ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คือ ผู้ที่ได้รับมอบหมายจากกระทรวงสาธารณสุขให้ทำหน้าที่เป็นอาสาสมัครทางด้านสุขภาพในชุมชน มีบทบาทช่วยเหลือดูแลสุขภาพของประชาชนในหมู่บ้าน ซึ่งมีคำย่อว่า อสม. โดยมีค่าตอบแทนจากราชการเป็นรายเดือน

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (schizophrenia; F 20.0 - F 20.9) ตาม ICD - 10 ได้รับการประเมินอาการทางจิตด้วยแบบวัดอาการทางจิต BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) มีค่าคะแนนระหว่าง 18-36 คะแนน หมายถึงเกณฑ์ปกติหรือมีอาการทางจิตเล็กน้อย

การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนเป็นฐาน (Community-based rehabilitation: CBR) เป็นกระบวนการฟื้นฟูสมรรถนะของร่างกายและจิตใจ โดยใช้ฐานของทรัพยากรในชุมชน ทั้งทรัพยากรบุคคล สิ่งแวดล้อม ทุนทางสังคม วัฒนธรรม ความร่วมมือจากภาคีท้องถิ่น เพื่อเอื้อให้เกิดการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชน ได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความเสมอภาค เท่าเทียมกันทางโอกาสโดยการมีส่วนร่วมของคนที่เกี่ยวข้องในชุมชน ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล อสม. ผู้นำชุมชน บุคลากรสาธารณสุขในท้องถิ่น และผู้ทรงคุณวุฒิ ร่วมกันออกแบบกิจกรรมให้สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐาน ความจำเป็น และแนวทางที่ครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพในโรคจิตเภท การเรียนรู้ วิธีการดำรงชีวิต ทักษะทางสังคม และการเสริมพลังอำนาจ โดยมีความเหมาะสมสอดคล้องกับสภาพปัญหา ความต้องการ และทรัพยากรที่มีในท้องถิ่น โดยอาศัยวงจรการจัดการ CBR คือ 1. การวิเคราะห์สถานการณ์ 2. การวางแผนและการออกแบบ 3. การจัดตั้งดำเนินการและเฝ้าสังเกต และ 4. การติดตามประเมินผล

นิยามเชิงปฏิบัติการ

โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนเป็นฐาน หมายถึง ชุดกิจกรรมหรือกระบวนการจัดกิจกรรมในการพัฒนา อสม.ให้เกิดความพร้อมในการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนมีส่วนร่วม ประยุกต์ใช้ทฤษฎี HBM (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988; อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560) ที่พัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีทางด้านจิตวิทยา สังคม เป็นรูปแบบของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ความเสี่ยงและความรุนแรง ประโยชน์และอุปสรรคในการฟื้นฟู ความสามารถของตนเอง และสิ่งชักนำไปสู่การปฏิบัติ และประยุกต์ใช้แนวคิด CBR (WHO, 2010) ซึ่งเป็นกระบวนการที่ชุมชนในการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภทให้สามารถกลับมาใช้ชีวิตเหมือนคนทั่วไป เข้าสังคม ทำงาน พึ่งพาตนเอง สร้างความเท่าเทียมกันของโอกาสโดยอาศัยฐานของชุมชน มีส่วนร่วมออกแบบตามความต้องการพื้นฐาน และการมี

ส่วนร่วมของผู้ป่วยจิตเภท ป้องกันการป่วยซ้ำที่จะนำไปสู่การบกพร่อง ความพิการทางจิตใจ และปรับปรุงคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น โดยอาศัยวงจรการจัดการ CBR 4 ขั้นตอน 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ 2) วางแผน และการออกแบบ 3) การจัดตั้งและการเฝ้าสังเกต 4) ติดตามประเมินผล โดยคำนึงถึงความเหมาะสมของบริบทของพื้นที่ ตอบสนองต่อความต้องการ สภาพปัญหา และทรัพยากรที่มีในท้องถิ่น เนื้อหาของโปรแกรมฯ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 9 กิจกรรม โดยกิจกรรมที่ 1-4 ระยะเวลา 90 นาที/กิจกรรม กิจกรรมที่ 5-7 ระยะเวลา 360 นาที/กิจกรรม และกิจกรรมที่ 8,9 ระยะเวลา 180 นาที/กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมแบบกลุ่ม ทั้งหมด 4 ครั้ง สัปดาห์ละครั้ง โดยมีทีมผู้วิจัยซึ่งเป็นทีมสหวิชาชีพ 5 คน เป็นผู้ให้การอบรม แบ่งหัวข้อกิจกรรม ตามความรับผิดชอบ โดยจัดกิจกรรมในชุมชนตำบลบ้านทำเนียบ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สร้างการมีส่วนร่วมและความตระหนักรู้ ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1) ฟื้นฟูความสัมพันธ์แบ่งปันความเข้าใจ กิจกรรมที่ 2) ฟื้นฟูสถานการณ์ปัญหาและความต้องการของชุมชน กิจกรรมที่ 3) ฟื้นฟูพลังสร้างการมีส่วนร่วม กิจกรรมที่ 4) ฟื้นฟูความหวังตั้งเป้าหมาย

ขั้นตอนที่ 2 เสริมสร้างพลังอำนาจและสร้างความรู้ ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 5) ฟื้นฟูความเชื่อเพื่อเรียนรู้โรค ประกอบด้วยกิจกรรมย่อยที่ 5.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงในโรคจิตเภท กิจกรรมย่อยที่ 5.2 การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาการดูแลการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนและแหล่งสนับสนุนทางสังคม 5.3 การรับรู้อุปสรรค และการจัดการปัญหา

ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติการฟื้นฟูเป้าหมาย ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 6) ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท กิจกรรมที่ 7) ฟื้นฟูปฏิบัติการเยี่ยมบ้าน

ขั้นตอนที่ 4 การติดตามผลต่อเนื่อง ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 8) ฟื้นฟูความสามารถและรู้จักรักและดูแลสุขภาพตนเอง กิจกรรมที่ 9) ฟื้นฟูสิ่งที่ทำ รู้จักจากอุปสรรค

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท หมายถึง การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท มี 5 ด้าน ดังนี้

1) ความรู้โรคจิตเภท หมายถึง ความคิด ความเชื่อ ความรู้สึก หรือการคาดคะเนตามการรับรู้ของ อสม. ต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และผู้คนรอบข้าง

2) ความเสี่ยงและความรุนแรงในโรคจิตเภท หมายถึง ความเชื่อ ความรู้สึก หรือการคาดคะเนตามการรับรู้ของ อสม. เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยง และการประเมินภาวะรุนแรงจากการเจ็บป่วยที่มีผลกระทบต่อตนเอง ผู้อื่น และสิ่งแวดล้อม

3) ประโยชน์ของการรักษา ป้องกันการป่วยซ้ำ และการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ความเชื่อ ความรู้สึก หรือการคาดคะเนตามการรับรู้ของ อสม. เกี่ยวกับประโยชน์

หรือผลดีที่ผู้ป่วยจะได้รับจากการรักษา การเข้าถึงบริการฟื้นฟูสุขภาพ ทักษะดูแลตนเอง การเข้าสังคม การทำงาน การประกอบอาชีพ เข้าถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคม การติดตามดูแลต่อเนื่อง

4) อุปสรรคที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ความเชื่อ ความรู้สึก หรือการคาดคะเนตามการรับรู้ของ อสม. ที่มีต่ออุปสรรคการทำงานของ อสม. เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท เช่น ความหวาดกลัวต่อผู้ป่วยจิตเภท ตีตรา ไม่รวมมือในการรักษา กินยาไม่สม่ำเสมอ อากาไม่พึงประสงค์จากยา การใช้สารเสพติด อุปสรรคทางสังคม จัดบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพให้ได้ ฯลฯ

5) ความสามารถแห่งตนในการสนับสนุนฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ความเชื่อ ความรู้สึก หรือการคาดคะเนของ อสม. ต่อตนเองเพื่อสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท เช่น การสร้างความไว้วางใจ การเข้าถึงบริการการรักษา การสนับสนุนการฟื้นฟู การค้นหาแหล่งทรัพยากร ฯลฯ

สิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง บางสิ่งบางอย่างที่เกิดจากปัจจัยสิ่งแวดล้อมภายนอก และมีอิทธิพลมากระตุ้นหรือชักนำให้ อสม. เข้ามาร่วมฟื้นฟูผู้ป่วย เช่น ได้รับความรู้ คำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ การได้รับประสบการณ์จากปัญหาของชุมชน สถานการณ์ที่เกิดขึ้น การได้เรียนรู้จากจากบุคคลต้นแบบ และการสนับสนุนทางสังคม พลังกลุ่ม กำลังใจจากทีม ครอบครัวผู้ที่เจ็บป่วย และตัวผู้ป่วยที่ได้มีส่วนร่วม ฯลฯ

พฤติกรรมการมีส่วนร่วมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท

หมายถึง การแสดงออกหรือการกระทำของ อสม. ที่เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้

1) การมีส่วนร่วมตัดสินใจ หมายถึง วิเคราะห์ปัญหา สถานการณ์ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ต้นทุนที่มีของชุมชน การกำหนดแผน กิจกรรมที่ต้องการฟื้นฟูดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกิจกรรม หมายถึง การลงมือปฏิบัติโดยเข้าไปมีส่วนร่วมฟื้นฟู การลงมือฝึกทักษะต่าง ๆ แก่ผู้ป่วยจิตเภท พร้อมแนะนำ หรือชักจูงให้ครอบครัวเพื่อนบ้าน เข้าร่วมสนับสนุนกิจกรรม

3) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ หมายถึง อสม. มีความรู้ความเข้าใจ นำองค์ความรู้ไปประยุกต์ใช้เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทได้ ผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านการฟื้นฟูมีอาการทางจิตสงบ และได้รับการสนับสนุนการทำงาน

4) การมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล หมายถึง อสม. มีการติดตามผลจากการให้บริการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภทเพื่อประเมินความก้าวหน้าของกิจกรรมที่ได้ฝึกทักษะการดูแลตนเอง ทักษะทางสังคม การงาน การประกอบอาชีพ และร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร่วมถอดบทเรียน ติดตามผลการเยี่ยมบ้าน ให้คำปรึกษาในชุมชน ฯ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร และนำเสนอ ตามหัวข้อต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

ส่วนที่ 2 แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการมีส่วนร่วม

ส่วนที่ 4 แนวคิดทฤษฎีเพื่อพัฒนาโปรแกรมการฟื้นฟูฯ

4.1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

4.2 การฟื้นฟูสมรรถภาพฯ โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 5 การวิจัยและพัฒนา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 6 กรอบแนวคิดการวิจัย

ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.1 ความหมายโรคจิตเภท

จิตเภท (schizophrenia) เป็นโรคหนึ่งที่น่าแปลกใจที่จำแนกออกมาจากโรคจิตเวชอื่น ๆ เมื่อปี ค.ศ. 1856-1926 โดย ดร. เคลปลิน (Emil Kraepelin) โดยเริ่มแรกได้เรียกอาการเหล่านี้ว่า ดีเมนเซีย พรี้ค็อก (dementia praecox) ต่อมาในปี ค.ศ. 1857-1959 ดร.บลูเลอร์ (Eugen Bleuler) ได้เรียกอาการเหล่านี้ว่า โรคจิตเภท หมายถึง การแตกแยก (splitting) ของการทำหน้าที่ทางจิตใจ ซึ่งเป็นลักษณะพื้นฐานที่ทำให้เกิดความผิดปกติของโรคนี้ ซึ่งผู้ที่เป็นโรคนี้จะมีลักษณะเด่น 4 ด้าน (Bleuler's As) ได้แก่ การมีความผิดปกติด้านความต่อเนื่องเชื่อมโยง (abnormal association) การมีความคิดและพฤติกรรมซ้ำ ๆ หรือหมกมุ่น (autistic behavior and thinking) การแสดงออกทางด้านอารมณ์ผิดปกติ (abnormal affect) และมีความคิดสับสน เป็น 2 สองฝ่าย (ambivalence) (Sadock & Sadock, 2010) ซึ่งการจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorder 5thed (DSM-5) จิตเภท เป็นโรคทางจิตเวชที่มีอาการของความผิดปกติ การรับรู้และพฤติกรรมที่ผิดปกติ อาจมีการแสดงอาการแปรปรวนอย่างอื่นร่วมด้วย เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือนและมีอาการกำเริบชัดเจนอย่างน้อย 1 เดือน (APA, 2013) และบัญชีการจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับแก้ไขครั้งที่ 10 (The 10th Edition of International Classification Disease: ICD-10) จิตเภท เป็นโรคที่ผู้ป่วยมีบุคลิกภาพ การรับรู้ ความคิดที่ผิดปกติ และอารมณ์

ที่ไม่เหมาะสม เกิดอาการในช่วงเจ็บป่วยอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป โดยส่วนใหญ่จะมีอาการหูแว่ว (hearing voices) และมีความคิดหลงผิด(delusion) (WHO,2019)

สรุปได้ว่า โรคจิตเภท เป็นโรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติทางความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม มีระดับความรุนแรงที่หลากหลาย อาจมีการแสดงความแปรปรวนอย่างอื่นร่วมด้วย โดยอาการแสดงมักจะปรากฏครั้งแรกในช่วงวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และมักจะเกิดอยู่นานอย่างน้อย 6 เดือน และมีอาการกำเริบชัดเจนอย่างน้อย 1 เดือน

1.2 สาเหตุและปัจจัยของการเกิดโรคจิตเภท

มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องของหลายประการ ทั้งปัจจัยด้านชีวภาพ ด้านจิตสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ที่ส่งผลให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะเกิดโรคจิตเภทได้ การเกิดโรคจิตเภทสามารถอธิบายผ่านรูปแบบของปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ดังนี้ (ภัทรภรณ์ ทุ่งคำปัน, 2560)

1. ปัจจัยด้านชีวภาพ (Biological factors)

1) ยีนส์ หรือพันธุกรรม จากการศึกษาเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเป็นโรคจิตเภทพบว่า การถ่ายทอดทางพันธุกรรมระหว่างผู้ป่วยจิตเภทกับญาติสายตรงมีผลทำให้บุคคลนั้นมีความพร่องหรือจุดอ่อนในยีนส์ และโอกาสการเกิดโรคมักถึงร้อยละ 8-50 เมื่อเทียบกับคนทั่วไป ยิ่งมีความสัมพันธ์ทางสายเลือดใกล้ชิดมากยิ่งขึ้นก็ยิ่งมีโอกาสสูงขึ้น นอกจากนี้ คู่แฝดเหมือน ประมาณร้อยละ 40 ก็เป็นโรคตามคู่ด้วย (Drake & Lewis, 2005)

2) สารสื่อประสาทในสมอง เชื่อว่า สารสื่อประสาทที่สัมพันธ์ต่อการเกิดโรคจิตเภท คือ โดปามีน (dopamine) นอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) ซีโรโตนิน (serotonin) และแกมมา อะมิโนบูไทริก แอซิด หรือกาบา (gamma-aminobutyric acid; GABA) โดยพบว่าโดปามีน นอร์อิพิเนฟริน และซีโรโตนินทำงานมากเกินไป

3) ฮอร์โมน มีการศึกษาพบว่า ระดับฮอร์โมนทางเพศ ได้แก่ เอสโตรเจน เทสโตสเตอโรน และโปรเจสเตอโรนในผู้ป่วยจิตเภทมีระดับต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับคนปกติทั่วไป

4) ภูมิคุ้มกัน มีการศึกษาพบว่า อัตราการเกิดโรคจิตเภทที่สูงขึ้นในผู้ที่มีการตรวจพบโรคในโรงพยาบาลจากการติดเชื้อในวัยทารกในช่วงสามปีแรกของชีวิต

5) ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ของมารดา มีการศึกษาพบว่า การป่วยเป็นเบาหวาน การเสียเลือดมากในขณะคลอด การติดเชื้อของมารดา มีผลต่อการเกิดโรคจิตเภทในบุตรได้

2. ปัจจัยทางจิตสังคม (psychosocial factors)

1) การถูกกดขี่ข่มเหงในวัยเด็ก (child abuse) หรือการได้รับความกระทบกระเทือนจิตใจในวัยเด็ก (childhood trauma)

2) การใช้สารเสพติด โดยพบว่า พิษกระท่อมที่นำมาใช้ในกลุ่มวัยรุ่น ทำให้มีความเสี่ยงในการเกิดโรคจิตเภทได้มากกว่าคนทั่วไปถึงร้อยละ 40

3) การสูบบุหรี่ เชื่อว่า บุหรี่และสารเสพติดตัวอื่นเมื่อใช้ร่วมกันมีผลต่ออาการควบคุมของระบบการหลั่งสารโดปามีน และโคลิเนจิก ซึ่งมีผลต่อการเกิดพยาธิสภาพในผู้ป่วยจิตเภท

4) ความสามารถทางเชาว์ปัญญา และการรู้คิด พบความสัมพันธ์ของการเกิดโรคจิตเภท แต่ยังไม่สามารถสรุปได้ชัดเจนว่าเป็นไปในทิศทางใด

3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (environmental factors) พบว่า ความเครียดจากสังคมและสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพัฒนาการเกิดโรค

สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น ปัจจัยทางด้านพันธุกรรม ปัจจัยด้านชีวภาพ ชีวเคมีในสมอง ด้านจิตสังคม และสิ่งแวดล้อม สภาพสังคม เศรษฐกิจ ครอบครัว การแสดงออกทางอารมณ์ของบุคคล การเลี้ยงดู การได้รับการกระทบกระเทือนทางด้านจิตใจ การใช้สารเสพติด การอยู่ในสังคมที่วุ่นวาย การเผชิญความเครียด สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ นำไปสู่การเจ็บป่วยทางจิตได้ หรือเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดโรคได้

1.3 ลักษณะอาการทางคลินิก และการดำเนินโรค

อาการทางคลินิกที่สำคัญของโรคจิตเภท แบ่งเป็น กลุ่มอาการด้านบวก และกลุ่มอาการด้านลบ (Sadock & Sadock, 2010; APA, 2013) ดังนี้

1) กลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) แบ่งตามลักษณะอาการ ดังนี้

- อาการหลงผิด (delusion) ชนิดที่พบบ่อย ได้แก่ persecutory delusion และ delusion of reference ส่วนอาการหลงผิดอื่น ๆ ที่พบบ้าง เช่น somatic delusion และ grandiose delusion เป็นต้น

- อาการประสาทหลอน (hallucination) ที่พบบ่อยเป็น auditory hallucination อาจเป็นเสียงคนพูดกันเรื่องของผู้ป่วยหรือสั่งให้ทำตาม นอกจากนี้อาจเป็นเสียงอื่น ๆ ที่ไม่มีความหมาย อาการประสาทหลอนที่พบบ้าง เช่น tactile หรือ somatic hallucination อาการประสาทหลอนที่มีน้ำหนักในการวินิจฉัย ได้แก่ auditory hallucination

- Disorganized speech ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอด ซึ่งจะแสดงออกมาให้เห็นโดยผ่านทางกรพูดและสนทนา อาการที่แสดงออกนี้ต้องเป็นมากจนไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

- Disorganized behavior เป็นพฤติกรรมที่ผิดไปจากปกติอย่างมาก ผู้ป่วยแต่งตัวสกปรก แปลก เช่น สวมเสื้อหลายตัวทั้งที่อากาศร้อนจัด บางคนปัสสาวะกลางที่สาธารณะ บางคนจู่ ๆ ก็ร้องตะโกนโดยที่ไม่มีเรื่องอะไรมากระตุ้น

2) กลุ่มอาการด้านลบ (negative symptoms) เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่ว ๆ ไปควรมี เช่น ในด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่าง ๆ อาการเหล่านี้ ได้แก่

- Alogia พูดน้อย คิดนานกว่าจะตอบ

- Affective flattening เฉยเมย ไม่ค่อยสบตา การแสดงออกของอารมณ์จะลดลงมาก

- Avolition ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย

- Associality เก็บตัวเฉย ๆ ไม่ค่อยแสดงออก หรือไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน

การดำเนินโรค สามารถแบ่งได้ 3 ระยะ ดังนี้ (APA, 2013)

1. ระยะเริ่มมีอาการ (prodromal phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยจะแสดงอาการแบบช้า ๆ เริ่มมีปัญหาในการทำหน้าที่ ความรับผิดชอบ สัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงาน ความผิดปกติมักไม่ชัดเจนยากแก่การสังเกต โดยเฉลี่ยประมาณ 1 ปี จึงจะแสดงอาการชัดเจนจากการศึกษา พบว่า ก่อนที่ผู้ป่วยจิตเภทจะเกิดอาการกำเริบ มักจะมีอาการนำมาก่อน เป็นอาการที่ไม่ใช่อาการทางจิต เช่น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ซึมเศร้า ความจำไม่ดี และอยู่ไม่สุข เป็นต้น

2. ระยะแสดงอาการกำเริบ (active phase) ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) หรือมีอาการแสดงที่เกินสภาพจิตปกติ คือ ผิดปกติทางความคิด การรับรู้ ด้านอารมณ์ การติดต่อสื่อสาร ด้านพฤติกรรมและการเคลื่อนไหว ส่วนใหญ่อาการจะรุนแรงเป็นพัก ๆ จะปรากฏเมื่อผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลายาวนาน มีความเสื่อมในด้านต่าง ๆ ตามมาพร้อมกับมีอาการหวาดระแวง และปฏิเสธการรักษา

3. ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) เป็นช่วงที่อาการทางจิตสงบ แต่จะมีลักษณะอาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการหรือเสื่อมลงมากกว่า ไม่รุนแรงเท่าระยะอาการกำเริบ ยิ่งป่วยนานกลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) จะลดความรุนแรงลง ในขณะที่กลุ่มอาการด้านลบ (negative symptoms) จะมีมากขึ้น เช่น อารมณ์เฉยเมย แยกตัวเอง ทำให้มีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ ได้ และมักจะมีอาการกลับเป็นซ้ำในระหว่าง 5 ปีแรกของป่วย

สรุป โรคจิตเภท มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม ส่งผลให้ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยจิตเภทมีความน่ากลัว หวาดระแวงต่อการอยู่ร่วมกันในครอบครัว ชุมชน โรคจิตเภทจะมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยระยะเริ่มมีอาการ เช่น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ซึมเศร้า วิดกกังวล สนใจดูแลตนเองลดลง จำเป็นต้องพบแพทย์แต่เนิ่น ๆ ต่อมาเมื่อเข้าสู่ระยะกำเริบ ซึ่งจะปรากฏเมื่อผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลายาวนาน มีความเสื่อมในด้านต่าง ๆ ตามมา ร่วมกับมีอาการหวาดระแวง และปฏิเสธการรักษา มีความจำเป็นอย่างมากที่ต้องเข้าสู่กระบวนการรักษา ต่อมาระยะอาการหลงเหลือ อาการจะไม่รุนแรงเท่าระยะอาการกำเริบ การฟื้นฟูดูแลอย่างต่อเนื่อง ช่วยลดการกำเริบของโรคได้

1.4 การวินิจฉัยโรค และการรักษาผู้ป่วยจิตเภท

การวินิจฉัยโรคปัจจุบัน มี 2 ระบบ ได้แก่ เกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์แห่งอเมริกา: DSM-5 (APA, 2013) และขององค์การอนามัยโลก: ICD-10) ซึ่งตรงกับรหัสของระบบ ICD-10 คือ F20 (WHO, 2019)

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภทตาม DSM-5 (APA, 2013) มีดังนี้

A. มีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 2 อาการในช่วงเวลา 1 เดือน (หรือน้อยกว่านี้ หากได้รับการรักษา) และอาการอย่างน้อย 1 อย่าง ต้องเป็นอาการในข้อ 1, 2 หรือ 3

1. อาการหลงผิด (delusion)
2. ประสาทหลอน (hallucination)
3. ความผิดปกติของคำพูด (disorganized speech)
4. ความผิดปกติของพฤติกรรม (disorganized behavior)
5. อาการด้านลบ (negative symptom)

B. ปัญหาด้านสังคม การงาน สัมพันธภาพกับผู้อื่น หรือสุขอนามัยส่วนตัว

C. มีอาการของความผิดปกติอย่างต่อเนื่องนานอย่างน้อย 6 เดือน ซึ่งต้องมีช่วงที่มีอาการในข้อ A อย่างน้อย 1 เดือน โดยช่วงที่เหลือซึ่งเป็นระยะอาการนำหรืออาการหลงเหลืออาจมีเพียงอาการด้านลบหรือมีอย่างน้อย 2 อาการในข้อ A ที่เหลืออยู่เพียงเบาบาง เช่น มีความคิดหรือประสบการณ์การรับสัมผัสที่แปลก ๆ

D. ไม่มีอาการเข้าได้กับโรค schizoaffective disorder และโรคในกลุ่มโรค ซึมเศร้า หรือโรคอารมณ์สองขั้ว ที่มีอาการทางจิตร่วมด้วย

E. อาการไม่ได้เป็นจากยาหรือสารเสพติดหรือโรคทางกาย

F. หากมีประวัติของโรค autism spectrum disorder หรือ communication disorder ที่เป็นในวัยเด็ก จะวินิจฉัยโรคจิตเภทร่วมด้วยได้ต่อเมื่อมีอาการหลงผิดหรือประสาทหลอนเป็นอาการเด่นจากอาการอื่นในข้อ A นานอย่างน้อย 1 เดือน

สำหรับการรักษา แบ่งตามระยะอาการและความรุนแรงของโรค ได้ 3 ระยะ ดังนี้ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

1) ระยะอาการกำเริบ เป็นการรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตรุนแรงหรือมีปัญหาที่จำเป็นต้องดูแลใกล้ชิด จะเน้นการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อควบคุมให้อาการสงบลงโดยเร็ว ควบคุมเรื่องการรับประทานยา โดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างทีมรักษากับผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัว เพื่อความต่อเนื่องในการดูแล

การรักษา ได้แก่

- การรักษาด้วยยา ซึ่งยารักษาโรคจิตจะออกฤทธิ์ช่วยให้โดปามีนในสมองลดลง อาการทางจิตดีขึ้น ภายในประมาณ 2 - 3 สัปดาห์ ระหว่างรับการรักษา ผู้ป่วยอาจมีอาการข้างเคียงจากยา เช่น ปากแห้ง คอแห้ง มีการเกร็งของกล้ามเนื้อ ลำคอบิดเอียง จึงควรสังเกตอาการในระหว่างผู้ป่วยได้รับยาทางจิต

- การรักษาด้วยวิธีไฟฟ้า โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยดื้อยา ไม่ตอบสนองต่อยา หรือในรายที่มีข้อบ่งชี้อย่างชัดเจน ได้แก่ เสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเอง หรือฆ่าตัวตายสูง หรือมีพฤติกรรมก้าวร้าวแบบค้างแข็ง (catatonic) ซึมเฉย ไม่ยอมรับประทานยาและน้ำ การรักษาจะเป็นชุด ชุดหนึ่งประมาณ 6 - 12 ครั้ง โดยแบ่งทำ 3 - 4 ครั้งต่อสัปดาห์ อาจจะทำวันละครั้งหรือวันเว้นวันก็ได้ อาการข้างเคียงและผลแทรกซ้อนที่อาจพบได้ เช่น อาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน งุนงง สับสน พบได้ในระยะ 1 - 2 ชั่วโมงแรกหลังการรักษา หลังจากนั้นอาการมีนงง สับสนจะหายไป ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการหลงลืม ซึ่งอาการนี้จะมากขึ้นตามจำนวนครั้งที่ทำ เมื่อหยุดทำการรักษาอาการหลงลืมจะค่อย ๆ ดีขึ้น และหายไปภายใน 3 - 6 เดือน

- การรักษาด้วยสิ่งแวดล้อม เพื่อลดความกดดันของผู้ป่วย โดยจัดสิ่งแวดล้อมให้ผ่อนคลาย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมและกิจกรรมประจำวันได้ หรือในกรณีที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ อาจใช้การผูกมัดและจำกัดบริเวณ หรือพิจารณาฉีดยาควบคุมอาการร่วมด้วย การดูแลในระยะนี้ต้องดูแลใกล้ชิด ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยเป็นระยะเพื่อประเมินความรู้สึกตัวและผลข้างเคียงของยา เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นจึงพิจารณายุติการผูกมัดหรือการจำกัดบริเวณผู้ป่วย

2) ระยะอาการทุเลา ผู้ป่วยจิตเภทเริ่มควบคุมตนเองได้บ้าง สื่อสารโต้ตอบได้ดีขึ้นกว่าเดิม จะให้การบำบัดทางจิตสังคม ดังนี้

- การบำบัดทางจิต ทั้งแบบรายบุคคล และรายกลุ่ม มีจุดมุ่งหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ และดึงศักยภาพที่มีออกมาใช้ จิตบำบัดแบบกลุ่ม อาศัยอิทธิพลของกระบวนการกลุ่มเพื่อเรียนรู้สัมพันธภาพ และความไว้วางใจผู้อื่นมากขึ้น กล้าที่จะเข้าสังคมมากขึ้น

- การบำบัดทางพฤติกรรม ปัญหาพฤติกรรมไม่เหมาะสมของผู้ป่วย เช่น ก้าวร้าว แยกตัว ไม่สนใจดูแลตัวเอง และซึมเศร้า ฯลฯ สามารถใช้การบำบัดด้วยการปรับพฤติกรรม เช่น การเสริมแรง การฝึกการแสดงออก การจัดการความรู้สึกอย่างเป็นระบบ และการเรียนรู้จากตัวแบบ

- การบำบัดครอบครัว จุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวผู้ป่วย เป็นไปในทางสร้างสรรค์ โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วม ได้ระบายความรู้สึกที่มีต่อกัน โดยมีนักบำบัดเป็นคนกลาง และแนะนำวิธีการควบคุมอารมณ์ การผ่อนคลาย เพื่อลดความตึงเครียด

3) ระยะอาการคงที่ หลังจากอาการทางจิตสงบลงแล้ว การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งจำเป็น โดยไม่ต้องนอนในโรงพยาบาล สามารถกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนได้ ดูแลตนเองได้ แพทย์จะพิจารณาจำหน่ายกลับบ้าน ฉะนั้นการดูแลรักษาเน้นการดูแลตนเอง โดยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง และปรับตัวได้ ไม่ขัดต่อสภาพการเจ็บป่วย และจำเป็นให้ญาติช่วยดูแลด้วย เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ รวมทั้งให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ป่วยเรื้อรัง การรักษาแบบคงสภาพ (maintenance treatment) เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (relapse) เป็นสิ่งสำคัญ ในระยะนี้ผู้ป่วยอาจได้รับยาที่ออกฤทธิ์ยาว (long-acting antipsychotic drugs) ประมาณ 2 - 4 สัปดาห์ ต่อการฉีด 1 ครั้ง การรักษาเน้นในครั้งแรก หลังจากอาการทางจิตดีขึ้นแล้วให้ยาต่อเนื่องไปอีกหนึ่งปี หากมีอาการกำเริบครั้งที่สอง ควรให้ยาต่อเนื่องไประยะยาว

สรุปได้ว่า ปัจจุบัน การวินิจฉัยมี 2 ระบบ ได้แก่ ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-5 และ ICD-10 การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทจำเป็นต้องได้รับการดูแล รักษาแบบองค์รวม ทั้งกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ จึงต้องใช้เวลา และความเข้าใจจากบุคลากรทางสุขภาพ ครอบครัว ชุมชน การเจ็บป่วยของโรคเป็นเวลานานจะนำไปสู่ความเรื้อรัง และเสี่ยงต่อการเป็นซ้ำหากไม่รักษาต่อเนื่อง ดังนั้น การป้องกันการเกิดโรค การดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะต้องเข้าใจปัจจัยต่าง ๆ และมีความรู้เรื่องยา ที่ถูกต้อง ดูแลด้านสังคมจิตใจ การฟื้นฟูที่บ้าน และสามารถสังเกตอาการที่เปลี่ยนแปลงของ

ในระยะต่าง ๆ ทั้งระยะอาการนำ ระยะอาการกำเริบ ระยะอาการหลงเหลือ เพื่อให้การดูแลรักษา ที่ถูกต้อง รวดเร็ว เป็นผลดีต่อผู้ป่วย ครอบครัว และการใช้ชีวิตร่วมกันในชุมชน

1.5 ปัญหาและผลกระทบของโรคจิตเภท

จากการศึกษาติดตามผลการดำเนินโรคของผู้ป่วยจิตเภท 5 ปี พบว่า ร้อยละ 78 มีลักษณะการดำเนินของโรคที่ยาวนาน เรื้อรัง และมีอาการเกิดขึ้นหลายครั้ง หรือที่เรียกว่า การกำเริบซ้ำ (Varcariolis, 2014) ความเรื้อรังของโรคจิตเภท จึงถูกจัดว่าเป็นโรคที่มีอัตราส่วน ที่พบมากที่สุด ในบรรดาโรคจิตเวชทั้งหมด ทั่วโลกพบผู้ป่วยจิตเภท กว่า 26 ล้านคน และมีความชุก ตลอดชีพ (Lifetime prevalence) 7.0 ถึง 9.0 ต่อประชากร 1,000 คน (Sheila, 2011) การกลับเป็นซ้ำ หรือการกำเริบซ้ำ ทำให้เกิดการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ อารมณ์ การรับรู้ ซึ่งจะเริ่มเป็นช่วงปลาย วัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่อายุระหว่าง 15 ถึง 35 ปี ส่งต่อความพร่องของการใช้ชีวิต ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญ ประการหนึ่งในการดูแลผู้ป่วย เมื่อพิจารณาถึงสาเหตุของการป่วยซ้ำในโรคจิตเภท คือ ขาดยา ไม่ยอมรับประทานยา หรือปฏิบัติผิดๆ หรือปฏิบัติของตนเอง หรือไม่ทราบว่าเป็นโรคของตนเอง มักจะ ทำให้มีการกำเริบ ส่งผลไปยังจิตใจได้สำนึก และการแสดงออกถึงการตัดสินใจที่ไม่ดี ไม่เต็มใจรักษา ไม่เข้าใจในการปฏิบัติ ไม่มาพบแพทย์ตามนัด ใช้สารกระตุ้น มีผลทำให้เกิดปฏิกิริยาระหว่าง สารกระตุ้นกับยาต้านโรคจิต ความเรื้อรังของโรคเป็นเวลานานอาจทำให้ผู้ป่วยรับรู้ภาวะสุขภาพ ตนเองว่าเป็นผู้ด้อยสมรรถภาพ เกิดเป็นความรู้สึกเบื่อหน่ายท้อแท้ ซึมเศร้าในชีวิต ผู้ป่วยมีความคิด ด้านลบต่อตนเอง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า (Corrigan & Rao, 2012) ขาดความมั่นใจในตนเอง รู้สึกผิด ไร้ความสามารถช่วยเหลือตนเอง มีความสับสนเกี่ยวกับเอกภาพของตน และด้วยปัญหาเศรษฐกิจ ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีความยากจน และครอบครัวไม่มีรายได้ที่แน่นอน เมื่อมีอาการทางจิตดีขึ้น และกลับบ้าน พบว่า ไม่มีงานทำ ไม่มีอาชีพ ขาดแคลนเครื่องอุปโภคบริโภค เกิดภาวะพึ่งพิง พึ่งพา คนอื่น (สุนทรภรณ์ ทองไสย, 2558) ลักษณะของโรคจิตเภทชนิดเรื้อรัง การรักษาที่ต่อเนื่องเป็นสิ่งจำเป็น หากรักษาไม่ต่อเนื่อง จะส่งผลให้เกิดความบกพร่องทางความคิด การรับรู้ การตัดสินใจ บุคลิกภาพ ซึ่งกระทบต่อการดูแลตนเอง การประกอบอาชีพ สังคมส่วนใหญ่มองว่าผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ ที่ด้อยความสามารถในการทำงาน ส่งผลให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดภาวะพึ่งพิง ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่นใน การช่วยหรือกระตุ้นทำกิจกรรม ตลอดจนการบำบัดรักษาโรคที่เป็นอยู่ อีกทั้งการประสบปัญหาการ เข้าถึงบริการสุขภาพ ผู้ป่วยจิตเภทเกือบทั้งหมดยังต้องอาศัยการพึ่งพาบริการสุขภาพ ทั้งในการตรวจรักษา และการฟื้นฟูสภาพร่างกายจิตใจ และทักษะทางสังคมโดยมีการใช้บริการ ในสถานบริการสุขภาพตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ซึ่งผู้ป่วยและครอบครัว ยังคงประสบปัญหาการเดินทางไปรักษาที่เป็นระยะทางค่อนข้างไกล และการคมนาคมที่ไม่สะดวก

รวมถึงในการเดินทางมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง ทั้งค่าโดยสารรถประจำทาง และค่าเหมารถ (ศรีนรัตน์ จันทพิมพ์ และชนิษฐา นันทบุตร, 2561) อีกทั้งปัญหาครอบครัว ผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจ เป็นผู้สูงอายุ มีฐานะยากจน ให้ความดูแลผู้ป่วยได้ไม่เต็มที่ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาที่รวดเร็วและต่อเนื่อง เนื่องจากจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด นอกจากนี้พบว่า ถ้าผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว ทำร้ายผู้อื่น ญาติหรือผู้ดูแลไม่สามารถจัดการหรือควบคุมพฤติกรรมได้ เกิดความกลัว เบื่อหน่ายในการดูแล รวมถึงการเพิกเฉยต่อบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง บางครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์มาก เช่น วิพากษ์วิจารณ์ ตำหนิหรือปกป้องมากเกินไป เป็นสาเหตุให้เกิดการกำเริบได้ (APA, 2013) และที่สำคัญปัญหาด้านสังคมและชุมชน การไม่ยอมรับในตัวผู้ป่วยจิตเภท มีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งเมื่อกลับไปบ้านจะถูกคนในชุมชนมองด้วยทัศนคติทางลบ(สุริสา ดีเพชร และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 2558) รู้สึกหวาดกลัว ไม่สูงส่งด้วย ไม่ให้เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนหนึ่งเมื่อมีอาการทางจิตกำเริบจะทำความเดือดร้อนให้กับชุมชน เช่น ทำร้ายผู้อื่น เนื่องจากมีอาการหวาดระแวง หลงผิด ซึ่งอาการและพฤติกรรมเหล่านี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลจากชุมชน สุดท้ายต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

การกำเริบซ้ำนั้นยังเกิดขึ้นบ่อยเท่าใด ศักยภาพในการดำเนินชีวิตแทบทุกด้านยิ่งเสื่อมถอยลง เช่น การดูแลสุขภาพตนเอง การเรียนรู้ ความสัมพันธ์ การอยู่ร่วมกัน การเข้าสังคม การทำงาน ประคบอาชีพ (Varcariolis, 2014) ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการทำงาน การเจ็บป่วยหนึ่งครั้ง อาจไม่ได้กลับมาเหมือนเดิม ยิ่งถ้าป่วยซ้ำ ๆ ระดับการทำหน้าที่ต่าง ๆ จะลดลง ขณะเดียวกัน การเสื่อมถอยของบุคลิกภาพจะเพิ่มขึ้น มีโอกาสที่จะมีพยาธิสภาพถาวรมากขึ้น (Sadock & Sadock, 2000) ผลกระทบของการกำเริบในโรคจิตเภท ส่งต่อเศรษฐกิจและระบบสาธารณสุข เนื่องจากผู้ป่วยขาดประสิทธิภาพในการทำงาน ขาดงาน ขาดรายได้ และปัญหาจากการป่วยซ้ำบ่อย และไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม

ปัญหาและผลกระทบของโรคจิตเภท ทำให้ผู้ที่เป็นโรคมืดความยุ่งยากในการดำเนินชีวิต ด้วยภาพลักษณ์จากการถูกตีตราจากสังคม การอยู่ร่วมกับครอบครัว การทำงานประคบอาชีพที่ไม่สามารถทำได้ตามศักยภาพ เนื่องจากภาวะการเจ็บป่วยทำให้มีความบกพร่องทักษะการใช้ชีวิต การเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ เกิดการฟุ้งฟิงผู้อื่น ดังนั้น ไม่ว่าจะเป็นปัญหาการรักษา การเข้าถึงบริการ การอยู่ร่วมกับครอบครัว สังคม ชุมชน หากผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลด้วยความเข้าใจ มีความรู้ที่ถูกต้องจากครอบครัว ชุมชน และได้รับการฟื้นฟูดูแลอย่างต่อเนื่อง จะลดการกลับ

เป็นซ้ำ ป้องกันความบกพร่องที่จะนำไปสู่ความพิการ และดำรงชีวิตได้เช่นคนทั่วไป โดยต้องดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

ส่วนที่ 2 แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

2.1 ความหมายการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2004) ให้นิยามว่า เป็นกระบวนการที่ริเริ่มโดยบุคลากรสาธารณสุขทางด้านสุขภาพจิต ให้บริการแก่ผู้ป่วย ผู้ดูแล และคนในชุมชน โดยได้รับการสนับสนุนจากนโยบายการฟื้นฟูสมรรถภาพ มุ่งเน้นไปที่การพัฒนาความสามารถของบุคคล เพื่อลดความบกพร่อง ความเสียเปรียบให้เหลือน้อยที่สุด การฟื้นฟูสมรรถภาพจะครอบคลุมทั้งด้านสังคม อาชีพ โดยมีแนวคิดว่าจะต้องใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้คุ้มค่า และมีการกระจายสู่ชุมชน เพื่อเป้าหมายสุดท้าย คือ ให้ผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เช่นเดียวกับกับ เกียรติภูมิ วงศ์จิตร (2550) ได้ให้ความหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ว่าเป็นการช่วยให้บุคคลพัฒนาทักษะทางอารมณ์ สังคม การใช้ชีวิตประจำวัน การเรียนรู้ และทำงานในชุมชน โดยได้รับความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญในชุมชน ขณะที่ เพลินพิศ จันทศักดิ์ (2551) ได้ให้ความหมายการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช หมายถึง การฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นการให้บริการ และให้ความช่วยเหลือให้ผู้ที่มีความบกพร่องหลังการเจ็บป่วย ได้มีโอกาสกลับมาใช้ชีวิต และดำเนินกิจกรรมได้ดีที่สุดเท่าที่สามารถทำได้ ซึ่งโรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต (2559) การให้บริการการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อคืนสู่สุขภาพะ เป็นการบูรณาการการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช กับการรักษาให้บริการโดยทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับการตัดสินใจของผู้เข้ารับการฟื้นฟู เห็นความสำคัญของเป้าหมาย และความพึงพอใจของผู้เข้ารับการฟื้นฟูบนพื้นฐานความเป็นจริง มุ่งไปที่จุดแข็งของผู้เข้ารับการฟื้นฟู ฝึกทักษะที่จำเป็นปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม และให้การสนับสนุนตามความเหมาะสม บูรณาการร่วมกับชุมชน และมีความต่อเนื่องของการให้บริการได้ จึงเป็นกระบวนการที่ให้โอกาสแก่บุคคลที่มีความบกพร่องจากความเจ็บป่วยทางจิตให้สามารถพึ่งพาตนเอง และปฏิบัติหน้าที่ในชุมชนได้ การฟื้นฟูสมรรถภาพจะใช้ทั้งการเพิ่มศักยภาพของบุคคล และแนะนำในการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม เพื่อที่จะทำให้อุณหภูมิชีวิตดีขึ้น โดยมีจุดประสงค์ เพื่อยกระดับความสามารถของบุคคลถึงระดับสูงสุด ลดความพิการ มุ่งเน้นให้บุคคลมีทางเลือกการใช้ชีวิตที่ดีขึ้น และเป็นการคืนสู่สุขภาพะได้

สรุปได้ว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช หมายถึง การเติมเต็มความสามารถของบุคคลจากที่เคยพร่องด้วยการเจ็บป่วยทางจิต ให้สามารถกลับมาทำหน้าที่ต่าง ๆ ได้ ด้วยการพัฒนาทักษะที่จำเป็น การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม การได้รับโอกาสการสนับสนุนทางสังคม เพื่อสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติ ทำประโยชน์ต่อตนเองและผู้อื่นได้

2.2 หลักการของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

เป็นการพัฒนา และส่งเสริมศักยภาพของบุคคลที่เคยสูญหายไปเมื่อประสบปัญหาวิกฤตต่าง ๆ และส่งผลกระทบต่อจิตใจจนไม่สามารถปฏิบัติตนได้อย่างปกติ การพัฒนาศักยภาพให้ฟื้นตัวดีขึ้นกว่าเดิม จะต้องมีหลักการที่สำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช (Corrigan & Mueser, 2008) ดังนี้

1. การคำนึงถึงความสามารถและการตัดสินใจด้วยตนเอง
2. เน้นไปที่เป้าหมาย และความชอบส่วนตัว
3. มุ่งเป้าไปสู่ความเป็นจริง
4. ยืนหยัดบนความแข็งแรง
5. ให้ความสำคัญกับการฝึกทักษะต่าง ๆ
6. มีการปรับเปลี่ยนไปตามสภาพแวดล้อม และการสนับสนุน
7. การฟื้นฟู ร่วมกับการบำบัดรักษาไปด้วยกัน
8. เน้นทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ
9. มีบริการที่ต่อเนื่อง บูรณาการร่วมกับการทำงานในชุมชน
10. ฟื้นคืนสู่สุขภาพ

โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต (2559) การฟื้นฟูทางจิตเวช ตั้งอยู่บนหลักการของ ICID โดย I = Individual Basis หมายถึง การคำนึงถึงความต้องการ และความแตกต่างในสภาพปัญหาของแต่ละบุคคล C = Community Basis หมายถึง การคำนึงถึงชุมชนเป็นหลักทั้งเป้าหมาย และกระบวนการ I = Integration หมายถึง การผสมผสานศาสตร์และศิลป์ของสหสาขา และ D = Dynamic หมายถึง เป็นกระบวนการอย่างต่อเนื่องโดยปรับเปลี่ยนตามพลวัต โดยมีเป้าประสงค์ คือ ISO โดย I = Independency หมายถึง ผู้ป่วยสามารถพึ่งพาตนเองได้โดยพึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุด S = Stigma Reduction หมายถึง ลดอคติ ให้การยอมรับ และช่วยให้ผู้ป่วยอยู่ร่วมกับผู้อื่นในชุมชนได้ O = Opportunity หมายถึง ให้ผู้ป่วยได้รับโอกาสจากสังคมและสิ่งแวดล้อม เช่นเดียวกันกับ เกียรติภูมิ วงศ์รจิต (2550) หลักของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช มีหลักการที่สำคัญเพื่อการป้องกัน ไม่ให้เกิดความเสื่อมหรือไร้ความสามารถมากขึ้นกว่าเดิม โดยให้ผู้ป่วยได้ใช้ความสามารถที่ยังมีอยู่ให้เต็มศักยภาพ สามารถปฏิบัติภารกิจในชีวิตประจำวันได้เหมือนเดิมได้มากที่สุด ป้องกันไม่ให้สภาพจิตใจและร่างกายสูญเสียหรือเสื่อมถอยมากขึ้น เพื่อป้องกันการนำไปสู่ความพิการทางจิตใจที่เรื้อรัง อีกทั้งให้มีความรับผิดชอบต่อบทบาทหน้าที่ให้ใกล้เคียงก่อนป่วยมากที่สุด

ผู้วิจัยเห็นว่า มนุษย์ทุกคนย่อมมีความสามารถ แต่ด้วยความเจ็บป่วยอาจจะนำไปสู่ความบกพร่องทางร่างกาย และจิตใจ ดังนั้นการฟื้นคืนสู่สภาพเดิม หรือดีกว่าเดิม ควรคำนึงถึงหลักการสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพ คือศักยภาพ ความต้องการ และความแตกต่างในสภาพปัญหาของแต่ละบุคคล การตั้งเป้าหมาย ที่มุ่งไปสู่ความเป็นจริง การคำนึงถึงภาคีหุ้นส่วนความร่วมมือทำงานร่วมกันในหลาย ๆ วิชาชีพ หลายภาคส่วน ปรับเปลี่ยนไปตามบริบท สังคม ชุมชน ทรัพยากรที่มี เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถพึ่งพาตนเองได้ ลดอคติจากสังคม ได้รับโอกาส การมีส่วนร่วมช่วยเหลือจากชุมชน โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีและคุณค่าแห่งความเป็นมนุษย์ ความเสมอภาคเท่าเทียมกัน ตามสิทธิที่ทุกคนพึงมี

2.3 แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

ทศพล กองเงิน (2556) ได้กล่าวถึง 5 องค์ประกอบ ไว้ดังนี้

1. **ส่งเสริมความสามารถดูแลตนเอง** โดยเริ่มให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง การดูแลสุขอนามัยของตนเอง เช่น อาบน้ำ ล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม ทาแป้ง ฯลฯ การรับประทานยาให้ต่อเนื่อง ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นมาก เพื่อลดการกลับมารักษาซ้ำที่โรงพยาบาล ด้วยผู้ป่วยบางรายมีอาการแพ้ยา และปฏิเสธการกินยา ดังนั้น ผู้ดูแลควรดูแลอย่างใกล้ชิดให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษา ไม่หยุดหรือปรับยาเอง และการมาพบแพทย์ตามนัด

2. **ส่งเสริมความสามารถในการใช้ชีวิตในบ้าน** ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับผิดชอบและช่วยเหลืองานบ้าน เช่น ทำความสะอาดบ้าน ซักรีดเสื้อผ้า รดน้ำต้นไม้ เพื่อฝึกพัฒนาทักษะการทำงาน และเห็นคุณค่าในตัวเอง

3. **ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมยามว่าง** จากผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชมักใช้เวลาไปกับการนอนเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ อีกทั้งยังเป็นปัจจัยสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตมากยิ่งขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยแยกตัวเองอยู่ตามลำพังและขาดโอกาสในการทำกิจกรรมอื่น ๆ ที่จะพัฒนาความสามารถและทักษะทางสังคม ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมทำยามว่าง ควรให้ผู้ป่วยได้แสดงออกซึ่งอารมณ์ ความรู้สึกในทางที่เหมาะสม เช่น วาดภาพ ออกกำลังกาย ร้องเพลง เป็นต้น

4. **ส่งเสริมความสามารถในการประกอบอาชีพการทำงาน** ประเมินความถนัด ความชอบความสนใจให้เหมาะสมกับความสามารถของผู้ป่วย ฝึกพัฒนาทักษะการทำงานจะช่วยคงความสามารถ และสร้างนิสัยรักการทำงานไว้ไม่ให้เสื่อมลงจากโรคทางจิตเวช การทำงานจะทำให้ผู้ป่วยมีรายได้ สามารถดูแลตนเองได้ ไม่เป็นภาระของญาติจนเกินไป ทำให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่า และ มีความภาคภูมิใจในตนเอง ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถทำงานได้จากอาการข้างเคียงของยา

ทางจิตเวช ดังนั้น ผู้ดูแลจึงควรพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ เพื่อปรับแผนการรักษาและเลือกหรือ ออกแบบงานให้เหมาะสมกับผู้ป่วย

5. ส่งเสริมทักษะทางสังคมและการใช้ชีวิตในชุมชน เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย จิตเภทได้เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนในโอกาสพิเศษต่าง ๆ ได้เรียนรู้มารยาท กฎระเบียบทางสังคม ปรับตัวอยู่ร่วมเข้ากับบุคคลอื่นได้ เช่น การพาไปวัด ทำบุญ ไปตลาดซื้อกับข้าว ไปร่วมงานจิตอาสา ของชุมชน อันนำมาซึ่งการยอมรับของคนในชุมชน จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุน จากผู้ดูแลหรือ คนในสังคมชุมชนอย่างใกล้ชิดในระยะแรก เพื่อเรียนรู้ทักษะต่าง ๆ ด้วยความเข้าใจจากสมาชิก ในครอบครัวและชุมชน

โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต (2559) ได้กล่าวถึงแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยจิตเวช เพื่อเพิ่มพูนทักษะต่าง ๆ ที่สอดคล้องกับกิจกรรมประจำวัน ไว้ 3 ระดับ ดังนี้

1. ระดับบุคคล การรักษาด้วยจิตเวช และการฝึกทักษะจำเป็นพื้นฐาน จะช่วยลดอาการ บัองกันการกลับเป็นซ้ำ ประกอบด้วย 6 ทักษะ คือ

1) ทักษะการดูแลตนเอง ฝึกการดูแลกิจวัตรประจำวันของตนเอง ตั้งแต่ตื่นนอน จนกระทั่งเข้านอน

2) ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน ฝึกการทำความสะอาดที่อยู่อาศัย อุปกรณ์ และเครื่องใช้ต่าง ๆ ใช้และจัดเก็บให้เป็นระเบียบเรียบร้อย ตลอดจนการซ่อมแซมเมื่อเกิดการชำรุด

3) ทักษะทางสังคมฝึกมารยาทการเข้าสังคมและการอยู่ร่วมกับผู้อื่น

4) ทักษะการทำงาน ฝึกรับผิดชอบงานที่ได้รับมอบหมายและฝึกการประกอบ อาชีพต่าง ๆ

5) ทักษะการพักผ่อน ฝึกการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ช่วยให้รู้สึกผ่อนคลายและ ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์

6) ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน ฝึกให้ผู้ป่วยสามารถเดินทาง ใช้สาธารณูปโภค ในชุมชน และสามารถขอความช่วยเหลือในชุมชนของตนได้

2. ระดับครอบครัว เป็นการปรับระดับประคองจิตใจผู้ป่วยและญาติ ซึ่งควรคำนึงถึง วิธีการที่เหมาะสม การให้ความรู้เกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการเข้าถึงแหล่ง ช่วยเหลือทางสังคม

3. ระดับสังคม สิ่งแวดล้อม เป็นการสนับสนุนทางอาชีพและการจ้างงาน ช่วย เพิ่มคุณค่า ภาคภูมิใจในตนเองที่มีรายได้ ลดการพึ่งพิง เปิดโอกาสให้มีกิจกรรมทางสังคม รวมถึง การสร้างเครือข่ายสนับสนุน

Franck et al. (2019) แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการดูแล เช่น การสอนสุขศึกษา ฝึกทักษะการใช้ชีวิต การเข้าสังคม ความสัมพันธ์ในชุมชน การให้คำปรึกษาครอบครัว การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ และกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Peer support) ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล เป็นทางเลือกของบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ตรงกับความต้องการและความพึงพอใจของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความรุนแรง

นอกจากนี้ยังพบว่า แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในชุมชนโดยส่งเสริมการเข้าไปทำงาน หรือกลับเข้าทำงาน เป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ ในรูปแบบของการสนับสนุนการจ้างงาน (Support Employment: SE) แม้ว่าจะเป็นความยากลำบากที่คนพิการทางจิต จะได้รับการสนับสนุนจ้างงาน แต่ความพยายามในการดำเนินการค่อย ๆ เติบโตขึ้นอย่างมั่นคง การได้รับการจ้างงาน และตามมาด้วยความสามารถในการหางานและจ้างงานที่เพิ่มขึ้น และยังพบความเชื่อมโยงระหว่างการดำรงตำแหน่งงานและผลลัพธ์ ที่แสดงให้เห็นว่า มีการรับรู้คุณค่าในตนเองที่ดีขึ้น มีปฏิสัมพันธ์ที่ดี และการควบคุมตนเองให้ปลอดภัยจากยาเสพติดได้ และแสดงให้เห็นว่าผู้ที่ได้รับการจ้างงานระยะยาวผ่าน SE มีความรู้ความเข้าใจ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และควบคุมอาการได้ดีขึ้น (Salyers, Becker, Drake, Torrey, & Wyzik, 2004; Bond, 2004)

ดังนั้น การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช มีหลายแนวทางที่จะให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการเพิ่มพูนทักษะต่าง ๆ ระดับบุคคล เป็นการรักษาด้วยยาและการพัฒนาทักษะชีวิตพื้นฐาน ระดับครอบครัว การปรับระดับประคอง การอยู่ร่วมกันด้วยความเข้าใจ ให้การสุขศึกษา การให้คำปรึกษาครอบครัว และระดับสังคม สิ่งแวดล้อม เป็นการบูรณาการภาคสังคม ร่วมในการระบวงการฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่นการสนับสนุนการจ้างงาน การประกอบอาชีพ การรวมกลุ่มทางสังคม เพื่อยกระดับความสามารถของผู้ป่วยจิตเภทให้มีคุณค่า มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผู้วิจัยจะนำหลักการ และแนวทางของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช เพื่อศึกษาวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนเป็นฐานสำหรับ อสม. สามารถนำองค์ความรู้มากำหนดนิยามเชิงปฏิบัติการ ตัวแปร การกำหนดสร้างเครื่องมือต่าง ๆ และออกแบบเนื้อหาในโปรแกรม เช่น ความสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ทักษะชีวิต ทักษะการดูแลตนเอง ทักษะทางสังคม การสื่อสาร การสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น ทักษะการทำงาน ทักษะการผ่อนคลายต่าง ๆ ฯลฯ โดยการส่งเสริม สนับสนุนความรู้ เจตคติ และฝึกปฏิบัติให้แก่แกนนำสุขภาพชุมชน ให้มีส่วนร่วมฟื้นฟูติดตามอย่างต่อเนื่อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

การฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นการป้องกันความพิการอันเป็นผลมาจากการเจ็บป่วย และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ส่งเสริมให้ฟื้นฟูสู่สภาพเดิมให้เร็วที่สุด การป้องกันขั้นนี้รวมถึงการรักษาพยาบาลต่อเนื่อง การให้ความรู้กับญาติของผู้ป่วยถึงพยาธิสภาพของโรค แผนการรักษาพยาบาลในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย การจัดเตรียมชุมชนเพื่อรับผู้ป่วยเข้าสู่ชุมชนโดยการเตรียมครอบครัวและชุมชนให้เข้าใจผู้ป่วย และปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างเหมาะสมหลังการจำหน่ายกลับบ้าน ให้ได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำและต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ จากการศึกษาทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ส่วนใหญ่เป็นการกระทำในสถานบำบัด เช่น โปรแกรมเตรียมความพร้อมผู้ป่วยจิตเภทสู่ชุมชน โดยจลี เจริญสรรพ และนพรัตน์ ไชยธานี (2560) พบว่า 1) โปรแกรมเตรียมความพร้อมฯ ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ คัดเลือกผู้ป่วยประเมินปัญหาและแหล่งสนับสนุนทางสังคม กำหนดเป้าหมาย จัดทำแผนฟื้นฟูผู้ป่วยรายบุคคล ประสานงานทีมสหวิชาชีพ ดำเนินการฟื้นฟูฯ กำกับให้เป็นไปตามแผนฯ และประเมินผล 2) การทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบฯ พบว่า กลุ่มทดลองทำหน้าที่ทางสังคมและมีคุณภาพชีวิตภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กษมา พลดงนอก (2551) ศึกษาการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยรูปแบบสถานฟื้นฟูในเวลากลางวัน พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชเข้าร่วมโครงการ 8 คน ซึ่งมีคะแนนการประเมินทักษะโดยใช้แบบประเมินความสามารถและแบบประเมินทักษะ 6 ด้านของกรมสุขภาพจิตและมีคะแนนก่อนและหลังดำเนินโครงการดังนี้ 1) ผู้ป่วย มีคะแนนทักษะในด้านต่าง ๆ 6 ด้านเพิ่มขึ้นจำนวน 8 คน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นทั้ง 8 คน 2) มีระดับความสามารถเพิ่มขึ้นจากระดับ 1 เป็นระดับ 3 จำนวน 1 คน ระดับ 2 เป็นระดับ 4 จำนวน 2 คน ระดับ 4 เป็นระดับ 5 จำนวน 4 คน อีก 1 คน ระดับความสามารถไม่เปลี่ยนแปลงแต่มีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากเดิม 2.06 เป็น 2.56 จะเห็นได้ว่าเนื้อหาของการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภท ไม่เพียงแต่เป็นการพัฒนาทักษะชีวิตเท่านั้น แต่การฟื้นฟูทางจิตสังคม ชุมชน เป็นรูปแบบที่อยู่ในกระบวนการฟื้นฟูทั้งสิ้น เช่นเดียวกันกับงานวิจัย กระบวนการดูแลต่อเนื่อง การสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท ดังจะเห็นได้จากงานวิจัยของอรสา วัฒนศิริ และเสาวภา ศรีภูสิตโต(2556) ศึกษาการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเภทโดยทีมสหสาขาและเครือข่ายผู้ดูแล โรงพยาบาลกำแพงเพชร พบว่า ภายหลังการพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการกำเริบซ้ำ และอาการกำเริบรุนแรงต้องส่งต่อ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลลัพธ์กระบวนการดูแลต่อเนื่อง ได้แก่ รับประทานยาสม่ำเสมอ เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน

ความสามารถโดยรวม และคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการใช้ยาและสารเสพติดลดลง การส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีคุณภาพชีวิตและระดับความสามารถโดยรวมดีขึ้น ลดอาการกำเริบและการกลับเป็นซ้ำที่รุนแรง เช่นเดียวกันกับงานวิจัยที่ใช้รูปแบบการสนับสนุนทางสังคม ของขวัญสุดา บุญทศ, อมรรัตน์ ศรีคำสุข ไชโตะ, และ สุวรรณ อรุณพงศ์ ไพศาล (2556) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีเครือข่ายระหว่าง 3 - 8 คน ต่อ 1 คน เครือข่ายลำดับแรก ๆ ที่ให้การช่วยเหลือมากที่สุด คือ แม่ พี่ชาย/พี่สาว พ่อ และบุคลากรทางสุขภาพตามลำดับ โดยให้ความสนับสนุนทางด้านอารมณ์จิตใจมากที่สุด รองลงมาคือการให้ในด้านข้อมูลคำแนะนำ การให้สิ่งของ และการสนับสนุนด้านการจ้างงาน การเสริมแรงบวก การช่วยให้รับรู้คุณค่า การให้เงิน ส่วนการส่งเสริมหรือจัดกิจกรรมฟื้นฟูสภาพ พบว่าได้รับความสนับสนุนน้อยที่สุด ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการช่วยเหลือคือ รายได้น้อย อายุมาก มีปัญหาสุขภาพ อาการทางจิตและความไม่ร่วมมือของผู้ป่วย ส่วนเหตุผลที่ได้รับการช่วยเหลือ คือ เห็นใจสงสาร เป็นบทบาทหน้าที่ และพึงพอใจที่ได้ช่วยเหลือ

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการมีส่วนร่วม

3.1 แนวคิดพฤติกรรมการมีส่วนร่วม

มีผู้ให้ความหมายไว้ ดังนี้

สหประชาชาติ (United Nations) เป็นการสร้างโอกาสให้สมาชิก สังคม ชุมชนมีส่วนร่วมพัฒนา รับประโยชน์ของการดำเนินงานอย่างเท่าเทียมกัน (United Nations, 1981) เช่นเดียวกันกับ Reeder (1974) เป็นการรวมกลุ่มพบปะกันทางสังคมในลักษณะปัจเจกบุคคล ซึ่ง Creighton (2005) เปิดโอกาสให้ผู้เกี่ยวข้องเข้าร่วมรับรู้ข้อมูลข่าวสาร การวิเคราะห์ปัญหา ร่วมคิดร่วมทำ การติดตามตรวจสอบผลกระทบของการดำเนินงาน อันเป็นการแก้ปัญหาของชุมชนหรือท้องถิ่นของตนเอง เช่นเดียวกับนักวิชาการไทยอย่างอรทัย หนูสงค์ (2560) การที่บุคคลต่าง ๆ ในชุมชนเข้ามาร่วมในทุกขั้นตอนของการพัฒนาชุมชนด้วยความสมัครใจ โดยศึกษาปัญหา วิเคราะห์สาเหตุและที่มา ร่วมวางแผน แก้ไข ครอบคลุมทุกด้าน สร้างความร่วมมือ ปฏิบัติร่วมโดยใช้ความคิดริเริ่มและความชำนาญของพื้นที่ร่วมกับวิทยาการที่เหมาะสม เข้าร่วมดำเนินกิจกรรม ติดตาม ประเมินผล และรับผลประโยชน์ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาหรือการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ต้องการ ระหว่างหน่วยงานภาครัฐและกลุ่มบุคคลต่าง ๆ ทำงานบรรลุตามวัตถุประสงค์ หรือแผนที่กำหนดไว้

สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมเป็นความร่วมมือของบุคคลต่าง ๆ ที่เข้ามาแก้ปัญหาด้วยความเต็มใจ เริ่มด้วยการวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ กำหนดความต้องการ ร่วมคิดค้นหาวิธีการวางแผน เสนอทางออกของการแก้ปัญหา ปฏิบัติการ ลงมือทำ และรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้น ตลอดจนถึงการร่วมกันติดตามประเมินผล เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาได้อย่างแท้จริง โดยการมีทัศนคติที่ดี ตระหนักถึงปัญหาาร่วมกัน และเห็นความสำคัญที่จะร่วมกันแก้ปัญหาของชุมชน อาศัยความร่วมมือ ใช้ศักยภาพความสามารถของตนเอง และทรัพยากรในท้องถิ่นให้เต็มที่ มีความรับผิดชอบ เพื่อเป้าหมายเดียวกัน และเกิดการเปลี่ยนแปลงจากการพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้น รู้สึกถึงความเป็นเจ้าของร่วมกัน

กระบวนการ และขั้นตอน การมีส่วนร่วมของชุมชน

WHO and UNICEF (1978) ได้เสนอกระบวนการมีไว้ 4 ขั้นตอน ดังนี้

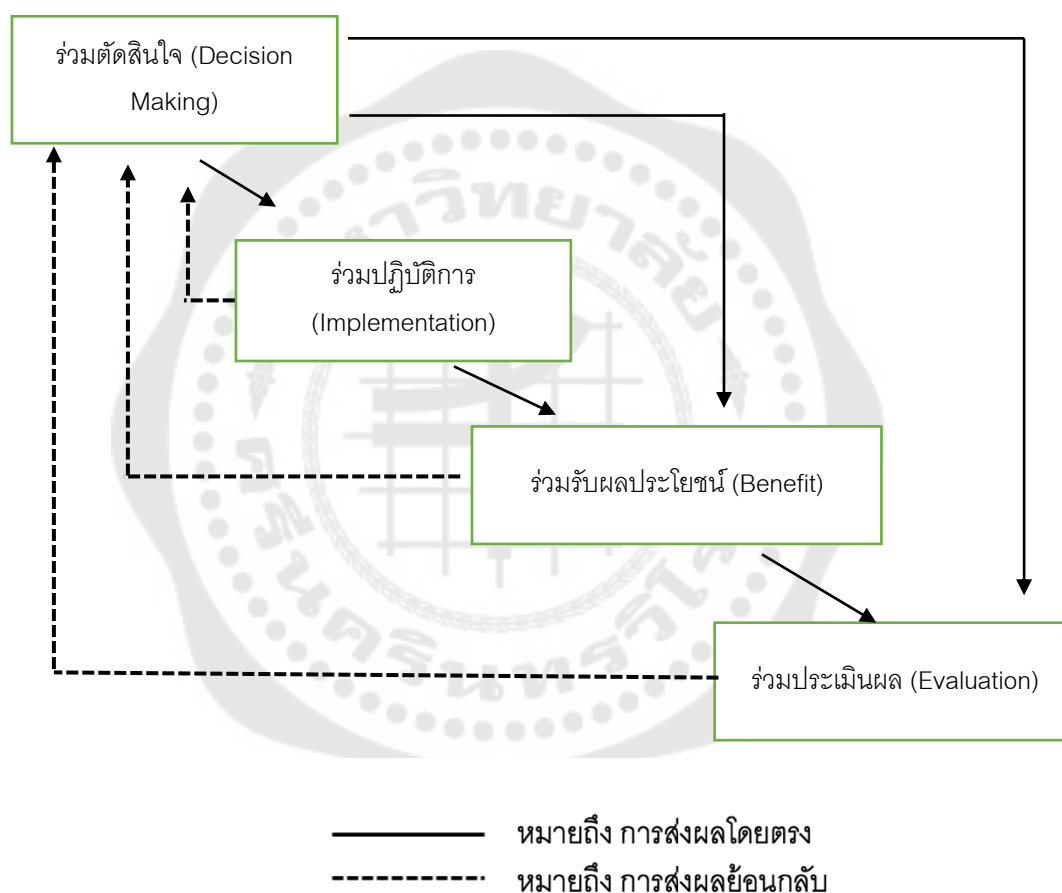
- 1) วางแผน วิเคราะห์ ตั้งเป้าหมาย กำหนดใช้ทรัพยากร ติดตามประเมินผล และต้องตัดสินใจได้ด้วยตนเอง
- 2) ดำเนินกิจกรรม และบริหารการใช้ทรัพยากร จัดสรร และควบคุมทางการเงิน ร่วมรับผิดชอบ
- 3) ขั้นการใช้ประโยชน์ ประชาชนต้องมีความสามารถในการนำกิจกรรมมาใช้ให้เกิดประโยชน์ได้ ซึ่งเป็นการเพิ่มระดับของการพึ่งตนเอง
- 4) ขั้นรับประโยชน์ ประชาชนต้องได้รับการแจกจ่ายผลประโยชน์จากชุมชนที่เท่าเทียมกัน

Cohen & Uphoff (1980) ให้แนวคิดไว้ 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. ร่วมตัดสินใจ (Decision Making) เป็นขั้นตอนที่สำคัญมากเพราะเป็นการระบุปัญหาความต้องการของชุมชน และจัดลำดับความจำเป็น จากนั้นเลือกนโยบายและประชาชนที่เกี่ยวข้อง การตัดสินใจต้องดำเนินการไปเรื่อย ๆ ต่อเนื่อง โดยเริ่มตัดสินใจในช่วงเริ่มต้นดำเนินการวางแผนตามที่วางไว้
2. ร่วมดำเนินการ (Implementation) เป็นการสนับสนุนด้านทรัพยากร หรือข่าวสาร ด้วยความเต็มใจและแสดงความรับผิดชอบในการดำเนินงาน
3. ร่วมรับประโยชน์ (Benefits)
 - ผลประโยชน์ทางวัตถุ ทางสังคม ซึ่งอยู่ในรูปของการบริการ หรือสาธารณูปการต่าง ๆ ที่ช่วยเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

- ผลประโยชน์ส่วนบุคคลด้านจิตใจ และการกระจายผลประโยชน์ภายในกลุ่มอาจจะรวมไปถึงผลที่เป็นประโยชน์ทางบวกและผลที่เกิดขึ้นในทางลบ ซึ่งจะเป็นประโยชน์และเป็นโทษต่อบุคคลและสังคมด้วย

4. ร่วมประเมินผล (Evaluation) ควรเปิดโอกาสให้ร่วมประเมินผลลัพธ์ทั้งที่สำเร็จ และล้มเหลวของกิจกรรม โดยให้ความสำคัญกับทุกความคิดเห็น ที่แสดงถึงความชอบ และความคาดหวัง ซึ่งชักนำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนในกลุ่มต่าง ๆ ได้



ภาพประกอบ 1 วงจรการมีส่วนร่วม ของ Cohen and Uphoff (1980)

โกวิท พวงงาม (2550: 8) การพัฒนา มี 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นหาปัญหาและสาเหตุของแต่ละท้องถิ่น โดยการตระหนักรู้ในปัญหาร่วมกัน เพื่อให้การแก้ไขได้ตรงจุดและเกิดประโยชน์ 2) การวางแผนดำเนินกิจกรรม เป็นขั้นตอนให้รู้วิธีการคิด การตัดสินใจ นำเอาข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ มาวางแผน 3) การมีส่วนร่วมปฏิบัติงาน การคิดต้นทุนการดำเนินงานด้วยตัวเอง ทำให้เกิดการเรียนรู้ในการทำกิจกรรมอย่างใกล้ชิด 4) การติดตามและประเมินผล

สรุปได้ว่า ขั้นตอนการมีส่วนร่วม เริ่มต้นที่ ร่วมการวิเคราะห์ปัญหา ร่วมคิด ค้นหา การบ่งชี้ความต้องการของชุมชนตนเองได้ ร่วมตัดสินใจ นำมาสู่การวางแผนกิจกรรม และร่วมลงมือ ปฏิบัติการ และร่วมรับผลประโยชน์ ตลอดถึงการร่วมติดตามประเมินผล

ความสำคัญและประโยชน์ของการมีส่วนร่วม

เกียรติภูมิ วงศ์รจิต และคณะ (2550) การมีส่วนร่วมของประชาชนมีความสำคัญ ดังนี้ ประชาชนตระหนักในปัญหาของตนเอง ความสำคัญ ความจำเป็นในการแก้ปัญหา มีความ อิสระในการตัดสินใจ ได้ใช้ศักยภาพในการทำกิจกรรม มีความรับผิดชอบ รู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกัน มีจุดมุ่งหมาย แสดงถึงสัมพันธภาพ ประสานงาน และเป็นเครือข่ายบริการสุขภาพที่มีความ เข้มแข็งและมีความพร้อม ให้การถ่ายทอดความรู้ ความเข้าใจ ให้เกิดทัศนคติที่พร้อมดำเนินงาน เช่นเดียวกับ อรรถ หนูสงค์ (2560) การตัดสินใจโดยการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชนที่ตั้งถิ่นฐาน อยู่ใกล้ชิดกับทรัพยากร ซึ่งเป็นพื้นที่สาธารณะ เริ่มต้นด้วยการกำหนดปัญหา วิเคราะห์ปัญหา การวางแผน ติดตามและประเมินผล ของโครงการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นและเกี่ยวข้องในชุมชน รวมไปถึง พื้นฟู อนุรักษ์ ดูแลและใช้ประโยชน์จากทรัพยากร โดยเชื่อมโยงกับทั้งภายใน และ ภายนอกชุมชน ทั้งนี้การมีส่วนร่วมก่อให้เกิดการเรียนรู้ และพัฒนาตนเองในชุมชนอย่างต่อเนื่องของกิจกรรม ซึ่งเป็นส่วนสำคัญช่วยพัฒนาการจัดการให้นำไปสู่การบรรลุวัตถุประสงค์ตามที่สมาชิกในชุมชน ต้องการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

Creighton (2005) 8 ข้อสำคัญที่เป็นประโยชน์ของการมีส่วนร่วม ได้แก่

- 1) คุณภาพของการตัดสินใจดีขึ้น
- 2) ใช้ต้นทุนน้อยและลดความล่าช้าลง
- 3) การสร้างฉันทามติ
- 4) การนำไปปฏิบัติได้ง่ายขึ้น
- 5) การหลีกเลี่ยงการเผชิญหน้าที่เลวร้ายที่สุด
- 6) การสร้างความ น่าเชื่อถือและความชอบธรรม
- 7) การคาดการณ์ความห่วงกังวลและทัศนคติของสาธารณชน และ
- 8) การพัฒนาภาคประชาสังคม

ดังนั้น สรุปได้ว่า ความตระหนักต่อปัญหา และตั้งอยู่บนพื้นฐานความต้องการที่ แท้จริงของชุมชนเอง จะนำไปสู่กระบวนการมีส่วนร่วม และเป็นปัจจัยสำคัญที่เป็นเครื่องมือในการ พัฒนาให้เกิดความร่วมมือร่วมใจของคนในชุมชนให้เป็นหนึ่งเดียวในการป้องกันแก้ไข เกิดความ รับผิดชอบ เสียสละเวลาเพื่อมีส่วนร่วม และต้องเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง เคารพในสิทธิหน้าที่ เข้าใจบทบาทของตนที่มีต่อชุมชน สังคม ตลอดจนชุมชนนั้นจะต้องมีแกนนำ หรือผู้นำที่มี ความสามารถ และเป็นที่ศรัทธาเชื่อมั่นของคนในชุมชน สามารถชักจูงให้การมีส่วนร่วมเป็นไปใน ทิศทางที่ชัดเจน เกิดเป็นเจ้าของร่วมกัน

ทั้งนี้ พฤติกรรมการแสดงออกของบุคคล ซึ่งผู้วิจัยสรุปได้ว่า ร่วมหาปัญหา คิด ตัดสินใจ หาวิธีการ กำหนดความต้องการ เสนอทางออกร่วมกัน เรียนรู้ที่จะแก้ไขปัญหา ลงมือทำ ติดตามประเมินผล การมีส่วนร่วมที่ดี เป็นที่ยอมรับ จุดสำคัญอยู่ที่ประชาชนต้องสมัครใจร่วม กิจกรรม และตัดสินใจได้อย่างแข็งขัน ซึ่งต้องอาศัยกระบวนการเริ่มต้นและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เช่นเดียวกับงานวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ ที่ผู้วิจัยได้นำแนวคิดดังกล่าวมาใช้ในการกำหนดเครื่องมือ วัดพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของ อสม. ซึ่งเป็นแกนนำทางสุขภาพ เข้ามาเรียนรู้ในโปรแกรมการฟื้นฟู เพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงให้ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนด้วยกัน

3.2 การวัดพฤติกรรมการมีส่วนร่วม

จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

วิชญ์ หยกจินดา (2557) พัฒนาแบบวัดการมีส่วนร่วมพัฒนาชุมชนของประชาชน หมู่บ้านทุ่งกว้าง ตำบล ทับไทร อำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี ด้านตัดสินใจ ดำเนินงาน รับผลประโยชน์ ประเมินผล เป็นมาตรฐานค่า 5 ระดับ มีทั้งหมด 10 ข้อ โดยการหาค่าความเที่ยงหรือความเชื่อถือได้ของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.91 สอดคล้องกับศตวรรษ ศรีสมบัติ (2559) พัฒนาแบบวัดการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาทันตสาธารณสุขในชุมชน โดยวัดการตัดสินใจ วางแผน ดำเนินการ ประเมินผล และการรับผลประโยชน์ เป็นมาตรฐานค่า 3 ระดับ จำนวน 25 ข้อ และมีความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ .76 และอรทัย หนูสงค์ (2560) พัฒนาแบบวัดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการเขตอนุรักษณ์สัตว์น้ำ: กรณีศึกษา หมู่ที่ 1 ตำบลป่าขาด อำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา โดยวัด 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ค้นหาสาเหตุและปัญหา 2) วางแผน 3) ลงมือปฏิบัติ 4) ผลประโยชน์ 5) ติดตามและประเมินผล โดยแบบวัดเป็นมาตรฐานค่า 5 ระดับ จำนวน 18 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.77 และค่าความเชื่อมั่นตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป หมายถึงแบบทดสอบนั้นเชื่อถือได้ค่อนข้างสูง

ผู้วิจัย สร้างแบบวัดพฤติกรรมการมีส่วนร่วมฟื้นฟู ของอสม. โดยได้นำแนวคิด ทฤษฎีดังกล่าวของ Cohen & Uphoff (1980) ตัดสินใจ (Decision Making) วิเคราะห์ปัญหา ความต้องการ ปฏิบัติการ (Implementation) ฟื้นฟูในชุมชน ให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถใช้ชีวิตร่วมกับ ครอบครัว ชุมชนได้ เกิดทักษะทางสังคม การงานอาชีพ รับผลประโยชน์ (Benefits) ด้วยความเข้าใจ ให้การช่วยเหลือ ดูแลต่อเนื่อง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ให้การติดตามประเมินผล (Evaluation) เพื่อสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลง การปรับปรุง และพัฒนาการฟื้นฟู ต่อไปของชุมชน โดยจะวัดระดับ ของพฤติกรรมฯ แบบมาตรฐานค่า 5 ระดับ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด อสม. ที่ได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่าเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการมีส่วนร่วมฯมากกว่า อสม.ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมมีส่วนร่วม

สุนันญา แสงแก้ว, เรณูการ์ ทองคำรอด, และกชพงศ์ สารการ (2558) ได้ศึกษาวิจัยผลของโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและ อสม. ต่อความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนน เจตคติความรู้ และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน และชุมชน สูงกว่ากลุ่มควบคุมทุกระยะการทดลอง ที่ระดับ.05 ทั้งนี้อธิบายได้ว่าเนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมฯ ด้านความรู้ ทักษะจิต ความสามารถ ทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของครอบครัวและ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ครอบครัวและ อสม.มีความรู้ เจตคติที่ดีต่อการดูแล ผู้ป่วยจิตเภททำให้ครอบครัวและ อสม.เกิดความร่วมมือที่ดีส่งผลให้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อเวลาผ่านไป 1 เดือน ครอบครัวและ อสม. ได้นำทักษะที่ได้รับจากโปรแกรมฯ ไปใช้ผสมผสานกับประสบการณ์จริง ๆ ที่เกิดขึ้นทำให้เกิดการพัฒนาทักษะการดูแลของครอบครัวและ อสม. มีความเข้าใจที่ลึกซึ้งขึ้นเริ่มมองว่าการดูแลและความยุ่งยากที่เกิดขึ้นไม่ใช่ปัญหาแต่จะมองว่าเป็นสิ่งที่ปกติที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เกิดการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังจากครอบครัวและ อสม. ได้รับความรู้และทักษะหลังการทดลอง ซึ่งจะส่งผลให้สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมด้านทักษะทางสังคมที่ดีขึ้นลดอาการทางจิตได้ ผู้ป่วยมีสมรรถภาพทางจิตสังคมเพิ่มขึ้น สามารถดูแลตนเองได้ ใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนได้ด้วยตนเอง ลดภาระการพึ่งพาญาติและครอบครัว ผู้ป่วยแล อสม. มีความพึงพอใจ หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม สอดคล้อง ปกรณ์ จารักษ์ (2551) ที่พบว่า การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเชิงรุกในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และภาคีเครือข่าย จัดอบรมให้แกนนำ มีความรู้ เกิดทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยและพัฒนาทักษะการดูแล การเยี่ยมบ้าน สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดยาลดลง ไม่มีอาการกำเริบ และลดการส่งต่อนอกจากนี้ กิริติยา อุ่นเจริญ (2560) ได้ศึกษาวิจัย การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทักษะจิต ของคนในชุมชน และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม พบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ และการมีตำแหน่งหน้าที่ในชุมชน ที่ระดับ .05 ระดับความรู้เรื่องโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด และระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อติญา โพธิ์ศรี (2562) ได้ศึกษาวิจัย การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง: กรณีศึกษาชุมชนหนองนาสร้าง โดยใช้กระบวนการกลุ่ม และโปรแกรมสนับสนุนครอบครัว ซึ่งมีกิจกรรมดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธภาพและประเมินความต้องการในการ

ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน 2) การสนับสนุนความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท 3) การพัฒนาทักษะทางสังคม 4) การพัฒนาทักษะการจัดการอาการทางลบ และการเผชิญกับความเครียด 5) การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม และทำการประเมินอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้แบบวัดอาการทางลบฉบับภาษาไทย (PANSS-T) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท วัดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนครอบครัว พบว่า กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยแกนนำ ซึ่งเป็นการพัฒนาศักยภาพทรัพยากรจากชุมชนให้สามารถคิด วิเคราะห์ วางแผน ดำเนินการ และติดตามประเมินผล ซึ่งการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อเนื่อง สามารถดำเนินชีวิตประจำวัน ทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตัวเอง และเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชนได้ ควบคุมอารมณ์ได้ดี ครอบครัวไม่รู้สึกเป็นภาระ สามารถช่วยฟื้นฟูให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามอัตภาพ การใช้โปรแกรมสนับสนุนครอบครัวสามารถลดอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวได้

และงานวิจัยเชิงคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของ ศรีนรินทร์ จันทพิมพ์ และชนิษฐา นันทบุตร (2561) พบผลการศึกษามี 5 ประเด็นคือ 1) ความหมายของผู้ป่วยจิตเภท 2) วิถีชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท 3) ปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยจิตเภท 4) รูปธรรมการดูแลของชุมชน 5) การเสริมสร้างความเข้มแข็ง การพัฒนาศักยภาพ ซึ่งสะท้อนให้เห็นบริบทสังคมวัฒนธรรมชนบทอีสาน พบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนนั้น เป็นปัจจัยที่ทำให้กิจกรรมสามารถดำเนินไปได้อย่างครอบคลุมตามสภาพปัญหาและความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งสามารถสังเคราะห์ จากข้อค้นพบได้ดังนี้ 1) การพัฒนาที่ คำนึงถึงปัญหาและความต้องการของพื้นที่มากกว่าการดำเนินงานตามนโยบาย โดยสร้างทีมศึกษาร่วมกันกับภาคประชาชน 2) ความศรัทธาในตัวผู้นำที่มีแนวคิดการพัฒนาโครงสร้างทางสังคม มีความคิดสร้างสรรค์ ชุมชนมีเวทีการเรียนรู้สนับสนุนให้เกิดความเข้มแข็ง พึ่งพาตนเองได้ 3) สร้างการมีส่วนร่วมการดูแลกับกลุ่มทางสังคม ดำเนินการให้ครอบคลุมความต้องการดูแลทั้งมิติทางสุขภาพและมิติทางสังคม 4) ให้คุณค่าและการเปิดโอกาสทางสังคม ยอมรับและให้โอกาสผู้ป่วยจิตเภทเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน ได้แสดงความสามารถ เข้าร่วมพัฒนาทักษะร่วมกับเครือข่ายทางสังคม 5) การนำใช้คุณค่าของภูมิปัญญา ประเพณี ท้องถิ่น มาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเภท 6) การพัฒนาการใช้ระบบข้อมูลชุมชนและการจัดการกับปัจจัย เงื่อนไขที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้คน และ 7) การจัดการสื่อสารชุมชน เพื่อสร้างความเข้าใจในการทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วนในชุมชน เปิดโอกาสให้ทุกคนสามารถเข้าถึงข้อมูลเพื่อพัฒนาการเรียนรู้ของตนเอง และชุมชน

จะเห็นได้ว่า งานวิจัยส่วนใหญ่ ด้านการแก้ปัญหาผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จะต้องอาศัยแนวคิดการมีส่วนร่วม เพื่อเปิดโอกาสให้บุคคล ชุมชนสามารถคิด วิเคราะห์ ตัดสินใจ วางแผนปฏิบัติ ลงมือทำ และประเมินผล ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงใช้แนวคิดดังกล่าวมาออกแบบ โปรแกรมฯ และสร้างแบบวัด เพื่ออธิบายการปฏิบัติงานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนต่อไป

ส่วนที่ 4 แนวคิดทฤษฎีเพื่อพัฒนาโปรแกรมการฟื้นฟูฯ

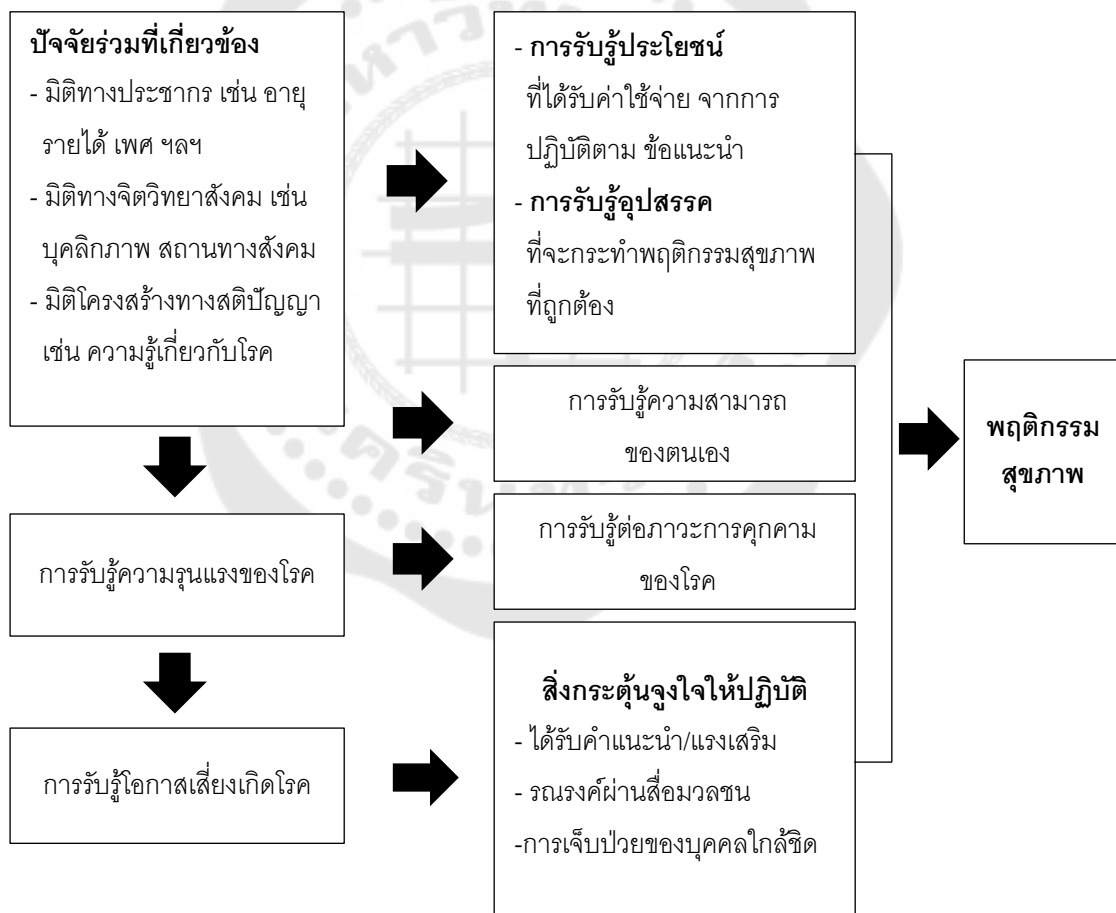
4.1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

แนวคิด ทฤษฎี แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model-HBM) เป็นทฤษฎีหนึ่งที่ยอธิบายถึงพฤติกรรมสุขภาพ ที่ใช้สำหรับการแก้ไขพฤติกรรมหรือใช้เป็นเครื่องมือในการแก้ปัญหาการดำเนินงานทางด้านสุขภาพ พฤติกรรมมีผลต่อสุขภาพของบุคคล (Models of individual health behavior) เกิดจากปัจจัยภายในตัวบุคคล ดังนั้น การดูแลสุขภาพของประชาชน ต้องให้การดูแลครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพ คือ ส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู ซึ่งจำเป็นต้องเข้าใจในพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล เพื่อให้การดูแลได้อย่างเข้าใจและเหมาะสม ตามทฤษฎีแนวคิด หรือโมเดลทางพฤติกรรม และสังคมศาสตร์

ความเชื่อ คือ ความนึกคิด หรือความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งซึ่งอาจมีเหตุผล หรือไม่มีเหตุผลก็ได้ แล้วทำให้มนุษย์มีความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติตามความคิดและความเข้าใจนั้น ความเชื่อมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ เช่น เชื่ออย่างไร บุคคลก็จะมีพฤติกรรมปฏิบัติตามความคิดเห็น และความเข้าใจนั้น โดยอาจจะรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ได้ และความเชื่อในสิ่งนั้นไม่จำเป็นต้องอยู่บนพื้นฐานแห่งความเป็นจริงเสมอไป อาจเป็นเพียงความรู้สึก ความคาดหวัง หรือสมมุติฐานก็ได้

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นรูปแบบของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในทางจิตวิทยา (Psychological health belief change) ตามที่ Rosenstock (1974) ได้กล่าวไว้ว่า พฤติกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลตัดสินใจกระทำ จะเกิดขึ้นได้ต้องผ่านกระบวนการทางปัญญาและจิตใจของบุคคลถึงผลของพฤติกรรมนั้นที่มีต่อสุขภาพ โดยตระหนักรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย เมื่อบุคคลเชื่อว่ามีวิธีการจัดการที่ส่งผลดีต่อสุขภาพตนเอง ก็จะเชื่อในประโยชน์ที่ได้รับจากการกระทำต่อพฤติกรรมสุขภาพนั้น ซึ่งทฤษฎีนี้พัฒนามาจากทฤษฎีทางจิตวิทยา คือ ทฤษฎีการรู้คิด (cognitive theory) เป็นการรับรู้ถึงคุณค่าของผลก่อนการกระทำและคาดหวังผลหลังจากได้แสดงพฤติกรรมไป จากทฤษฎีเริ่มต้น ของ Rosenstock (1974) กล่าวว่าบุคคลจะมีพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยมีความเชื่อ สิ่งจูงใจ และรับรู้ การวิจัยในระยะต่อมา พบว่า ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่มี

ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ (Becker, Drachman, & Kirscht, 1974) และมีการปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยเพิ่มปัจจัยร่วม และสิ่งชักนำให้ปฏิบัติซึ่งเป็นปัจจัยอื่น ๆ นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคล ต่อมา Rosenstock, Strecher, & Becker (1988) ได้พัฒนาและปรับปรุง ทฤษฎี HBM มาเป็นระยะ ๆ โดยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จะต้องรับรู้โอกาสเสี่ยง (perceived susceptibility) และความรุนแรงของโรค (perceived severity) ประโยชน์ (perceived benefit) อุปสรรค ภาวะคุกคามของโรค (perceived threat) และสิ่งกระตุ้นใจให้ปฏิบัติ (cues to action) รวมทั้งมีปัจจัยร่วมที่เกี่ยวข้องและความสามารถของตนเองเข้ามา เพื่อให้มีความเหมาะสมกับพฤติกรรมดำรงอยู่ (life style) ในการกระทำเพื่อป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ (อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560)



ภาพประกอบ 2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model-HBM)

ที่มา: (ดัดแปลงจาก Rosenstock, Stretcher & Becker, 1988 อ้างถึงใน อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560)

องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเพื่อการป้องกันโรค ตาม HBM มีองค์ประกอบด้านการรับรู้ที่สำคัญ ดังนี้ (Stretcher & Rosenstock, 1996)

1. โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค (susceptibility) หมายถึง ความคิด ความเชื่อ ความรู้สึก และการคาดคะเนของบุคคลเกี่ยวกับความเสี่ยงที่จะป่วยด้วยโรคใด ๆ ของตนเองว่ามีมากน้อยเพียงใด โดยพบว่า การรับรู้ดังกล่าว กับการเข้ารับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคและการไปตรวจสุขภาพเพื่อวินิจฉัยหาโรคตั้งแต่แรกเริ่มมีความสัมพันธ์กัน เช่นเดียวกับผู้ป่วยใน พบว่าพฤติกรรมปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือพฤติกรรมการรักษาโรค เป็นไปในทางบวกกับการปฏิบัติในการรักษาโรคของบุคคล

2. ความรุนแรงของโรค (severity) หมายถึง ความคิด ความเชื่อ ความรู้สึก และการคาดคะเนของบุคคล ที่เกิดจากการประเมิน ที่อาจเกิดจากการป่วยด้วยโรคใด ๆ ทั้งที่มีต่อด้านสุขภาพให้แกชีวิตความพิการ ความสมบูรณ์แข็งแรง การเกิดโรคแทรกซ้อน ความเจ็บป่วยทุพพิกฐาน รวมถึงผลกระทบที่ไม่เกี่ยวกับสุขภาพ เช่นการสูญเสียหน้าที่การงาน ทรัพย์สินเงินทอง และสถานะทางสังคม เป็นต้น

3. ประโยชน์ที่ได้รับ ค่าใช้จ่าย อุปสรรค (benefit and costs/ barriers) หมายถึง ความคิด ความเชื่อ ความรู้สึก และการคาดคะเนของบุคคล เกี่ยวกับประโยชน์หรือผลดีที่ตนเองจะได้รับจากการปฏิบัติป้องกันหรือรักษาโรค เช่น ลดความรุนแรงของโรค ผลกระทบทางสุขภาพ ทางเศรษฐกิจ ความพอใจหรือความรู้สึกด้านคุณค่าในตนเอง เป็นต้น ผลกระทบทางลบที่อาจจะเกิดตามมาหลังจากปฏิบัติตามคำแนะนำ หรือจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม เช่นการเสียค่าใช้จ่าย การทำให้เกิดความอับอาย หรือความยากลำบากใจ หรือเป็นการกระทำที่ยุ่งยาก หรือทำได้ยาก เป็นต้นบุคคลจะทำการประเมินอุปสรรคแล้วนำไปสัมพันธ์กับทรัพยากรที่มีอยู่หรือจะหามาได้ ตลอดจนประสบการณ์ที่ผ่านมาเกี่ยวกับเรื่องนั้น ๆ แม้บุคคลจะพยายามหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามเหล่านั้นด้วยการแสวงหาการป้องกันหรือรักษาโรคดังกล่าว แต่การที่บุคคลจะยอมรับและปฏิบัติในสิ่งใดนั้น จะเป็นผลจากความเชื่อว่า วิธีการนั้น ๆ เป็นทางออกที่ดีที่สุดที่จะปลอดภัย หรือหายจากโรค บุคคลจะต้องมีความเชื่อว่าอุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันและรักษาโรคจะต้องมีน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่ได้รับ

4. ภาวะคุกคาม (threat) หมายถึง ความคิด ความเชื่อ ความรู้สึก และการคาดคะเนของบุคคล หากบุคคลรับรู้ภาวะคุกคามมากก็จะมีผลทำให้บุคคลนั้นนั้นเกิดความโน้ม

เสียงที่จะหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง หรือเป็นตัวผลักดันให้บุคคลมีการป้องกัน หรือรักษาโรคนั้น นั้นมากตามไปด้วย

5. สิ่งกระตุ้นจูงใจให้ปฏิบัติ (cues to action) หมายถึง เหตุการณ์ หรือกิจกรรม ที่กระตุ้น (Trigger) หรือเป็นแรงจูงใจให้บุคคลเกิดความพร้อม ในการแสดงพฤติกรรมป้องกัน และรักษาโรค และนำไปสู่การปฏิบัติที่เหมาะสม ซึ่งประกอบด้วย 2 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติจากภายในบุคคล (Internal Cues) ได้แก่ ความรู้สึกถึงอาการผิดปกติบางอย่างที่เกิดขึ้นกับ ร่างกายของตนเองซึ่งไปเพิ่มระดับการรับรู้ภาวะคุกคามให้เพิ่มขึ้น และ 2) ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ จากภายนอกบุคคล (External Cues) ได้แก่ การสื่อสารผ่านสื่อสารมวลชน และคำแนะนำจาก บุคคลใกล้ชิดมีอาการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อน สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติหรือ ตัวกระตุ้นจะต้องเกิดขึ้นสอดคล้องเหมาะสมกับพฤติกรรมระดับความเข้มของสิ่งกระตุ้น ที่จะ ก่อให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมแตกต่างกันไปตามระดับความพร้อมด้านจิตใจของบุคคลที่จะ แสดงพฤติกรรม คือถ้ามีความพร้อมด้านจิตใจน้อยจำเป็นต้องอาศัยสิ่งชักนำมาก แต่ถ้ามีความ พร้อมด้านจิตใจสูงอยู่แล้วจะต้องการสิ่งกระตุ้นเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

6. ปัจจัยร่วมที่เกี่ยวข้อง (modifying factors) เป็นปัจจัยที่เข้ามาส่งเสริม หรือ มาเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติของบุคคลในการรักษาหรือป้องกันโรค ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ บุคลิกภาพ สถานะทางเศรษฐกิจ และสังคม และความรู้ที่เกี่ยวข้อง

7. ความสามารถของตนเอง (self efficacy) ฝึกปฏิบัติ และมีแนวทาง เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายของพฤติกรรมที่กำหนดไว้ การให้การเสริมแรงทางบวก การสาธิต และการเป็นต้นแบบที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น ๆ ได้ประสบความสำเร็จ

สรุปได้ว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นการกล่าวถึงพฤติกรรมปฏิบัติในการ ดูแลสุขภาพของคนเพื่อป้องกัน และรักษาโรค ซึ่งจะต้องรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของ โรค ประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติ อุปสรรค สิ่งกระตุ้นจูงใจให้ปฏิบัติ และความสามารถของ ตนเอง เพื่อหลีกเลี่ยง หรือเลือกที่จะปฏิบัติ จากภาวะคุกคามของโรค โดยการหาทางออกของการ ปฏิบัติให้ดีที่สุดที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงซึ่งพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเอง

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มาประยุกต์ใช้ศึกษาการรับรู้ของ อสม. ด้านความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคจิตเภท ประโยชน์และอุปสรรคของการฟื้นฟู สมรรถภาพ สิ่งกระตุ้นจูงใจให้ปฏิบัติ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น ความรู้เรื่องโรคจิตเภท ตลอดจน ความสามารถของตนเองในการฟื้นฟู

ซึ่งการวิจัยในครั้งนี้จะชี้ให้เห็นถึงโรคจิตเภทเป็นโรคที่เจ้าของสุขภาพไม่สามารถทำหน้าที่ในการดูแลตนเองได้เต็มศักยภาพ ด้วยข้อจำกัดทางสมองที่เสื่อมถอย และมีความบกพร่องการมีแกนนำทางสุขภาพในชุมชน คือ อสม.ในบริบทสังคมไทย เปรียบเสมือนญาติ ผู้ดูแล ด้วยมีความใกล้ชิด ผูกพันกับชุมชน มีความเป็นพี่น้องที่ให้การเกื้อกูลต่อกัน เพื่อเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ ดังนั้น การสร้างความตระหนักรู้ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพผ่านกระบวนการคิดตัดสินใจร่วมฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ในการวิจัยในระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาสร้างและออกแบบ โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยฯ ซึ่งเนื้อหาของโปรแกรม ฯ ชี้ให้เห็นความเชื่อมโยงของพฤติกรรมที่ปฏิบัติอยู่จริงกับโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคจิตเภท ผ่านกระบวนการเรียนรู้ และการใช้สื่อบุคคลเป็นการเล่าผ่านประสบการณ์ ในรูปแบบของวีดิทัศน์ การให้ความรู้ปฏิบัติที่ถูกต้อง การป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ การหายจากโรค หรือการเป็นแบบอย่างที่ดี ซึ่งสะท้อนถึงความเชื่อต่อประโยชน์ที่จะได้รับ และความเชื่อต่ออุปสรรค โดยอาศัยการฝึกทักษะต่าง ๆ ในเนื้อหาโปรแกรมฯ เพื่อสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติ นอกจากนี้ การค้นหาสิ่งกระตุ้นจิตใจภายนอกให้ปฏิบัติ เช่น การได้ข่าวสารผ่านสื่อต่าง ๆ การได้รับคำแนะนำ ให้คำปรึกษาแก่ครอบครัว การสนับสนุนครอบครัว แกนนำสุขภาพในชุมชน อิทธิพลทางสังคม เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และครอบครัวได้ดีขึ้น

4.1.1 การวัดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

จากการศึกษาเอกสารเกี่ยวกับการวัดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีผู้ศึกษา ได้แก่ ธนากร จันทาศิมบง, ชาญชัยณรงค์ ทรงศาศรี, และ พงษ์สวัสดิ์ รัตนแสง (2557) ได้พัฒนาแบบวัดการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับกระบวนการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ ประกอบด้วย โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค จำนวน 8 ข้อ ความรุนแรงของโรค จำนวน 8 ข้อ ประโยชน์ จำนวน 10 ข้อ และอุปสรรคในการปฏิบัติ จำนวน 7 ข้อ ด้วยมาตรประมาณค่า 3 ระดับ ค่าความเชื่อถือได้ของแบบสอบถาม (Reliability) แบบ Cronbach's alpha เท่ากับ 0.81- 0.84 เช่นเดียวกับ ชูติมา ทองอยู่ และเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ (2560) ผลของแบบประเมินการรับรู้เชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิด ของ Becker (1974) ที่พัฒนาโดยประพนธ์ บุญไชย (2553) ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ความรู้ เกี่ยวกับโรคจิตเภท ซึ่งประกอบด้วย สาเหตุ อาการและ อาการแสดง การรักษาด้วยยาทางจิต ส่วนที่ 2 ความเสี่ยงของการป่วยซ้ำและผลจากอาการข้างเคียงจากยา ส่วนที่ 3 ความรุนแรงของการป่วยซ้ำและผลข้างเคียงจากยา ส่วนที่ 4 ประโยชน์ และอุปสรรค การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ มาตราประมาณค่า 3 ระดับ และตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ

.93, 1.00, .91 และ .91 ตามลำดับ และหาค่าความเที่ยงหรือความเชื่อมั่นได้ของแบบสอบถาม (Reliability) แบบ Cronbach's alpha ได้ค่าความเที่ยงหรือความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ .81, .83, .81 และ .83 นอกจากนี้ มีการศึกษาวิจัยของ ซารีพีห์ เจ๊ะแว (2560) บัณฑิตศึกษาด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้หมวกนิรภัยในการป้องกันอุบัติเหตุของนักศึกษา โดยใช้แบบสอบถามด้านความเชื่อทางสุขภาพทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ รับรู้ความรุนแรง รับรู้ประโยชน์ รับรู้อุปสรรค มาตราประมาณค่า 4 ระดับ จำนวน 40 ข้อ โดยการหาค่าความเที่ยงหรือความเชื่อมั่นได้ของแบบสอบถาม (Reliability) Cronbach's alpha เท่ากับ 0.952 และปณวัฒน์ สัตนประโคน, อรรษ ชูศรี, และ ศรีสุดา วงศ์พิเศษกุล. (2561) ได้พัฒนาแบบวัดการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจในชุมชน ด้านความเชื่อและความรุนแรง ประโยชน์และอุปสรรคร่วมกับการสร้างความสามารถแห่งตน และสิ่งชักนำปฏิบัติ จำนวน 25 ข้อ ด้วยมาตราประมาณค่า 4 ระดับ และหาค่าความเที่ยงหรือความเชื่อมั่นได้ เท่ากับ 0.90

และล่าสุด อนัญญา นิ่มนงค์ และพิษณุ อภิสมาจารย์โยธิน(2562) ได้พัฒนาแบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางปรับสีผิวของนิสิตหญิงระดับปริญญาตรี โดยใช้แบบสอบถามการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสอบถามสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ แรงจูงใจด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์ จำนวน 30 ข้อ ด้วยมาตราประมาณค่า 3 ระดับ และหาค่าความเที่ยงหรือความเชื่อมั่นได้ของแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ ได้เท่ากับ 0.70 สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ เท่ากับ 0.75 และแรงจูงใจด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.77

ผู้วิจัยได้สร้างแบบวัดการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท โดยได้ประยุกต์แนวคิด ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock, Strecher, & Becker (1988) และอังคินันท์ อินทรกำแหง (2560) 5 ด้าน ประกอบด้วย 1) ความเสี่ยงและความรุนแรง 2) ประโยชน์ที่ได้รับ 3) อุปสรรค (perceived benefit and costs/barriers) 4) ความสามารถของตนเอง 5) ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (ความรู้โรคจิตเภท) ใช้มาตราประมาณค่า 5 ระดับ และอสม.ที่ได้คะแนนสูง แสดงว่ามีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภทมากกว่า อสม.ที่ได้คะแนนน้อยกว่า

นอกจากนี้ ได้สร้างแบบวัดสิ่งกระตุ้นจูงใจ โดยในการศึกษารั้งนี้จะทำการวัดสิ่งกระตุ้นจูงใจภายนอก ซึ่งเป็นตัวแปรทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อกระทำพฤติกรรมสุขภาพ ตามแนวคิด ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock, Strecher, & Becker (1988) มีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ และอสม.ที่ได้คะแนนสูง แสดงว่า มีสิ่งกระตุ้นจูงใจให้มีส่วนร่วมฟื้นฟูผู้ป่วยมากกว่า อสม.ที่ได้คะแนนน้อยกว่า

4.1.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ตาราง 1 สรุปรายงานแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ผู้วิจัย (พ.ศ./ค.ศ.)	วัตถุประสงค์ / กลุ่มตัวอย่าง	ผลการวิจัย
ปณวัตร สันประโคน, อรนุช ชูศรี, และ ศรีสุดา วงศ์วิเศษกุล (2561)	- ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้าง ความเชื่อด้านสุขภาพ ในผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ ในชุมชน	- พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยของความเชื่อด้าน สุขภาพภายหลังการทดลองสูง กว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ผล การศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมการสร้างความเชื่อด้าน สุขภาพมีผลต่อระดับการรับรู้ตาม ความเชื่อด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ เพิ่มมากขึ้น
ชุติมา สร้อยนาค, จริยาวัตร คมพยัคฆ์, และ พรศิริ พันธสี (2561)	- การศึกษาแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพและความเสี่ยงการเกิด โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของมุสลิม วัยทำงาน	- พบว่า แบบแผนความเชื่อด้าน สุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ และสิ่งชักนำ มีความสัมพันธ์ ทางบวกกับการป้องกัน โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนการ รับรู้อุปสรรคพฤติกรรมเพื่อ ป้องกันโรค มีความสัมพันธ์ทาง ลบกับพฤติกรรมป้องกัน โรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมี นัยสำคัญ ทางสถิติ $p < 0.05$

ตาราง 1 (ต่อ)

ผู้วิจัย (พ.ศ./ค.ศ.)	วัตถุประสงค์ / กลุ่มตัวอย่าง	ผลการวิจัย
Zhi-Juan, Yue, & Shu-Mei (2014)	- แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในการป้องกันการบาดเจ็บ ในเด็กนักเรียนมัธยม	- พบว่า ได้ประยุกต์ใช้ โดยก่อน การดำเนินงานมีการประเมิน ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับ การบาดเจ็บ และจัดทำโครงการ ให้ความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกัน การบาดเจ็บทั้งในกลุ่มนักเรียน มัธยม โรงเรียน ผู้ปกครอง ชุมชน ผ่านการจัดอบรมสื่อรณรงค์ เอกสาร แผ่นพับ และพบว่า หลัง การดำเนินงาน มีการ เปลี่ยนแปลงของความเชื่อด้าน สุขภาพเกี่ยวกับการบาดเจ็บได้

จะเห็นได้ว่า งานวิจัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ชี้ให้เห็นถึงพฤติกรรมในการปฏิบัติเพื่อป้องกัน และรักษาโรค จากการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับ โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค ประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติ อุปสรรค สิ่งกระตุ้นจูงใจให้ปฏิบัติ ความสามารถของตนเอง และปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันและรักษาโรค ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงประยุกต์ใช้แนวคิดHBM มาบูรณาการร่วมกับแนวคิด CBR เพื่อให้ อสม.มีความเข้าใจในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้อง เกิดความพร้อมในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนต่อไป

4.2 แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนเป็นฐาน Community based Rehabilitation (CBR)

4.2.1 ความเป็นมาของการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนเป็นฐาน

การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน (Community based Rehabilitation หรือ CBR) เป็นแนวทางที่องค์การอนามัยโลก (WHO) เริ่มประกาศใช้ปฏิญญาอัลมา-อตา (Declaration of Alma-Ata) ในปี ค.ศ.1978 เพื่อใช้เป็นยุทธศาสตร์ในการช่วยเหลือคนพิการในประเทศที่มีรายได้ในระดับต่ำหรือปานกลาง สามารถเข้าถึงบริการการฟื้นฟูด้วยการใช้ทรัพยากรในท้องถิ่นให้เกิดประโยชน์สูงสุด บนความร่วมมือขององค์กรสหประชาชาติ องค์กรพัฒนาเอกชน และองค์กร

เพื่อคนพิการต่าง ๆ กว่า 30 ปีที่ผ่านมา จึงทำให้ CBR มีการพัฒนาจนกลายเป็นยุทธศาสตร์ พหุภาคีที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของคนพิการได้อย่างหลากหลายยิ่งขึ้น ช่วยให้ คนพิการ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของสังคมได้เข้ามามีส่วนร่วม ตลอดจนยกระดับคุณภาพชีวิตให้สูงขึ้น (มยุรี ผิวสุวรรณ, 2556) CBR เป็นที่รู้จักอย่างแพร่หลายในประเทศกำลังพัฒนา เป็นเวลานาน หลายสิบปี สำหรับประเทศไทย การดำเนินงาน CBR โดยความร่วมมือระหว่างองค์การอนามัยโลก กับกระทรวงสาธารณสุขใน พ.ศ.2526 โดยมีการแปลคู่มือการฝึกอบรมคนพิการโดยชุมชนของ องค์การอนามัยโลก และฝึกอบรมอาสาสมัครให้ใช้คู่มือดังกล่าว ซึ่งพบว่า ผลการดำเนินงานทำให้ คนพิการในชุมชน เพิ่มขีดความสามารถในการช่วยเหลือตนเองขึ้นมาได้ระดับหนึ่ง จากนั้นกระทรวง สาธารณสุข โดยศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติได้ดำเนินงาน CBR อย่างต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน โดยพยายามให้มีการขยายงาน CBR ไปทั่วประเทศ นอกจากนั้น ในช่วงเวลาประมาณ 10 ปีที่ผ่านมา หน่วยงานอื่นที่ทำงานเกี่ยวข้องกับคนพิการหรือมีความสนใจ ในงานคนพิการ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กลุ่มองค์กรพัฒนาเอกชน เช่น มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ มูลนิธิ ศรีบุญเรืองเพื่อคนพิการ มูลนิธิช่วยเหลือเด็กพิการ อุบลราชธานี เป็นต้น ได้นำ CBR มาใช้ในการ ดูแลคนพิการบางส่วนของประเทศเช่นกัน ซึ่งเหตุจูงใจสำคัญเกิดจากจำนวนคนพิการในชนบท มีจำนวนมาก การบริการของรัฐไม่ทั่วถึง และคนพิการเข้าไม่ถึงบริการเหล่านั้น การดูแลฟื้นฟูในศูนย์ หรือโรงพยาบาลต้องใช้งบประมาณและบุคลากรมาก คนพิการ ครอบครัว และชุมชนของคนพิการ ไม่ได้มีโอกาส แม้ว่าจะมีศักยภาพแต่ไม่ได้มีการนำศักยภาพเหล่านั้นมาใช้ให้เกิดประโยชน์ เต็มที่ และเป็นความยากลำบากของคนพิการในการกลับสู่สังคมเดิมหลังจากได้รับบริการ

4.2.2 ความหมายการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนเป็นฐาน

CBR มีความหมายตามที่บัญญัติขึ้นจากที่ประชุมของ 3 องค์กรหลัก ได้แก่ ILO, UNESCO และ WHO ใน ค.ศ. 1994 ดังนี้ เป็นหลักยุทธศาสตร์ที่รวมอยู่ในการพัฒนาชุมชนโดยมี เป้าหมายเพื่อ 1) การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ 2) ความเท่าเทียมกันของโอกาส และ 3) ให้คน พิการมีส่วนร่วมเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันในสังคม เพื่อให้บรรลุเป้าหมายต้องอาศัย 3 ประสาน ร่วมกันระหว่างตัวของคนพิการเอง ครอบครัว และชุมชนที่คนพิการอาศัยอยู่ เชื่อมโยงกัน ในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การแพทย์ การศึกษา การอาชีพ และการบริการทางสังคม ได้อย่างเหมาะสม ตามบริบทชุมชนทั้งชนบทและเขตเมือง (ILO, UNESCO, & WHO, 2004)

CBR นำมาปรับใช้ในการพัฒนาสังคม รวมถึงการช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาสทางสังคม ด้านอื่น ๆ ด้วย (WHO, 2004) ซึ่ง Geert Vanneste ได้ให้คำจำกัดความไว้ใน Daily Management of CBR. Fieldworks and Supervisor ว่า “CBR” คือ กิจกรรมที่คนพิการ ครอบครัว และสมาชิก

ดำเนินการในชุมชนของตนเองเพื่อคนพิการทุกคนในชุมชน เช่น การดูแลคนพิการ การปรับสภาพ นอกจากนั้น ยังเป็นการนำเสนอความคิดเรื่องการกระจายอำนาจในเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งมีความหมายว่า ชุมชนมีศักยภาพนำเอาทรัพยากรในชุมชนมาใช้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพ และสามารถจัดบริการที่เหมาะสมแก่คนพิการได้ (WHO, 2010) เช่นเดียวกับ Einar Helander, UNDP ได้ให้ความหมายของ CBR ว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการโดยชุมชน คือ ยุทธวิธี และความพยายามเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและปรับปรุงระบบการให้บริการ เพื่อให้บริการนั้นถึงผู้พิการ ให้โอกาส สิทธิเสมอภาค รวมถึงปกป้องสิทธิมนุษยชนของผู้พิการ (WHO, 2010)

สรุปได้ว่า CBR หมายถึง กลวิธีที่เกิดขึ้นภายในชุมชน เพื่อพัฒนาชุมชนในด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ การอยู่ร่วมกันในสังคมของคนพิการทุกประเภท และได้รับโอกาสความเท่าเทียมกัน ผ่านการทำงานร่วมกันของคนพิการ ครอบครัว และชุมชน ภายใต้การนำเอาทรัพยากรในชุมชนมาใช้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อการมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของคนพิการ โดยให้ได้รับสิทธิด้านการรักษาบำบัด การฟื้นฟูสมรรถภาพ การศึกษา การฝึกอาชีพ มีงานทำและสามารถจัดบริการทางสังคมที่เหมาะสม สามารถอยู่ในสังคมเช่นเดียวกับคนทั่วไป ซึ่งคนพิการดังกล่าว หมายความว่าคนพิการทุกประเภท รวมถึงคนที่พิการทางจิตใจและพฤติกรรมหรือผู้พิการจิตเภทที่มีความบกพร่องทางจิต จากการป่วยที่เรื้อรัง

4.2.3 ความสำคัญ วงจรการจัดการด้วย CBR และปัจจัยความสำเร็จ

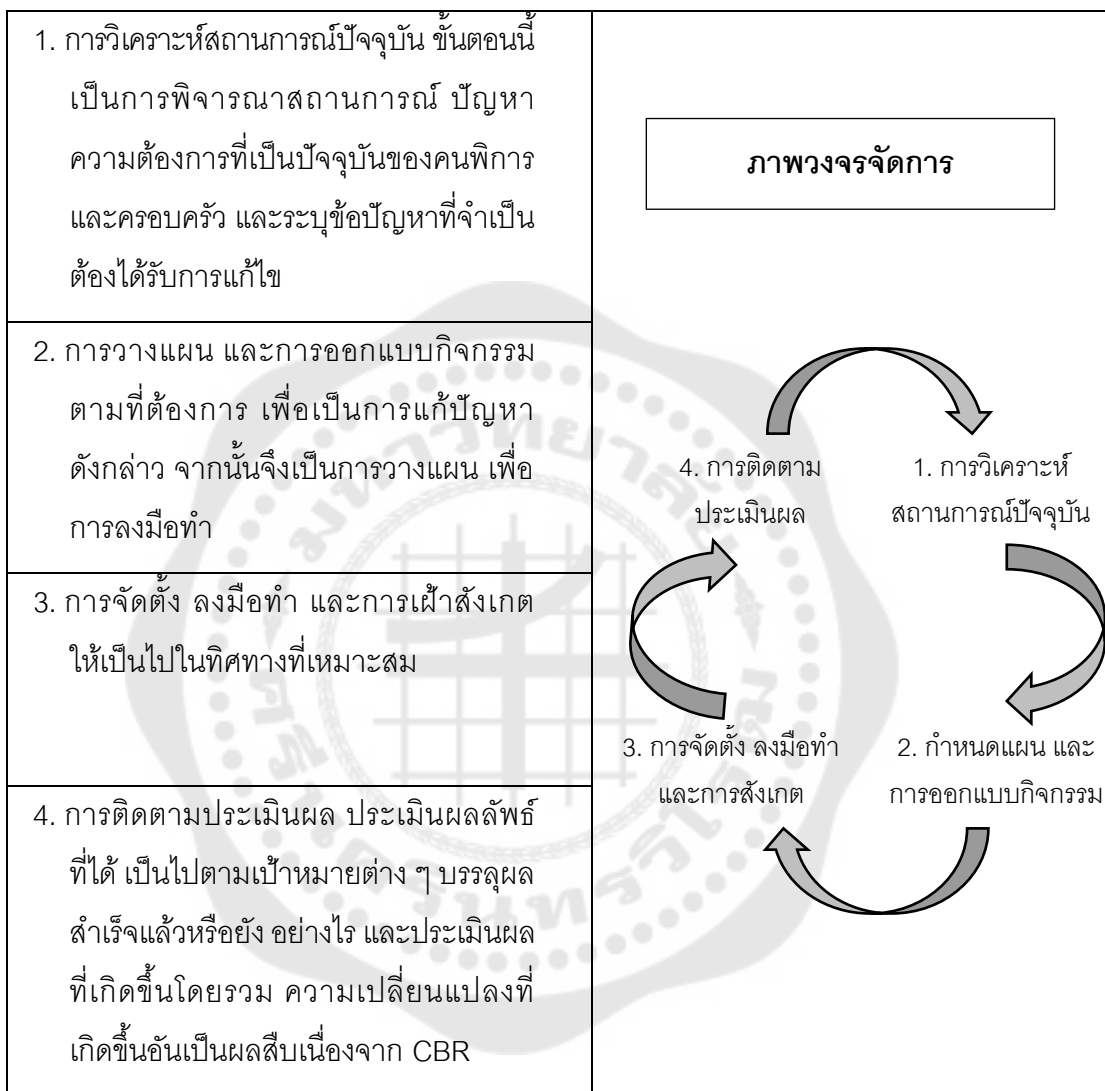
ลักษณะที่สำคัญของ CBR คือ การเปิดโอกาสให้คนพิการ ได้เริ่มต้นการออกแบบโครงการในทุกขั้นตอน โดยมีวัตถุประสงค์หลัก เพื่อปรับปรุงคุณภาพชีวิต (Quality of Life) ของคนพิการ ใช้ชีวิตได้อย่างอิสระ (Independent Living) ไม่เพียงการใช้ชีวิตประจำวันเท่านั้น (Activity of Daily Living, ADL) แต่มุ่งเน้นในการทำงานกับชุมชนเพื่อส่งเสริมให้คนพิการเกิดทัศนคติทางบวก และให้สมาชิกในชุมชนมีแรงจูงใจที่จะให้การสนับสนุนและมีส่วนร่วมกับโครงการ CBR ที่มีความยืดหยุ่นเหมาะสมสอดคล้องกับลักษณะของชุมชนแต่ละแห่ง (WHO, 2010)

กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (2563) CBR มีคุณค่าและมีความสำคัญต่อการพัฒนาสังคมไทย ด้วยการเสริมสร้างกระบวนการเรียนรู้ของชุมชน โดยชุมชนเพื่อชุมชน การจัดการทรัพยากรที่ประหยัดและมีประสิทธิภาพ การสนับสนุนการปรับทัศนคติในทางบวกแก่คนในชุมชน และตัวคนพิการเอง การสนับสนุนโอกาสและสิทธิของคนพิการ การสนับสนุนการฟื้นฟูสภาพทุกส่วนตามศักยภาพที่มีอยู่ของคนพิการ การสนับสนุนให้คนพิการอยู่ร่วมกับชุมชนในฐานะสมาชิกที่เสมอภาค มีความสุขและความอบอุ่น

การจัดการการมีส่วนร่วมโดยหลัก CBR (WHO, 2010) อ้างถึงใน กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และกระทรวงสาธารณสุข, 2556) CBR มีเป้าหมายเพื่อแก้ปัญหาที่มีอยู่ในชุมชนสำหรับคนพิการและสมาชิกในครอบครัว การวิเคราะห์ปัญหาต่าง ๆ จะช่วยให้เจ้าหน้าที่ ผู้เกี่ยวข้องในชุมชนสามารถเห็นปัญหาสำคัญได้ ทราบถึงสาเหตุที่มา และผลกระทบ หรือผลพวงที่อาจตามมาจากปัญหานั้น ๆ การวิเคราะห์ปัญหาควรดำเนินการร่วมกับกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง สามารถช่วยสร้างความเข้าใจ กำหนดจุดมุ่งหมาย และการลงมือดำเนินการร่วมกัน โปรแกรม CBR จะมีรายละเอียดที่แตกต่างกัน แต่จะมีหลักการของวงจรการจัดการที่เหมือนกัน ซึ่งประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ 2) การวางแผนและการออกแบบ 3) การจัดตั้งและเฝ้าสังเกต และ 4) การประเมินผลโปรแกรม CBR จะมีประสิทธิภาพต้องครอบคลุมผู้มีส่วนได้เสียสำคัญทุกกลุ่ม และตรงตามความต้องการของคนพิการ และครอบครัว



วงจรการจัดการด้วย CBR ในการพัฒนาและเสริมสร้างความแข็งแกร่ง มีลักษณะเป็นวงจร ที่ครอบคลุมส่วนหลัก ๆ และทุกส่วนสอดคล้อง เชื่อมโยงกัน



ภาพประกอบ 3 วงจรการจัดการด้วย CBR

ที่มา: WHO, 2010 อ้างถึงใน กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และกระทรวงสาธารณสุข, 2556

ปัจจัยความสำเร็จของ CBR และความยั่งยืน (CBR: WHO, 2010 อ้างถึงใน
กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และกระทรวงสาธารณสุข, 2556

โครงการ CBR อาศัยปัจจัยหลัก 4 ประการ ดังนี้

1. สร้างความตระหนักในปัญหา ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม
2. พัฒนาและฟื้นฟูคนพิการต้องอาศัยการประสานทรัพยากรเป็นสำคัญ
3. พัฒนาทักษะและความรู้เฉพาะทางให้แก่สมาชิกในชุมชน
4. คนพิการและครอบครัว ร่วมในทุกกระบวนการ ตั้งแต่การวางแผน
อำนวยความสะดวก ลงมือทำ ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมพัฒนา ตามแนวคิดที่เป็นหลักการบริหารการ
พัฒนาที่ยั่งยืน

ปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้โปรแกรม CBR มีความยั่งยืน (CBR: WHO, 2010 อ้าง
ถึงใน กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และกระทรวงสาธารณสุข, 2556)

1. การนำอย่างมีประสิทธิภาพของผู้นำ มีความเข้มแข็ง ทุ่มเท สื่อสารเก่ง
และเป็นที่เคารพของกลุ่มที่เกี่ยวข้องและชุมชนในวงกว้าง มีภาวะผู้นำในการจัดการ การกระตุ้น
สร้างแรงบันดาลใจ กำกับและสนับสนุนผู้เกี่ยวข้องให้บรรลุเป้าหมายและผลลัพธ์ จะนำไปสู่การ
สร้างความสำเร็จ
2. การเป็นพันธมิตรซึ่งกันและกัน จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากร
ให้ถึงขีดสุดและเกิดความยั่งยืนด้วยการมอบโอกาส ความรู้ ทักษะ บริการทางการเงิน
ที่จะช่วยผลักดันให้เกิดเป็นนโยบายร่วมกัน
3. ความรู้สึกเป็นเจ้าของของชุมชน ด้วยการนำผู้เกี่ยวข้องร่วมในวงจร CBR
4. การใช้ทรัพยากรในท้องถิ่น ให้เกิดประโยชน์สูงสุด โดยจัดลำดับให้มีการใช้
ทรัพยากรในท้องถิ่นก่อนที่จะใช้ทรัพยากรระดับชาติ และใช้ทรัพยากรระดับชาติก่อนที่จะใช้
ทรัพยากรจากประเทศอื่น ๆ เป็นการลดการพึ่งพาจากภายนอก จะช่วยให้ CBR มีความยั่งยืน
5. การคำนึงถึงบริบทด้านวัฒนธรรม ซึ่งแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกัน
วัฒนธรรมบางอย่างบางพื้นที่มีความเหมาะสมกับผู้คนของพื้นที่นั้น แต่อาจไม่เหมาะสมกับอีกพื้นที่
หนึ่ง จึงจำเป็นต้องพิจารณาความเหมาะสมของ CBR ในการนำไปใช้ และต้องหาจุดสมดุลระหว่าง
การเปลี่ยนแปลงความเชื่อ และพฤติกรรมที่ผิด ๆ เกี่ยวกับคนพิการ และการปรับเปลี่ยนกิจกรรม
ให้มีความสอดคล้องกับบริบทในท้องถิ่นด้วย

6. CBR พัฒนาความสามารถ ผ่านการตระหนักต่อปัญหา และการฝึกอบรมต่าง ๆ เกิดทักษะในกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง จะทำให้เกิดทักษะที่จำเป็นในการรณรงค์ให้เรื่องความพิการเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาสายหลักต่าง ๆ สะท้อนให้เห็นถึงการรับรู้ความสามารถ

7. การสนับสนุนทางการเงิน CBR โดยจัดหาแหล่งทุน การระดมทุน การบริจาค การสร้างรายได้ด้วยตนเอง เพื่อความมั่นคง และยั่งยืนของโครงการ

8. การสนับสนุนทางการเมือง จากนโยบาย เครือข่าย ตลอดถึงแนวทางการพัฒนาต่าง ๆ ไปถึงคนพิการ และครอบครัว

4.2.4 แนวคิด CBR MATRIX

แนวคิด CBR MATRIX เป็นยุทธศาสตร์การพัฒนาแบบพหุภาคี ซึ่งได้กำหนดเมทริกซ์ที่ฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนขึ้น เพื่อเป็นกรอบพื้นฐานร่วมกับเป็นยุทธศาสตร์การพัฒนาแบบพหุภาคี ให้มีความครอบคลุมทุกด้าน มี 5 องค์ประกอบที่สำคัญ 1) ด้านสุขภาพ 2) การศึกษา 3) วิธีการดำรงชีวิต 4) สังคม และ 5) การเสริมสร้างพลังอำนาจ ที่เชื่อมต่อเข้าถึงบริการของรัฐ การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนนั้นมีความหลากหลาย และอาจกล่าวถึงการเลือก 1 ใน 5 องค์ประกอบมาพัฒนาก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบริบทของพื้นที่ ความต้องการ และทรัพยากรของท้องถิ่น เป็นสำคัญ CBR สะท้อนให้เห็นถึงจริยธรรมของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้คุณค่าของการฟื้นคืนสู่สภาวะ (recovery)

จุดประสงค์ของการมี CBR MATRIX คือ เพื่อให้โปรแกรม CBR ต่าง ๆ เลือกเอาองค์ประกอบที่ตรงกับความต้องการในพื้นที่ ลำดับความสำคัญ และทรัพยากรที่มีอยู่ของตนเอง ไปตั้งเป้าหมาย และนอกจากการจัดตั้งกิจกรรมต่าง ๆ สำหรับคนพิการโดยเฉพาะแล้ว โปรแกรม CBR ยังจำเป็นต้องสร้างพันธมิตรและความร่วมมือกับภาคส่วนอื่น ๆ เพื่อให้คนพิการ และสมาชิกในครอบครัวสามารถเข้าถึงประโยชน์ที่พันธมิตรอื่น ๆ สนับสนุนให้



ภาพประกอบ 4 CBR MATRIX

ที่มา: WHO, 2010

ดังนั้น จะเห็นว่า 5 องค์ประกอบของเมทริกซ์ ซึ่งได้แก่ ด้านสุขภาพ ศึกษาเรียนรู้ ความเป็นอยู่ สังคม เสริมสร้างพลังอำนาจ แม้ว่าจะมีเมทริกซ์ที่ใช้ร่วมกันเป็นพื้นฐาน แต่โปรแกรม CBR แต่ละโปรแกรม อาจมีคุณลักษณะที่แตกต่างกันได้ เนื่องด้วยปัจจัยที่หลากหลาย เช่น ปัจจัยด้านกายภาพ ด้านเศรษฐศาสตร์สังคม วัฒนธรรม และการเมือง ดังนั้น การเลือกใช้โปรแกรม CBR เพื่อให้เกิดความเข้าใจพื้นฐานว่าจะเลือกองค์ประกอบหลัก และย่อย ควรจะพิจารณาว่า องค์ประกอบใดจะเกี่ยวข้องและมีความเหมาะสมตามปัญหา ความต้องการ และทรัพยากรที่มีในท้องถิ่นมากที่สุด ชุมชนควรมีบทบาทสำคัญในโปรแกรม CBR พร้อมกับคนพิการ และครอบครัว ชุมชน มีความเกี่ยวข้องกับการค้นหาปัญหา การสร้างความตระหนักร่วม การส่งเสริมสมาชิก ชุมชน เพื่อสนับสนุนกิจกรรม และนำไปสู่การปฏิบัติจริงชุมชน และเป็นการสร้างโครงการ CBR อย่างยั่งยืน

4.2.5 สุขภาพจิตและ CBR

CBR เป็นแนวทางหนึ่งที่มีความเหมาะสมในการช่วยเหลือผู้ป่วยทางจิตที่รุนแรงในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง พบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีประสบการณ์ความพิการในระดับที่สูงขึ้น CBR เป็นการกำหนดเป้าหมาย ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ (การเข้าถึงบริการสุขภาพ การเลือกปฏิบัติ การมีตรา) และปัจจัยส่วนบุคคล (ความยากจน รูปแบบการเผชิญปัญหา ความรู้ด้านสุขภาพ) ซึ่งสร้างความพิการระดับสูงเหล่านี้ โดยเฉพาะการใช้วิธีการพัฒนาและการดำเนินงานภายใต้กรอบสิทธิมนุษยชนที่ชัดเจน “อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ” ได้แก่ ความเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นบุคคล การไม่แบ่งแยก ร่วมเป็นส่วนหนึ่งของสังคมอย่างเต็มที่และมีประสิทธิภาพ ความเคารพในความแตกต่างและการยอมรับคนพิการว่าเป็นหนึ่งในความหลากหลายของมนุษยชาติ โอกาสที่เท่าเทียมกัน การเข้าถึงบริการต่าง ๆ ความเท่าเทียมกันระหว่างชายและหญิง ความเคารพในศักยภาพที่เพิ่มมากขึ้นอยู่เสมอของเด็กพิการ และความเคารพในสิทธิของเด็กพิการในการที่จะรักษาไว้ซึ่งเอกลักษณ์ของตนเอง CBR แสดงให้เห็นประจักษ์ว่าเป็นยุทธศาสตร์ที่สามารถนำไปปฏิบัติใช้ได้จริงในการดำเนินการตามสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการและในการสนับสนุนการพัฒนาแบบครบวงจรโดยมีชุมชนเป็นฐาน (WHO, 2010)

สมาชิกในครอบครัวมีส่วนเกี่ยวข้องอย่างมากในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตเภท ทั้งในแง่ของประสบการณ์การดูแล ไม่ว่าจะจะเป็นประสบการณ์ทางลบ ประทับตราบาปแก่ผู้ป่วยโรคจิต ทำให้มีมลทิน การเลือกปฏิบัติ การแบ่งแยก กีดกัน ความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจ แต่บทบาทการดูแลของสมาชิกในครอบครัว ก็ยังต้องดำเนินการต่อไป และมีความสำคัญในการช่วยเหลือ CBR ยังมีความสอดคล้องกับรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพส่วนบุคคล เป็นวิธีการดูแลชุมชนอย่างต่อเนื่อง เมื่อได้รับการพัฒนาจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว สามารถดำเนินการโดยคนในชุมชนเองได้ CBR ยังมีจุดมุ่งหมายเพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงการทำงานให้กับผู้ป่วยจิตเภท ฟื้นฟูความบกพร่องต่าง ๆ และยังมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความรู้ และนำทรัพยากรในท้องถิ่นมาใช้เกิดประโยชน์ อีกทั้งยังมีเครือข่ายทั่วโลกของโครงการ CBR ที่สามารถทำหน้าที่เป็นทรัพยากรสำคัญที่ต้องเรียนรู้จากการพัฒนาสุขภาพจิต และยังเป็นเส้นทางสำคัญในการปรับปรุงการพัฒนา CBR เพื่อสุขภาพจิตอีกด้วย

ผู้วิจัยสรุปได้ CBR เป็นแนวทางที่องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้นำมาใช้เป็นยุทธศาสตร์ในการพัฒนาชุมชน เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ปรับปรุงพฤติกรรมของบุคคล เป็นการช่วยเหลือผู้พิการ ซึ่งความพิการไม่ได้ถูกจำกัดเฉพาะความพิการทางกาย แต่รวมถึงความพิการทุกประเภท เพื่อฟื้นฟูไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิต ลดความพิการ และให้คนพิการทุกคนเข้ามา

เป็นส่วนหนึ่งของสังคม เกิดเป็นความร่วมมือระหว่างกันทั้งคนพิการ ครอบครัว องค์กร ชุมชน บนโอกาสของความเท่าเทียมกัน ซึ่งเป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญในการปฏิบัติใช้และจัดทำกิจกรรมต่าง ๆ ตามความต้องการพื้นฐานของคนพิการ เป็นการเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ศึกษา เรียนรู้ สภาพเป็นอยู่ที่ดี สังคม และการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งทั้ง 5 องค์ประกอบของ CBR MATRIX สามารถเลือกเอาองค์ประกอบที่ตรงกับความต้องการในพื้นที่ ลำดับความสำคัญ และทรัพยากรที่มีอยู่ของตนเองไปตั้งเป้าหมายได้ และควรพิจารณาว่าองค์ประกอบใดมีความเหมาะสมตามความต้องการ สภาพปัญหา ตามความสำคัญ และทรัพยากรที่มีในท้องถิ่น และประการสำคัญของการขับเคลื่อนงาน CBR ในชุมชนให้เกิดความยั่งยืน โดยอาศัยวงจรการจัดการ ทั้ง 4 ประเด็นหลักของการมีส่วนร่วม ได้แก่ 1) การวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ 2) การวางแผน และการออกแบบ 3) การจัดตั้งดำเนินการและเฝ้าสังเกต 4) การติดตามประเมินผล ดังนั้น ประสิทธิภาพของ CBR จะต้องครอบคลุมผู้มีส่วนได้เสียสำคัญทุกกลุ่ม และตรงตามความต้องการของคนพิการ และครอบครัว และชุมชน

ผู้วิจัยจะนำหลักการดังกล่าวมาออกแบบการวิจัยในครั้งนี้ โดยให้ อสม. ได้รับการฝึกอบรมตามวงจรการจัดการ CBR ทั้ง 4 ขั้นตอน และได้เลือกเอาองค์ประกอบของ CBR MATRIX ที่มีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ได้แก่ ด้านสุขภาพ เช่น การสนับสนุนความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ การจัดการ และการป้องกันโรค การเข้าถึงบริการสุขภาพของโรคจิตเภท ฯลฯ ด้านการศึกษาเรียนรู้ เช่น การอำนวยความสะดวกให้เข้าถึงการเรียนรู้ด้านต่าง ๆ ตามความต้องการการใช้ชีวิต เช่น การสนับสนุนให้กลับไปทำงาน ร่วมกิจกรรมทางสังคม การอยู่ร่วมกับผู้อื่น ความสามารถดูแลตนเอง การทำงาน ให้สุขศึกษาทางจิตเวช การให้การปรึกษาครอบครัว ให้ตระหนักรู้ของผู้ดูแล แกนนำชุมชน การสร้างความเข้าใจไม่ตีตราผู้ป่วยจิตเภท ฯลฯ

4.2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดทฤษฎีเพื่อพัฒนาโปรแกรมการฟื้นฟู

ตาราง 2 สรุปรายงานแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนเป็นฐานของไทยและต่างประเทศ

ผู้วิจัย (พ.ศ./ค.ศ.)	วัตถุประสงค์ / กลุ่มตัวอย่าง	ผลการวิจัย
ชวลีกร ด้านยุทธศาสตร์ และ สุรินทร์ กัลมพากร (2554)	- ศึกษาการให้บริการสุขภาพ ผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรัง	- พบว่า ผลจากการพัฒนารูปแบบ บริการด้วย CBR ทำให้คนในชุมชนเห็น ความสำคัญและให้ความร่วมมือในการ ฟื้นฟูคนพิการเป็นอย่างดี ทั้งด้าน งบประมาณ โอกาส การศึกษา ที่อยู่ อาศัย อาชีพ คนพิการมีคุณภาพชีวิต และความสามารถในการทำกิจกรรม ประจำวันเพิ่มขึ้น ฟื้นฟูสุขภาพอย่าง ต่อเนื่อง เป็นการกระตุ้นและสร้างขวัญ กำลังใจให้คนพิการรู้สึกถึงคุณค่าใน ตัวเอง ไม่ท้อแท้สิ้นหวัง เป็นการสร้าง ความเข้มแข็งให้ชุมชนสามารถดูแลคน พิการได้ การประยุกต์ใช้แนวคิด CBR ร่วมกับการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุ เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน ควรคำนึงถึง บริบทของครอบครัวหรือชุมชน และ ความต้องการของผู้ใช้บริการ
วัชรินทร์ ภิมาลย์, จุฬารัตน์ สุริยาทัย, ณัฐนิช ไชยสดี, พจนพร พลแดง, และ กิตติยา ชันแปง (2554)	- การพัฒนารูปแบบการฟื้นฟู สมรรถภาพคนพิการในชุมชน	- พบว่า การพัฒนารูปแบบการฟื้นฟู สมรรถภาพคนพิการในชุมชน มี ความสำคัญและจำเป็นสำหรับคนพิการ ในพื้นที่ห่างไกล การบริการทาง การแพทย์ไม่ครอบคลุม และยังเป็นการ กระตุ้นให้ชุมชนร่วมฟื้นฟูดูแลคนพิการ อย่างต่อเนื่องที่บ้าน กอรปกับชุมชนแต่ ละแห่งมีภูมิปัญญาชาวบ้านที่แตกต่าง กัน ดังนั้น ชุมชนได้รับการคืนข้อมูล และให้ชุมชนมีโอกาสเลือกแนวทางการ ดูแลคนพิการ จึงมีความสำคัญและเป็น จุดเริ่มต้นของการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพ

ตาราง 2 (ต่อ)

ผู้วิจัย (พ.ศ./ค.ศ.)	วัตถุประสงค์ / กลุ่มตัวอย่าง	ผลการวิจัย
(ต่อ)	(ต่อ)	เมื่อมีคนพิการรายใหม่เกิดขึ้นในชุมชน สามารถดูแลคนพิการเบื้องต้นได้โดยไม่ปล่อยให้คนพิการนอนนิ่งจนเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา
Leelakraiwan (2007)	- ศึกษาการดูแลผู้ป่วยด้วยโรคจิตโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน กรณีศึกษาชุมชนเมือง จังหวัดขอนแก่น	- พบว่า การทำงานในแนวราบ การสร้างบทบาทการเป็นหุ้นส่วน โดยใช้ทรัพยากรชุมชนเป็นฐานที่สัมพันธ์กับต้นทุนทางสังคม วัฒนธรรมของบริษัท พื้นที่ อาศัยการทำงานร่วมกันทั้งภาคประชาชน ปกครองท้องถิ่น ท้องถิ่น หน่วยงานภาครัฐ เป็นปัจจัยเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน และช่วยส่งเสริมให้ผู้พิการทางจิตสามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันได้ หากได้รับความร่วมมือจากการทำงานร่วมกันทั้ง 4 องค์การหลักในชุมชน ซึ่งเป็นงานวิจัยที่ปรากฏให้เห็นน้อยมาก
Chatterjee, Patel, Chatterjee, & Weiss (2003)	- ศึกษาการประเมินผลการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนในผู้ป่วยจิตเภทในชนบทอินเดีย วิธีการให้บริการมุ่งเน้นไปที่การเสริมสร้างพลังอำนาจ การระดมทรัพยากรชุมชน และการเชื่อมโยงระหว่างภาครัฐและภาคประชาชน ตลอดจนการมีมุมมองทางด้านสิทธิมนุษยชน นอกจากนี้ความสำเร็จของโปรแกรมฟื้นฟูโดยชุมชน ได้กระตุ้นให้คณะทำงานสุขภาพในท้องถิ่น ร่วมมือกับองค์กร	- พบว่า การศึกษาครั้งแรก 127 คน กับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับ CBR เทียบกับ 80 คนที่ได้รับการดูแลผู้ป่วยแบบผู้ป่วยนอก กลุ่ม CBR สามารถใช้ทรัพยากรท้องถิ่นและการมีส่วนร่วมของคนที่มีปัญหาสุขภาพจิต ครอบครัว ชุมชน ได้รับการส่งเสริมสุขภาพจิต ปรับปรุงการเข้าถึงบริการ ความเสมอภาค ยุติธรรม สมาชิกท้องถิ่นในชุมชนได้รับการฝึกฝนจากโปรแกรม CBR ให้สามารถระบุโรคจิตเภท การเข้าถึงการรักษา การติดตามดูแลต่อเนื่อง และการฟื้นฟู มีความพยายามร่วมกัน

ตาราง 2 (ต่อ)

ผู้วิจัย (พ.ศ./ค.ศ.)	วัตถุประสงค์ / กลุ่มตัวอย่าง	ผลการวิจัย
(ต่อ)	ภาคประชาชน บรรจุมาน สุขภาพจิตไว้ในแผนของ ท้องถิ่น เพื่อเข้าถึงบริการที่ ครอบคลุมมากขึ้น	ในการส่งเสริมการฟื้นฟูด้านเศรษฐกิจ ในชุมชนให้กับครอบครัวและผู้ป่วยทาง จิตรวมทั้งสมาชิกที่เกี่ยวข้องด้วยการมี กลุ่มช่วยเหลือกันเอง เพื่อส่งเสริมการ รวมตัวทางสังคม และเศรษฐกิจของ สมาชิกในท้องถิ่นที่มีความผิดปกติทาง จิตอย่างรุนแรง มีผลลัพธ์ทางคลินิกที่วัด ด้วยแบบประเมิน PANSS และแบบ ประเมินความพิการ WHO DAS พบว่า อาการทางจิตดีขึ้น และมีการลดลงของ ความพิการอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$)
Asher et al. (2018)	- ศึกษาการพัฒนาและ ประเมินผลการฟื้นฟู สมรรถภาพโดยใช้ชุมชนเป็น ฐานสำหรับผู้ป่วยจิตเภทใน เอธิโอเปีย โดยการศึกษาวิจัย แบบผสมวิธี ทั้งรูปแบบการ วิจัยเชิงคุณภาพ และวิจัยเชิง ปริมาณ ศึกษาทดลองในผู้ป่วย จิตเภท ผู้ดูแล และผู้ปฏิบัติงาน CBR จำนวน 10 คน ศึกษาเชิง คุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิง ลึก และการสนทนากลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล ผู้ปฏิบัติงาน CBR เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข สมาชิกในชุมชน จำนวน 40 คน สัมภาษณ์ ยอมรับ ความเป็นไปได้ของ CBR นำมาออกแบบโปรแกรม	พบว่า ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียรับรู้ว่าเป็นที่ยอมรับและมีประโยชน์ในการ แก้ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทในชนบท เอธิโอเปีย ที่ประสบปัญหาความขัดแย้ง ในครอบครัว ความยากลำบากในการมี ส่วนร่วมในการทำงาน และวิถีชีวิต ชุมชน โปรแกรม CBR ในผู้ป่วยจิตเภท เกิดผลลัพธ์ทางคลินิก ที่วัดด้วยแบบวัด BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) และแบบประเมิน WHO DAS (WHO Disability Assessment Schedule) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการ ทางจิตสงบ และมีความพิการลดลง เกิดผลลัพธ์เชิงบวกต่อการทำงาน โดยการสนับสนุนของครอบครัว เกิดการ พัฒนาทักษะ และความเชื่อมั่นของ แต่ละบุคคลในการปฏิบัติหน้าที่ การเข้าถึงการดูแลสุขภาพ มีรายได้



ตาราง 2 (ต่อ)

ผู้วิจัย (พ.ศ./ค.ศ.)	วัตถุประสงค์ / กลุ่มตัวอย่าง	ผลการวิจัย
(ต่อ)	การฝึกอบรมให้แก่ครอบครัว ชุมชน การเยี่ยมบ้าน การ สนับสนุนการทำงาน การระดม ชุมชน โดยใช้ทฤษฎีการ เปลี่ยนแปลงเป็นแนวทางในการ ประเมินผล ในระยะเวลา 12 เดือน ภายใต้โปรแกรม RISE	การเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้นกว่าเดิม โปรแกรม CBR เป็นที่ยอมรับของ ผู้ปฏิบัติงานในชุมชน ผู้นำชุมชน และ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
Puspitosari, Wardaningsih, & Nanwani (2019)	- ได้ศึกษาการปรับปรุงคุณภาพ ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทผ่านการ ฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน ในประเทศอินโดนีเซีย ด้วย การศึกษาเชิงทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง 34 คน เป็นผู้ จิตเภทที่ได้รับ โปรแกรม CBR ในโมดูลของการให้สุศึกษา ทางสุขภาพจิตและจิตเวช และ ทักษะทางสังคม ระยะเวลา 12 สัปดาห์	พบว่า การพัฒนาคุณภาพชีวิตของ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเกิดประสิทธิภาพ ได้ด้วยกระบวนการ CBR ซึ่งดำเนินการ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและนักสังคม สงเคราะห์ในชุมชน ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่ม ทดลองมีคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้นร้อยละ 68 ในขณะที่กลุ่มควบคุม เพิ่มขึ้นร้อยละ 46

Mannan & Turnbull (2007) แนวทาง CBR สามารถฝึกอบรมเจ้าหน้าที่บริการชุมชนได้อย่างสร้างสรรค์ในการที่จะนำบริการส่งถึงตัวผู้รับบริการ และงานวิจัยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันในประเทศที่มีรายได้สูงแสดงให้เห็นว่ากิจกรรม CBR ก่อเกิดผลลัพธ์ทางสังคมในเชิงบวก ช่วยปรับทัศนคติของชุมชนต่อคนพิการไปในทางที่ดีขึ้นและทำให้คนพิการปรับตัวได้ดีขึ้น และเป็นส่วนหนึ่งของสังคมมากขึ้น เช่นเดียวกันกับ Velema, Ebenso, & Fuzikawa (2008) ผลลัพธ์ที่เกิดจากโปรแกรม CBR ได้แก่ คนพิการมีความเป็นอิสระมากขึ้น มีความสามารถในการปรับเปลี่ยนสภาพทางสังคมและมีทักษะด้านการสื่อสารที่ดีขึ้น นอกจากนี้การใช้ CBR เกิดความคุ้มค่าอีกด้วย และการเข้าไปช่วยเหลือเรื่องความเป็นอยู่ของโปรแกรม CBR ทำให้คนพิการและครอบครัวมีรายได้มากขึ้น ซึ่งมีส่วนสัมพันธ์กับความเคารพตนเอง และการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมมากยิ่งขึ้น

จะเห็นได้ว่า CBR ในประเทศไทย ยังพบเห็นได้น้อย และมักเป็นงานวิจัยที่ปรากฏในสถานบำบัด มากกว่าในชุมชน รูปแบบของงานวิจัยเป็นแบบระยะเดียว ขาดการวิเคราะห์ปัญหา ความต้องการ และการออกแบบกิจกรรมสร้างความเข้าใจในแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพในโรคจิตเภท ที่นำไปสู่การแก้ปัญหาแท้จริงของชุมชน เป็นการขับเคลื่อนงานในลักษณะโครงการบริการสุขภาพจิตชุมชน ขาดการดำเนินงานโดยใช้กระบวนการทางวิจัยหลายระยะ ด้วยข้อจำกัดของโรคจิตเภทที่มีลักษณะเรื้อรัง มีการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ จำเป็นต้องมีผู้ดูแลซึ่งงานวิจัยที่ผ่าน CBR ได้ดำเนินการในลักษณะงานวิจัยที่เป็นแบบจำลอง และศึกษาประเมินผลการฟื้นฟู สะท้อนได้ว่าการดูแลโดยชุมชนจะมีประสิทธิภาพสูงสุด หากองค์กรและแหล่งช่วยเหลืออื่นของชุมชนร่วมมือกัน ทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง ได้รับการรักษาต่อเนื่อง ลดการกลับเป็นซ้ำ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะสร้างและออกแบบโปรแกรมฯ และศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพฯ ที่มีต่อพฤติกรรมกรรมมีส่วนร่วมฟื้นฟูของ อสม.

ส่วนที่ 5 การวิจัยและพัฒนา

5.1 ความหมาย

งานวิจัยลักษณะ R&D (Research and Development) มีองค์ประกอบประสานกันระหว่าง “การวิจัย” และ “การพัฒนา” โดยการวิจัยเป็นกระบวนการตรวจสอบ แสวงหา หรือสร้างประดิษฐ์กรรมโดยใช้วิธีการทางวิทยาศาสตร์ ส่วน การพัฒนาเป็นกระบวนการปรับปรุงแก้ไขให้ดีขึ้นและเหมาะสมกว่าเดิมจนมีประสิทธิผลและประสิทธิภาพอันเป็นประโยชน์ต่อบุคคล องค์กร สถาบันหรือสังคมโดยรวม (ศิริชัย กาญจนวาสี, 2559) ซึ่ง กฤษียากร เตชะปิยะพร (2552) กล่าวว่า

เป็นการวิจัยเชิงทดลองที่มีการพัฒนาต้นแบบนวัตกรรม การประดิษฐ์หรือวิธีการ โดยการตรวจสอบคุณภาพด้วยวิธีการทดลองในเชิงประจักษ์ ขณะที่ ผ่องพรรณ ตริยมงคลกุล และสุภาพ ฉัตรภรณ์ (2555) เป็นการศึกษาที่มุ่งสร้างหรือค้นหาแนวคิด แนวทาง หรือสิ่งประดิษฐ์เพื่อนำมาใช้พัฒนากลุ่มคน หน่วยงาน เพื่อมุ่งการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ เช่นเดียวกันกับ ณัฐวดี วังสินธ์ (2555) เป็นกระบวนการพัฒนา การทดสอบภาคสนามและวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการทดสอบที่ใช้กระบวนการศึกษาค้นคว้าอย่างเป็นระบบ ดังนั้นรูปแบบการพัฒนาที่คิดขึ้นจะต้องมีหลักการเหตุผลหรือทฤษฎีรองรับและปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่องจนได้ผลดี สามารถนำไปเผยแพร่หรือให้ผู้อื่นใช้ได้ และเป็นประโยชน์ในวงกว้างได้ นอกจากนี้ สาโรจน์ ไศภักษ์ (2556) เป็นกระบวนการค้นคว้า ศึกษา พัฒนาอย่างเป็นระบบ และตรวจสอบคุณภาพโดยมีทดสอบตามสภาพจริง และปรับปรุงหลายครั้งจนได้คุณภาพและนำไปใช้พัฒนาต่อไป

วิจัยและพัฒนา เป็นศึกษาค้นคว้าอย่างมีระบบ ด้วยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ ทั้งการศึกษาในเชิงคุณภาพเพื่อค้นหาแนวคิด วิธีการ วิถีปฏิบัติ และการศึกษาเชิงปริมาณด้วยการทดลองเพื่อพัฒนาต้นแบบ รูปแบบ กระบวนการหรือวิธีการทำงาน และตรวจสอบคุณภาพเชิงประจักษ์ โดยมีการทดสอบในบริบทจริง และทำการปรับปรุงซ้ำจนได้ผลผลิตที่มีคุณภาพ นำไปพัฒนาให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ และมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

5.2 กระบวนการและขั้นตอนการออกแบบการวิจัยและพัฒนา

บอร์ก และกอลล์ (Borg & Gall, 1989) กล่าวถึงขั้นตอนสำคัญของการวิจัยและพัฒนา มี 10 ขั้นตอน ดังนี้

1. การเก็บรวบรวมข้อมูล (Research and Information Collection) ทั้งจากการทบทวน และรวบรวมวรรณกรรม การสังเกต การเก็บสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องหรือมีอยู่ เพื่อประโยชน์ที่จะนำมาทำวิจัย
2. การวางแผน (Planning) เป็นการจัดลำดับเนื้อหาวิชา การทดสอบแบบต่าง ๆ การพัฒนารูปแบบผลผลิตขั้นต้น รวมทั้งการเตรียมสื่อแบบต่าง ๆ คู่มือและแบบทดสอบ
3. การพัฒนารูปแบบ ผลิตภัณฑ์ (Develop preliminary form of product) เป็นขั้นตอนการออกแบบ และจัดทำผลิตภัณฑ์การศึกษาตามที่วางไว้
4. การทดสอบเบื้องต้น (Preliminary Field Testing) คือ การนำผลผลิตทั้งหมดมาทดลอง โดยการสังเกต และใช้แบบสอบถาม มีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ
5. นำผลผลิตไปปรับปรุง หลังจากได้รับข้อเสนอแนะ

6. ทดสอบกลุ่มย่อย ถ้าเป็นโรงเรียนก็ใช้กลุ่มตัวอย่าง 5-15 โรงเรียน ถ้าเป็นบุคคลใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30-100 คน ในขั้นนี้จะเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ ผลลัพธ์ที่ได้ตามวัตถุประสงค์ โดยมีการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมตามความเหมาะสม

7. ปรับปรุงผลผลิตที่ได้จากการทดลอง

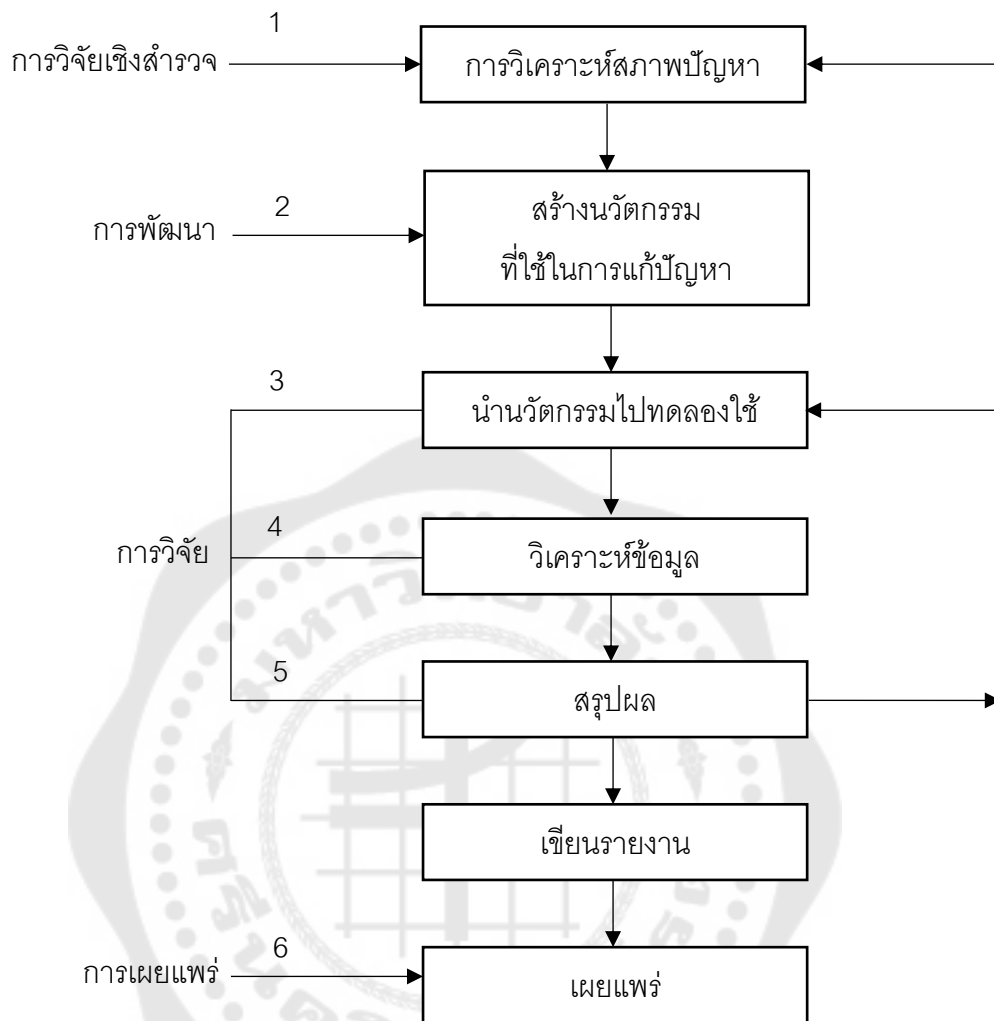
8. ทดสอบภาคสนาม เป็นการทดลอง ในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40-200 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ สังกัด แล้วใช้แบบสอบถาม แล้วนำมาวิเคราะห์

9. ปรับปรุงผลผลิตขั้นสุดท้ายเป็นการปรับปรุงผลผลิตภายหลังการทดสอบขั้นสุดท้าย

10. นำไปเผยแพร่

เช่นเดียวกับ กฤษฎีการ เตชะปิยะพร (2552) การพัฒนาต้นแบบ และนำต้นแบบที่ได้ทดลองใช้ในลักษณะของ R&D โดยมีการตรวจสอบคุณภาพอย่างต่อเนื่อง มีขั้นตอน ดังนี้
1) ศึกษาแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง 2) สร้างต้นฉบับ ครั้งที่ 1 (R_1) 3) ตรวจสอบประสิทธิภาพของกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก ครั้งที่ 1 (D_1) 4) ปรับปรุงต้นฉบับ ครั้งที่ 2 (R_2) 5) ทดสอบประสิทธิภาพของกลุ่มตัวอย่างจริงที่มีขนาดใหญ่ขึ้น ครั้งที่ 2 (D_2) 6) ได้ต้นฉบับนวัตกรรมที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด และทำการสรุปผลการทดลอง/ เขียนรายงาน

ในส่วนของสุพัทธ์ พิบูลย์ (2552) ได้กำหนดกระบวนการพัฒนานวัตกรรมโดยใช้การวิจัยและพัฒนาไว้ 7 ขั้นตอน ดังแผนภาพที่ 5 ต่อไปนี้



ภาพประกอบ 5 ขั้นตอนการวิจัยและพัฒนาอย่างเป็นระบบ

ที่มา: สุพักตร์ พิบูลย์ (2552)

สาขาวิชา โศภิตการ (2556) กระบวนการวิจัยและพัฒนา มีลำดับขั้นตอน ผสมผสาน ระหว่างวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ ตามหลักปรัชญาวิจัยแบบปฏิบัตินิยม เช่น การวิจัยเชิงสำรวจในขั้นของการรวบรวมข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการออกแบบ วิจัยเชิงทดลองในขั้นของการทดสอบประสิทธิภาพและประสิทธิผลของผลิตภัณฑ์ และวิจัยเชิงคุณภาพในขั้นของการเผยแพร่ผลิตภัณฑ์ สู่กลุ่มผู้ใช้หรือชุมชนใดชุมชนหนึ่ง หรือการนำผลการวิจัยไปใช้เพื่อการตัดสินใจ อีกทั้ง ผลของการวิจัยและพัฒนา สามารถจดสิทธิบัตรได้ทั้งในประเทศและต่างประเทศ แสดงให้เห็นว่ามีมูลค่าสูง

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะใช้แบบแผนการวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการฟื้นฟู โดยมี ระยะเวลาวิจัย 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การสร้างและออกแบบโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพฯ ขั้นตอน (1) ศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อนำข้อค้นพบมาออกแบบร่างโปรแกรมฯ ในขั้นตอนที่ (2) ออกแบบร่างโปรแกรมด้วยการนำข้อค้นพบและทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (R_1) ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมฯ ขั้นตอน (1) การสร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัย ได้แก่ โปรแกรมฯ และแบบวัดต่าง ๆ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ (D_1) ขั้นตอน (2) การประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ ในกลุ่มเล็ก ($R_2 D_2$) ขั้นตอน (3) การทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมฯ ในกลุ่มทดลองจริง และประเมินสะท้อนผลโปรแกรมฯ ระยะติดตามผล 1 เดือน ($R_3 D_3$) สำหรับรายละเอียดของการวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการฟื้นฟูฯ ในแต่ละขั้นตอน ผู้วิจัยนำเสนอไว้ในบทที่ 3

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยและพัฒนาโปรแกรมฯ

พิชชาดา สุทธิแป้น (2559) ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์สุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง มี 2 ระยะ 1) การสร้างและออกแบบโปรแกรมฯ โดยการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องการศึกษาความต้องการความจำเป็นการค้นหาค้นหาปัญหาเชิงประจักษ์และออกแบบร่างโปรแกรม 2) การพัฒนาโปรแกรมฯ โดยการประเมินประสิทธิภาพโปรแกรมและทดสอบประสิทธิผลโปรแกรมโดยการทดลองโปรแกรมซึ่งมีตัวแปร ความแปรปรวนร่วม ตัวแปรอิสระ ตัวแปรจัดประเภทที่มีผลต่อตัวแปรตาม ซึ่งมีวิธีการวิจัยที่ใกล้เคียงกับงานวิจัยของ ปริญญาวิทย์ นุราช, อังคินันท์ อินทรกำแหง, และ เกศกาญจน์ เกศวายุธ (2562) ได้ศึกษาโปรแกรมจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมสื่อสารที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยมี ขั้นตอน 1) การเข้าถึง การค้นหาข้อมูลในประเด็นศึกษา การประเมินข้อมูล การประยุกต์ใช้ข้อมูล 2) ออกแบบ ทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม เป็นการทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปร ขณะที่ ศิริเนตร สุขดี (2560) พัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ

เรื่องจริงในชุมชนด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมโดยมีขั้นตอน 1) การศึกษาบริบทชุมชน 2) ร่างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง 3) การสร้างผู้นำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และ 4) ประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ เช่นเดียวกันกับงานวิจัยและพัฒนาของ ไพจิตร พุทธิรอด (2561) การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภท เป็นการวิจัยและพัฒนา ศึกษารูปแบบของ “psychiatric mobile clinic” ในการเข้าถึงการรับยาตามนัดของผู้ป่วยจิตเภท และการใช้กระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยผู้ดูแล และภาคีเครือข่ายในชุมชนเพื่อลดอาการกำเริบซ้ำ โดยใช้แนวทางการดำเนินการและผลผลิตการวิจัยและการพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิตเป็นกรอบในการพัฒนารูปแบบ ซึ่งมี 7 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นที่ 1 วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ ขั้นที่ 2 ศึกษาบททวนวรรณกรรม ขั้นที่ 3 การออกแบบกระบวนการพัฒนาการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ขั้นที่ 4 การตรวจสอบคุณภาพทางวิชาการ ขั้นที่ 5 การนำการดูแลต่อเนื่องกระบวนการพัฒนาไปใช้ ขั้นที่ 6 หลังการนำกระบวนการพัฒนาไปใช้จริงในชุมชนได้มีการขยายผลในพื้นที่ใกล้เคียง ขั้นที่ 7 ประเมินผลลัพธ์ พบว่ารูปแบบการดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับยาต่อเนื่อง ลดอาการกำเริบ และการกลับเป็นซ้ำที่รุนแรง และการดูแลต่อเนื่องโดยเครือข่ายมีส่วนร่วม ได้รับความรู้ ทักษะการดูแลเพิ่มขึ้นมีแผนการปฏิบัติที่ชัดเจน มีการเยี่ยมบ้านต่อเนื่องสม่ำเสมอ ชุมชน ครอบครัวมีส่วนร่วม ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคม และถูกยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิต และระดับความสามารถโดยรวมดีขึ้น

สรุปได้ว่างานวิจัยและพัฒนา ได้มีการวิจัยที่หลากหลายรูปแบบ ทั้งงานในลักษณะการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ลักษณะสหสัมพันธ์ พัฒนาโปรแกรม พัฒนารูปแบบ ศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมต่าง ๆ เพื่อให้ เข้าใจถึงสาเหตุของการเปลี่ยนแปลง และสามารถวัดผลลัพธ์สุดท้ายที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้ เกิดเป็นองค์ความรู้ใหม่ นวัตกรรมใหม่ ที่นำไปใช้ในการพัฒนาคนองค์กร เพื่อให้เกิดความยั่งยืนต่อไป

ส่วนที่ 6 กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำแบบแผนการวิจัยและพัฒนา มาใช้ในการศึกษาเรื่อง การวิจัยและพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูฯ ที่มีต่อพฤติกรรมมีส่วนร่วมของ อสม. มี 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การสร้างและออกแบบโปรแกรม ซึ่งประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่

1) ศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท พฤติกรรมฯ แนวทางฟื้นฟูฯ ในชุมชน (R₁) โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎี HBM ที่พัฒนาจากทฤษฎีทางด้านจิตวิทยา สังคม การรู้คิด ซึ่งเชื่อว่าพฤติกรรมของคนเกิดจากการรู้คิด รับรู้คุณค่าของผลก่อนที่จะทำ และคิดคาดหวังเมื่อทำแล้วต้อง

ได้ผลลัพธ์ ดังที่โรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974) ได้กล่าวไว้ว่า บุคคลจะมีพฤติกรรมทางสุขภาพได้ การเตรียมความพร้อมของกระบวนการคิดและจิตใจให้ตระหนักรู้ในผลแห่งการกระทำ ดังนั้น การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านโอกาสเสี่ยงและความรุนแรง ประโยชน์ อุปสรรค สิ่งกระตุ้นจูงใจให้ปฏิบัติ ความสามารถของตนเอง และปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง จึงใช้อธิบายพฤติกรรมสุขภาพของคน เพื่อหลีกเลี่ยง หรือเลือกปฏิบัติให้ดีที่สุด สิ่งเหล่านี้จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยน ซึ่งพฤติกรรมปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตามกรอบ Rosenstock, Strecher, & Becker (1988) และอังคินันท์ อินทรกำแหง (2560) ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มา ออกแบบร่างโปรแกรมฯ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ได้มีการประยุกต์ใช้ แนวคิด CBR (WHO, 2010) เป็นหลักยุทธศาสตร์ที่รวมอยู่ในการพัฒนาชุมชนโดยมีเป้าหมาย เพื่อ 1) การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ 2) ความเท่าเทียมกันของโอกาส ชุมชนมีส่วนร่วมออกแบบ ให้ตอบสนองต่อปัญหา ความต้องการ และ 3) ให้คนพิการมีส่วนร่วมและเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ในสังคม ลดความพิการ และปรับปรุงคุณภาพชีวิต ซึ่งวิธีการที่จะทำให้ได้มาซึ่งเป้าหมายทั้ง 3 นี้ จะต้องอาศัยการประสานความร่วมมือจากชุมชน และผู้เกี่ยวข้อง เข้ามามีส่วนร่วมในวงจรการจัดการ CBR 4 ขั้นตอน 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ 2) วางแผน และการออกแบบ 3) การลงมือ ทำ จัดตั้ง ฝ้าสังเกต 4) ติดตามประเมินผล ให้มีความเหมาะสมตามความต้องการ สภาพปัญหา และทรัพยากรที่มีในท้องถิ่น ขั้นตอนที่ 2 การสร้างและออกแบบร่างโปรแกรมฟื้นฟู (D₁) ผู้วิจัยจะ นำผลวิจัยที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 มาเป็นข้อมูลพื้นฐาน ประกอบการสร้างและออกแบบร่างโปรแกรมฯ ร่วมกับออกแบบกิจกรรมให้ผู้เข้ารับบริการฝึกอบรมมีส่วนร่วมในวงจรจัดการ CBR 4 ขั้นตอน

ระยะที่ 2 พัฒนาโปรแกรมฯ ขั้นตอนที่ 1) สร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัย จากข้อค้นพบที่ได้จากงานวิจัยระยะที่ 1 นำมาสร้างแบบวัด ประกอบด้วย (1) พฤติกรรมการมีส่วนร่วมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของ (Cohen & Uphoff, 1980) (2) ความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท (3) แบบวัดสิ่งกระตุ้นจูงใจในการมีส่วนร่วมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยประยุกต์ใช้ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎี HBM ตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ (D₁) ขั้นตอนที่ 2) การประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ โดยทดลองใช้กับกลุ่มเด็ก (R₂) จากนั้นปรับปรุงต้นแบบให้มีความเหมาะสม (D₂) และขั้นตอนที่ 3) ทดสอบประสิทธิผลโปรแกรมฯ กับกลุ่มทดลองจริง โดยการศึกษาวิจัยเชิงทดลอง (R₃) นำโปรแกรมฯ ฉบับสมบูรณ์ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง นำแบบวัดต่าง ๆ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ใช้วัดก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯ ในสองกลุ่มทั้งทดลองและควบคุม เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมต่อการเปลี่ยนแปลงในตัว อสม. ซึ่งจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยจิตเภท ครอบครัว ชุมชน โดยใช้รูปแบบ

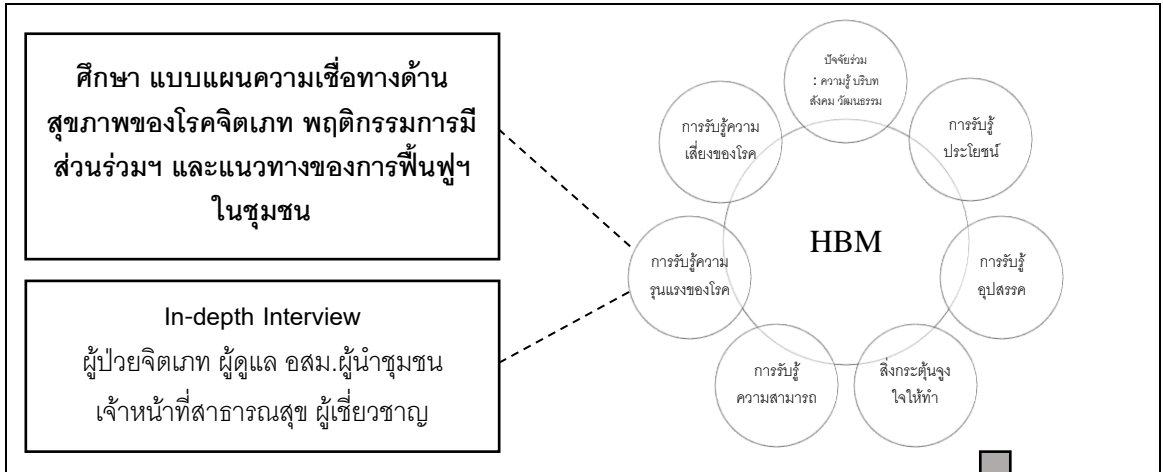
การวิจัยเชิงปริมาณ ออกแบบการวิจัยเชิงทดลอง แบบมีการติดตามผล (Randomized pretest, posttest, follow up control group design) ตามแนวคิดของเครสเวลล์ (Creswell, 2014)

ทั้งนี้ การกำหนดตัวแปรหรือโปรแกรมฯ ที่ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ เป็นส่วนหนึ่งได้มาจากการลงนามวิจัยโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ตามคุณลักษณะที่กำหนดไว้เพื่อกำหนดกรอบการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเบื้องต้น สามารถสรุปเป็นแผนภาพกรอบแนวคิดการวิจัยเพื่อใช้เป็นแนวทางการศึกษาดังภาพประกอบ 6

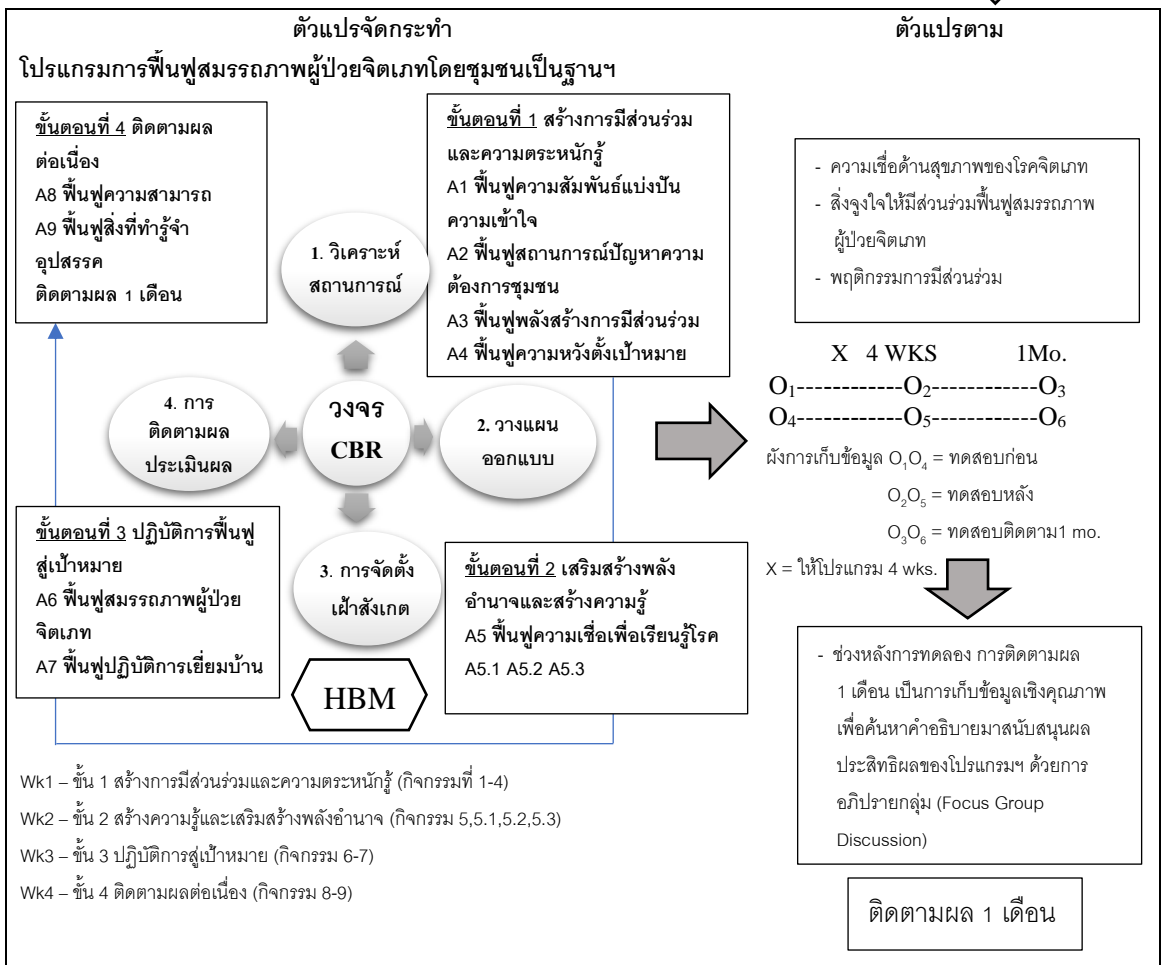


กรอบแนวคิดการวิจัย

ระยะที่ 1 การสร้างและออกแบบโปรแกรมฯ ด้วยการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)



ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมฯ ด้วยการศึกษาเชิงทดลอง (Experimental Research)



ภาพประกอบ 6 กรอบแนวคิดการวิจัยและพัฒนาโปรแกรมฯ

ขั้นตอน การวิจัยและพัฒนา (Research & Development)



ภาพประกอบ 7 ขั้นตอน การวิจัยและพัฒนา (Research & Development) โปรแกรมฯ พื้นฟูฯ

สมมติฐานการวิจัยระยะที่ 2

1. โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการมีส่วนร่วมฟื้นฟูฯ ของ อสม. มีประสิทธิภาพจากการทดสอบในกลุ่มเล็ก 10 คน
2. อสม. ที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท พฤติกรรมการมีส่วนร่วมฟื้นฟูฯ และสิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วมฯ สูงกว่าผู้ที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ
3. ภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมฯ อสม. ที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ จะมีความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท สิ่งจูงใจฯ และพฤติกรรมฟื้นฟูฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ



บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาตามแบบแผนการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การสร้างและออกแบบโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนเป็นฐานสำหรับ อสม.

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท พฤติกรรมการมีส่วนร่วมฯ และแนวทางของการฟื้นฟูฯ ผู้ป่วยในชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างและออกแบบร่างโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนเป็นฐานสำหรับ อสม.

ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมฯ

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัย จากผลวิจัยที่ได้จากระยะที่ 1

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ ในกลุ่มทดลองกลุ่มเล็ก

ขั้นตอนที่ 3 การทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมฯ ในกลุ่มทดลองจริง และการประเมินช่วงหลังการทดลอง นอกเหนือจากสมมติฐาน

ระยะที่ 1 การสร้างและออกแบบโปรแกรมฟื้นฟูฯ

มีวัตถุประสงค์ย่อย ได้แก่ 1) ศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพฯ พฤติกรรมการมีส่วนร่วมฟื้นฟูฯ และ แนวทางของการฟื้นฟูฯ 2) สร้างและออกแบบร่างโปรแกรมฟื้นฟูฯ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพฯ พฤติกรรมการมีส่วนร่วมฟื้นฟูฯ และแนวทางของการฟื้นฟูฯ เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) โดยนำข้อค้นพบที่ได้ไปเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมฯ ในขั้นตอนที่ 2 การร่างโปรแกรมฯ ประกอบการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

สนามการวิจัย

เป็นชุมชนตำบลบ้านท่าเียน อำเภอศรีรัตนนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) สัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จากฐานข้อมูลของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่ผู้วิจัยปฏิบัติงานอยู่ พบว่า มีผู้ป่วยจิตเวชอาศัยอยู่ในพื้นที่นี้มากเป็นอันดับ 1 ของจังหวัด คือ จำนวน 186 ราย และ

เป็นผู้ป่วยจิตเภทมากกว่าร้อยละ 60 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด อีกทั้งยังเป็นเป็นชุมชนที่ห่างไกลจากเขตเมือง ผู้วิจัยได้ลงพื้นที่เพื่อติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่า ชุมชนนี้มีความเหมาะสมสำหรับใช้ในการศึกษาคั้งนี้

ผู้ให้ข้อมูล (Key Informants)

เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ถูกคัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด (criterion sampling) จำนวน 12 คน โดยยึดจุดมุ่งหมายของการศึกษาเป็นหลัก (Creswell, 2014) แบ่งเป็น

1) ผู้ให้ข้อมูลหลัก 6 คน ได้แก่

1.1 ผู้ป่วยจิตเภท (schizophrenia; F 20.0 - F 20.9) ที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ อาศัยอยู่ในตำบลบ้านทำเนียบ อำเภอศรีรัตนนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี และมีอาการทางจิตสงบ จำนวน 2 คน

1.2 ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่มีประสบการณ์ในการดูแลอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 2 คน

1.3 อสม. ที่มีประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี จำนวน 2 คน

2) ผู้ให้ข้อมูลรองที่เกี่ยวข้อง จำนวน 6 คน ได้แก่

2.1 ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ที่ดำรงตำแหน่งมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 2 คน

2.2 บุคลากรสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ ที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 2 คน

2.3 ผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช และด้านส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพ อย่างน้อย 10 ปี จำนวน 2 คน

มีเกณฑ์ในการคัดเลือก และคัดออก ตามตาราง 3

ตาราง 3 การกำหนดเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) และคัดออก (Exclusion Criteria)

ผู้ให้ข้อมูลหลัก	เกณฑ์การคัดเข้า	เกณฑ์การคัดออก
1. ผู้ป่วยจิตเภท	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ที่ถูกวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท (schizophrenia; F 20.0 - F 20.9) โดยใช้รหัสการจำแนกโรคตามบัญชีการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD - 10) 2. เคยได้รับการรักษาในโรงพยาบาล 3. ได้รับการประเมินอาการทางจิตที่สงบ ด้วยแบบประเมิน BPRS ที่มีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน 4. ยินดีให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ 	<p>มีภาวะแทรกซ้อนทั้งทางร่างกายและจิตใจที่เป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูลในระหว่างที่อยู่ในการบำบัดรักษาและพบว่า</p> <p>มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ที่ควบคุมไม่ได้</p>
2. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	<ol style="list-style-type: none"> 1. เป็นผู้ดูแลหลักที่ได้รับการคัดเลือกตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยศึกษา 2. มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างน้อย 1 ปี 3. ยินดีให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ 	<p>มีภาวะแทรกซ้อนทั้งทางร่างกายและจิตใจที่เป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูล</p>
3. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีประสบการณ์การทำงานด้านสุขภาพจิตในชุมชนมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี 2. ยินดีให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ 	<p>มีภาวะแทรกซ้อนทั้งทางร่างกายและจิตใจที่เป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูล</p>
4. ผู้นำชุมชน	<ol style="list-style-type: none"> 1. เป็นผู้นำฝ่ายปกครองท้องถิ่นที่ท้องถิ่น ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน 2. ยินดีให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ 	<p>มีภาวะแทรกซ้อนทั้งทางร่างกายและจิตใจที่เป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูล</p>

ตาราง 3 (ต่อ)

ผู้ให้ข้อมูลหลัก	เกณฑ์การคัดเลือกเข้า	เกณฑ์การคัดออก
5. บุคลากรสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ	1. เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือพยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอย่างน้อย 1 ปี 2. ยินดีให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ	มีภาวะแทรกซ้อนทั้งทางร่างกายและจิตใจที่เป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูล
6. ผู้เชี่ยวชาญ	1. เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการทำโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท 2. เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช และด้านส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพ อย่างน้อย 10 ปี 3. ยินดีให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ	มีภาวะแทรกซ้อนทั้งทางร่างกายและจิตใจที่เป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เก็บข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ คือ แนวคำถามการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structure interview) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎี HBM (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988; อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560) มีขั้นตอนในการสร้างดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาประเด็นคำถามจากการทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เพื่อศึกษา แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพฯ พฤติกรรมการมีส่วนร่วม และแนวทางของการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภท การค้นหาอุปสรรค

ขั้นตอนที่ 2 สร้างแนวคำถามสัมภาษณ์รายบุคคล เพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งลักษณะคำถามจะเป็นประเด็นกว้าง ๆ แนวคำถามเป็นแบบปลายเปิดครอบคลุมตามประเด็นสำคัญ และขอบเขตการศึกษาที่ต้องการ และเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามที่ตั้งไว้ โดยปราศจากการเรียงลำดับคำถาม มีความเข้าใจง่าย ให้อิสระในการตอบ หัวข้อคำถามมีทั้งหลัก

และรองแตกต่างกันไปตามประเภทของแต่ละกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา การศึกษา อาชีพ ส่วนที่ 2 แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นคำถามปลายเปิด รวม 12 ข้อ 6 ด้านของการรับรู้ คือ 1) ความเสี่ยง 2) ความรุนแรงของโรคจิตเภท 3) ประโยชน์ 4) อุปสรรค 5) สิ่งกระตุ้นจูงใจให้ทำ 6) ความสามารถของตน ส่วนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมการมีส่วนร่วมฯ เป็นคำถามปลายเปิด 3 ข้อ ได้แก่ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มุมมองที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือ การแสดงออกต่อผู้ป่วยจิตเภท ส่วนที่ 4 แบบวัดแนวทางฟื้นฟูฯ ในชุมชน เป็นคำถามปลายเปิด 3 ข้อ ได้แก่ แนวทางการฟื้นฟูฯ ผู้ป่วยจิตเภทให้กลับมาใช้ชีวิตและสามารถดำรงอยู่ร่วมกับคนในชุมชน ความต้องการที่จะเห็นการเปลี่ยนแปลงและการมีส่วนร่วมเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในผู้ป่วยจิตเภท

ขั้นตอนที่ 3 ปรับปรุงคำถามการวิจัย ภายหลังจากการทดลองสัมภาษณ์กับกลุ่มที่ใกล้เคียงกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยผ่านการตรวจสอบเนื้อหา วัตถุประสงค์ และประเด็นสำคัญในการวิจัย จากนั้นตรวจสอบแบบสัมภาษณ์โดยอาจารย์ที่ปรึกษา นำมาปรับปรุงตามคำแนะนำ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ อาจารย์มหาวิทยาลัย 3 ท่าน พยาบาลจิตเวช 1 ท่าน นักสังคมสงเคราะห์จิตเวช 1 ท่าน พิจารณาความเหมาะสมของแบบสัมภาษณ์ หลังจากนั้นได้ปรับแก้ตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ

ตาราง 4 ตัวอย่างแนวทางการสร้างแนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก

วัตถุประสงค์	ผู้ให้ข้อมูลหลัก	ประเด็นคำถาม	ตัวอย่างแนวคำถาม	แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
เพื่อศึกษา - แบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพของ โรคจิตเภท - พฤติกรรมการมี ส่วนร่วมฟื้นฟูฯ - แนวทางการฟื้นฟู สมรรถภาพผู้ป่วย จิตเภทในชุมชน	กลุ่มผู้ป่วย จิตเภท	<ul style="list-style-type: none"> - การรับรู้ความเสี่ยง ของโรคจิตเภทและ ความรุนแรง - ประโยชน์ในการดูแล สุขภาพตนเองอย่าง ต่อเนื่อง - อุปสรรค - ความสามารถ - สิ่งกระตุ้นจิตใจ - การฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยจิตเภท - แนวทางการช่วยเหลือ ฟื้นฟูสมรรถภาพ 	<ul style="list-style-type: none"> - สิ่งจูงใจให้คุณดูแลสุขภาพของ ตนเอง คืออะไร มาจากสาเหตุใด - หลังจากที่ได้รับการรักษาและ กลับมาใช้ชีวิตที่บ้าน คุณมี ความยากลำบากอย่างไรบ้าง - คนในชุมชนคิดอย่างไรต่อการ เจ็บป่วยของเรา พวกเขาได้เข้า มามีส่วนช่วยเหลืออะไรบ้าง - โรคจิตเภท จะมีโอกาสเสี่ยงป่วย ซ้ำได้หรือไม่ อย่างไร - คุณคิดว่า โรคจิตเภทมีความ รุนแรงมากน้อยแค่ไหนอย่างไร - ส่งผลต่อชีวิตอย่างไรบ้าง - คุณต้องทำอะไรที่จะป้องกัน ความรุนแรง หรือการกลับเป็นซ้ำ - อุปสรรคสำคัญที่ทำให้คุณเกิด ความท้อแท้ในการดูแลสุขภาพ ตัวเอง มีอะไรบ้าง - แนวทางการฟื้นฟูสุขภาพให้ กลับมาใช้ชีวิต และอยู่ร่วมกับ คนในชุมชนได้ เช่น คนปกติ คุณคิดว่าต้องทำอะไรบ้าง - ในฐานะเป็นผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรค จิตเภท คุณต้องการจะเห็นการ เปลี่ยนแปลงอะไรบ้าง 	แนวคิด HBM ได้แก่ ความรู้ ในโรคจิตเภท

ตาราง 4 (ต่อ)

วัตถุประสงค์	ผู้ให้ข้อมูลหลัก	ประเด็นคำถาม	ตัวอย่างแนวคำถาม	แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
<p>เพื่อศึกษา</p> <p>- แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพฯ</p> <p>- พฤติกรรมการมีส่วนร่วมฯ</p> <p>- แนวทางการฟื้นฟูฯ ในชุมชน</p>	กลุ่มผู้ดูแล	<p>- การรับรู้ความเสี่ยงของโรคจิตเภทและความรุนแรง</p> <p>- ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง</p> <p>- อุปสรรค</p> <p>- ความสามารถ</p> <p>- สิ่งกระตุ้นจิตใจ</p> <p>- การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท</p> <p>- แนวทางการช่วยเหลือฟื้นฟูสมรรถภาพ</p>	<p>- สิ่งจูงใจภายนอกที่จะทำให้คุณลงมือปฏิบัติดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท มาจากสิ่งกระตุ้นจากสิ่งใดบ้าง เพราะอะไร</p> <p>- ในฐานะเป็นผู้ดูแล คุณต้องเผชิญกับปัญหาสถานการณ์อะไรบ้าง อย่างไร</p> <p>- โรคจิตเภท จะมีโอกาสเสี่ยงป่วยซ้ำได้หรือไม่ อย่างไร</p> <p>- คุณคิดว่า โรคจิตเภทมีความรุนแรงมากน้อยแค่ไหนอย่างไร พอจะยกตัวอย่างเหตุการณ์และส่งผลกระทบต่อครอบครัวอย่างไรบ้าง</p> <p>- คุณสามารถจัดการปัญหาการกลับมาเป็นซ้ำ หรือปกป้องความรุนแรงได้ด้วยวิธีไหนบ้าง</p> <p>- ประโยชน์ของการรักษา การทานยาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเภท มีความสำคัญอย่างไร</p> <p>- อุปสรรคสำคัญที่ทำให้คุณท้อแท้ที่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีอะไรบ้าง</p> <p>- ในฐานะเป็นผู้ดูแล คุณต้องการอะไรบ้าง หรือการสนับสนุนอะไร</p> <p>- จากใคร อย่างไร</p> <p>- ผู้ป่วยจิตเภท อาศัยอยู่ในชุมชนได้เช่นคนปกติ คุณคิดว่าแนวทางของการฟื้นฟูดูแลต้องทำอย่างไรบ้าง</p>	แนวคิด HBM ได้แก่ ความรู้ในโรคจิตเภท

ตาราง 4 (ต่อ)

วัตถุประสงค์	ผู้ให้ข้อมูลหลัก	ประเด็นคำถาม	ตัวอย่างแนวคำถาม	แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
เพื่อศึกษา - แบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ - พฤติกรรมการมี ส่วนร่วมฯ - แนวทางการฟื้นฟูฯ ในชุมชน	กลุ่ม อสม.	<ul style="list-style-type: none"> - การรับรู้ความเสี่ยงของโรคจิตเภทและความรุนแรง - ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง - อุปสรรค - ความสามารถ - สิ่งกระตุ้นจิตใจ - การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท - แนวทางการช่วยเหลือฟื้นฟูสมรรถภาพ 	<ul style="list-style-type: none"> - โรคจิตเภท จะมีโอกาสเสี่ยงป่วยซ้ำได้หรือไม่ อย่างไร - คุณคิดว่า โรคจิตเภทมีความรุนแรงมากน้อยแค่ไหนอย่างไร - พอจะยกตัวอย่างเหตุการณ์และส่งผลกระทบต่ออย่างไรบ้าง - คุณสามารถจัดการปัญหาการกลับมาเป็นซ้ำ หรือปกป้องความรุนแรงได้ด้วยวิธีไหนบ้าง - สิ่งจูงใจภายนอกที่จะทำให้คุณช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมาจากสิ่งกระตุ้นจากสิ่งใดบ้าง เพราะอะไร - ประโยชน์ของการรักษา การทานยาอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภท การฟื้นฟูสมรรถภาพมีความสำคัญอย่างไร - ผู้ป่วยจิตเภท อาศัยอยู่ในชุมชนได้เช่นคนปกติ คุณคิดว่าแนวทางของการฟื้นฟูดูแลต้องทำอย่างไรบ้าง - ปัญหาอุปสรรคการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบัน มีอะไรบ้าง อย่างไร เพราะอะไรจึงเป็นเช่นนั้น - ในฐานะเป็น อสม. คุณต้องเผชิญกับปัญหาสถานการณ์อะไรบ้าง อย่างไร - ในฐานะเป็น อสม. คุณต้องการเห็นการเปลี่ยนแปลงในการฟื้นฟูดูแลผู้ป่วยจิตเภทในลักษณะอย่างไรบ้าง หรือการสนับสนุนอะไร จากใคร อย่างไร 	แนวคิด HBM ได้แก่ ความรู้ ในโรคจิตเภท

ตาราง 4 (ต่อ)

วัตถุประสงค์	ผู้ให้ข้อมูล รอง	ประเด็นคำถาม	ตัวอย่างแนวคำถาม	แนวคิดทฤษฎี ที่เกี่ยวข้อง
เพื่อศึกษา - แบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ - พฤติกรรมการมี ส่วนร่วมฯ - แนวทางการฟื้นฟูฯ ในชุมชนมชน	กลุ่มผู้นำ	- การรับรู้ความเสี่ยง ของโรคจิตเภทและ ความรุนแรง - ประโยชน์ในการดูแล สุขภาพตนเองอย่าง ต่อเนื่อง - อุปสรรค - ความสามารถ - สิ่งกระตุ้นจิตใจ - การฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยจิตเภท - แนวทางการช่วยเหลือ การฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยจิตเภท	- โรคจิตเภท จะมีโอกาสเสี่ยงป่วย ซ้ำได้หรือไม่ อย่างไร - คุณคิดว่า โรคจิตเภทมีความ รุนแรงมากน้อยแค่ไหน อย่างไร พอจะยกตัวอย่างเหตุการณ์ และส่งผลกระทบต่ออย่างไรบ้าง - ในฐานะเป็นผู้นำชุมชน คุณสามารถจัดการปัญหาการ กลับมาเป็นซ้ำ หรือปกป้อง ความรุนแรงได้ด้วยวิธีไหนบ้าง - สิ่งจูงใจภายนอกที่จะทำให้คุณ ลงมือปฏิบัติดูแล ช่วยเหลือ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มาจาก สิ่งกระตุ้นจากสิ่งใดบ้าง เพราะ อะไร - ประโยชน์ของการรักษา การ ทานยาอย่างต่อเนื่อง การฟื้นฟู สมรรถภาพ มีความสำคัญต่อ ผู้ป่วยจิตเภทอย่างไร - ผู้ป่วยจิตเภท อาศัยอยู่ในชุมชน ได้เช่นคนปกติ คุณคิดว่า แนวทางของการฟื้นฟูดูแลต้อง ทำอย่างไรบ้างฟื้นฟูดูแลต้องทำ อย่างไรบ้าง - ปัญหาอุปสรรคของการดูแล ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนปัจจุบัน มีอะไรบ้าง อย่างไร เพราะอะไร จึงเป็นเช่นนั้น	แนวคิด HBM ได้แก่ ความรู้ ในโรคจิตเภท

ตาราง 4 (ต่อ)

วัตถุประสงค์	ผู้ให้ข้อมูล รอง	ประเด็นคำถาม	ตัวอย่างแนวคำถาม	แนวคิดทฤษฎี ที่เกี่ยวข้อง
	กลุ่มผู้นำ (ต่อ)		<ul style="list-style-type: none"> - ในฐานะเป็นผู้นำชุมชน คุณต้องเผชิญกับปัญหาสถานการณ์อะไรบ้าง อย่างไร - ในฐานะเป็นผู้นำชุมชน คุณต้องการเห็นการเปลี่ยนแปลงในการฟื้นฟูดูแลผู้ป่วยจิตเภทในลักษณะอย่างไรบ้าง หรือการสนับสนุนอะไร จากใคร อย่างไร 	
<p>เพื่อศึกษา</p> <ul style="list-style-type: none"> - แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ - พฤติกรรมการมีส่วนร่วม - แนวทางการฟื้นฟูในชุมชน 	<p>กลุ่มบุคลากรสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - การรับรู้ความเสี่ยงของโรคจิตเภทและความรุนแรง - ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง - อุปสรรค - ความสามารถ - สิ่งกระตุ้นจิตใจ - การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท - แนวทางการช่วยเหลือฟื้นฟูสมรรถภาพ 	<ul style="list-style-type: none"> - โอกาสเสี่ยงในโรคจิตเภทมีอะไรบ้าง และสาเหตุของความเสี่ยงเกิดจากสาเหตุอะไร - ความรุนแรงในโรคจิตเภทเป็นอย่างไร และเกิดจากสาเหตุอะไรบ้าง ส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชนอย่างไรบ้าง ยกตัวอย่างเหตุการณ์ - ในฐานะเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ คุณสามารถจัดการปัญหาการกลับมาเป็นซ้ำ หรือปกป้องความรุนแรงได้ด้วยวิธีไหนบ้าง - สิ่งจูงใจภายนอกที่จะทำให้คุณมีส่วนร่วมในชุมชน มาจากสิ่งกระตุ้นจากสิ่งใดบ้าง เพราะอะไร - ประโยชน์ของการรักษา การทานยาอย่างต่อเนื่อง การฟื้นฟูสมรรถภาพ มีสำคัญต่อผู้ป่วยจิตเภทอย่างไร - ผู้ป่วยจิตเภท อาศัยอยู่ในชุมชนได้เช่นคนปกติ คุณคิดว่าแนวทางของการฟื้นฟูดูแลต้องทำอย่างไรบ้าง 	แนวคิด HBM ได้แก่ ความรู้ ในโรคจิตเภท

ตาราง 4 (ต่อ)

วัตถุประสงค์	ผู้ให้ข้อมูล รอง	ประเด็นคำถาม	ตัวอย่างแนวคำถาม	แนวคิดทฤษฎี ที่เกี่ยวข้อง
	กลุ่มบุคลากร สาธารณสุข ระดับปฐมภูมิ (ต่อ)		- ปัญหาอุปสรรคของการดูแล ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนปัจจุบัน มีอะไรบ้าง อย่างไร เพราะอะไร จึงเป็นเช่นนั้น - ในฐานะเป็นเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขในพื้นที่ คุณต้อง เผชิญกับปัญหาสถานการณ์ อะไรบ้าง อย่างไร - ในฐานะเป็นเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขในพื้นที่ คุณ ต้องการเห็นการเปลี่ยนแปลงใน การฟื้นฟูดูแลผู้ป่วยจิตเภทใน ลักษณะอย่างไรบ้าง หรือการ สนับสนุนอะไรจากใคร อย่างไร	
เพื่อศึกษา - แบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ - พฤติกรรมการมี ส่วนร่วมฯ - แนวทางการฟื้นฟูฯ ในชุมชน	ผู้เชี่ยวชาญที่มี ประสบการณ์ การดูแลและ การฟื้นฟู สมรรถภาพ ผู้ป่วยจิตเภท	- การรับรู้ความเสี่ยง ของโรคจิตเภทและ ความรุนแรง - ประโยชน์ในการดูแล สุขภาพตนเองอย่าง ต่อเนื่อง - อุปสรรค - ความสามารถ - สิ่งกระตุ้นจิตใจ - การฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยจิตเภท - แนวทางการช่วยเหลือ ฟื้นฟูสมรรถภาพ	- โอกาสเสี่ยงในโรคจิตเภท มีอะไรบ้าง และสาเหตุของความ เสี่ยงเกิดจากสาเหตุอะไร ส่งผล กระทบโดยรวมอย่างไรบ้าง - ภาพการจดจำของสังคมที่มีต่อ ผู้ป่วยจิตเภท เป็นไปในลักษณะ อย่างไร - ความรุนแรงในโรคจิตเภท เป็นอย่างไร และเกิดจากสาเหตุ อะไรบ้าง ส่งผลกระทบต่อ ครอบครัว ชุมชนอย่างไรบ้าง ยกตัวอย่างเหตุการณ์ - ในฐานะท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ที่มีประสบการณ์ ท่านคิดว่าเรา จะรับมือกับปัญหาการกลับมา เป็นซ้ำ และความรุนแรงของ โรคจิตเภทได้อย่างไรบ้าง และควรต้องทำอะไรบ้าง	แนวคิด HBM ได้แก่ ความรู้ ในโรคจิตเภท

ตาราง 4 (ต่อ)

วัตถุประสงค์	ผู้ให้ข้อมูล รอง	ประเด็นคำถาม	ตัวอย่างแนวคำถาม	แนวคิดทฤษฎี ที่เกี่ยวข้อง
	ผู้เชี่ยวชาญที่มี ประสบการณ์ การดูแลและ การฟื้นฟู สมรรถภาพ ผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)		- สิ่งจูงใจให้คนเข้ามาปฏิบัติ ในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย จิตเภทในชุมชน คาดว่าน่าจะ มาจากเหตุอะไรได้บ้าง - การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย จิตเภท มีความสำคัญ และ มีประโยชน์อย่างไรบ้าง - แนวทางของการฟื้นฟู สมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชนต้องทำอย่างไรบ้าง - ปัญหาอุปสรรคของการดูแล ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีอะไรบ้าง	

การเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนาม

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) กับผู้ให้ข้อมูลหลัก และรอง จำนวนทั้งสิ้น 12 คน และใช้เกณฑ์การอิมิตัวของข้อมูลซึ่งถือว่าเป็นจำนวนที่เหมาะสมกับการวิจัยเชิงคุณภาพ ในกรณีที่ข้อมูลที่ได้ในบางรายไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยทำการนัดสัมภาษณ์เพิ่มเติม โดยดำเนินการเก็บข้อมูลในเดือน มิถุนายน - กรกฎาคม 2564

ก่อนเริ่มการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพด้วยการแนะนำตัวเอง และตามด้วยแจ้งวัตถุประสงค์การสัมภาษณ์ ตามกรอบแนวคิดและขอบเขตของการศึกษาที่ต้องการ และเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามที่ตั้งไว้ ผู้วิจัยได้จัดลำดับประเด็นของคำถามตามความเหมาะสมและปรับเปลี่ยนได้ตามผู้ให้ข้อมูลแต่ละประเภท แนวคำถามมีความเข้าใจง่าย ผู้ให้ข้อมูลสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ และไม่ใช้คำถามนำ โดยขออนุญาตจดบันทึกและบันทึกเสียงระหว่างการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้มีปฏิสัมพันธ์แบบต่อหน้ากับผู้ให้ข้อมูล เพื่อการแลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ และมีการทดสอบคำถามและคำตอบเพื่อเป็นแนวทางในการถามคำถามต่อไป โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 30 - 60 นาที

ในขณะที่สัมภาษณ์ผู้วิจัยมีการจดบันทึกประเด็นสำคัญ หรือประเด็นหลักไว้ และเมื่อจบการสัมภาษณ์ นำข้อมูลที่ได้กั้บันทึกมาฉบับที่อีกครั้งอย่างละเอียด เพื่อป้องกันการหลงลืมข้อมูลที่สำคัญ นำข้อมูลจากเครื่องบันทึกเสียง ถ่ายโอนลงเครื่องคอมพิวเตอร์ทันที เพื่อป้องกันการเสียหายของข้อมูล และเพื่อทำการตรวจสอบข้อมูลที่ไม่ชัดเจนหรือไม่ครบถ้วน นำไปศึกษาเพิ่มเติมในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป

การตรวจสอบข้อมูล

ผู้วิจัยถอดเทปคำต่อคำ (Verbatim) นำมาวิเคราะห์เนื้อหา ตรวจสอบการตีความโดยผู้ให้ข้อมูล แล้วนำมาปรับปรุงเพื่อให้เกิดความถูกต้องของข้อมูลมากที่สุด ทั้งนี้ข้อมูลจากเครื่องบันทึกเสียงจะคงไว้ซึ่งความเป็นธรรมชาติ ทั้งอารมณ์และความรู้สึกของผู้ถูกสัมภาษณ์ จากนั้นให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยัน (Member Check) พร้อมลงนามในเอกสารอีกครั้ง นอกจากนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data Triangulation) ยืนยันข้อมูลดังกล่าวโดยการเทียบเคียงข้อมูลจากแหล่งที่แตกต่างกัน ได้แก่ แหล่งข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล ผู้ให้การช่วยเหลือในชุมชน เพื่อตรวจสอบคล้อยข้อมูล และนำข้อมูลมาวางแผนการวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive) ได้แก่ ลักษณะทั่วไป แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท ในประเด็นการรับรู้ต่าง ๆ ได้แก่ โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคและการป่วยซ้ำ ประโยชน์ของการเข้าถึงบริการ รักษา ฟันฟู ดูแลสุขภาพ (การรับประทานยาต่อเนื่อง และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม) อุปสรรคต่าง ๆ และการจัดการ (การคิดว่าหายป่วย หยุดยาเอง ใช้สารกระตุ้น การเข้าถึงบริการรักษา ผลข้างเคียงจากยาและการแก้ไข) ความสามารถของตนเอง และสิ่งกระตุ้นจูงใจภายนอกให้ปฏิบัติ พฤติกรรมการมีส่วนร่วมฟื้นฟู และแนวทางของการฟื้นฟู รวมถึงปัญหาอุปสรรค

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล แบบการเทียบเคียงกับแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาตีความ อธิบายเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลที่ได้กับวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องโดยไม่อคติ ดำเนินการวิเคราะห์อย่างละเอียดเพื่อสกัดสาระเป็นหมวดหมู่ (Categories) หาประเด็นหลัก (Theme) และประเด็นย่อย (Sub-theme) และใช้การยกตัวอย่างคำพูด (Quotation) จากผู้เข้าร่วมวิจัยสนับสนุนประเด็นหลัก และประเด็นย่อย โดยมีขั้นตอนในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการจัดการกับข้อมูลเชิงคุณภาพ 3 ขั้นตอน คือ การลดข้อมูล (Data reduction) การจัดรูปข้อมูล (Data display) และการร่างข้อสรุป (Conclusion drawing) ตามแนวทางของไมล์และคูเบอร์แมน (Mile & Huberman, 1994) จากนั้นเขียนสรุปรายงานการศึกษานำข้อค้นพบไปพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้ชุมชนเป็นฐานต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 สร้างและออกแบบร่างโปรแกรมฯสำหรับ อสม.

นำผลที่ได้จาก ขั้นตอนที่ 1 มากำหนดโครงสร้างโปรแกรมฯ ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ แนวคิด หรือทฤษฎี แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) และการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยชุมชนเป็นฐาน (CBR) เพื่อนำมาออกแบบกิจกรรม ระยะเวลาในการจัดกิจกรรม และการวัด และการประเมินผลที่สอดคล้องตามวัตถุประสงค์ เนื้อหาแบบแผน

การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยด้านความรู้เรื่องโรคจิตเภท ด้านความเสี่ยงและความรุนแรงของการป่วยซ้ำ ด้านประโยชน์การเข้าถึงบริการ รักษาฟื้นฟู ดูแลสุขภาพ ด้านอุปสรรค (คิดว่าหายป่วย หยุคยาเอง ใช้สารกระตุ้น การจัดการอาการที่ไม่พึงประสงค์ เข้าถึงบริการรักษา) ด้านความสามารถของตนเอง และประยุกต์แนวคิด CBR ได้แก่ การนำกระบวนการมีส่วนร่วมสร้างโอกาสให้ผู้พิการทางจิต หรือ ผู้ป่วยจิตเภทได้ใช้ชีวิตเหมือนคนทั่วไป ได้รับการพัฒนาทักษะการเข้าสังคม ทำงาน พึ่งพาตนเอง ตามวงจร CBR ขั้นที่ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาาร่วมกัน เพื่อสร้างความตระหนัก และแรงจูงใจร่วม ขั้นที่ 2) การวางแผนและออกแบบกิจกรรมตามความเหมาะสมของพื้นที่ ขั้นที่ 3) การจัดตั้งและเฝ้าสังเกต การลงมือทำด้วยการฝึกการจัดการด้วยตนเอง และสร้างประสบการณ์การเรียนรู้ใหม่ให้เกิดความชำนาญ การสนับสนุนการฟื้นฟู สนับสนุนกิจกรรมทางสังคม การเสริมศักยภาพพลังอำนาจด้วยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันทั้งภายในและภายนอกชุมชน ขั้นที่ 4) การติดตามและประเมินผล โดยการแลกเปลี่ยนปัญหาอุปสรรคร่วมกัน ทั้งนี้ในแต่ละกิจกรรมหลัก มีกิจกรรมย่อย และการประเมินกิจกรรมประกอบด้วย โบงาน โดยมีเนื้อหาที่ครอบคลุมเจตคติต่อผู้ป่วย การวิเคราะห์ชุมชน การวางแผนแก้ปัญหาสุขภาพจิตชุมชน บทบาทและการช่วยเหลือของ อสม. ความรู้เรื่องโรคจิตเภท แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท การสร้างความตระหนักของผู้ดูแล แกนนำชุมชน การสร้างความเข้าใจไม่ตีตราผู้ป่วยจิตเภท การรวมกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพ การเข้าสังคม แหล่งสนับสนุนทางสังคม การฟื้นฟูทักษะการดูแลตนเอง การทำงาน การเยี่ยมบ้าน และการดูแลต่อเนื่อง ฯลฯ

โดยเนื้อหาของโปรแกรม แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน 9 กิจกรรม ภายใน 4 สัปดาห์ กิจกรรมละ 90-180 นาที ถ้ามีการฝึกปฏิบัติ กิจกรรมละ 360 นาที ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ขั้นตอนที่ 1 ขั้นสร้างการมีส่วนร่วมให้เกิดความตระหนักผู้ (กิจกรรมที่ 1-4)

สัปดาห์ที่ 2 ขั้นตอนที่ 2 ขั้นเสริมสร้างพลังอำนาจ และสร้างความรู้ (กิจกรรมที่ 5, 5.1,5.2,5.3)

สัปดาห์ที่ 3 ขั้นตอนที่ 3 ขั้นปฏิบัติการสู่เป้าหมาย (กิจกรรมที่ 6-7)

สัปดาห์ที่ 4 ขั้นตอนที่ 4 ขั้นการติดตามผลต่อเนื่อง (กิจกรรมที่ 8-9)

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นสร้างการมีส่วนร่วมและความตระหนักรู้ เนื้อหาครอบคลุมการสร้างสัมพันธภาพ การทำความเข้าใจในโปรแกรมฯ การสร้างความเข้าใจ และเจตคติที่มีต่อโรคจิตเภท การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและความต้องการของชุมชน เสริมสร้างแรงจูงใจฯ ให้เกิดการปฏิบัติ ทบทวนบทบาทของ อสม. ตลอดจนกำหนดเป้าหมายในการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและร่วมคิดค้นวิธีการ วางแผนกำหนดกิจกรรมการฟื้นฟูไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ

กิจกรรมที่ 1 ฟื้นฟูความสัมพันธ์ แบ่งปันความเข้าใจ

กิจกรรมที่ 2 ฟื้นฟูสถานการณ์ปัญหาและความต้องการของชุมชน

กิจกรรมที่ 3 ฟื้นฟูพลังสร้างการมีส่วนร่วม

กิจกรรมที่ 4 ฟื้นฟูความหวังตั้งเป้าหมาย

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นเสริมสร้างพลังอำนาจและสร้างความรู้ เนื้อหาครอบคลุมในบริบทของสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท และการดูแลรักษา การจัดการกับอาการทางจิตที่เป็นปัญหา บนพื้นฐานความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคล ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 5 ฟื้นฟูความเชื่อเพื่อเรียนรู้โรคจิตเภทและผลกระทบของโรค

กิจกรรมย่อย 5.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงในโรคจิตเภท

กิจกรรมย่อย 5.2 การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา การดูแล การฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน และแหล่งสนับสนุนทางสังคม

กิจกรรมย่อย 5.3 การรับรู้อุปสรรคและการจัดการปัญหา

ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติการณ์สู่เป้าหมาย เนื้อหาครอบคลุมในบริบทหลักการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ทักษะการดูแลตนเอง การอยู่ร่วมกันในสังคม ทักษะการเยี่ยมบ้าน การเรียนรู้สู่การลงมือทำ ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 6 ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท

กิจกรรมที่ 7 ฟื้นฟูปฏิบัติการเยี่ยมบ้าน

ขั้นตอนที่ 4 การติดตามผลต่อเนื่อง เนื้อหาครอบคลุมในบริบทการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพทั้งของตนเองและผู้อื่น ตลอดจนการได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการทำงานการฟื้นฟูฯ และการเรียนรู้การแก้ปัญหาจากอุปสรรคต่าง ๆ

กิจกรรมที่ 8 ฟื้นฟูความสามารถรู้จักรักและดูแลสุขภาพตนเอง

กิจกรรมที่ 9 ฟื้นฟูสิ่งที่ทำรู้จำจากอุปสรรค

ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมฯ

ในระยะนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูฯ มี 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัย นำผลที่ได้จากระยะที่ 1 มาจัดทำเครื่องมือ ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนเป็นฐาน 2) เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ที่มีคุณลักษณะทางจิตและสังคม ได้แก่ แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท แบบวัดสิ่งจูงใจฯ แบบวัดพฤติกรรมฯ เพื่อเป็นเครื่องมือวัดก่อนและหลังการทดลอง

1) เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนเป็นฐาน พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิด HBM ของ Rosenstock, Strecher, & Becker (1988) และอังคินันท์ อินทรกำแหง (2560) ซึ่งมีเนื้อหาของกิจกรรมครอบคลุมการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท ได้แก่ ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค อุปสรรคต่อการฟื้นฟู ประโยชน์การเข้าถึงการรักษาและแหล่งช่วยเหลือฟื้นฟู สิ่งกระตุ้นจูงใจให้ปฏิบัติ ความสามารถของตนเอง ร่วมกับแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนเป็นฐาน CBR (WHO, 2010) โดยอาศัยวงจรการจัดการ CBR มาจัดทำกรอบเนื้อหาของโปรแกรมฯ เพื่อใช้พัฒนาศักยภาพของ อสม. ให้เกิดพฤติกรรมฟื้นฟูฯ ต่อเนื่อง กิจกรรมในโปรแกรมฯ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 9 กิจกรรม โดยกิจกรรมที่ 1-4 ระยะเวลา 90 นาที/กิจกรรม และกิจกรรมที่ 8,9 ระยะเวลา 180 นาที/กิจกรรม กิจกรรมที่ 5-7 ระยะเวลา 360 นาที/กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมแบบกลุ่ม 4 สัปดาห์ ๆ ละครั้ง

ทั้งนี้ มีการตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมฯ ด้านความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ คือ อาจารย์พยาบาล 3 ท่าน อาจารย์สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ 2 ท่าน ประเมินค่า IOC 3 ระดับ (+1, 0, -1) โดยใช้เกณฑ์ที่ยอมรับได้ คือ มีค่าไม่น้อยกว่า 0.5 ส่วนข้อที่ได้ค่าต่ำกว่า 0.5 จะพิจารณาปรับปรุงเป็นรายชื่อ (ล้วน สายยศและอังคณา สายยศ, 2543: 248-249) และแต่ละข้อแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงฯ

การวิจัยครั้งนี้ได้ค่า IOC 0.89 และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ ก่อนนำไปทดสอบกับ อสม. 6 คน ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้น จัดทำโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนเป็นฐาน (ฉบับปรับปรุง) โดยปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับระยะเวลาที่ใช้ จัดตารางเวลาในการดำเนินกิจกรรมให้ชัดเจน นำสื่อเทคโนโลยี และกิจกรรมที่หลากหลายทั้งเนื้อหา ทฤษฎีและการฝึกปฏิบัติจริงมาใช้สอดแทรกในระหว่างการจัดกิจกรรมเพื่อเพิ่มความน่าสนใจ และสร้างบรรยากาศการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของผู้เข้าฝึกอบรม ดังตาราง 5

ตาราง 5 โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนเป็นฐานสำหรับโรคซึมเศร้า

ลำดับที่	ขั้นตอนตามวงจรCBR /ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์กิจกรรม	แนวคิด/ทฤษฎี	เทคนิคการจัดการเรียนรู้	ระยะเวลา	การประเมินผลที่คาดว่าจะได้รับ
1	ขั้นตอนที่ 1 สร้างการมีส่วนร่วมและความตระหนักกิจกรรมที่ 1 ฟื้นฟูความสัมพันธ์ แบ่งปัน ความเข้าใจ	1. เพื่อลดสภาพพฤติกรรมและเกิดสัมพันธภาพที่ดี 2. แนะนำโปรแกรมการฟื้นฟูและที่แจ้งวัตถุประสงค์ของโปรแกรม 3. เพื่อให้ผู้ใช้บริการยอมรับสภาพการเจ็บป่วยของโรคจิตเภท 4. เพื่อให้ผู้ใช้บริการยอมรับมีเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วยโรคจิตเภท	- HBM (Health Belief Model) - HBM	- กิจกรรมแนะนำตนเอง - บรรยายทำความเข้าใจโปรแกรม - ชมคลิปวิดีโอ "ลูกคนใหม่" - รวมแสดงความคิดเห็นและความรู้สึกตามใบงาน (ใบกิจกรรมที่ 1) - การสะท้อนคิด (reflective)	90 นาที	ผู้เข้ารับการอบรมมีความเข้าใจผู้ป่วยจิตเภท เกิดเจตคติที่ส่งผลต่อความเชื่อด้านสุขภาพ
1	กิจกรรมที่ 2 ฟื้นฟูสถานการณ์ปัญหาและความต้องการของชุมชน - สะท้อนปัญหา - ต้นทุนที่เรามี - ความดีที่เราจะทำ	เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ความต้องการของชุมชน	- CBR	- วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนในปัจจุบัน ต้นทุนของชุมชนที่มีความดีที่ยากจะทำตามใบงาน (ใบกิจกรรมที่ 2) - นำเสนอผลวิเคราะห์และผลกระทบ	90-180 นาที	- เข้าใจในบริบทชุมชนของตนเองมากขึ้น - สามารถสื่อสารบอกความต้องการ

ตาราง 5 (ต่อ)

ลำดับที่	ขั้นตอนตามวงจรCBR /สื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์กิจกรรม	แนวคิด/ ทฤษฎี	เทคนิคการจัดการเรียนรู้	ระยะเวลา	การประเมินผล ที่คาดว่าจะได้รับ
1	กิจกรรมที่ 3 ฟื้นฟูพลังสร้างการมีส่วนร่วม	1. เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการฟื้นฟูผู้ป่วย 2. เพื่อทบทวนบทบาทของ อสม.	- CBR	- การชมคิดปฏิบัติ "การให้ คือสิ่งที่ยิ่งใหญ่เสมอ" - การสะท้อนคิด(reflective) - ทบทวนบทบาท อสม. (ในกิจกรรมที่ 3) - การแลกเปลี่ยนเสริมพลัง empowerment	90 นาที	ผู้เข้ารับการอบรมมี แรงจูงใจในการมี ส่วนร่วมในการดูแล ผู้ป่วยจิตเภท เข้าใจ ในบทบาทของตนเอง มากขึ้น
1	กิจกรรมที่ 4 ฟื้นฟูความหวังตั้งเป้าหมาย	1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมการอบรมร่วมกัน วางเป้าหมายฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชน 2. ร่วมคิดค้นวิธี แนวทางต่าง ๆ วางแผน กำหนดกิจกรรมฟื้นฟูผู้ป่วย จิตเภทไปสู่เป้าหมาย	- CBR - การมีส่วนร่วม	- นำแผนที่ความคิดของ ชุมชน ประกอบด้วย ปัญหาสถานการณ์ ต้นทุน ที่มีความถึงมาต่อกันทำ เพื่อให้เห็นภาพและร่วม กำหนดเป้าหมายและแผน กิจกรรมการฟื้นฟูดูแล ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน - ใช้กิจกรรมที่ 4	90 นาที	ผู้เข้ารับการอบรม สามารถกำหนด เป้าหมาย และวิธีการ การทำงานในชุมชน มีผู้รับผิดชอบในการมี ส่วนร่วมในการฟื้นฟู สมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท

ตาราง 5 (ต่อ)

ลำดับที่	ขั้นตอนตามวงจรCBR /สื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์กิจกรรม	แนวคิด/ ทัศนคติ	เทคนิคการจัดการเรียนรู้	ระยะเวลา	การประเมินผล ที่คาดว่าจะได้รับ
2	ขั้นตอนที่ 2 เสริมสร้างพลังอำนาจและสร้างความรู้	เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท การดูแลรักษา การรับมือกับการทาง จิตเวชพื้นฐานความเชื่อด้านสุขภาพ ของบุคคล	- HBM - การรักษาโรคจิตเภทและ การดูแล ต่อเนื่อง	- คลินิกวิดีโอ “โรคจิตเภท” “ความเข้าใจในการดูแล ที่บ้าน” - การสะท้อนคิด - การบรรยายให้ความรู้ ผ่านกิจกรรมการเรียนรู้	180 นาที	ผู้เข้ารับการอบรม สามารถนำความรู้ที่ได้ ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย จิตเภท
2	กิจกรรมย่อย 5.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงในโรคจิตเภท	เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมเกิดการเรียนรู้ เข้าใจถึงความเสี่ยงของการเกิดโรค การป่วยซ้ำ และความรุนแรง ของโรค	- HBM - การรักษาโรคจิตเภทและ การดูแล ต่อเนื่อง	- แลกเปลี่ยนประสบการณ์ - คลินิกวิดีโอ “5 สัญญาณเตือน” - การบรรยายให้ความรู้ ผ่านกิจกรรมการเรียนรู้ แบบมีส่วนร่วมในงาน (ใบกิจกรรมที่ 5.1) ค้นหา ความเสี่ยงและความรุนแรง	180 นาที	ผู้เข้ารับการอบรม เกิด ความรู้ความเข้าใจที่ ถูกต้อง สามารถอธิบาย เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท ให้กับชุมชนได้ และให้ การดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วย จิตเภทในชุมชนได้

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ลำดับที่	ขั้นตอนตามวงจรCBR /สื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์กิจกรรม	แนวคิด/ ทัศนคติ	เทคนิคการจัดการเรียนรู้	ระยะเวลา	การประเมินผล ที่คาดว่าจะได้รับ
2	กิจกรรมย่อยที่ 5.2 การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา การดูแล การฟื้นฟูสมรรถภาพ ในชุมชน และแหล่งต้นแบบบน ทางสังคม	<p>1. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับแบบแผนความ เชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท</p> <p>2. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมได้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ความเชื่อ ด้านสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของ การรักษา การดูแล การฟื้นฟู</p> <p>3. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมเกิดความ ตระหนัก มีเจตคติที่ดีในการปฏิบัติ เพื่อการดูแลทั้งการส่งเสริม และป้องกัน โรคจิตเภท</p> <p>4. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมเกิด แนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่บ้าน</p>	<p>- HBM</p> <p>- การรักษาโรค จิตเภทและ การดูแล ต่อเนื่อง</p>	<p>- คลิปวิดีโอ “hero man”</p> <p>“ชุดปฏิบัติการบ้านนาสาร”</p> <p>- การแลกเปลี่ยน ประสบการณ์</p> <p>- การบรรยายแบบมีส่วนร่วม ตามใบงาน (ใบกิจกรรมที่ 5.2)</p> <p>- การสะท้อนคิด</p>	180 นาที	<p>สามารถนำความรู้ที่ได้ ไปใช้ในการดูแล ช่วยเหลือฟื้นฟูผู้ป่วย ในชุมชน อธิบาย เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท ให้กับผู้ชุมชนได้ และ ให้การดูแล ช่วยเหลือ ผู้ป่วยจิตเภทได้</p>

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ลำดับที่	ขั้นตอนตามวงจรCBR /สื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์กิจกรรม	แนวคิด/ ทัศนคติ	เทคนิคการจัดการเรียนรู้	ระยะเวลา	การประเมินผล ที่คาดว่าจะได้รับ
2	กิจกรรมย่อยที่ 5.3 การรับรู้อุปสรรค และการจัดการ	<p>1. เพื่อให้เกิดความเข้าใจด้านการรับรู้อุปสรรค และการจัดการตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท</p> <p>2. เพื่อแลกเปลี่ยนอุปสรรค และการจัดการปัญหาตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท</p> <p>3. เพื่อให้ผู้ใช้บริการอบรมเกิดความตระหนัก มีเจตคติที่ดีในการปฏิบัติเพื่อการดูแล ทั้งการส่งเสริม และป้องกันโรคจิตเภท</p> <p>4. เพื่อให้เกิดแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน</p>	<p>- HBM</p> <p>- โรคจิตเภท</p> <p>และการรักษา</p> <p>ดูแลตนเอง</p>	<p>- การแลกเปลี่ยนประสบการณ์</p> <p>ประสบการณ์</p> <p>- การบรรยายแบบมีส่วนร่วม</p> <p>ตามใบงาน (ใบกิจกรรมที่ 5.3) ค้นหาอุปสรรคและการจัดการ</p> <p>- การสะท้อนคิด</p>	180 นาที	<p>- ผู้เข้ารับการอบรม เกิดความรู้ความเข้าใจต่อปัญหาอุปสรรคและการจัดการปัญหา</p> <p>เกิดความตระหนัก และเจตคติที่ดีในการปฏิบัติเพื่อการดูแล ทั้งส่งเสริม และป้องกันโรคจิตเภท</p> <p>- สามารถมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านได้</p>

ตาราง 5 (ต่อ)

สัปดาห์ที่	ขั้นตอนตามวงจรCBR /ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์กิจกรรม	แนวคิด/ ทัศนคติ	เทคนิคการจัดการเรียนรู้	ระยะเวลา	การประเมินผลที่ คาดว่าจะได้รับ
3	ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติภารกิจ ฟื้นฟูสู่เป้าหมาย กิจกรรมที่ 6 ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท	1. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมเข้าใจ หลักการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภท ประสิทธิภาพชีวิตผู้ดูแลและผู้ป่วย จิตเภท เรียนรู้การฟื้นฟูทักษะชีวิต สังคม การงานอาชีพ 2. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีส่วนร่วม ในการออกแบบกิจกรรมเพื่อการ ฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภทตามบริบทของ ชุมชน	- CBR การมีส่วนร่วมฟื้นฟู สมรรถภาพ ผู้ป่วยจิตเภท	- การชมคิดปัดป้อง “บริษัทพิเศษ ไม่จำกัด โอกาส หัวใจเราเท่านั้น” - การสะท้อนคิด - การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ - การบรรยาย ทักษะการ ฟื้นฟู การสกัดการฝึก ทักษะการดูแลตนเอง ทักษะทางสังคม การงาน - การฝึกปฏิบัติจริงในพื้นที่ - การแลกเปลี่ยนเสริมพลัง	1 วัน (360 นาที)	- ผู้เข้ารับการอบรม เกิดแรงจูงใจให้ ปฏิบัติการส่งเสริม บัณฑิต และฟื้นฟูดูแล ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เกิดเจตคติที่ดีของการ เป็นจิตอาสาทำงาน เพื่อชุมชน - เกิดกิจกรรมฟื้นฟู โดยชุมชนมีส่วนร่วม

ตาราง 5 (ต่อ)

ลำดับที่	ขั้นตอนตามวงจรCBR /ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์กิจกรรม	แนวคิด/ ทฤษฎี	เทคนิคการจัดการเรียนรู้	ระยะเวลา	การประเมินผลที่ คาดว่าจะได้รับ
3	ขั้นตอนที่ 3 ปฏิบัติการสู่เป้าหมาย กิจกรรมที่ 7 ฟื้นฟูปฏิบัติการเยี่ยมบ้าน	1. เพื่อให้เกิดความเข้าใจระบบการเยี่ยมบ้านผู้ช่วยจิตบาท 2. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีวิถีชีวิตที่ก้าวร้าว ความเครียด และเตรียมความพร้อมก่อนการเยี่ยมบ้าน	- CBR - การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช	- เรียนรู้แบบมีส่วนร่วม - บรรยาย หลักการเยี่ยมบ้าน การใช้แบบประเมินคัดกรองแบบติดตามเยี่ยมบ้าน การฝึกทักษะ การเยี่ยมบ้าน - กิจกรรมการเตรียมความพร้อมก่อนการเยี่ยมบ้าน - การฝึกปฏิบัติจริงในพื้นที่ - การแลกเปลี่ยนเสริมพลัง	1 วัน (360 นาที)	ผู้เข้ารับการเข้าใจระบบ และรู้วิธีการเยี่ยมบ้าน ผู้ช่วยจิตบาท ผู้ดูแล เทคนิคการจัดการ อารมณ์และความเครียด
4	ขั้นตอนที่ 4 การติดตามเสริมพลังต่อเนื่อง กิจกรรมที่ 8 ฟื้นฟูความสามารถ รู้จักรัก และดูแลสุขภาพตนเอง	1. เพื่อให้เกิดการสำรวจตนเอง เข้าใจและยอมรับตนเอง ตลอดจนพบแนวทางการพัฒนาตนเอง 2. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเอง ฟื้นฟูสภาพกายและสุขภาพจิตที่ผลต่อประสิทธิภาพในการดูแลผู้ช่วยจิตบาท	- HBM	- การบรรยายแบบมีส่วนร่วม ตามใบงาน (ใบกิจกรรมที่ 8) - ฝึกผ่อนคลายความเครียด - คลิปวิดีโอ “คนต้นแบบสุดยอดผู้ดูแล” - การสะท้อนคิด	180 นาที	- ผู้เข้ารับการอบรม ได้สำรวจตนเองเข้าใจ และยอมรับตนเอง ตลอดจนพบแนวทาง การพัฒนาตนเอง สามารถดูแลสุขภาพของตนเอง

ตาราง 5 (ต่อ)

ลำดับที่	ขั้นตอนตามวงจรCBR /ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์กิจกรรม	แนวคิด/ ทัศนคติ	เทคนิคการจัดการเรียนรู้	ระยะเวลา	การประเมินผลที่ คาดว่าจะได้รับ
4	กิจกรรมที่ 8 ฟื้นฟูความสามารถ รู้จักรัก และ ดูแลสุขภาพตนเอง (ต่อ)	3. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถ ดูแลสุขภาพของตนเอง ได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ	(ต่อ)	(ต่อ)	(ต่อ)	(ต่อ)
4	ขั้นตอนที่ 4 การติดตามผล ต่อเนื่อง กิจกรรมที่ 9 ฟื้นฟูสิ่งที่ทำ รู้จักจากอุปสรรค	1. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมได้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ทำงานเป็นหมู่ ที่ภาคภูมิใจ 2. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมได้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการ ทำงานการฟื้นฟูที่ภาคภูมิใจ 3. เพื่อเรียนรู้การแก้ปัญหาจาก อุปสรรค	- CBR	- ผักแตงตนเอง ตาม ใบงาน (ใบกิจกรรมที่ 9) - เค้าประสบการณ์ฟื้นฟู ผู้ป่วยจิตเภทในทุกมิติ ความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้น โอกาส การพัฒนา คุณค่าที่ได้รับ ตามใบงาน (ใบกิจกรรม ที่ 9.1) - การสะท้อนคิด - การให้กำลังใจ	180 นาที	- สามารถให้การติดตาม อย่างมีประสิทธิภาพ - มีการยอมรับในปัญหา อุปสรรคในการทำงาน และมีทัศนคติ ทางบวก

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล มี 4 ชุด ดังนี้

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา และอาชีพ ประสบการณ์การเป็น อสม.

ตาราง 6 ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อ	ข้อความ
1.	เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง
2.	อายุ.....ปี
3.	สถานภาพ <input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> สมรส/คู่ <input type="checkbox"/> หม้าย/หย่า/แยกกัน
4.	ระดับการศึกษา <input type="checkbox"/> 1. ประถมศึกษา <input type="checkbox"/> 2. มัธยมศึกษา <input type="checkbox"/> 3. ปวช./ ปวส. <input type="checkbox"/> 4. อนุปริญญา <input type="checkbox"/> 5. ปริญญาตรีขึ้นไป <input type="checkbox"/> 6. ไม่ได้เรียนหนังสือ หรืออื่น ๆ ระบุ.....
5.	การประกอบอาชีพ <input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้ทำงาน <input type="checkbox"/> 2. เกษตรกร <input type="checkbox"/> 3. รับจ้างทั่วไป <input type="checkbox"/> 4. ข้าราชการบำนาญ/พนักงานเกษียณ <input type="checkbox"/> 5. ค้าขาย <input type="checkbox"/> 6. อื่น ๆ ระบุ
6.	ประสบการณ์การเป็นอสม. <input type="checkbox"/> ระหว่าง 1 – 6 ปี <input type="checkbox"/> ระหว่าง 7 – 12 ปี <input type="checkbox"/> ระหว่าง 13 – 18 ปี <input type="checkbox"/> ระหว่าง 19 – 24 ปี <input type="checkbox"/> ระหว่าง 25 – 30 ปี <input type="checkbox"/> มากกว่า 30 ปี

2) แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท 40 ข้อ ครอบคลุม 5 ประเด็น การรับรู้ คือ 1) ความรู้โรคจิตเภท 6 ข้อ 2) โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงต่อผู้ป่วยจิตเภท 10 ข้อ 3) ประโยชน์การรักษา ป้องกันการป่วยซ้ำ และการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยจิตเภท 7 ข้อ 4) อุปสรรคที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท 7 ข้อ และ 5) ความสามารถแห่งตนเพื่อสนับสนุนฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท 10 ข้อ ลักษณะของแบบวัดเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ กำหนดคะแนนในแต่ละระดับตามที่ได้แสดงจาก มากที่สุด (5 คะแนน) ถึง น้อยที่สุด (1 คะแนน) โดยมีระดับคะแนนจาก 1-5 ในข้อคำถามเชิงลบ และคะแนน 5-1 ในข้อคำถามเชิงบวก รวมตั้งแต่ 40-200 คะแนน

ตาราง 7 ตัวอย่างแบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท

ข้อ	ข้อความ	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
1) ด้านการรับรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท						
1	ฉันเชื่อว่าโรคจิตเภทไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ (-)					
2	ฉันเชื่อว่าการเจ็บป่วยทางจิตเป็นเรื่องทางไสยศาสตร์ ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติทางจิตได้ (-)					
2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงต่อผู้ป่วยจิตเภท						
1	ถ้าผู้ป่วยจิตเภทรับประทานยาไม่สม่ำเสมอจะมีความเสี่ยงต่อการอาการกำเริบและป่วยซ้ำได้ (+)					
2	หากผู้ป่วยจิตเภทถูกเรียกว่า “คนบ้า” บ่อย ๆ จะเป็นการกระตุ้นให้เกิดอาการทางจิตที่รุนแรงได้ (+)					
3) ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา ป้องกันการป่วยซ้ำ และการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยจิตเภท						
1	การรักษาผู้ป่วยจิตเภท ไม่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ การฝึกทักษะการดำเนินชีวิต แคร์รับประทานยาทางจิตก็เพียงพอแล้ว (-)					
4) ด้านการรับรู้อุปสรรคที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท						
1	หากผู้ป่วยจิตเภทกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ จะเป็นการยากต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยได้ (+)					

ตาราง 7 (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
5) ด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการสนับสนุนฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท						
1	ฉันสามารถค้นหาแหล่งสนับสนุนที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนให้สามารถเข้าถึงบริการต่าง ๆ ได้ (+)					

3) แบบวัดพฤติกรรมฯ จำนวน 20 ข้อ มีทั้งหมด 4 ด้าน ดังนี้ 1) ร่วมตัดสินใจ จำนวน 5 ข้อ 2) ร่วมดำเนินการ จำนวน 5 ข้อ 3) ร่วมรับประโยชน์ จำนวน 5 ข้อ และ 4) ร่วมติดตามประเมินผล จำนวน 5 ข้อ ลักษณะของแบบวัดเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ กำหนดคะแนนในแต่ละระดับตามที่ได้แสดงจาก มากที่สุด (5 คะแนน) ถึง น้อยที่สุด (1 คะแนน) โดยมีระดับคะแนนจาก 1-5 มีคะแนนรวมตั้งแต่ 20-100 คะแนน

ตาราง 8 ตัวอย่างแบบวัดพฤติกรรมกรรมการมีส่วนร่วมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท

ข้อ	ข้อความ	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
1) ร่วมตัดสินใจ						
1	ฉันมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน					
2	ฉันมีส่วนร่วมเสนอต้นทุนที่ดีของชุมชนเพื่อนำมาวางแผนสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน					
2) ร่วมดำเนินงาน						
1	ฉันชักชวนให้ครอบครัว/เพื่อนบ้านในชุมชนเห็นความสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท					
2	ฉันมีส่วนร่วมในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล					

ตาราง 8 (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
3) ร่วมรับประโยชน์						
1	ฉันได้พัฒนาศักยภาพของตนเองจากการร่วมทำกิจกรรม เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน					
2	ฉันร่วมปฏิบัติตามกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท จนเป็นที่ยอมรับจากครอบครัว/ชุมชน					
4) ร่วมติดตามประเมินผล						
1	ฉันมีส่วนร่วมติดตามผลการทำกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน					
2	ฉันมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และถอดบทเรียนความสำเร็จการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน					

4) แบบวัดสิ่งจูงใจ จำนวน 12 ข้อ ลักษณะของแบบวัดเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ กำหนดคะแนนในแต่ละระดับตามที่ได้แสดงจาก มากที่สุด (5 คะแนน) ถึง น้อยที่สุด (1 คะแนน) โดยมีระดับคะแนนจาก 1-5 ในข้อคำถามเชิงลบ และคะแนน 5-1 ในข้อคำถามเชิงบวก คะแนนรวมตั้งแต่ 12-60 คะแนน

ตาราง 9 ตัวอย่างแบบวัดสิ่งจูงใจ

ข้อ	ข้อความ	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
1	ฉันรับรู้ว่าโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง เมื่อเป็นแล้วต้องใช้เวลาในการรักษา ทำให้ฉันต้องการการรวมกลุ่มฟื้นฟูดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (+)					
2	การที่ฉันได้รับคำแนะนำต่าง ๆ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทำให้ฉันอยากมีส่วนร่วมวางแผนแก้ปัญหาและเสนอความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (+)					

ตาราง 9 (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
3	ถึงแม้ฉันจะไม่ได้รับความรู้ทางสุขภาพจิตและจิตเวชใด ๆ เลย ฉันก็สามารถมีส่วนร่วมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้อย่างมั่นใจ (-)					

ทั้งนี้ แบบวัดชุดที่ 2 และ 4 ได้มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ คือ อาจารย์พยาบาล 3 ท่าน อาจารย์สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ 2 ท่าน ประเมินค่าความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาและวัตถุประสงค์ในแต่ละหัวข้อ (item objective congruence index: IOC) และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ โดยแบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท ค่า IOC เท่ากับ 0.87 แบบวัดพฤติกรรมฯ ค่า IOC เท่ากับ 0.90 และแบบวัดสิ่งจูงใจฯ ค่า IOC เท่ากับ 0.89 หลังจากนั้นนำไปทดสอบกับ อสม. 30 คน ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อหาความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient; α) และหาค่าอำนาจจำแนกแบบวัดด้วยการวิธีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ระหว่างคะแนนรายข้อ กับคะแนนรวม พบว่า แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83 มีค่าอำนาจจำแนก ระหว่าง .252 - .764 แบบวัดสิ่งจูงใจฯ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.91 มีค่าอำนาจจำแนก ระหว่าง .375 - .911 และแบบวัดพฤติกรรมฯ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.96 มีค่าอำนาจ ระหว่าง .307 - .769 [ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับหรือไม่น้อยกว่า 0.76 แสดงว่าความเชื่อมั่นสูง (Nunally, 1978) และค่าอำนาจจำแนก ตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไป แสดงว่าสามารถจำแนก แยกแยะหรือจัดกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่ม ๆ ได้ (Ebel, 1972)]

ขั้นตอนที่ 2 การทดสอบประสิทธิภาพโปรแกรมฯ

ในขั้นนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental) ชนิดกลุ่มเดียววัดก่อนหลัง การทดลอง (One group pretest-posttest design) เพื่อทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เป็น อสม. หมู่ 10 ตำบลขุนทะเล อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 10 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ มีประสบการณ์เป็น อสม. อย่างน้อย 1 ปี อ่านและเขียนได้ ไม่มีความพิการทางหู ยินดีเข้าร่วมโปรแกรมฯ ด้วยความสมัครใจ และไม่เคยผ่านโปรแกรมฯ มาก่อน

เครื่องมือที่ใช้วิจัย

ประกอบด้วย 1) โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชน เป็นฐาน 2) เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท แบบวัดพฤติกรรมมีส่วนร่วม และแบบวัดสิ่งจูงใจฯ

วิธีดำเนินการวิจัย

ทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ โดยเก็บข้อมูลใน อสม. จำนวน 10 คน ซึ่งไม่เคยได้รับการอบรมความรู้ทักษะการฟื้นฟูฯ มาก่อน ผู้ใช้โปรแกรมฯ เป็นนักวิจัยและทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ 1 คน นักสังคมสงเคราะห์ 2 คน นักอาชีวบำบัด 2 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 5 คน ที่ต้องมีพื้นฐานความรู้ทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชโดยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภท มากกว่า 10 ปี และผ่านการอบรมการใช้โปรแกรมฯ โดยผู้วิจัย 2 วัน ประกอบด้วย การทำความเข้าใจวัตถุประสงค์ เนื้อหา ขั้นตอน กระบวนการ และทดลองการฝึกปฏิบัติจนเข้าใจร่วมกัน และแบ่งกิจกรรมตามความเชี่ยวชาญของวิชาชีพ ดังนี้ กิจกรรมที่ 1) ฟื้นฟูความสัมพันธ์ แบ่งปันความรู้ กิจกรรมที่ 2) ฟื้นฟูสถานการณ์ปัญหาและความต้องการของชุมชน กิจกรรมที่ 3) ฟื้นฟูพลังสร้างการมีส่วนร่วม กิจกรรมที่ 4) ฟื้นฟูความหวังตั้งเป้าหมาย โดย นักสังคมสงเคราะห์จิตเวช กิจกรรมที่ 5) ฟื้นฟูความเชื่อเพื่อเรียนรู้โรค ประกอบด้วย กิจกรรมย่อยที่ 5.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงในโรคจิตเภท โดยพยาบาลวิชาชีพ กิจกรรมย่อยที่ 5.2 การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา การฟื้นฟูดูแลในชุมชนและแหล่งสนับสนุนทางสังคม โดยนักสังคมสงเคราะห์จิตเวช 5.3 การรับรู้อุปสรรค และการจัดการปัญหา โดยพยาบาลวิชาชีพ กิจกรรมที่ 6) ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท โดยนักอาชีวบำบัด กิจกรรมที่ 7) ฟื้นฟูปฏิบัติการเยี่ยมบ้าน โดยพยาบาลวิชาชีพ และกิจกรรมที่ 8) ฟื้นฟูความสามารถ รู้จักรักและดูแลสุขภาพตนเอง โดยพยาบาลวิชาชีพ กิจกรรมที่ 9) ฟื้นฟูสิ่งที่ทำ รู้จำจากอุปสรรค โดยนักสังคมสงเคราะห์จิตเวช

วิธีการเก็บข้อมูล

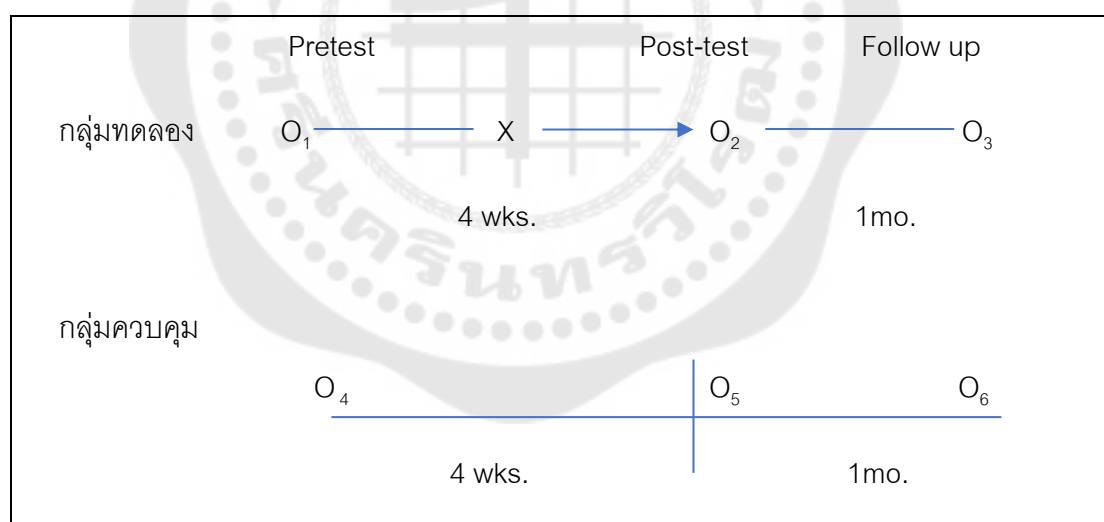
ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบสอบถามวัดก่อนเริ่มโปรแกรมการทดลอง 1 ชั่วโมง ดังนี้ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) ความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท 3) พฤติกรรมการมีส่วนร่วมฟื้นฟู 4) สิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วมฟื้นฟู หลังจากนั้น ผู้วิจัยและทีมผู้วิจัยเริ่มใช้โปรแกรมฯ ตามที่ได้พัฒนาขึ้น ใช้เวลา 4 สัปดาห์ ๗ ครั้ง (9.00 - 12.00 น. และ 13.00 - 16.00 น.) เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมฯ ใช้แบบวัดชุดเดิม วัดภายหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) และค่าสถิติทีคู่ (paired t-test)

ขั้นตอนที่ 3 การทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมฟื้นฟู

ในการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมฟื้นฟู ใช้ระเบียบวิธีวิจัยด้วยการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) แบบมีการติดตามผล (Pretest Posttest and Follow up Control Group Design)



ภาพประกอบ 8 แสดงวิธีการศึกษาเชิงทดลอง เพื่อทดสอบประสิทธิผลโปรแกรมฯ

O₁, O₄ หมายถึง การวัดความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท สิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วมฯ และพฤติกรรมการมีส่วนร่วมฟื้นฟูกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนทดลอง

X หมายถึง โปรแกรมฯ ระยะเวลา 4 สัปดาห์

O₂ O₅ หมายถึง การวัดความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท สิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วมฯ และพฤติกรรมกรรมการมีส่วนร่วมฟื้นฟูกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเสร็จสิ้นการทดลองทันที

O₃ O₆ หมายถึง การวัดความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท สิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วมฯ และพฤติกรรมกรรมการมีส่วนร่วมฟื้นฟู กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง ติดตามผล 1 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อสม. จำนวน 200 คน จาก 9 หมู่บ้าน ในตำบลบ้านท่าเนียน อำเภอศรีรัตนนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี (ที่มา: รายงานข้อมูล อสม. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอศรีรัตนนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี 2563)

กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. ในตำบลบ้านท่าเนียน อำเภอศรีรัตนนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีประสบการณ์การเป็น อสม. มาแล้วอย่างน้อย 1 ปี สมัครใจเข้าร่วม และไม่เคยผ่านโปรแกรมฯ มาก่อน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักการคำนวณของโคเฮน (Cohen, 1977) และใช้โปรแกรม G*Power กำหนดค่า Power เท่ากับ .80 กำหนดขนาดอิทธิพล .50 ค่าความคลาดเคลื่อน .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 34 คน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เพิ่มอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างยุติการเข้าร่วมวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน จากนั้นดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยแบ่งการสุ่มออกเป็น 2 ขั้น (Two Steps Randomization) ขั้นที่ 1 สุ่มแบบกลุ่ม (Cluster Randomized Sampling) โดยจับฉลากจาก 9 หมู่บ้านในตำบลบ้านท่าเนียน ให้ได้ 2 หมู่บ้าน แล้วจับสลากเพื่อระบุกลุ่มตัวอย่าง หมู่บ้านกลุ่มทดลอง และหมู่บ้านกลุ่มควบคุม ขั้นที่ 2 สุ่มอย่างง่าย (Simple Randomized Sampling) โดยวิธีจับสลากรายชื่อ อสม. ใน 1 หมู่บ้านเข้ากลุ่มทดลอง (หมู่ที่ 5) และอีก 1 หมู่บ้าน เข้ากลุ่มควบคุม (หมู่ที่ 2) ได้กลุ่มละ 20 คน ตามแนวทางของ สุวิมล ว่องวานิช และนางลักษณะน์ วิรัชชัย (2546) การวิจัยเชิงทดลอง โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 20 คน และสอบถามความสมัครใจร่วมกิจกรรมตลอดโปรแกรมฯ โดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) และคัดออก (Exclusion Criteria) ตามตาราง ดังนี้

ตาราง 10 การกำหนดเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) และคัดออก (Exclusion Criteria)

ผู้เข้าร่วมวิจัย	เกณฑ์การคัดเลือก	เกณฑ์การคัดออก
อสม.	<ol style="list-style-type: none"> 1. เป็น อสม. ที่มีประสบการณ์อย่างน้อย 1 ปี 2. ไม่เคยได้รับการอบรมความรู้ทักษะด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทมาก่อน 3. เป็นผู้ที่อ่านและเขียนได้ไม่มี ความพิการทางหู 4. ยินดีให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีภาวะแทรกซ้อนทั้งทางร่างกายและจิตใจที่เป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูล และเข้าร่วมทำกิจกรรม

เครื่องมือการวิจัย

ประกอบด้วย 1) โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนเป็นฐาน 2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบวัดพฤติกรรมการมีส่วนร่วมฯ แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท และแบบวัดสิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วมฟื้นฟูฯ 3) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นแนวคำถามสำหรับการอภิปรายกลุ่ม (Focus Group Discussion) ประกอบด้วย 1) ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรมฯ 2) ความรู้สึกที่มีต่อกิจกรรมต่าง ๆ ในโปรแกรมฯ และ 3) การประยุกต์ใช้

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ระยะเวลาการทดลอง

1.1 ชั้นเตรียมการ ศึกษาข้อมูลชุมชน ประสานพื้นที่ รวมทั้งการแนะนำตัว อย่างเป็นทางการกับผู้นำชุมชนและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงการวิจัย ระยะเวลาเอกสาร และข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนจริยธรรมการวิจัย

1.2 เตรียมผู้ช่วยวิจัย ได้รับความร่วมมือจากทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ และทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 5-6 คน โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรม และบทบาทในการดำเนินกิจกรรมในการเป็นวิทยากรกระบวนการ และเป็นผู้ช่วยนักวิจัย ผู้ใช้โปรแกรมฯ เป็นนักวิจัยและทีมสหวิชาชีพที่ทีมเดียวกัน และใช้โปรแกรมรูปแบบเดียวกับกับการทดสอบประสิทธิภาพ

1.3 ทำการนัดหมายชุมชน และกลุ่มตัวอย่าง ที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ ในการลงนามแสดงความยินยอมการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน กลุ่มทดลอง 20 กลุ่มควบคุม 20 คน

2. ขั้นการทดลอง

ดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนการทดลองด้วยแบบวัด ได้แก่ แบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไป แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท แบบวัดสิ่งจูงใจฯ และแบบวัดพฤติกรรม การมีส่วนร่วมฟื้นฟูฯ ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แล้วทำการทดลองกับกลุ่มทดลอง ในระยะเวลา 4 สัปดาห์ ตามเนื้อหาของโปรแกรมฟื้นฟูฯ ทั้งนี้จะทำการวัดด้วยชุดข้อมูลชุดเดียวกัน อีกครั้ง หลังการทดลอง และติดตามผล ในทั้งสองกลุ่ม สำหรับกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ แต่ทำการนัดหมายเพื่อเก็บข้อมูลภายหลังสิ้นสุดการทดลองในสัปดาห์ที่ 4 และระยะการติดตามผล 1 เดือน

3. การประเมินช่วงหลังการทดลอง ขั้นการติดตามผล 1 เดือน

3.1 ผู้วิจัยได้เว้นระยะหลังการทดลอง 1 เดือน โดยไม่มีการจัดกระทำ หรือกระตุ้นใด ๆ ผู้วิจัยนัดกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมเพื่อตอบแบบวัดชุดเดิมที่ได้ทำการวัด ไปก่อนการทดลอง หลังการทดลอง ได้แก่ แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพฯ แบบวัดสิ่งจูงใจฯ ให้มีส่วนร่วมฟื้นฟูฯ และแบบวัดพฤติกรรมฯ

3.2 หลังการทดลอง 1 เดือน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเพิ่มเติม เพื่อค้นหาคำอธิบายมาสนับสนุนผลการทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ โดยใช้การอภิปรายกลุ่ม (Focus Group Discussion) เพื่อสนทนาแลกเปลี่ยนประโยชน์ที่ได้รับ ความรู้สึกที่มีต่อ กิจกรรมต่าง ๆ การนำไปประยุกต์ใช้ จาก อสม. ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ

การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติบรรยาย ใช้วิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างและลักษณะของ ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ด้วยความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) และ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และสถิติ Chi-square

2. สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปรพหุนาม (Multivariate analysis of variance: MANOVA) ใช้วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน ผู้วิจัยได้ตรวจสอบ ข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ โดยการตรวจสอบค่าความเบ้ (Skewness) ความโด่ง (Kurtosis) ควบคู่กับการใช้สถิติ Shapiro-Wilk เพื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติของการแจกแจง ข้อมูล และใช้สถิติบ็อกซ์ (Box's M Test) เพื่อการตรวจสอบความเท่าเทียมกันของเมทริกซ์ความ

แปรปรวน - ความแปรปรวนร่วม (Variance-covariance matrices) ของตัวแปร และตรวจสอบความเท่ากันของความแปรปรวนของตัวแปรทุกตัวด้วยวิธี Levene's Test

3. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ที่ได้จากการติดตามผล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis)

การพิทักษ์สิทธิและจรรยาบรรณการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เลขที่ SWUEC/E/G-150/2564 เมื่อวันที่ 8 เมษายน 2564 และได้ต่ออายุ เมื่อวันที่ 9 พฤษภาคม 2565 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลในพื้นที่ และขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างโดยสมัครใจ โดยชี้แจงรายละเอียดของงานวิจัย วัตถุประสงค์ กิจกรรม ความร่วมมือ วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล มาตรการรักษาความลับของข้อมูล นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม ผู้วิจัยได้ขออนุญาตบันทึกเสียงการสัมภาษณ์และมีการทำลายไฟล์บันทึกเสียงภายหลังวิเคราะห์ข้อมูลเสร็จสิ้นทันที ทั้งนี้ ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิให้ความร่วมมือหรือไม่ก็ได้ และขอยุติได้ทุกเมื่อถ้าต้องการ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (R&D) มี 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การสร้างและออกแบบโปรแกรมฯ และระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมฯ นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล เป็น 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ผลการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ส่วนที่ 2 ผลการประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ และส่วนที่ 3 ผลการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมฯ

ระยะที่ 1 การสร้างและออกแบบโปรแกรมฯ

ด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท พฤติกรรมการมีส่วนร่วมฟื้นฟู แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพฯ ในชุมชน โดยนำผลที่ได้มาออกแบบร่างโปรแกรมฯ

ส่วนที่ 1 ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ

ตามวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1 เพื่อศึกษาแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพของโรคจิตเภท พฤติกรรมการมีส่วนร่วมฯ แนวทางการฟื้นฟูฯ ในชุมชน โดยมีรายละเอียดผลการวิจัย ดังนี้

1.1 ข้อมูลทั่วไป

ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 12 คน ประกอบด้วย 1) ผู้ให้ข้อมูลหลัก (1.1) ผู้ป่วยจิตเภท 2 คน (1.2)ญาติผู้ดูแล 2 คน (1.3) อสม. 2 คน 2) ผู้ให้ข้อมูลรอง ได้แก่ (2.1) กำนัน 1 คน ผู้ใหญ่บ้าน 1 คน (2.2) บุคลากรสาธารณสุข เป็นพยาบาลวิชาชีพ 2 คน (2.3) ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 2 คน กลุ่มผู้ให้ข้อมูล เป็นเพศหญิง 7 คน เพศชาย 5 คน อายุ ระหว่าง 51- 60 ปี 7 คน 41-50 ปี 3 คน 31-40 ปี 1 คน 21-30 ปี 1 คน ระดับการศึกษา ปริญญาตรี 10 คน ประถมศึกษา 2 คน ประกอบอาชีพรับราชการ 6 คน รับจ้าง 4 คน เกษตรกร 2 คนดังตาราง 11

ตาราง 11 ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปจากการศึกษาระยะที่ 1 ในขั้นตอนการศึกษาเชิงคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูล	สถานะ	เพศ	อายุ	สถานภาพ	ศาสนา	การศึกษา	อาชีพ
หลัก	ผู้ป่วย1	ชาย	45	คู่	พุทธ	ป.6	รับจ้าง
	ผู้ป่วย2	หญิง	33	คู่	พุทธ	ป.6	รับจ้าง
	ญาติผู้ดูแล1	หญิง	45	คู่	พุทธ	ป.ตรี	รับจ้าง
	ญาติผู้ดูแล2	หญิง	47	คู่	พุทธ	ป.ตรี	รับจ้าง
	อสม. 1	หญิง	60	คู่	พุทธ	ป.ตรี	เกษตรกร
	อสม. 2	หญิง	51	คู่	พุทธ	ป.ตรี	เกษตรกร
รอง	กำนัน	ชาย	56	คู่	พุทธ	ป.ตรี	รับราชการ
	ผู้ใหญ่บ้าน	ชาย	54	คู่	พุทธ	ป.ตรี	รับราชการ
	พยาบาลวิชาชีพ1	หญิง	30	คู่	พุทธ	ป.ตรี	รับราชการ
	พยาบาลวิชาชีพ2	หญิง	28	คู่	พุทธ	ป.ตรี	รับราชการ
	ผู้เชี่ยวชาญ 1	ชาย	56	คู่	พุทธ	ป.ตรี	รับราชการ
	ผู้เชี่ยวชาญ 2	ชาย	60	คู่	พุทธ	ป.ตรี	รับราชการ

1.2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการมีส่วนร่วมฯ และแนวทางการฟื้นฟูฯ

ผลการสัมภาษณ์ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท ได้ข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลทั้งหลัก และรอง ดังนี้

1.2.1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท พบว่า ทุกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลมีความเชื่อโดยผ่านการรับรู้ ทำให้ได้ประเด็นดังนี้

1) การรับรู้ความเสี่ยงของโรคจิตเภท พบว่า อาการกำเริบและกลับเป็นซ้ำของโรคจิตเภทเป็นความเสี่ยงที่สำคัญ ได้แก่ ในระยะกำเริบของโรคหรือระยะเฉียบพลันไม่สามารถเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว ไม่ต่อเนื่องในการรักษา ปฏิเสธการเจ็บป่วย ขาดความตระหนักรู้ต่อการดูแลสุขภาพ ไม่ร่วมมือและจัดยากินเองไม่ถูกต้อง ใช้สารเสพติดหรือสารกระตุ้น ความสัมพันธ์ที่ไม่ราบรื่นกับผู้ดูแล อีกทั้งผู้ดูแล ขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแล การถูกตีตราจากสังคม ชุมชน ไม่ยอมรับ การเจ็บป่วยเป็นเวลานาน เกิดการเสื่อมถอยของโรค เรื้อรัง และนำไปสู่ความบกพร่องทางทักษะในการใช้ชีวิต การเข้าสังคม ดังคำกล่าวที่สนับสนุนได้ดังนี้

- ไม่สามารถเข้าถึงบริการรักษาในระยะเฉียบพลันได้อย่างรวดเร็ว
ความต่อเนื่องของการรักษา

“...การละเลยต่ออาการที่สำคัญจะเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นในสังคม” (ผู้ดูแล)

“...ผู้ป่วยไม่ยอมรับตนเอง ปฏิเสธการรักษาที่ต่อเนื่อง” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)

- ปัญหาการจัดยากินเอง

“...การกินยาไม่ตรงเวลาตามแพทย์สั่ง และไม่ไปตามนัด” (ผู้ป่วย)

“...จิตเภทเป็นโรคที่หายยาก มักไม่หายขาด หากไม่กินยาให้ต่อเนื่อง” (อสม.)

“...คนป่วยมักจะคิดว่า ตนเองหายแล้ว ไม่กินยาต่อ มีการทิ้งยา ปฏิเสธว่าตัวเองไม่เป็น
ไหน หายแล้ว ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย” (ผู้นำชุมชน)

- เสพสารเสพติดและสารกระตุ้นต่าง ๆ

“...เค้านกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำและบุหรี่ กาแฟ เครื่องดื่มชูกำลัง สารกระตุ้นต่าง ๆ ทำให้
ไม่หาย การรักษายาก เรื้อรัง ร่างกาย จิตใจ สมองบกพร่องไปหมด” (ผู้ดูแล)

“...คนป่วยมักจะกลับมาใช้ยาเสพติด หรือสารกระตุ้น มันมีความเสี่ยงสูงต่อการทำร้าย
ตนเองและผู้อื่นได้ เพราะควบคุมตนเองไม่ได้ ครอบครัว ชุมชน สังคมจึงได้รับผลกระทบ”
(ผู้เชี่ยวชาญ)

- ความสัมพันธ์ที่ไม่ราบรื่นของผู้ดูแล ซึ่งขาดความรู้ ความเข้าใจ
ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

“...ความเสี่ยงจากการทะเลาะเบาะแว้ง การทำร้ายกันในครอบครัว มันมาจากจากความ
เข้าใจ และมีความสัมพันธ์ที่ไม่ราบรื่นต่อกัน” (ผู้ดูแล)

“...คนป่วยถูกกระตุ้นด้วยอารมณ์ได้ง่าย และมีผลต่อการเจ็บป่วยให้ป่วยซ้ำได้”
(เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)

- ชุมชนไม่ยอมรับ ประทับตราบาปแก่ผู้ป่วย

“...พวกเค้า ไม่ยอมรับ รังเกียจ ไม่สนใจ มองว่าเราบ้า ไม่เข้าใจทั้งคนในบ้านและในชุมชน” (ผู้ป่วย)

“...ผมรู้สึกสงสารเค้านะที่ถูกคนในครอบครัว เพื่อนบ้าน บางครั้งทิ้งหยอกล้อ และล้อเลียน เรียกว่าคนบ้า คนขาดหุ่น แล้วหัวเราะกัน” (ผู้นำชุมชน)

- การเจ็บป่วยที่ยาวนานและการเป็นซ้ำบ่อยของโรค ส่งผลต่อร่างกาย จิตใจ และความบกพร่องในการทำงาน

“...ผู้ป่วยเค้าจะเฉื่อยไม่ค่อยสดชื่นสดใส ทำงานได้ช้าลง มันก็น่าแปลกเหมือนกันทั้ง ๆ ที่กินยานานแล้ว” (ผู้ดูแล)

2) การรับรู้ความรุนแรงของโรคจิตเภท พบว่า มีความสัมพันธ์ที่สอดคล้องกับการรับรู้ความเสี่ยงในแง่ของการรักษา หากนำผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาที่ซ้ำเกินไป หรือไม่ได้รับการรักษาเลย ส่งผลต่อความรุนแรงของโรคที่มีต่อตัวเอง ผู้อื่น ทรัพย์สิน ความปลอดภัยต่อชุมชน สังคม เช่นเดียวกับการรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง กินยาไม่สม่ำเสมอ หรือปล่อยให้ขาดยา และปัญหาการใช้สารเสพติดซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทก็จะมีส่งผลต่อความรุนแรงของพฤติกรรมจากการเจ็บป่วย จากภาพเหตุการณ์ความรุนแรงที่ผู้ป่วยได้กระทำ ส่งผลต่อภาพลักษณ์ที่ไม่ดี เกิดการไม่ยอมรับจากครอบครัว สังคม ความรุนแรงของโรคที่นำไปสู่ความเรื้อรัง จะส่งผลต่อสมรรถภาพของร่างกาย จิตใจ สังคมนำไปสู่ความบกพร่อง ความพิการได้ ดังคำกล่าวที่สนับสนุน ดังนี้

- หากผู้ป่วยขาดยา ใช้สารเสพติดซ้ำ รวมถึงการนำผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาที่ซ้ำเกินไป จะส่งผลต่อความรุนแรงของโรคจิตเภทได้

“...ผมใช้ยาบ้า ผมจำไม่ได้ว่าทำร้ายใครบ้าง มันหงุดหงิดไปหมด ผมยอมรับว่าผิดมาก” (ผู้ป่วย)

“...ผู้ป่วยเค้าไม่ยอมรับการกินยา ดื้อกับผู้ดูแล บอกว่าหายดีแล้ว และกลับไปใช้กาแฟสุบหรือเยอะ สุดทำยหงุดหงิดก้าวร้าว ควบคุมตนเองไม่ได้” (ผู้ดูแล)

“...ผู้ป่วยควรได้รับยาอย่างต่อเนื่องก่อนที่จะเข้าสู่การฟื้นฟู เพราะโรคมันคุมไม่ได้ เวลา มันกำเริบ จึงทำให้มีความรุนแรงเกิดขึ้น และถ้าโรคจะคุมได้ก็ต้องคุมด้วยยาเป็นตัวสำคัญ สังคมจะ ได้รับความปลอดภัยต่อไป” (ผู้เชี่ยวชาญ)

“...การก่อกวนความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช ปัญหาที่สำคัญเกิดจากการขาดยาทางจิตเวช” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)

“...ถ้าได้นำผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาที่รวดเร็วตั้งแต่เห็นอาการเริ่มแรก ภาพที่ผู้ป่วย ก้าวร้าว อัตราทำร้ายคนรอบข้าง อัตราตายจะลดลง เพราะการรักษาที่รวดเร็วช่วยลดความรุนแรงได้” (ผู้นำชุมชน)

- ภาพเหตุการณ์ของผู้ป่วยจิตเภทที่กระทำความรุนแรง เกิดความ หวาดกลัว มีตราบาปหรือมลทิน

“...ครอบครัว ชุมชนไม่ยอมรับ เพราะมีความกลัวที่ฝังใจ จากการกระทำของผู้ป่วยทาง จิต แม้เวลาจะผ่านไปแล้วก็ตาม” (อสม.)

“...ภาพเหตุการณ์ในข่าวที่ผู้ป่วยทางจิตกระทำความรุนแรง สร้างความน่ากลัวให้กับสังคม ทั้ง ๆ ที่ความเป็นจริง จำนวนการก่อกวนความรุนแรงมีอัตราน้อยกว่าคนปกติที่ก่อกวนความรุนแรงและทำ ร้ายกัน” (ผู้เชี่ยวชาญ)

3) การรับรู้อุปสรรคในโรคจิตเภท พบว่า การขาดความรู้เกี่ยวกับ โรค และความเชื่อด้านสุขภาพ การไร้ยา และผลข้างเคียง การอยู่ในสังคม ทักษะชีวิตของครอบครัว ชุมชน ช่วยเหลือ มีส่วนร่วม ฟื้นฟู ดูแลติดตามต่อเนื่อง การตีตรา ความรู้เกี่ยวกับกฎหมาย สุขภาพจิต บทบาทเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดังคำกล่าวที่สนับสนุนได้ ดังนี้

- ผู้ป่วยจิตเภทขาดความมั่นใจในการใช้ชีวิต และขาดความรู้ความตระหนักต่อโรค

“...ไม่มีงานอะไรทำ ไม่มั่นใจในตัวเอง เจอเพื่อนกลุ่มเดิมชักชวนให้ยาเสพติดซ้ำ” (ผู้ป่วย)

“...การที่ผมไม่กินยา ทิ้งยา เพราะทานยาแล้วแพ้ยา บางครั้งตัวแข็งทื่อ ทำงานไม่ค่อยได้ ไม่มีความรู้สึกทางเพศ” (ผู้ป่วย)

“...ไม่มีความมั่นใจว่าสังคมจะยอมรับหรือไม่ การไม่ยอมรับการเจ็บป่วย และการฟื้นฟูของตัวผู้ป่วยเอง” (ผู้เชี่ยวชาญ)

- ทักษะคิดทางลบของผู้ดูแลที่ขาดความรู้ ความเข้าใจ และการเอาใจใส่ในการดูแล ดังคำกล่าวที่สนับสนุนได้ดังนี้

“...ครอบครัวมีแสดงความรังเกียจ ไม่สนใจดูแล ปล่อยให้ผู้ป่วยเป็นภาระกับสังคม แล้วจะไปคาดหวังให้ผู้นำชุมชน เพื่อนบ้านเข้าช่วยเหลือ คงจะยาก” (ผู้ดูแล)

“...ด้วยปัญหาทัศนคติ ขาดความรู้ที่ถูกต้อง ปัญหาการเงิน เศรษฐกิจในบ้าน การมีผู้ดูแลเพียงคนเดียว ไม่สามารถทำหน้าที่ในการดูแลได้เต็มศักยภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดยา ขาดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง นำไปสู่การเจ็บป่วยซ้ำได้ และเป็นอุปสรรคสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)

- การขาดความร่วมมือของชุมชนเป็นอุปสรรคสำคัญ ทั้งในแง่การมีส่วนร่วม และระบบสนับสนุนช่วยเหลือ ติดตาม ต่อเนื่อง และการไม่ยอมรับ ตีตรา

“...คนในชุมชนคิดว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นเรื่องของครอบครัว ไม่ได้เป็นบทบาทโดยตรง ก็ไม่อยากจะนำทรัพยากรมาทุ่มให้กับตรงนี้ ไปทำในเชิงโครงสร้างชุมชนดีกว่า เห็นผลชัดกว่า” (อสม.)

“...การถูกตีตรา ไม่ยอมรับจากสังคม มีผลต่อความมั่นใจในตัวเอง และการไม่ยอมรับการฟื้นฟู การทำงานของตัวผู้ป่วยเองด้วย” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)

- กฎหมายที่เกี่ยวข้อง บทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

“...ปัญหาการใช้สารเสพติดในปัจจุบัน กฎหมาย ระเบียบต่าง ๆ กลับเอื้อให้กลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ เข้าถึงการใช้สารเสพติดมากขึ้น และเป็นอุปสรรคให้เจ้าหน้าที่เข้าไปดำเนินการช่วยเหลือ” (ผู้นำชุมชน)

“...การเป็นพยาบาลคนเดียวในชุมชนต้องให้การดูแลทุกโรค ภาระงานจึงเป็นอุปสรรคต่อการฟื้นฟูดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพราะหน้างานหนักมาก” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)

“...เข้าใจที่หมอ พยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ที่เค้าให้ความสำคัญกับการรักษา มากกว่าการฟื้นฟู เพราะเค้าน้อย ทำได้ไม่ทันหรอก คนป่วยก็เยอะ” (ผู้ดูแล)

4) การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา ฟื้นฟู ดูแลป้องกันการเจ็บป่วย

ในโรคจิตเภท พบว่า การบำบัดรักษาคือหัวใจหลักของการรักษาให้อาการทางจิตสงบ ดังนั้นการนำผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาได้เร็ว จะช่วยลดอุบัติการณ์ความรุนแรง ป้องกันการกำเริบซ้ำ การเพิ่มการมีส่วนร่วม ดูแลทานยาให้ต่อเนื่อง ฟื้นฟูในชุมชน และเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วยจิตเภท การให้ความสำคัญกับผู้ดูแล ความปลอดภัยและสุขของชุมชน ดังคำกล่าวที่สนับสนุน ดังนี้

“...การรักษาที่รวดเร็ว จะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็ว เป็นประโยชน์มากในการรักษาและฟื้นฟู ด้วยการฝึกการเข้าสังคม การรับประทานยาสม่ำเสมอ ความร่วมมือของชุมชนเพื่อสร้างกระบวนการฟื้นฟูและพัฒนาระบบฐานข้อมูลเพื่อการติดตามใกล้ชิด” (ผู้เชี่ยวชาญ)

“...ผมได้รักษาจากหมอ กินยาต่อเนื่อง และขอบคุณพี่ ๆ เจ้าหน้าที่ที่ให้คำแนะนำที่ดี ผมมั่นใจในตัวเองและยอมรับตัวเองได้อย่างเปิดเผย” (ผู้ป่วย)

“...การได้รับการบำบัดรักษาจะช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมตนเองได้ กลับมาอยู่ร่วมในสังคมได้ และมีโอกาสเข้าทำงาน” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)

“...ความเข้าใจในตัวโรคจิตเภทที่ถูกต้อง จะเกิดประโยชน์ต่อการดูแล และการอยู่ร่วมกันในบ้าน” (ผู้ดูแล)

“...การฟื้นฟูช่วยให้ผู้ป่วยได้คืนชีวิตใหม่ จำเป็นต้องให้การติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินการอยู่ร่วมกัน และการใช้ชีวิตร่วมกับบุคคลอื่น” (อสม.)

“...ประโยชน์ของการรักษา ดูแล และให้การฟื้นฟูเยียวยาจิตใจ จะช่วยลดปัญหา อาชญากรรมในครอบครัว ชุมชน ลดความรุนแรง ลดภาระของครอบครัว สำคัญไปกว่านั้นคือการยอมรับเป็นคนใหม่ของชุมชน” (ผู้นำชุมชน)

“...ชุมชนเห็นความสำคัญ เกิดความตระหนักต่อปัญหาโดยมีภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วม จับมือไปด้วยกันในการฟื้นฟูผู้ป่วย” (อสม.)

5) สิ่งกระตุ้นจูงใจให้ปฏิบัติในโรคจิตเภท พบว่า ประสพการณ์ที่ได้สัมผัสผู้ป่วยจิตเภทผ่านการเยี่ยมบ้าน ให้การฟื้นฟู ได้รับพลังใจจากการรวมกลุ่มดูแล ความรู้ที่ได้รับ มีทัศนคติที่ดี กำลังใจที่ได้จากตนเอง ครอบครัว เพื่อนบ้าน มีอิทธิพลต่อการลงมือปฏิบัติ ดังคำกล่าวที่สนับสนุน ดังนี้

- ความรู้ที่ได้รับ การฝึกปฏิบัติ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

“...ผมได้รับความรู้ คำแนะนำที่ดี มีพี่ ๆ จากโรงพยาบาลเป็นที่ปรึกษา ทำให้มีแรงจูงใจอยากจะหายจากโรค และมีกำลังใจในการใช้ชีวิต” (ผู้ป่วย)

“...ความมั่นใจมาเต็ม จากแค่มวยวัด พอได้รับการพัฒนาความรู้ การฝึกซ้อม และทำจริง สร้างความมั่นใจ กลายเป็นมวยอาชีพเลย” (อสม.)

“...ผมเป็นกำนันทำหน้าที่ดูแลลูกบ้านให้ปลอดภัย การได้เข้าใจกฎหมายสุขภาพจิต เข้าใจถึงวิธีการจัดการช่วยเหลือและการดูแลหลังจากผู้ป่วยกลับมาอยู่ที่บ้าน ช่วยให้เข้าใจผู้ป่วยจิตเภท เข้าใจระบบการรักษาขึ้นมาก และที่สำคัญมีความพร้อมและมั่นใจในการทำงานมากด้วย” (ผู้นำชุมชน)

- เจตคติที่ดี ชักนำไปสู่การปฏิบัติที่ดี

“...พี่เข้าไปเยี่ยมบ้าน เค้าดีใจ ให้ความร่วมมือที่ดี พุดจาเพราะ เมื่อก่อนเคยคิดว่าผู้ป่วยน่ากลัว แต่พอได้เจอจริง ๆ เกิดความรู้สึกสงสาร อยากช่วยเหลือ” (อสม.)

“...ภูมิใจมากที่ผู้ป่วยมีพัฒนาที่ดี ดูแลตนเองได้ รับผิดชอบ มีงานทำ เป็นกำลังใจให้
คนทำงานไม่ท้อ อยากให้การฟื้นฟูพวกเค้าต่อไป” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)

- การรวมกลุ่มทางสังคม รวมคนรวมทีม เป็นพลังให้ไปต่อ

“...เรามีเป้าหมายเดียวกัน คือ ให้ชุมชนมีความสุข ลดความรุนแรง พี่พวกันเองได้ เรา
ทำงานคนเดียวไม่ได้นะ ความร่วมมือ ทำงานเป็นทีมเดียวกัน การมีกลุ่มดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยใน
หมู่บ้าน ผู้ป่วยไม่โดดเดี่ยว ทีมเยี่ยมบ้านก็ไม่โดดเดี่ยวด้วย” (ผู้นำชุมชน)

- กำลังใจและการยอมรับ

“...คนป่วยที่เราดูแลเป็นแรงกระตุ้นให้สู้กับตัวโรคเพราะต้องการให้สังคมยอมรับคนที่เรา
รัก และพลังที่ได้รับเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ดูแลแบบเราอยู่ได้” (ผู้ดูแล)

“...ผมได้รับกำลังใจจากครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน และกำลังใจจากตัวเองด้วย
การฝึกคิดบวก การสร้างเป้าหมายให้ตนเองต่อสู้กับโรคเพื่อครอบครัว เพื่อตัวเอง” (ผู้ป่วย)

6) การรับรู้ความสามารถ พบว่า ส่วนใหญ่เกิดจากการได้รับ
ประสบการณ์ รู้บทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบต่อตนเองและสังคม การให้ความสำคัญของยา
จิตเวชต่อเนื่อง ค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมและการงานอาชีพ การจัดการดูแลสุขภาพของ
ตนเอง การปล่อยวางความเครียด เต็มพลังและสร้างความเข้มแข็ง มุมมองทางบวก ดังคำกล่าวที่
สนับสนุน ดังนี้

- รู้บทบาทและหน้าที่ของตนเอง ความรับผิดชอบต่อตนเองและ
สังคม

“...ผมสามารถทำงานรับผิดชอบชีวิตตนเองได้ ไม่เป็นภาระคนอื่นและปรับตัวอยู่ร่วมกับ
ทุกคนได้ ผมภูมิใจมากครับอื่น” (ผู้ป่วย)

“...ครอบครัวเรามีประสบการณ์ในการดูแลน้องชายมานานมาก เข้าใจทุกอย่างเพราะ
ประสบการณ์สอนเราให้สู้ และมีมุมมองทางบวกอยู่เสมอ รับรู้ได้ถึงบทบาทและหน้าที่ที่ต้องทำ”
(ผู้ดูแล)

“...เราเป็น อสม.ในการดูแลผู้ป่วยทางจิต ต้องทำงานเป็นทีมไปหลายคนสนุกดี ได้ดูแลอย่างใกล้ชิด สนับสนุนให้พวกเขามีกิจกรรมอยู่เสมอ และติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง กลายเป็นความผูกพัน และมีกำลังใจ” (อสม.)

- ค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมและงานอาชีพ

“...การมีเพื่อน มีเจ้าหน้าที่ มีผู้นำในหมู่บ้าน ให้การสนับสนุนช่วยเหลือในชุมชน รู้สึกอบอุ่นใจเสมอ” (ผู้ดูแล)

“...ความร่วมมือของทุกฝ่ายในชุมชน ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยทางจิตไม่ให้เกิดอาการรุนแรง นำเข้าสู่การรักษาด้วยความปลอดภัย ให้การฟื้นฟูจิตใจด้วยการสนับสนุนงานอาชีพให้มีรายได้ เป็นความภูมิใจทั้งผู้นำ ผู้ดูแล และผู้ป่วย” (ผู้นำชุมชน)

“...การสนับสนุนการฟื้นฟูดูแลผู้ป่วยจิตเภท คำนึงถึงหลัก bio-psycho-social และการสนับสนุนการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชนให้เกิดเป็นระบบที่ดี ด้วยการผลักดันเชิงนโยบายควบคู่ไปด้วย จะช่วยให้การดูแลมีความยั่งยืน” (ผู้เชี่ยวชาญ)

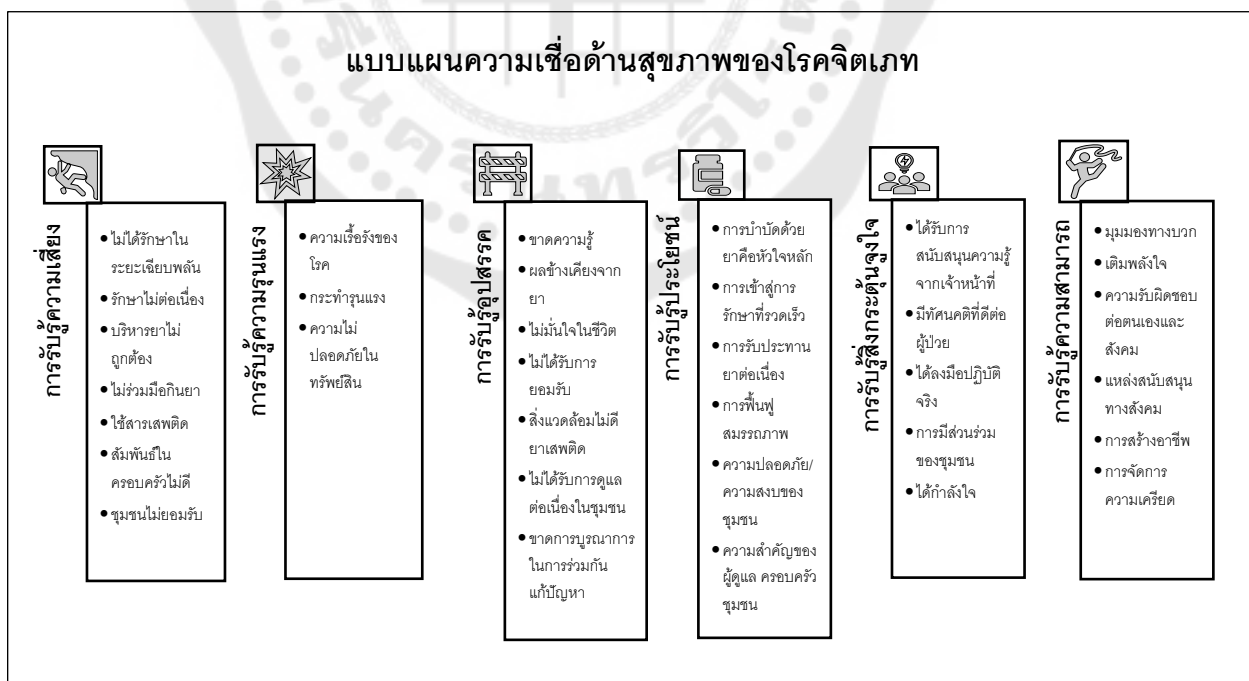
- การจัดการดูแลสุขภาพของตนเอง ปลดปล่อยความเครียด
เติมพลังสร้างความเข้มแข็ง มุมมองทางบวก

“...การดูแลคนป่วยมานาน บางครั้งมีความเครียด ท้อแท้ แต่ต้องรู้จักปล่อยวาง เติมพลังสร้างความเข้มแข็งให้ตัวเองโดยบอกตัวเองเสมอว่า ถ้าเราป่วยไปอีกคน แล้วเขาจะอยู่อย่างไร นำประสบการณ์ที่มีไปแบ่งให้ครอบครัวอื่น ๆ ทำให้ตนเองภูมิใจ และได้รับพลังบวกกลับมา” (ผู้ดูแล)

“...เรารับรู้ได้ถึงความภาคภูมิใจที่เห็นผลลัพธ์ที่ดี ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และรู้สึกได้ถึงค่าในตนเองมาก แม้ว่าการเป็นพยาบาลจะมีหน้างานมากจนไม่มีเวลาได้เยี่ยมบ้าน แต่เห็นความสำเร็จเพียง 1 ราย จากการฟื้นฟูโดยชุมชน สามารถต่อยอดพลังไปสู่ผู้ป่วยรายอื่นได้” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)

ทั้งนี้ผู้วิจัยได้นำผลการศึกษาเชิงคุณภาพจากบทความวิจัย แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการมีส่วนร่วม และแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมาใช้ประกอบการ การบรรยายผลการศึกษาในเล่มปริญญาานิพนธ์ (อุไรวรรณ เกิดสังข์ และคณะ, 2565)

กล่าวโดยสรุป แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภทที่ได้จากผู้ให้ข้อมูล ดังนี้ การรับรู้ความเสี่ยงจากการป่วยซ้ำของโรค เช่น เข้ารับบริการที่ล่าช้า และดูแลที่ไม่ต่อเนื่อง เชื่อมโยงไปสู่การรับรู้ความรุนแรงต่อสุขภาพทั้งของตนเองและบุคคลอื่น ตลอดจนสิ่งแวดล้อมที่อาศัยอยู่ การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพ และแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ และอุปสรรคของการดูแลสุขภาพ สิ่งกระตุ้นจูงใจให้ปฏิบัติจากอิทธิพลทางสังคม เช่น การสนับสนุนความรู้ที่ถูกต้อง การเกิดกลุ่ม ให้กำลังใจ ลงมือปฏิบัติด้วยกัน ตลอดจนการแสดงความสามารถของตนเองด้วยการเติมพลังบวก รับผิดชอบต่อหน้าที่ ความรับผิดชอบ จะเป็นพลังสำคัญที่จะนำไปสู่ความเข้าใจในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และมีส่วนช่วยดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างเข้าใจมากขึ้น สรุปได้ดังแผนภาพประกอบ 9



ภาพประกอบ 9 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท

1.2.2 พฤติกรรมการมีส่วนร่วมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท พบว่า

1) ผู้ป่วยต้องมีความพร้อม และมีส่วนร่วมในกิจกรรมฟื้นฟู 2) ครอบครัวที่มีความรักความอบอุ่น มีกำลังใจ และการดูแลเอาใจใส่แก่ผู้ป่วยเป็นการส่งเสริมให้ชุมชนเกิดการสนับสนุนและยอมรับ เห็นใจ 3) ชุมชนเห็นความสำคัญร่วมกันและตระหนักต่อปัญหา ด้วยการคืนข้อมูลแก่ชุมชน วิเคราะห์ทบทวน การจัดการปัญหาโดยใช้ทรัพยากรท้องถิ่นร่วมกับภาคีเครือข่าย การสนับสนุน ช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ การมีส่วนร่วมติดตามเยี่ยมบ้านต่อเนื่องในชุมชน การสนับสนุนการฝึก พัฒนาทักษะชีวิต ให้โอกาสทำงาน ยอมรับ ไม่รังเกียจ จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า มีความกระตือรือร้นเข้าร่วมกิจกรรมฟื้นฟู ดังคำกล่าวที่สนับสนุน ดังนี้

1) ความร่วมมือของครอบครัว

“...มันทำให้ผมรู้สึกสบายใจ เมื่อได้ความรักความอบอุ่นจากครอบครัวที่เข้ามาดูแลก่อนใคร ๆ” (ผู้ป่วย)

“...การมอบหมายให้รับผิดชอบงานในครอบครัว ชุมชน เขามีตัวตน เป็นประโยชน์ และรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)

“...ครอบครัวที่สนใจดูแลไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย ชุมชนเค้าก็จะให้การยอมรับและเข้ามามีส่วนร่วมสนับสนุน” (ผู้ดูแล)

2) ความร่วมมือของชุมชน (ผู้นำ จิตอาสา ผู้ดูแล และภาคีเครือข่าย)

เกิดขึ้นจาก

- ชุมชนเห็นความสำคัญและตระหนักถึงปัญหาร่วมกัน

“...การให้ชุมชนเกิดความตระหนักและเห็นถึงปัญหาด้วยชุดข้อมูลจากชุมชน ที่ได้วิเคราะห์ ทบทวนร่วมกันจนเห็นภาพในการจัดการปัญหาด้วยทรัพยากรที่มีในท้องถิ่น ร่วมกับภาคีเครือข่ายและการสนับสนุนจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง” (ผู้เชี่ยวชาญ)

- การมีส่วนร่วมในกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

“...โดยบทบาทของ อสม. ที่ต้องเข้าไปดูแลสุขภาพของแต่ละครอบครัว เช่น เอายาไปให้ผู้ป่วยที่บ้าน การช่วยดูแลผู้ป่วยติดเตียง การส่งต่อข้อมูลให้กับ รพ.สต.ในพื้นที่ เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย ซึ่ง อสม. ย่อมจะทำได้ง่ายกว่าผู้นำชุมชน” (ผู้นำชุมชน)

“...อสม. ช่วยชักชวนให้ทำงาน ทำเกษตร ทำกิจกรรมฟื้นฟู และเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนหรืออนามัย” (ผู้ดูแล)

“...อสม. จะต้องมีส่วนร่วมข้องเกี่ยวในการดูแลต่อเนื่อง โดยลงเยี่ยมบ้านเพื่อสร้างความสัมพันธ์ และรับรู้ต่อปัญหาที่มี ให้เขาไม่ขาดยา ได้ยาตามเวลา” (ผู้เชี่ยวชาญ)

“...การที่ชุมชนให้ผู้ป่วยได้เข้าร่วมกิจกรรม ไม่รังเกียจ ให้ได้ทำงาน ได้ฝึกคิด ฝึกหยิบของ ฝึกทอนเงิน เป็นการฝึกสมาธิ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางสังคม ทำให้เค้ารู้สึกมีคุณค่า และได้รับการยอมรับจากสังคม” (ผู้ดูแล)

3) ความพร้อมของผู้ป่วยในการเข้าร่วมกิจกรรมฟื้นฟู

“...ผู้ป่วยมีความพร้อม มีความสนใจ และอยากทำในสิ่งที่ถนัด การชักจูงผู้ป่วยและครอบครัวให้เข้ามาทำกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน เช่น การประชุม การเป็นจิตอาสา เป็นการช่วยให้เค้าได้รับผิตชอบ และรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เป็นการให้โอกาส และการให้การยอมรับของสังคม” (ผู้นำชุมชน)

กล่าวโดยสรุป พฤติกรรมมีส่วนร่วมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทนั้น มาจาก 3 ส่วน คือ 1) ผู้ป่วย ต้องมีความพร้อม ความสนใจ ประเมินความถนัด ความชอบ 2) ครอบครัว ใส่ใจ กระตุ้นให้รับผิตชอบงาน 3) ชุมชน ยอมรับ และให้โอกาส ช่วยสนับสนุน ซึ่งสรุปได้ดังภาพประกอบ 10



ภาพประกอบ 10 พฤติกรรมกรมการมีส่วนร่วมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท

1.2.3 แนวทางฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชน พบว่า แนวทางการคืนข้อมูล การดูแลต่อเนื่องและให้การฟื้นฟูฯ แนวทางการสร้างองค์ความรู้ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช พัฒนาทักษะการฟื้นฟูฯ ส่งเสริมการทำงานตามวิถีเดิม บูรณาการร่วมกับเขตสุขภาพ และภาคีเครือข่าย ดังคำกล่าวที่สนับสนุน ดังนี้

1) การคืนข้อมูลสู่ชุมชน เป็นการวางแผนขั้นต้น ของการฟื้นฟูและการดูแลต่อเนื่อง

“...สิ่งสำคัญที่เครือข่ายความร่วมมือในชุมชนต้องรู้ร่วมกัน ก็คือ ข้อมูลผู้ป่วยจิตเภทในพื้นที่ การคืนข้อมูลแก่ชุมชน มีประโยชน์ต่อการวางแผนการฟื้นฟู และการดูแลต่อเนื่อง” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)

2) การให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตและจิตเวชแก่ชุมชน

“...การสนับสนุนความรู้ด้านสุขภาพแก่ชุมชนเป็นประโยชน์อย่างมาก ไม่ว่าจะให้ความรู้แก่ ครอบครัว อสม. ผู้นำ เกิดความมั่นใจดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ การได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้วยกัน การไปศึกษาดูงาน ทำให้เห็นกิจกรรมในการสร้างงานอาชีพ หรือการสร้างกลุ่มดูแลในชุมชน ช่วยทำให้เกิดแรงจูงใจ” (ผู้นำชุมชน)

“...การให้ความรู้ พรบ.สุขภาพจิต พรบ.ฟื้นฟูคุณภาพชีวิต แหล่งประโยชน์ในสังคมที่จะขอความช่วยเหลือ และร่วมขับเคลื่อนกิจกรรมฟื้นฟูผู้ป่วยในชุมชน” (ผู้เชี่ยวชาญ)

“...ควรมีการพัฒนาทักษะการฟื้นฟู การช่วยเหลือ การสื่อสาร การเข้าพบผู้ป่วย การพูดคุยเชิงบวก และการปรับทัศนคติที่ดีเป็นสิ่งสำคัญ” (อสม.)

3) พัฒนาทักษะการฟื้นฟู และการทำงานของผู้ป่วยจิตเภทตามวิถีเดิม

“...เพื่อการฟื้นฟูผู้ป่วยได้เหมาะสม ควรมีการประเมินความถนัด เพื่อนำไปวางแผนให้ตรงกับความต้องการ” (ผู้ดูแล)

“...ผมได้รับการฟื้นฟู ได้พัฒนาตนเอง ให้รับผิดชอบ มีงานทำ มีชีวิตที่ดีขึ้น” (ผู้ป่วย)

“...ผู้ป่วยจิตเวชมักจะมองตนเองว่าเป็นภาระของผู้อื่น การส่งเสริมให้มีงานทำ มีรายได้ ทำให้เขามีค่าในตัวเอง และหากทำงานได้จริง ก็จะเป็นการแบ่งเบาภาระของครอบครัว และสังคม” (ผู้ดูแล)

“...การฟื้นฟู เป็นการช่วยลดการตีตรา กีดกันผู้ป่วยจิตเวช ให้ได้รับการยอมรับจากสังคม เป็นการสร้างภาพลักษณ์ใหม่” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)

“...การฟื้นฟูในระยะแรก ควรเป็นด้านการแพทย์ที่ต้องมีการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง จากนั้นจึงจะเข้าสู่ระยะที่ 2 ของการฟื้นฟูที่ให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการฟื้นฟูตามวิถีเดิม โดย

ควรให้กำลังใจในการทำงาน ผู้ดูแลก็ไม่ควรคาดหวังในตัวผู้ป่วยจนเกินไปเหมือนก่อนป่วย เพราะอาจผิดหวังได้ การให้กำลังใจ จึงเป็นสิ่งที่ต้องทำ” (ผู้เชี่ยวชาญ)

“...จากคนป่วยและหายป่วย เมื่อกลับมาอยู่ที่บ้าน เราจะช่วยยกระดับให้เขาเริ่มงานทำ เป็นการเพิ่มคุณค่าชีวิต มีคุณภาพชีวิตที่เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง” (ผู้เชี่ยวชาญ)

4) บูรณาการการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายท้องถิ่น

“...ครอบครัว แกนนำสุขภาพ และภาคีเครือข่าย ประชุมวางแผนการฟื้นฟูดูแลร่วมกัน ด้วยมิติของชุมชนในการขับเคลื่อนแบบ bottom up และมีเวทีร่วมกันกับเขตสุขภาพเพื่อสะท้อนปัญหาให้ชุมชนได้เห็น รวมทั้งควรได้รับการปรึกษาในการนำงบประมาณท้องถิ่นมาบริหารจัดการฟื้นฟู” (ผู้เชี่ยวชาญ)

“...ผู้เกี่ยวข้องในชุมชนมีบทบาทสำคัญในแต่ละด้าน ต้องทำงานประสานกันจนกว่าผู้ป่วยจะดีขึ้น และกลับมาอยู่ร่วมในชุมชนได้ตามปกติ” (ผู้นำชุมชน)

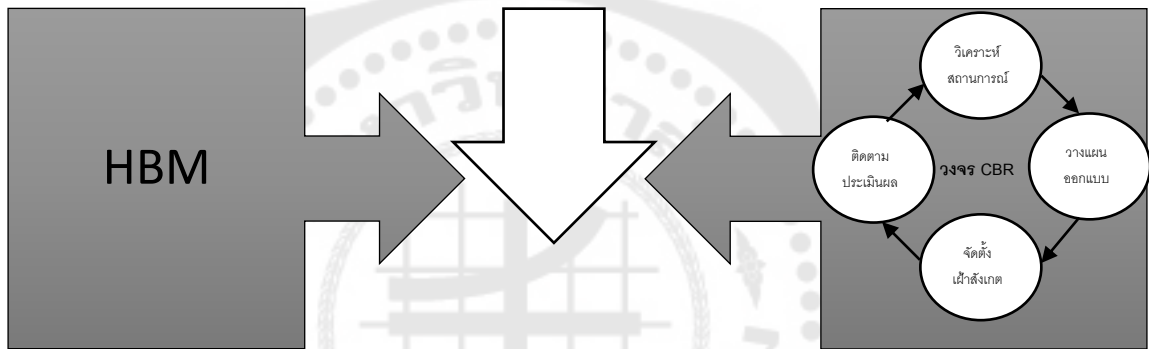
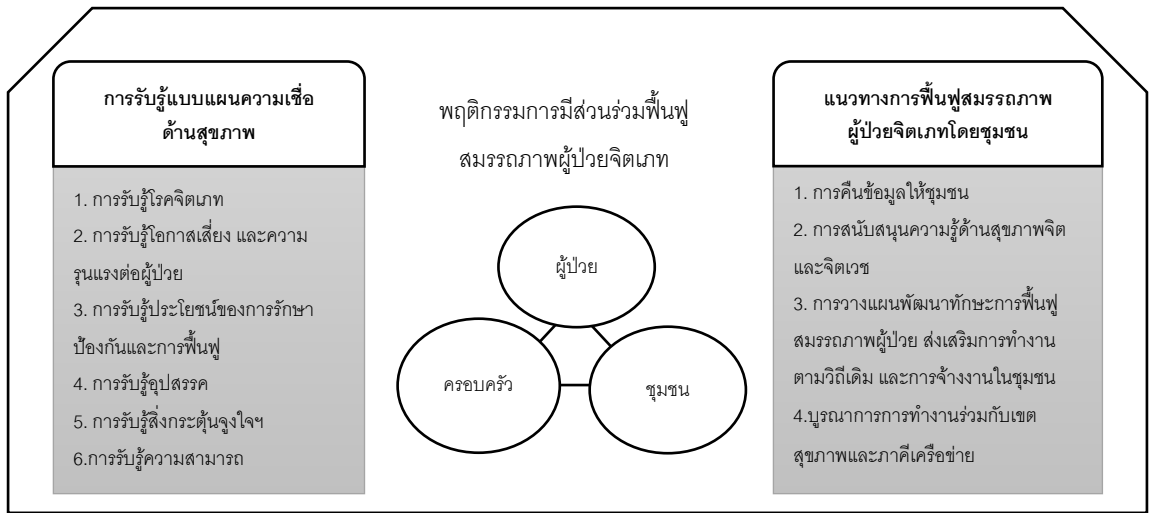
“...อยากให้ อสม. มาเยี่ยม ดูแลติดตาม และให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอทุก ๆ วัน” (ผู้ป่วย)

กล่าวโดยสรุป แนวทางสำหรับชุมชนในการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภท มี 4 ประเด็นหลัก คือ การคืนข้อมูลสู่ชุมชน สนับสนุนความรู้ทางสุขภาพจิตและจิตเวช วางแผนพัฒนาทักษะการฟื้นฟู และบูรณาการการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย ดังภาพประกอบ 11



ภาพประกอบ 11 แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชน

ผลการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท พฤติกรรม
การมีส่วนร่วมฟื้นฟูสมรรถภาพฯ และแนวทางฟื้นฟูฯ ผู้วิจัยสามารถเชื่อมโยงไปสู่การร่างโปรแกรมฯ
ดังภาพประกอบ 12 และภาพประกอบ 13 โครงสร้างโปรแกรมฯ และแบบวัด



โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนเป็นฐาน

ขั้นที่ 1 การสร้างความตระหนักรู้และการมีส่วนร่วม

กิจกรรมที่ 1 ฟื้นฟูความสัมพันธ์ แบ่งปันความเข้าใจ

กิจกรรมที่ 3 ฟื้นฟูพลังสร้างการมีส่วนร่วม

กิจกรรมที่ 4 ฟื้นฟูความหวังตั้งเป้าหมาย

ขั้นที่ 2 การสร้างความรู้และพลังอำนาจ

กิจกรรมที่ 5 ฟื้นฟูความเชื่อเพื่อเรียนรู้โรค

กิจกรรมย่อย 5.2 การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา การดูแล การฟื้นฟู

กิจกรรมย่อย 5.3 การรับรู้อุปสรรคและการจัดการปัญหา

ขั้นที่ 3 การปฏิบัติการสู่เป้าหมาย

กิจกรรมที่ 6 ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท

กิจกรรมที่ 7 ฟื้นฟูปฏิบัติการเยี่ยมบ้าน

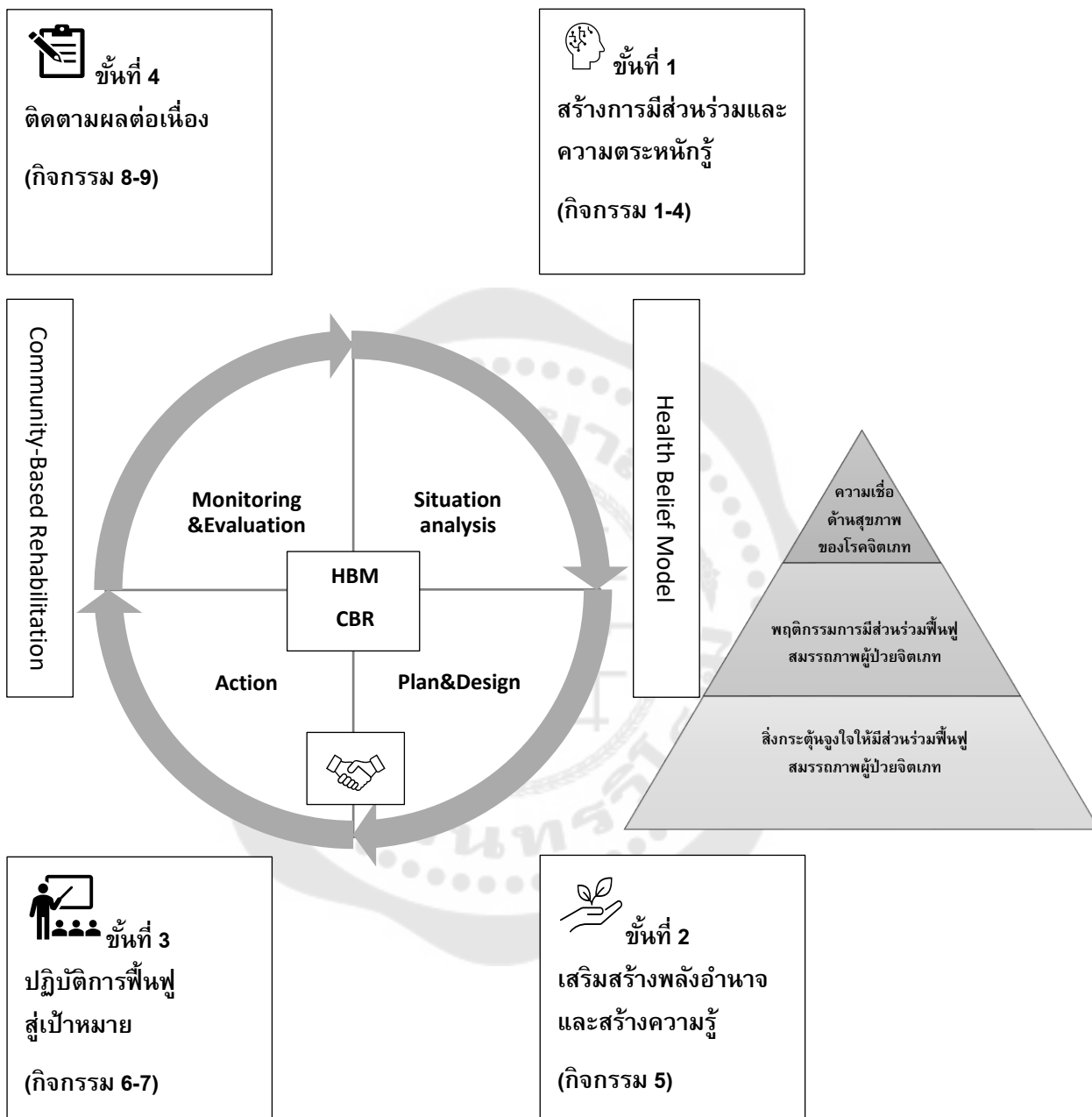
ขั้นที่ 4 การติดตามประเมินผล

กิจกรรมที่ 8 ฟื้นฟูความสามารถรู้จักและดูแลสุขภาพตนเอง

กิจกรรมที่ 9 ฟื้นฟูสิ่งที่ทำรู้จำจากอุปสรรค

ภาพประกอบ 12 การเชื่อมโยงผลการศึกษาศึกษาและการทบทวนวรรณกรรม สู่การวางโปรแกรมฟื้นฟู

PROGRAM ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนเป็นฐาน



ภาพประกอบ 13 โครงสร้างโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนเป็นฐาน

ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมฯ

ส่วนที่ 2 ผลการประเมินประสิทธิภาพโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนเป็นฐาน

ตามวัตถุประสงค์การวิจัย ข้อที่ 2 เพื่อประเมินประสิทธิภาพโปรแกรมฟื้นฟูฯ

2.1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างเป็น อสม. หมู่ที่ 10 ตำบลขุนทะเล อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี เลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามความสมัครใจ จำนวน 10 คน ที่มีคุณลักษณะดังนี้ มีประสบการณ์การเป็น อสม. อย่างน้อย 1 ปี เป็นผู้อ่านและเขียนได้ ไม่มีความพิการทางหู ยินดีเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ เก็บข้อมูลตั้งแต่ 25 เมษายน ถึง 25 พฤษภาคม พ.ศ. 2565 กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 90 เฉลี่ยอายุ 51 ปี ระดับการศึกษาชั้นประถม และมัธยม ร้อยละ 50 เท่ากัน สถานภาพสมรส/คู่ ร้อยละ 100 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 80 และประสบการณ์การเป็น อสม. เฉลี่ย 14 ปี ดังตาราง 12

ตาราง 12 ข้อมูลทั่วไปจากการศึกษาระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมฯ ในขั้นตอนการประเมินประสิทธิภาพโปรแกรมฯ

คนที่	เพศ	อายุ	การศึกษา	สถานภาพ	อาชีพ	ประสบการณ์ อสม. (ปี)
1	หญิง	44	มัธยมศึกษา	สมรส	เกษตรกรรม	3
2	หญิง	59	ประถมศึกษา	สมรส	ค้าขาย	24
3	หญิง	58	มัธยมศึกษา	สมรส	ค้าขาย	28
4	หญิง	50	ประถมศึกษา	สมรส	เกษตรกรรม	11
5	หญิง	53	มัธยมศึกษา	สมรส	เกษตรกรรม	14
6	หญิง	49	ประถมศึกษา	สมรส	เกษตรกรรม	3
7	หญิง	35	มัธยมศึกษา	สมรส	เกษตรกรรม	10
8	หญิง	53	มัธยมศึกษา	สมรส	เกษตรกรรม	19
9	ชาย	61	ประถมศึกษา	สมรส	เกษตรกรรม	28
10	หญิง	49	ประถมศึกษา	สมรส	เกษตรกรรม	2

2.2 ผลการประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพฯ คะแนนเฉลี่ยสิ่งจูงใจฯ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการมีส่วนร่วมฯ พบว่า คะแนนเฉลี่ยตัวแปรทั้งสาม ภายหลังจากทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตามตาราง 13, 14, และ 15

ตาราง 13 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ (n=10)

ความเชื่อ ด้านสุขภาพของโรคจิตเภท	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
การรับรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท	1.82	.15	2.03	.16	-4.16	.00
การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงต่อ ผู้ป่วยจิตเภท	3.98	.41	4.31	.53	-2.40	.04
การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาป้องกัน การป่วยซ้ำและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยจิตเภท	2.42	.18	3.01	.24	-6.38	.00
การรับรู้อุปสรรคที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท	2.42	.41	2.90	.18	-2.83	.01
การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการ สนับสนุนฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท	3.58	.54	4.12	.44	-3.77	.00
รวม	15.03	1.27	16.26	1.02	-3.47	.00

ตาราง 14 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยสิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ (n=10)

สิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วม ฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยจิตเภท	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	P value
	Mean	SD	Mean	SD		
	3.93	.61833	5.04	.46951	-4.153	.002*

ตาราง 15 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการมีส่วนร่วมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n=10)

พฤติกรรมการมีส่วนร่วมฟื้นฟู สมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
การร่วมตัดสินใจ	1.45	.40	1.88	.23	-2.51	.00
การร่วมดำเนินงาน	1.47	.47	1.94	.29	-2.42	.03
การร่วมรับประโยชน์	1.62	.37	2.00	.25	-2.78	.02
การร่วมติดตามประเมินผล	1.40	.36	1.88	.23	-3.30	.00
รวม	5.94	1.51	7.70	.91	-2.90	.01

จากตาราง 13-15 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ ด้านต่าง ๆ ของตัวแปรตามทั้ง 3 สรุปได้ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภทภายหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงขึ้นทุกด้าน

คะแนนเฉลี่ยสิ่งจูงใจภายหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการมีส่วนร่วมฯ หลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการมีส่วนร่วมฯ ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงขึ้นทุกด้าน

ส่วนที่ 3 ผลการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพฯ

ตามวัตถุประสงค์ ข้อที่ 3 เพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมฯ ที่มีต่อพฤติกรรม การมีส่วนร่วมของ อสม.

การทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมฯ

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

<i>M</i>	หมายถึง	ค่าเฉลี่ย (Mean)
<i>SD</i>	หมายถึง	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
<i>Sk</i>	หมายถึง	ค่าความเบ้ (Skewness)
<i>Ku</i>	หมายถึง	ค่าความโด่ง (Kurtosis)
<i>n</i>	หมายถึง	จำนวนคนในกลุ่ม
<i>r</i>	หมายถึง	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Pearson
<i>SS</i>	หมายถึง	ผลรวมกำลังสอง (Sum of Square)
<i>df</i>	หมายถึง	ค่าองศาอิสระ (Degree of freedom)
<i>MS</i>	หมายถึง	ค่าเฉลี่ยของกำลังสอง (Mean of Square)
<i>F</i>	หมายถึง	ค่าทดสอบสถิติ F
<i>p-value</i>	หมายถึง	ระดับนัยสำคัญทางสถิติ
V 1.1	หมายถึง	การรับรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท
V 1.2	หมายถึง	การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงฯ
V 1.3	หมายถึง	การรับรู้ประโยชน์และการฟื้นฟูฯ
V 1.4	หมายถึง	การรับรู้อุปสรรคฯ
V 1.5	หมายถึง	การรับรู้ความสามารถแห่งตนฯ
V 2.1	หมายถึง	การร่วมตัดสินใจ
V 2.2	หมายถึง	การร่วมดำเนินงาน
V 2.3	หมายถึง	การร่วมรับประโยชน์
V 2.4	หมายถึง	การร่วมติดตามประเมินผล
V 3.1	หมายถึง	สิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วมฟื้นฟูฯ

3.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้ทราบลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยครั้งนี้ คือ อสม. ในตำบลบ้านท่าเนียบ อำเภอศรีรัตนนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่เข้าร่วมการวิจัยและพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูฯ จำนวน 40 คน โดยลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย เพศ อายุ ประสบการณ์การเป็น อสม. สถานภาพ การศึกษา และอาชีพ ดังตาราง 16 ดังนี้

ตาราง 16 ผลการทดสอบความแตกต่างของลักษณะทางประชากรของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ลักษณะทางประชากร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		ทั้งหมด		χ^2 (df)	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ							4.32(1)	.037
ชาย	6	30.00	1	5.00	7	17.50		
หญิง	14	70.00	19	95.00	33	82.50		
รวม	20	100.00	20	100.00	40	100.00		
อายุ							2.77(3)	.428
ระหว่าง 30-39 ปี	2	10.00	4	20.00	6	15.00		
ระหว่าง 40-49 ปี	6	30.00	3	15.00	9	22.50		
ระหว่าง 50-59 ปี	8	40.00	6	30.00	14	35.00		
ระหว่าง 60-69 ปี	4	20.00	7	35.00	11	27.50		
รวม	20	100.00	20	100.00	40	100.00		
ประสบการณ์การเป็น อสม.							6.79(5)	.236
ระหว่าง 1 – 6 ปี	11	55.00	5	25.00	16	40.00		
ระหว่าง 7 – 12 ปี	3	15.00	4	20.00	7	17.50		
ระหว่าง 13 – 18 ปี	1	5.00	3	15.00	4	10.00		
ระหว่าง 19 – 24 ปี	2	10.00	3	15.00	5	12.50		
ระหว่าง 25 – 30 ปี	3	15.00	2	10.00	5	12.50		
มากกว่า 30 ปี	-	-	3	15.00	3	7.50		
รวม	20	100.00	20	100.00	40	100.00		

ตาราง 16 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		ทั้งหมด		χ^2 (df)	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
สถานภาพ							2.25(2)	.323
โสด	-	-	1	5.00	1	2.50		
สมรส / คู่	19	95.00	16	80.00	35	87.50		
หม้าย / หย่า / แยกกันอยู่	1	5.00	3	15.00	4	10.00		
รวม	20	100.00	20	100.00	40	100.00		
ระดับการศึกษา							1.84(4)	.764
ประถมศึกษา	10	50.00	12	60.00	22	55.00		
มัธยมศึกษา	7	35.00	5	25.00	12	30.00		
ปวช / ปวส	2	10.00	1	5.00	3	7.50		
อนุปริญญา	1	5.00	1	5.00	2	5.00		
ปริญญาตรีขึ้นไป	-	-	1	5.00	1	2.50		
รวม	20	100.00	20	100.00	40	100.00		
การประกอบอาชีพ							2.91(2)	.233
เกษตรกร	16	80.00	18	90.00	34	85.00		
ค้าขาย	4	20.00	1	5.00	5	12.50		
ไม่ได้ทำงาน	-	-	1	5.00	1	2.50		
รวม	20	100.00	20	100.00	40	100.00		

จากตาราง 16 ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 35 ประสบการณ์การเป็น อสม. พบว่า ส่วนมากมีประสบการณ์ อยู่ระหว่าง 1 - 6 ปี ร้อยละ 40 มีสถานภาพสมรส / ใช้ชีวิตคู่ ร้อยละ 87.50 เมื่อจำแนกตามระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 55 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 85 และเมื่อเปรียบเทียบลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า อายุ ประสบการณ์การเป็นอสม. สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ ไม่แตกต่างกัน มีเพียงเพศเท่านั้น ที่แตกต่างกัน กลุ่มควบคุมมีจำนวนเพศหญิงมากกว่ากลุ่มทดลอง

3.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานความแปรปรวนตัวแปรพหุนาม

(Multivariate analysis of variance: MANOVA)

การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ และทดสอบสมมติฐานในแต่ละครั้งของการทดสอบ ดังนี้

3.2.1 การทดสอบก่อนการทดลอง

1) การตรวจสอบการแจกแจงปกติหลายตัวแปร ด้วยค่าความเบ้ ความโด่ง โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk เพื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติของการแจกแจงข้อมูล เนื่องจากมีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน ซึ่งถ้าในกรณีกลุ่มตัวอย่างมีมากกว่า 50 คนขึ้นไปจึงจะสามารถใช้วิธี Kolmogorov-Smirnov test (ผจญจิต อินทสุวรรณ, 2545) ดังตาราง 17

ตาราง 17 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความเบ้ ค่าความโด่ง และการทดสอบการแจกแจงของตัวแปรตามจำแนกตามกลุ่ม ในการทดสอบก่อนการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 20)					กลุ่มควบคุม (n = 20)				
	M	SD	Sk	Ku	Shapiro Wilk	M	SD	Sk	Ku	Shapiro Wilk
ความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท										
V 1.1	3.61	.409	-1.27	1.61	.876*	3.58	.441	-.152	.260	.982
V 1.2	3.94	.452	.270	-.077	.974	3.71	.476	-3.04	9.55	.671***
V 1.3	3.57	.382	.330	.307	.968	3.75	.497	-1.00	3.24	.872*
V 1.4	3.52	.502	-.251	1.17	.948	3.54	.580	-.557	.558	.946
V 1.5	3.49	.471	.503	.841	.947	3.49	.396	-.113	-.929	.968
รวม	3.64	.270	.105	.267	.982	3.61	.380	-1.84	5.82	.825**
พฤติกรรมการมีส่วนร่วม										
V 2.1	3.03	.672	-.348	.613	.967	3.08	.492	-.091	.585	.955
V 2.2	3.01	.733	.434	1.02	.968	3.12	.500	-.031	-.002	.951
V 2.3	3.10	.631	.503	.337	.946	3.31	.586	-.231	-.352	.938
V 2.4	2.82	.632	.854	2.36	.926	2.99	.496	-.629	.142	.927
รวม	2.99	.599	.433	1.61	.964	3.12	.332	.036	-.397	.961
สิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วม										
V 3.1	3.31	.425	.577	-.176	.951	3.50	.264	-.832	.317	.920

หมายเหตุ: * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01, *** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากตาราง 17 พบว่า การทดสอบก่อนการทดลอง ด้านต่าง ๆ ของตัวแปรตามทั้ง 3 มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด และต่ำที่สุด ได้แก่

1) ความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 3.64 ($SD = .270$) กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 3.61 ($SD = .380$) โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงต่อผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 3.94 ($SD = .452$) และด้านที่ได้คะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดของทั้งสองกลุ่ม คือ ด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการสนับสนุนฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท (กลุ่มทดลอง $M = 3.49$, $SD = .471$ และกลุ่มควบคุม $M = 3.49$, $SD = .396$)

2) พฤติกรรมการมีส่วนร่วมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 2.99 ($SD = .599$) กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 3.12 ($SD = .332$) โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการร่วมรับประโยชน์ของกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 3.31 ($SD = .586$) และด้านที่ได้คะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ด้านการร่วมติดตามประเมินผลของกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 2.82 ($SD = .632$)

3) สิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 3.31 ($SD = .425$) กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 3.50 ($SD = .264$)

ผลการตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูล พบว่า ตัวแปรบางตัวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, .01 และ .001 แสดงให้เห็นว่าการแจกแจงของข้อมูลไม่เป็นปกติ แต่เมื่อพิจารณาค่า z-values ของความเบ้ พบว่า อยู่ระหว่าง -3.04 ถึง .854 ซึ่งไม่เกิน ± 3.00 ตามเกณฑ์ของ Kline (2016) และค่า z-values ของความโด่ง อยู่ระหว่าง -.929 ถึง 9.55 ซึ่งไม่เกิน ± 10.00 ตามเกณฑ์ของ Kline (2016) จึงถือว่าการแจกแจงของข้อมูลยังคงอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ สามารถทำการวิเคราะห์ MANOVA ต่อไป

2) การตรวจสอบความเท่าเทียมกันของเมทริกซ์ความแปรปรวน-
ความแปรปรวนร่วม (Variance-covariance matrices) ด้วย Box' M Test ในแต่ละตัวแปร ของ
การทดสอบก่อนการทดลอง ดังตาราง 18

ตาราง 18 ผลการตรวจสอบ Variance-covariance matrices ในการทดสอบก่อนการทดลอง

Multivariate Test of Homoscedasticity				
Box's Test of Equality of Covariance Metrics				
Box's M				126.09
F				1.63
p				.002
Univariate Test of Homoscedasticity				
Levene's Test of Equality of Error Variance	F	df1	df2	p-value
ความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท				
รับรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท	.258	1	38	.614
รับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงต่อผู้ป่วยจิตเภท	.487	1	38	.490
การรับรู้ประโยชน์ การฟื้นฟู	.174	1	38	.679
การรับรู้อุปสรรคฯ	.406	1	38	.528
การรับรู้ความสามารถแห่งตนฯ	.123	1	38	.727
พฤติกรรมการมีส่วนร่วมฯ				
การร่วมตัดสินใจ	1.24	1	38	.272
ร่วมดำเนินการ	1.17	1	38	.285
ร่วมรับผลประโยชน์	.009	1	38	.924
ร่วมติดตามประเมินผล	.333	1	38	.567
สิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วมฟื้นฟูฯ				
สิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วมฯ	5.32*	1	38	.027
Bartlett's Test of Sphericity: $\chi^2 = 206.23$, $df = 54$, $p\text{-value} = .000$				

หมายเหตุ: * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 18 พบว่า คะแนนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในการทดสอบก่อนการ
ทดลอง มีค่า Box's M เท่ากับ 126.09 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F = 1.63$, $p\text{-value} = .002$)
แสดงว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วม
แตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาจากความแปรปรวนของทุกตัวแปรด้วยการทดสอบ

Levene's Test พบว่า 1) คะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท ทั้ง 5 ด้านไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ 2) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมกรมีส่วนร่วมฯ ทั้ง 4 ด้านไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และ 3) คะแนนเฉลี่ยสิ่งจูงใจฯ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 5.32, p\text{-value} = .027$)

เมื่อทดสอบมิติเอกลักษณะของกลุ่มตัวแปร โดยใช้ Bartlett's test of Sphericity พบว่าคะแนนของกลุ่มตัวแปรที่นำมาวิเคราะห์ มีความสัมพันธ์กันไม่มีความเป็นมิติเอกลักษณะ (Bartlett's Test: $\chi^2 = 206.23, df = 54, p\text{-value} = .000$) ถือได้ว่าคะแนนของตัวแปรตามมีความเหมาะสมที่จะนำไปทดสอบสมมติฐานต่อไป

3) การเปรียบเทียบคะแนนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท คะแนนพฤติกรรมกรรมกรมีส่วนร่วมฯ และคะแนนสิ่งจูงใจฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในการทดสอบก่อนการทดลอง

ตาราง 19 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปรของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท คะแนนพฤติกรรมกรรมกรมีส่วนร่วมฯ และคะแนนสิ่งจูงใจฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในการวัดก่อนการทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	Wilk's lambda	Hypothesis df	Error df	Multivariate F test	p-value	Partial Eta ²
Group	.695	10	29	1.27	.290	.305

ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปรของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท คะแนนพฤติกรรมกรรมกรมีส่วนร่วมฯ และคะแนนสิ่งจูงใจฯ ในการวัดก่อนการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Wilk's lambda = .695, $F = 1.27, p\text{-value} = .305$) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวแปรตามทั้ง 3 มีคะแนนการทดสอบก่อนการทดลองเท่าเทียมกันทุกด้าน จึงไม่ทำการเปรียบเทียบจำแนกรายด้าน หรือเปรียบเทียบรายคู่ต่อไป

3.2.2 การทดสอบหลังการทดลอง

1) การตรวจสอบการแจกแจงปกติหลายตัวแปร ด้วยค่าความเบ้ ค่าความโด่ง โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk เพื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติของการแจกแจงข้อมูล ดังตาราง 20

ตาราง 20 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความเบ้ ค่าความโด่ง และการทดสอบการแจกแจงของตัวแปรตามจำแนกตามกลุ่ม ในการทดสอบหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 20)					กลุ่มควบคุม (n = 20)				
	M	SD	Sk	Ku	Shapiro Wilk	M	SD	Sk	Ku	Shapiro Wilk
ความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท										
V 1.1	4.21	.359	.269	-.365	.964	3.65	.593	.838	.172	.923
V 1.2	4.35	.448	-.337	-.515	.961	3.91	.386	.238	-.744	.959
V 1.3	4.39	.379	-.584	.004	.955	3.70	.333	1.09	.385	.857**
V 1.4	4.15	.265	.166	-.174	.967	3.65	.329	-.644	.091	.933
V 1.5	4.22	.425	.054	-.615	.971	3.36	.361	.730	1.38	.910
รวม	4.27	.271	-.272	-.159	.983	3.65	.273	.732	-.563	.913
พฤติกรรมการมีส่วนร่วม										
V 2.1	4.12	.606	.300	-1.06	.886*	2.93	.401	-1.85	5.80	.776***
V 2.2	4.08	.516	-.147	-.008	.942	3.26	.591	-.285	-.388	.956
V 2.3	4.08	.469	-.023	.058	.959	3.53	.581	-1.34	1.66	.852**
V 2.4	4.04	.525	.029	.056	.965	2.99	.525	-.463	.026	.924
รวม	4.08	.463	-.099	.265	.980	3.17	.385	-1.18	.684	.854**
สิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วม										
V 3.1	4.22	.342	-.065	-.528	.977	3.35	.297	1.41	1.53	.809**

หมายเหตุ: * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01, *** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากตาราง 20 พบว่า การทดสอบหลังการทดลอง ด้านต่าง ๆ ของตัวแปรตามทั้ง 3 มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด และต่ำที่สุด ได้แก่

1) ความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 4.27 ($SD = .271$) กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 3.65 ($SD = .273$) โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา ป้องกันการป่วยซ้ำ และการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 4.39 ($SD = .379$) และด้านที่ได้คะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการสนับสนุนฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ย 3.36 ($SD = .361$)

2) พฤติกรรมการมีส่วนร่วมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 4.08 ($SD = .463$) กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 3.17 ($SD = .385$) โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการร่วมตัดสินใจของกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 4.12 ($SD = .606$) และด้านที่ได้คะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ด้านการร่วมตัดสินใจของกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 2.93 ($SD = .401$)

3) สิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 4.22 ($SD = .342$) กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 3.35 ($SD = .297$)

ผลการตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูล พบว่า ตัวแปรบางตัวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, .01 และ .001 แสดงให้เห็นว่าการแจกแจงของข้อมูลไม่เป็นปกติ แต่เมื่อพิจารณาค่า z-values ของความเบ้ พบว่า อยู่ระหว่าง -1.85 ถึง 1.41 ซึ่งไม่เกิน ± 3.00 ตามเกณฑ์ของ Kline (2016) และค่า z-values ของความโด่ง อยู่ระหว่าง -1.06 ถึง 5.80 ซึ่งไม่เกิน ± 10.00 ตามเกณฑ์ของ Kline (2016) จึงถือว่าการแจกแจงของข้อมูลยังคงอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ สามารถทำการวิเคราะห์ MANOVA ต่อไป

2) การตรวจสอบความเท่าเทียมกันของเมทริกซ์ความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วม (Variance-covariance matrices) ด้วย Box' M Test ในแต่ละตัวแปร ของการทดสอบหลังการทดลอง ดังตาราง 21

ตาราง 21 ผลการตรวจสอบ Variance-covariance matrices ในการทดสอบหลังการทดลอง

Multivariate Test of Homoscedasticity				
Box's Test of Equality of Covariance Metrics				
Box's M				101.51
F				1.31
p				.058
Univariate Test of Homoscedasticity				
Levene's Test of Equality of Error Variance	F	df1	df2	p-value
ความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท				
การรับรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท	4.39*	1	38	.043
การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงฯ	.337	1	38	.565
การรับรู้ประโยชน์ และการฟื้นฟูฯ	.179	1	38	.675
การรับรู้อุปสรรคฯ	1.14	1	38	.292
การรับรู้ความสามารถแห่งตนฯ	.933	1	38	.340
พฤติกรรมการมีส่วนร่วมฯ				
การร่วมตัดสินใจ	5.66*	1	38	.022
ร่วมดำเนินการ	.977	1	38	.329
ร่วมรับผลประโยชน์	.405	1	38	.528
ร่วมติดตามประเมินผล	.014	1	38	.907
สิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วมฯ				
สิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วมฯ	1.09	1	38	.301
Bartlett's Test of Sphericity: $\chi^2 = 183.00$, $df = 54$, $p\text{-value} = .000$				

หมายเหตุ: * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 21 การทดสอบหลังการทดลอง พบว่า คะแนนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่า Box's M เท่ากับ 101.51 ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($F = 1.31$, $p\text{-value} = .058$) แสดงว่าคะแนนเฉลี่ยของสองกลุ่ม มีความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วมไม่แตกต่างกัน และเมื่อพิจารณาจากความแปรปรวนของทุกตัวแปรด้วยการทดสอบ Levene's Test พบว่า 1) คะแนน

เฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท ทั้ง 5 ด้าน ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ 2) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมมีส่วนร่วมฯ ทั้ง 4 ด้านไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ 3 ด้าน และมีนัยสำคัญทางสถิติ 1 ด้าน คือ ด้านการร่วมตัดสินใจ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 5.66, p\text{-value} = .022$) และ 3) คะแนนเฉลี่ยสิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วมฯ ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อทดสอบมิติเอกลักษณะของกลุ่มตัวแปร โดยใช้ Bartlett's test of Sphericity พบว่าคะแนนของกลุ่มตัวแปรที่นำมาวิเคราะห์ มีความสัมพันธ์กันไม่มีความเป็นมิติเอกลักษณะ (Bartlett's Test: $\chi^2 = 183.00, df = 54, p\text{-value} = .000$) ถือได้ว่าคะแนนของตัวแปรตามมีความเหมาะสมที่จะนำไปทดสอบสมมติฐานต่อไป

3) การเปรียบเทียบคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท คะแนนพฤติกรรมกรรมมีส่วนร่วมฯ และคะแนนสิ่งจูงใจฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

ตาราง 22 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปรของคะแนน ความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท คะแนนพฤติกรรมกรรมมีส่วนร่วมฯ และคะแนนสิ่งจูงใจฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในการทดสอบหลังการทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	Wilk's lambda	Hypothesis df	Error df	Multivariate F test	p-value	Partial Eta ²
Group	.191	10	29	12.31	.000	.809

ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปรของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท คะแนนพฤติกรรมกรรมมีส่วนร่วมฯ และคะแนนสิ่งจูงใจฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในการวัดหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (Wilks's lambda = .191, $F = 12.31, p\text{-value} = .000$) กลุ่มตัวแปรตามทั้ง 3 มีคะแนนการทดสอบหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ จึงทำการเปรียบเทียบจำแนกรายด้าน และเปรียบเทียบรายคู่ต่อไป

ตาราง 23 การวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม ในการทดสอบหลังการทดลอง

ตัวแปร	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value	Partial Eta ²
ความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท							
การรับรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท	Group	3.11	1	3.11	12.95***	.001	.254
	Error	9.14	38	.241			
การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงต่อผู้ป่วยจิตเภท	Group	1.98	1	1.98	11.28**	.002	.229
	Error	6.66	38	.175			
การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา ป้องกันการป่วยซ้ำ และการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยจิตเภท	Group	4.80	1	4.80	37.62***	.000	.498
	Error	4.84	38	.128			
การรับรู้อุปสรรคที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท	Group	2.57	1	2.57	28.71***	.000	.430
	Error	3.40	38	.090			
การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการสนับสนุนฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท	Group	7.48	1	7.48	47.98***	.000	.558
	Error	5.92	38	.156			
พฤติกรรมการมีส่วนร่วม							
ร่วมตัดสินใจ	Group	14.16	1	14.16	53.52***	.000	.585
	Error	10.05	38	.265			
ร่วมดำเนินการ	Group	6.72	1	6.72	21.80***	.000	.365
	Error	11.72	38	.308			
ร่วมรับผลประโยชน์	Group	3.02	1	3.02	10.83**	.002	.222
	Error	10.61	38	.279			
ร่วมติดตามประเมินผล	Group	11.02	1	11.02	39.95***	.000	.513
	Error	10.48	38	.276			
สิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท							
สิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วม	Group	7.58	1	7.58	73.84***	.000	.660
	Error	3.90	38	.103			

หมายเหตุ: ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01, *** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากตาราง 23 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม (Test of Between-Subjects Effects) ในการทดสอบหลังการทดลอง ของกลุ่มตัวแปรความเชื่อ ด้านสุขภาพของโรคจิตเภท พฤติกรรมการมีส่วนร่วมฯ และสิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วมฯ พบว่า

1) คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท ทั้ง 5 ด้าน ของกลุ่มทดลองและควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .001 ได้แก่ 1.1) การรับรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ($F = 12.95, p\text{-value} = .001$) 1.2) โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงฯ ($F = 11.28, p\text{-value} = .002$) 1.3) ประโยชน์ของการรักษา ป้องกันป่วยซ้ำ และฟื้นฟูฯ ($F = 37.62, p\text{-value} = .000$) 1.4) อุปสรรคที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท ($F = 28.71, p\text{-value} = .000$) 1.5) ความสามารถแห่งตน ($F = 47.98, p\text{-value} = .000$)

2) คะแนนพฤติกรรมการมีส่วนร่วมฯ ทั้ง 4 ด้าน ของกลุ่มทดลองและควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .001 ได้แก่ 2.1) ร่วมตัดสินใจ ($F = 53.52, p\text{-value} = .000$) 2.2) ร่วมดำเนินงาน ($F = 21.80, p\text{-value} = .000$) 2.3) ร่วมรับประโยชน์ ($F = 10.83, p\text{-value} = .002$) 2.4) ร่วมติดตามประเมินผล ($F = 39.95, p\text{-value} = .000$)

3) คะแนนสิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วมฯ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F = 73.84, p\text{-value} = .000$)

จึงเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายคู่เป็นลำดับต่อไป

ตาราง 24 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายคู่ของความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท พฤติกรรมการมีส่วนร่วมฯ และสิ่งจูงใจฯ จำแนกรายด้านหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่ม	M	SE	Mean Different (d)	SE
การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท					
เกี่ยวกับโรคจิตเภท	กลุ่มทดลอง	4.21	.110	.558**	.155
	กลุ่มควบคุม	3.65	.110		
โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงฯ	กลุ่มทดลอง	4.35	.094	.445**	.132
	กลุ่มควบคุม	3.91	.094		
ประโยชน์ของการรักษา และ การฟื้นฟูฯ	กลุ่มทดลอง	4.39	.080	.693***	.113
	กลุ่มควบคุม	3.70	.080		

ตาราง 24 (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่ม	M	SE	Mean Different (d)	SE
อุปสรรคที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท	กลุ่มทดลอง	4.15	.067	.507***	.095
	กลุ่มควบคุม	3.65	.067		
ความสามารถแห่งตนฯ	กลุ่มทดลอง	4.22	.088	.865***	.125
	กลุ่มควบคุม	3.36	.088		
พฤติกรรมการณ์มีส่วนร่วมฟื้นฟูฯ					
ร่วมตัดสินใจ	กลุ่มทดลอง	4.12	.115	1.19***	.163
	กลุ่มควบคุม	2.93	.115		
ร่วมดำเนินการ	กลุ่มทดลอง	4.08	.124	.820***	.176
	กลุ่มควบคุม	3.26	.124		
ร่วมรับผลประโยชน์	กลุ่มทดลอง	4.08	.118	.550**	.167
	กลุ่มควบคุม	3.53	.118		
ร่วมติดตามประเมินผล	กลุ่มทดลอง	4.04	.117	1.05***	.166
	กลุ่มควบคุม	2.99	.117		
สิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วมฟื้นฟูฯ					
สิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วมฯ	กลุ่มทดลอง	4.22	.072	.871***	.101
	กลุ่มควบคุม	3.35	.072		

หมายเหตุ: * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01, *** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากตาราง 24 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายคู่ของความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท พฤติกรรมการณ์มีส่วนร่วมฯ และสิ่งจูงใจฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในการทดสอบหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .001 ในทุกด้าน ได้แก่

- 1) คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท ทั้ง 5 ด้าน ของกลุ่มทดลองและควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .001 ได้แก่ 1.1) รับรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท (กลุ่มทดลอง $M = 4.21$ กลุ่มควบคุม $M = 3.65$) ($d = .558$, $SE = .155$) 1.2) รับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงฯ (กลุ่มทดลอง $M = 4.35$ กลุ่มควบคุม $M = 3.91$) ($d = .445$, $SE = .132$) 1.3) รับรู้ประโยชน์ของการรักษา และการฟื้นฟูฯ (กลุ่มทดลอง $M = 4.39$ กลุ่มควบคุม $M = 3.70$) ($d = .693$, $SE = .113$) 1.4) รับรู้อุปสรรคฯ (กลุ่มทดลอง $M = 4.15$ กลุ่มควบคุม

$M = 3.65$) ($d = .507, SE. = .095$) 1.5) รับรู้ความสามารถแห่งตน (กลุ่มทดลอง $M = 4.22$ กลุ่มควบคุม $M = 3.36$) ($d = .865, SE. = .125$)

2) คะแนนพฤติกรรมกรรมกรมีส่วนร่วมฯ ทั้ง 4 ด้าน ของกลุ่มทดลองและควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .001 ได้แก่ 2.1 ตัดสินใจ (กลุ่มทดลอง $M = 4.12$ กลุ่มควบคุม $M = 2.93$) ($d = 1.19, SE. = .163$) 2.2) ดำเนินงาน (กลุ่มทดลอง $M = 4.08$ กลุ่มควบคุม $M = 3.26$) ($d = .820, SE. = .176$) 2.3) รับประโยชน์ (กลุ่มทดลอง $M = 4.08$ กลุ่มควบคุม $M = 3.53$) ($d = .550, SE. = .167$) 2.4) ติดตามประเมินผล (กลุ่มทดลอง $M = 4.04$ กลุ่มควบคุม $M = 2.99$) ($d = 1.05, SE. = .166$)

3) คะแนนสิ่งจูงใจ กลุ่มทดลอง ($M = 4.22$) มีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างจากกลุ่มควบคุม ($M = 3.35$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($d = .871, SE. = .101$)

แสดงให้เห็นว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนของตัวแปรความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท สิ่งจูงใจ และพฤติกรรมฟื้นฟู สูงกว่ากลุ่มควบคุม

3.2.3 การทดสอบระยะติดตามผล 1 เดือน

1) การตรวจสอบการแจกแจงปกติหลายตัวแปร ด้วยค่าความเบ้ ความโด่ง ควบคู่กับการใช้สถิติ Shapiro-Wilk เพื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติของการแจกแจงข้อมูล ดังตารางต่อไป

ตาราง 25 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความเบ้ ค่าความโด่ง และการทดสอบการแจกแจงของตัวแปรตามจำแนกตามกลุ่ม ในการทดสอบระยะติดตามผล 1 เดือน

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 20)					กลุ่มควบคุม (n = 20)				
	M	SD	Sk	Ku	Shapiro Wilk	M	SD	Sk	Ku	Shapiro Wilk
ความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภทสำหรับ อสม.										
V 1.1	4.58	.331	-1.10	.145	.834**	3.52	.474	1.04	1.62	.921
V 1.2	4.58	.449	-.625	-1.34	.815**	3.81	.282	-.104	-.956	.966
V 1.3	4.59	.442	-.839	-.922	.802**	3.67	.331	1.22	.928	.851**
V 1.4	4.29	.274	-.050	-.420	.943	3.62	.315	-.658	.017	.916
V 1.5	4.28	.280	-.506	-.688	.917	3.31	.309	.062	.051	.923
รวม	4.45	.312	-.663	-1.36	.816**	3.58	.229	1.09	1.18	.913

ตาราง 25 (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 20)					กลุ่มควบคุม (n = 20)				
	M	SD	Sk	Ku	Shapiro Wilk	M	SD	Sk	Ku	Shapiro Wilk
พฤติกรรมมีส่วนร่วมฯ										
V 2.1	4.24	.248	2.15	4.98	.655***	2.91	.381	-2.16	7.09	.761***
V 2.2	4.14	.445	.611	-3.91	.885*	3.19	.541	-2.78	-.025	.967
V 2.3	4.45	.463	.002	-1.26	.864**	3.41	.509	-1.63	2.21	.771***
V 2.4	4.44	.403	.039	-1.40	.887*	2.92	.451	-.939	.166	.864**
รวม	4.31	.326	.363	-.636	.958	3.10	.349	-1.18	.830	.869**
สิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วมฯ										
V 3.1	4.35	.290	-.650	-.510	.904*	3.28	.248	1.86	5.25	.820**

หมายเหตุ: * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01, *** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากตาราง 25 พบว่า การทดสอบระยะติดตามผล 1 เดือน ด้านต่าง ๆ ของตัวแปรตามทั้ง 3 มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด และต่ำที่สุด ได้แก่

1) ความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 4.45 ($SD = .312$) กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 3.58 ($SD = .229$) โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา ป้องกันการป่วยซ้ำ และการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 4.59 ($SD = .442$) และด้านที่ได้คะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการสนับสนุนฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ย 3.31 ($SD = .309$)

2) พฤติกรรมมีส่วนร่วมฟื้นฟู กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 4.31 ($SD = .326$) กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 3.10 ($SD = .349$) โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการร่วมรับประโยชน์ของกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 4.45 ($SD = .463$) และด้านที่ได้คะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ด้านการร่วมตัดสินใจของกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 2.91 ($SD = .381$)

3) สิ่งจูงใจ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 4.35 ($SD = .290$) กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 3.28 ($SD = .248$)

ผลการตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูล พบว่า ตัวแปรบางตัวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, .01 และ .001 แสดงให้เห็นว่าการแจกแจงของข้อมูลไม่เป็นปกติ แต่เมื่อพิจารณาค่า z-values ของความเบ้ พบว่า อยู่ระหว่าง -2.16 ถึง 2.15 ซึ่งไม่เกิน ± 3.00 ตามเกณฑ์ของ Kline

(2016) และค่า z-values ของความโค้ง อยู่ระหว่าง -1.40 ถึง 7.09 ซึ่งไม่เกิน ± 10.00 ตามเกณฑ์ของ Kline (2016) จึงถือว่าการแจกแจงของข้อมูลยังคงอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ สามารถทำการวิเคราะห์ MANOVA ต่อไป

2) การตรวจสอบความเท่าเทียมกันของเมทริกซ์ความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วม (Variance-covariance matrices) ด้วย Box' M Test ในแต่ละตัวแปร ของการทดสอบระยะติดตามผล 1 เดือน ดังตาราง 26

ตาราง 26 ผลการตรวจสอบ Variance-covariance matrices ในการทดสอบระยะหลังติดตามผล 1 เดือน

Multivariate Test of Homoscedasticity				
Box's Test of Equality of Covariance Metrics				
Box's M				117.30
F				1.52
p				.008
Univariate Test of Homoscedasticity				
Levene's Test of Equality of Error Variance	F	df1	df2	p-value
การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท				
เกี่ยวกับโรคจิตเภท	1.98	1	38	.167
โอกาสเสี่ยงและความรุนแรง	7.58*	1	38	.009
ประโยชน์ และการฟื้นฟู	3.84*	1	38	.057
อุปสรรค	.730	1	38	.398
ความสามารถแห่งตน	.012	1	38	.912
พฤติกรรมมีส่วนร่วมฟื้นฟู				
ตัดสินใจ	1.60	1	38	.213
ดำเนินการ	.421	1	38	.520
รับผลประโยชน์	.023	1	38	.880
ติดตามประเมินผล	.046	1	38	.831
สิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วมฟื้นฟู				
สิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วม	1.28	1	38	.263
Bartlett's Test of Sphericity: $\chi^2 = 235.46$, $df = 54$, $p\text{-value} = .000$				

หมายเหตุ: * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 26 พบว่า ภายหลังจากทดลอง 1 เดือน คะแนนของกลุ่มทดลองและควบคุม มีค่า Box's M เท่ากับ 117.30 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F = 1.52, p\text{-value} = .008$) แสดงว่าคะแนนเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่ม มีความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วมแตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาจากความแปรปรวนของทุกตัวแปรด้วยการทดสอบ Levene's Test พบว่า 1) คะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท มีเพียง 1 ด้าน คือ โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงต่อผู้ป่วยจิตเภท มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F = 7.58, p\text{-value} = .009$) 2) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการมีส่วนร่วมฯ ทั้ง 4 ด้าน และคะแนนเฉลี่ยสิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วมฯ พบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อทดสอบมิติเอกลักษณะของกลุ่มตัวแปร โดยใช้ Bartlett's test of Sphericity พบว่า คะแนนของกลุ่มตัวแปรที่นำมาวิเคราะห์ มีความสัมพันธ์กันไม่มีความเป็นมิติเอกลักษณะ (Bartlett's Test: $\chi^2 = 235.46, df = 54, p\text{-value} = .000$) ถือได้ว่าคะแนนของตัวแปรตามมีความเหมาะสมที่จะนำไปทดสอบสมมติฐานต่อไป

3) การเปรียบเทียบคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท คะแนนพฤติกรรมการมีส่วนร่วมฯ และคะแนนสิ่งจูงใจฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในการทดสอบระยะติดตามผล 1 เดือน

ตาราง 27 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปรของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท คะแนนพฤติกรรมการมีส่วนร่วมฯ และคะแนนสิ่งจูงใจฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในการทดสอบระยะติดตามผล 1 เดือน

แหล่งความแปรปรวน	Wilk's lambda	Hypothesis df	Error df	Multivariate F test	p-value	Partial Eta ²
Group	.051	10	29	54.21	.000	.949

ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปรของคะแนนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท คะแนนพฤติกรรมการมีส่วนร่วมฯ และคะแนนสิ่งจูงใจฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่า มีคะแนนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (Wilks's lambda=.051, $F = 54.21, p\text{-value} = .000$) กลุ่มตัวแปรตามทั้ง 3 มีคะแนนแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ จึงทำการเปรียบเทียบจำแนกรายด้าน และเปรียบเทียบรายคู่ต่อไป

ตาราง 28 การวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม ในการทดสอบระยะติดตามผล 1 เดือน

ตัวแปร	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value	Partial Eta ²
การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท							
โรคจิตเภท	Group	11.20	1	11.20	66.98***	.000	.638
	Error	6.35	38	.167			
โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงฯ	Group	6.08	1	6.08	43.33***	.000	.533
	Error	5.33	38	.140			
ประโยชน์	Group	8.35	1	8.35	54.80***	.000	.591
	Error	5.79	38	.153			
อุปสรรค	Group	4.41	1	4.41	50.54***	.000	.571
	Error	3.31	38	.087			
ความสามารถแห่งตน	Group	9.40	1	9.40	108.01***	.000	.740
	Error	3.31	38	.087			
พฤติกรรมมีส่วนร่วมฟื้นฟู							
ตัดสินใจ	Group	17.68	1	17.68	171.21***	.000	.818
	Error	3.92	38	.103			
ดำเนินการ	Group	9.02	1	9.02	36.77***	.000	.492
	Error	9.32	38	.245			
รับผลประโยชน์	Group	10.81	1	10.81	45.72***	.000	.546
	Error	8.98	38	.237			
ติดตามประเมินผล	Group	23.10	1	23.10	126.14***	.000	.768
	Error	6.96	38	.183			
สิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วมฟื้นฟู							
สิ่งจูงใจฯ	Group	11.64	1	11.64	160.13***	.000	.808
	Error	2.76	38	.073			

หมายเหตุ: * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01, *** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากตาราง 28 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม (Test of Between-Subjects Effects) ในการทดสอบตัวแปรความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท พฤติกรรมมีส่วนร่วมฟื้นฟู และสิ่งจูงใจฯ ระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่า

1) คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท ทั้ง 5 ด้าน ของกลุ่มทดลองและควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ได้แก่ 1.1) รับรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ($F = 66.89, p\text{-value} = .000$) 1.2) โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงฯ ($F = 43.33, p\text{-value} = .000$) 1.3) ประโยชน์ของการรักษา และการฟื้นฟูฯ ($F = 54.80, p\text{-value} = .000$) 1.4) อุปสรรคที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท ($F = 50.54, p\text{-value} = .000$) 1.5) ความสามารถแห่งตนฯ ($F = 108.01, p\text{-value} = .000$)

2) คะแนนพฤติกรรมกรรมการมีส่วนร่วมฟื้นฟูฯ ทั้ง 4 ด้าน พบว่า กลุ่มทดลองและควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ได้แก่ 2.1) ตัดสินใจ ($F = 171.21, p\text{-value} = .000$) 2.2) ดำเนินงาน ($F = 36.77, p\text{-value} = .000$) 2.3) รับประโยชน์ ($F = 45.72, p\text{-value} = .000$) 2.4) ติดตามประเมินผล ($F = 126.14, p\text{-value} = .000$)

3) คะแนนสิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วมฟื้นฟูฯ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F = 160.13, p\text{-value} = .000$)

จึงทำการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายคู่เป็นลำดับต่อไป

ตาราง 29 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายคู่ของความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท พฤติกรรมการมีส่วนร่วมฟื้นฟูฯ และสิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วมฟื้นฟูฯ จำแนกรายด้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและควบคุม ระยะติดตามผล 1 เดือน

ตัวแปร	กลุ่ม	M	SE	Mean Different (d)	SE
การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท					
โรคจิตเภท	กลุ่มทดลอง	4.58	.091	1.05***	.129
	กลุ่มควบคุม	3.52	.091		
โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงฯ	กลุ่มทดลอง	4.58	.084	.780***	.118
	กลุ่มควบคุม	3.81	.084		
ประโยชน์	กลุ่มทดลอง	4.59	.087	.914***	.124
	กลุ่มควบคุม	3.67	.087		
อุปสรรค	กลุ่มทดลอง	4.29	.066	.664***	.093
	กลุ่มควบคุม	3.62	.066		
ความสามารถ	กลุ่มทดลอง	4.28	.066	.970***	.093
	กลุ่มควบคุม	3.31	.066		

ตาราง 29 (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่ม	M	SE	Mean Different (d)	SE
พฤติกรรมกรรมการมีส่วนร่วมฟื้นฟูฯ					
ตัดสินใจ	กลุ่มทดลอง	4.24	.072	1.33***	.102
	กลุ่มควบคุม	2.91	.072		
ดำเนินการ	กลุ่มทดลอง	4.14	.111	.950***	.157
	กลุ่มควบคุม	3.19	.111		
รับผลประโยชน์	กลุ่มทดลอง	4.45	.109	1.04***	.154
	กลุ่มควบคุม	3.41	.109		
ติดตามประเมินผล	กลุ่มทดลอง	4.44	.096	1.52***	.135
	กลุ่มควบคุม	2.92	.096		
สิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วมฟื้นฟูฯ					
สิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วมฟื้นฟูฯ	กลุ่มทดลอง	4.35	.060	1.07***	.085
	กลุ่มควบคุม	3.28	.060		

หมายเหตุ: * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01, *** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากตาราง 29 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายคู่ของความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท พฤติกรรมการมีส่วนร่วมฟื้นฟูฯ และสิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วมฟื้นฟูฯ จำแนกรายด้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในการทดสอบระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ในทุกด้าน ได้แก่

- 1) คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท ทั้ง 5 ด้าน พบว่า กลุ่มทดลองและควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ได้แก่ 1.1) รับรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท (กลุ่มทดลอง $M = 4.58$ กลุ่มควบคุม $M = 3.52$) ($d=1.05$, $SE=.129$) 1.2) โอกาสเสี่ยงและความรุนแรง (กลุ่มทดลอง $M = 4.58$ กลุ่มควบคุม $M = 3.81$) ($d = .780$, $SE = .118$) 1.3) ประโยชน์ของการรักษา และการฟื้นฟูฯ (กลุ่มทดลอง $M = 4.59$ กลุ่มควบคุม $M = 3.67$) ($d = .914$, $SE = .124$) 1.4) อุปสรรคที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท (กลุ่มทดลอง $M = 4.29$ กลุ่มควบคุม $M = 3.62$) ($d = .664$, $SE = .093$) 1.5) ความสามารถแห่งตน (กลุ่มทดลอง $M=4.28$ กลุ่มควบคุม $M = 3.31$) ($d = .970$, $SE = .093$)
- 2) คะแนนพฤติกรรมกรรมการมีส่วนร่วมฟื้นฟูฯ ทั้ง 4 ด้าน พบว่า กลุ่มทดลองและควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ได้แก่ 2.1) ตัดสินใจ (กลุ่มทดลอง $M = 4.24$ กลุ่มควบคุม $M = 2.91$) ($d = 1.33$, $SE = .102$) 2.2) ดำเนินงาน (กลุ่มทดลอง $M = 4.14$ กลุ่มควบคุม $M = 3.19$) ($d = .950$, $SE = .157$) 2.3) รับประโยชน์ (กลุ่มทดลอง $M = 4.45$

กลุ่มควบคุม $M = 3.41$) ($d = 1.04$, $SE. = .154$) 2.4) ติดตามประเมินผล (กลุ่มทดลอง $M = 4.44$ กลุ่มควบคุม $M = 2.92$) ($d = 1.52$, $SE. = .135$)

3) คะแนนสิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วมฟื้นฟู กลุ่มทดลอง ($M = 4.35$) มีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างจากกลุ่มควบคุม ($M = 3.28$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($d = 1.07$, $SE. = .085$)

แสดงให้เห็นว่า หลังจากที่ถูกทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ แล้ว กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนของตัวแปรความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการมีส่วนร่วมฟื้นฟู และสิ่งจูงใจ สูงกว่ากลุ่มควบคุม ในระยะติดตามผล 1 เดือน

3.3 วิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (Two-way MANOVA with repeated measurement)

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท พฤติกรรมการมีส่วนร่วมฟื้นฟู และสิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วมฟื้นฟู ระหว่างครั้งที่ทดสอบ และกลุ่มการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ดังตาราง 30

ตาราง 30 ผลการตรวจสอบ Variance-covariance matrices ก่อนวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำของตัวแปรตาม

Multivariate Test of Homoscedasticity	
Box's Test of Equality of Covariance Metrics	
Box's M	68.64
F	2.13
p	.000

จากการตรวจสอบ โดยใช้ Box's Test พบว่า ตัวแปรที่นำมาทดสอบมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แสดงว่าความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วมของตัวแปรตามในแต่ละกลุ่มแตกต่างกัน จึงเลือกใช้ Pillai's Trace แทนค่า Wilk's lambda

ตาราง 31 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปรสองทางแบบวัดซ้ำของตัวแปรตามโดยพิจารณาตามครั้งที่ทดสอบ และกลุ่มการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

แหล่งความแปรปรวน	Pillai's Trace	Hypothesis df	Error df	Multivariate F test	p-value	Partial Eta ²
Group (A)	.607	3	112	57.74***	.000	.607
Test (B)	.474	6	224	11.71***	.000	.237
Group x Test (A*B)	.539	6	226	13.89***	.000	.269

หมายเหตุ: * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01, *** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากตาราง 31 เมื่อพิจารณาปฏิสัมพันธ์ระหว่างครั้งที่ทดสอบ และกลุ่มทดลอง พบว่าความแตกต่างภายในกลุ่ม มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (Pillai's Trace = .539, $F = 13.89$, $p\text{-value} = .000$) ผลของกลุ่มการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ที่มีผลต่อตัวแปรความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท สิ่งงูใจและพฤติกรรมกรรมกรมีส่วนร่วมฯ รวมทั้งเปลี่ยนแปลงไปตามแต่ละครั้งของการทดสอบ ผู้วิจัยจึงทำการวิเคราะห์ ความแปรปรวนตัวแปรเดียวสองทางแบบวัดซ้ำ (Two-way repeated measurement ANOVA) แยกตามตัวแปรต่าง ๆ เพื่อแสดงให้เห็นอิทธิพลของครั้งที่ทดสอบและกลุ่มการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ที่มีต่อตัวแปรตามแต่ละตัว ต่อไป

ตาราง 32 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนตัวแปรเดียวสองทางแบบวัดซ้ำจำแนกรายตัวแปรตามครั้งที่ทดสอบ และกลุ่มการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ตัวแปร	SS	df	MS	F	p-value	Partial Eta ²
ความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท						
Between subject						
Group	7.55	1	7.55	86.36***	.000	.431
Error	9.96	114	.087			
Within subject						
Test	3.78	2	1.89	34.45***	.000	.476
Test x Group	3.91	2	1.95	35.67***	.000	.484
Error	4.17	76	.055			

ตาราง 32 (ต่อ)

ตัวแปร	SS	df	MS	F	p-value	Partial Eta ²
พฤติกรรมกรมการมีส่วนร่วมฯ						
Between subject						
Group	13.03	1	13.03	73.75***	.000	.393
Error	20.14	114	.177			
Within subject						
Test	10.16	1.67	6.08	33.33***	.000	.467
Test x Group	9.93	1.67	5.95	32.57***	.000	.462
Error	11.58	63.44	.183			
สิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วมฯ						
Between subject						
Group	10.35	1	10.35	103.41***	.000	.476
Error	11.41	114	.100			
Within subject						
Test	4.19	2	2.09	23.33***	.000	.380
Test x Group	9.22	2	4.61	51.38***	.000	.575
Error	6.82	76	.090			

หมายเหตุ: * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01, *** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากตาราง 32 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนตัวแปรเดียวสองทางแบบวัดซ้ำจำแนกรายตัวแปร โดยพิจารณาตามครั้งที่ทดสอบ พบว่า ปฏิสัมพันธ์ของครั้งที่ทดสอบกับกลุ่มการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ของความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F = 35.67, p\text{-value} = .000$) ซึ่งหมายความว่า คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท มีความแตกต่างกันไปตามการได้เข้าร่วมหรือไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ในระยะการทดสอบทั้ง 3 ครั้ง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล

สิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วมฟื้นฟู มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F = 51.38, p\text{-value} = .000$) ซึ่งหมายความว่า คะแนนสิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วมฟื้นฟู มีความแตกต่างกันไปตามการได้เข้าร่วมหรือไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ในระยะการทดสอบทั้ง 3 ครั้ง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล

พฤติกรรมกรรมมีส่วนร่วมฟื้นฟูฯ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F = 32.57, p\text{-value} = .000$) ซึ่งหมายความว่า คะแนนพฤติกรรมกรรมมีส่วนร่วมฟื้นฟูฯ มีความแตกต่างกันไปตามการได้เข้าร่วมหรือไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ในระยะการทดสอบทั้ง 3 ครั้ง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล

จากปฏิสัมพันธ์ของตัวแปรที่พบนี้ ผู้วิจัยจึงทำการทดสอบอิทธิพลย่อย (Simple Effect) เพื่อพิจารณาความแตกต่างของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท พฤติกรรมกรรมมีส่วนร่วมฟื้นฟูฯ และสิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วมฟื้นฟูฯ ในแต่ละระยะการทดสอบ จำแนกตามกลุ่มที่เข้าร่วมและไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ด้วยการเปรียบเทียบรายคู่ (Pairwise comparison) โดยวิธีของ LSD ดังตาราง 33

ตาราง 33 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท รายคู่ในแต่ละระยะการทดสอบ จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่ม	ระยะการทดสอบ	M	SD	Mean Different (d)	SE
เข้าร่วมโปรแกรมฯ (กลุ่มทดลอง)	ก่อนการทดลอง	3.64	.278	-.642***	.089
	หลังการทดลอง	4.27	.262		
	ก่อนการทดลอง	3.62	.279	-.835***	.089
	ติดตามผล	4.45	.309		
	หลังการทดลอง	4.27	.262	-.193*	.089
	ติดตามผล	4.45	.309		
ไม่เข้าร่วมโปรแกรมฯ (กลุ่มควบคุม)	ก่อนการทดลอง	3.61	.380	-.042	.097
	หลังการทดลอง	3.65	.284		
	ก่อนการทดลอง	3.61	.380	.028	.097
	ติดตามผล	3.58	.239		
	หลังการทดลอง	3.65	.284	.070	.097
	ติดตามผล	3.58	.239		

หมายเหตุ: * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01, *** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากตาราง 33 การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท รายคู่ในแต่ละระยะการทดสอบ จำแนกตามกลุ่มการเข้าร่วมหรือไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ โดยวิธีของ LSD พบว่า กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภทแตกต่างกันในทุกระยะการทดสอบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ .05 ดังนี้ 1) ก่อน

การทดลองและหลังทดลอง (ก่อนทดลอง $M = 3.64$, $SD. = .278$ หลังการทดลอง $M = 4.27$, $SD. = .262$) ($d = -.642$, $SE. = .089$) 2) ก่อนทดลองและระยะติดตามผล (ก่อนทดลอง $M = 3.64$, $SD. = .278$ ระยะติดตามผล $M = 4.45$, $SD. = .309$) ($d = -.835$, $SE. = .089$) และ 3) หลังทดลองและระยะติดตามผล (หลังทดลอง $M = 4.27$, $SD. = .262$ ระยะติดตามผล $M = 4.45$, $SD. = .309$) ($d = -.193$, $SE. = .089$)

กลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภทไม่แตกต่างกัน คือ 1) ก่อนทดลองและหลังทดลอง (ก่อนทดลอง $M = 3.61$, $SD. = .380$ หลังทดลอง $M = 3.65$, $SD. = .380$) ($d = -.042$, $SE. = .097$) 2) ก่อนทดลองและระยะติดตามผล (ก่อนทดลอง $M = 3.61$, $SD. = .380$ ระยะติดตามผล $M = 3.58$, $SD. = .239$) ($d = .028$, $SE. = .097$) และ 3) หลังทดลองและระยะติดตามผล (หลังทดลอง $M = 3.65$, $SD. = .329$ ระยะติดตามผล $M = 3.58$, $SD. = .239$) ($d = .070$, $SE. = .097$)

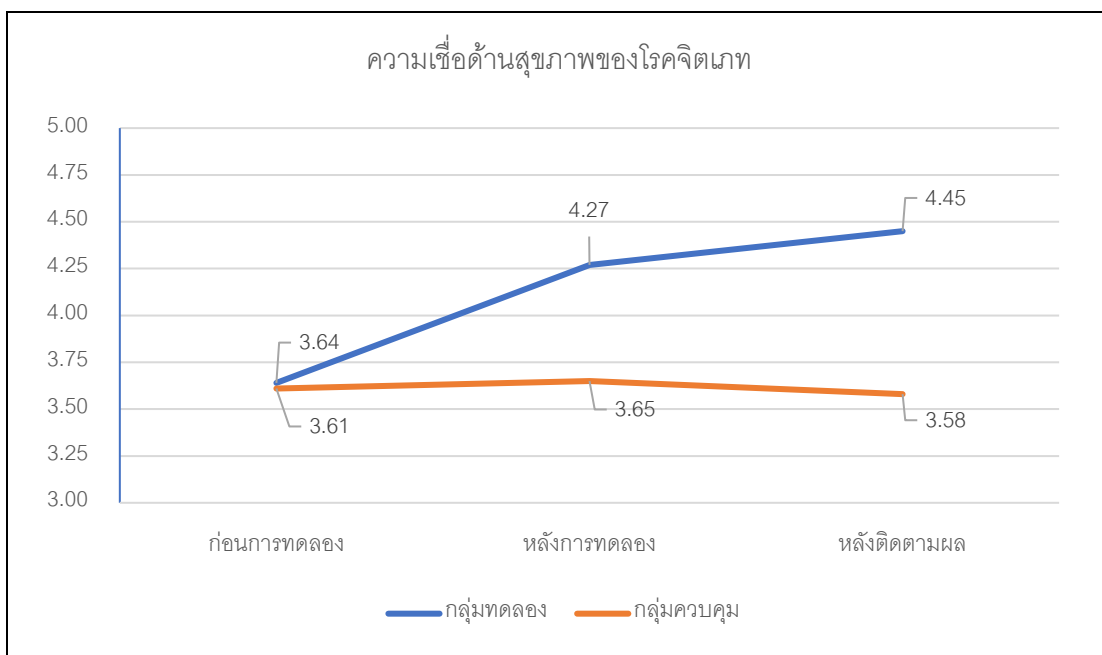
แสดงให้เห็นว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภทเพิ่มขึ้นอย่างมากในทุกๆ การทดสอบหลังการทดลอง แต่กลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท ในแต่ละครั้งของการทดสอบหลังการทดลองเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

ตาราง 34 แสดงค่านัยสำคัญการเปลี่ยนแปลงรูปร่างของกราฟคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท ในแต่ละระยะของการทดสอบ จำแนกตามการเข้าร่วมหรือไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ

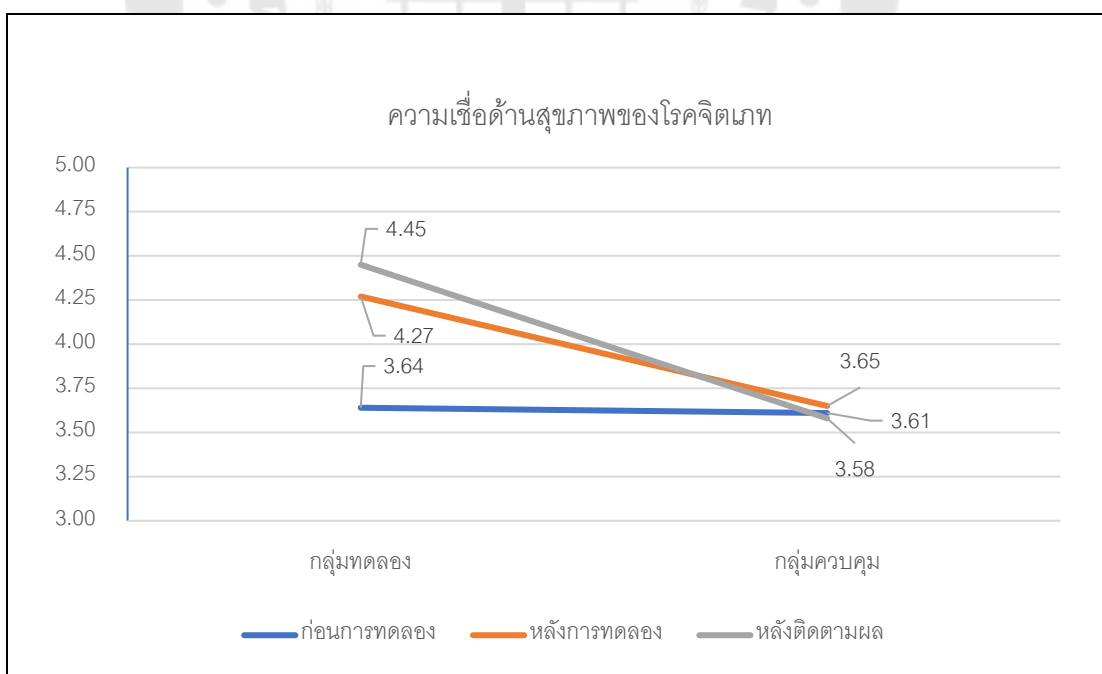
แหล่งความแปรปรวน		SS	df	MS	F	p-value
ระยะการทดสอบ x	Linear	3.72	1	3.72	56.05***	.000
การเข้าร่วมโปรแกรมฯ	Quadratic	.188	1	.188	4.34*	.044
Error	Linear	2.52	38	.066		
(ระยะการทดสอบ)	Quadratic	1.64	38	.043		

หมายเหตุ: * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01, *** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากตาราง 34 พบว่าการเปลี่ยนแปลงรูปร่างของกราฟคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท ในแต่ละระยะทดสอบมีนัยสำคัญ ทั้งในรูปแบบของ Linear ($F = 56.05$, $p\text{-value} = .000$) และ Quadratic ($F = 4.34$, $p\text{-value} = .044$) ซึ่งค่า F ของกราฟในรูปแบบ Linear มีค่ามากกว่าสอดคล้องกับลักษณะของกราฟที่มีรูปแบบใกล้เคียงกับกราฟเส้นตรง Linear ดังภาพประกอบ 14 และ 15



ภาพประกอบ 14 กราฟเส้นแสดงคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท
ในแต่ละระยะการทดสอบจำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม



ภาพประกอบ 15 กราฟเส้นแสดงคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท
เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามครั้งการทดสอบ

ตาราง 35 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของคะแนนสิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วมฟื้นฟู รายคู่ในแต่ละระยะการทดสอบ จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่ม	ระยะการทดสอบ	M	SD	Mean Different (d)	SE
เข้าร่วมโปรแกรมฯ (กลุ่มทดลอง)	ก่อนการทดลอง	3.31	.425	-.912***	.112
	หลังการทดลอง	4.22	.342		
	ก่อนการทดลอง	3.31	.425	-1.04***	.112
	ติดตามผล	4.35	.290		
	หลังการทดลอง	4.22	.342	-.129	.112
	ติดตามผล	4.35	.290		
ไม่เข้าร่วมโปรแกรมฯ (กลุ่มควบคุม)	ก่อนการทดลอง	3.50	.264	.145	.085
	หลังการทดลอง	3.35	.297		
	ก่อนการทดลอง	3.50	.264	.225*	.085
	ติดตามผล	3.28	.248		
	หลังการทดลอง	3.35	.297	.079	.085
	ติดตามผล	3.28	.248		

หมายเหตุ: * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01, *** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

จากตาราง 35 การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของคะแนนสิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วมฟื้นฟู รายคู่ในแต่ละระยะการทดสอบ จำแนกตามกลุ่มการเข้าร่วมหรือไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ โดยวิธีของ LSD พบว่า กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนสิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วมฟื้นฟู แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังนี้ 1) ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (ก่อนทดลอง $M = 3.31$, $SD = .425$ หลังทดลอง $M = 4.22$, $SD = .342$) ($d = -.912$, $SE = .112$) 2) ก่อนทดลองและติดตามผล (ก่อนทดลอง $M = 3.31$, $SD = .425$ ติดตามผล $M = 4.35$, $SD = .290$) ($d = -1.04$, $SE = .112$) แต่ หลังทดลอง ($M = 4.22$, $SD = .342$) และระยะติดตามผล ($M = 4.35$, $SD = .290$) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($d = -.129$, $SE = .112$)

กลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนสิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วมฟื้นฟู แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($d = .225$, $SE = .085$) คือ ก่อนการทดลอง ($M = 3.50$, $SD = .264$) ติดตามผล ($M = 3.28$, $SD = .248$) ทั้งนี้ การทดสอบก่อนการทดลอง ($M = 3.50$, $SD = .264$) กับหลังทดลอง ($M = 3.35$, $SD = .297$) และ หลังทดลอง ($M = 3.35$, $SD = .297$) กับ ติดตามผล ($M = 3.28$, $SD = .248$) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($d = .146$, $SE = .085$) ($d = .079$, $SE = .085$)

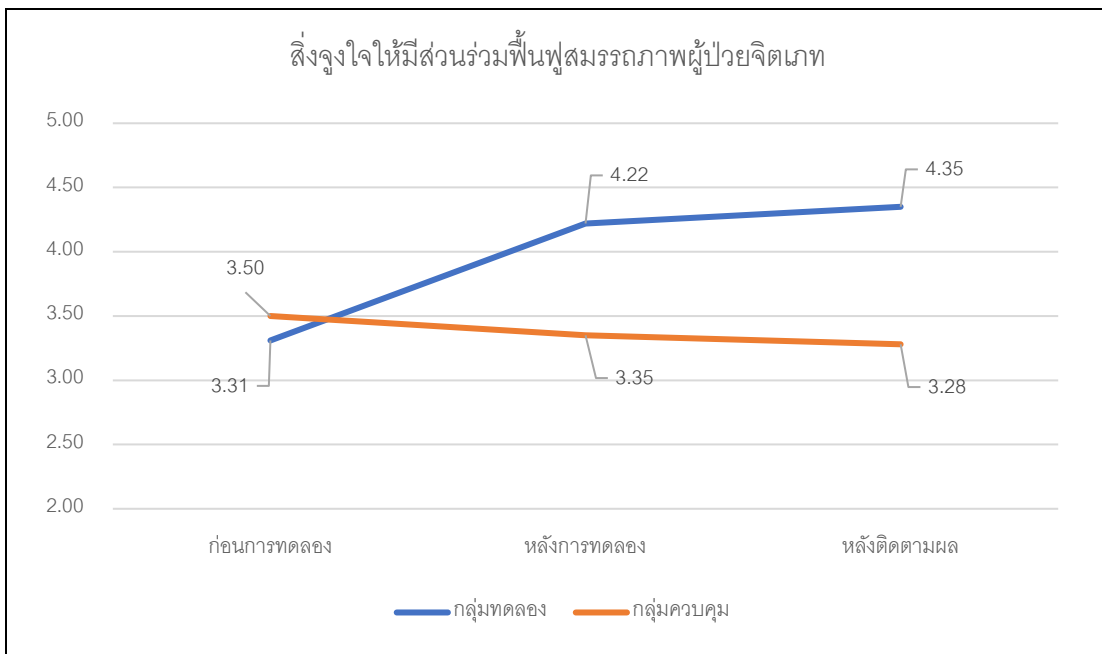
แสดงให้เห็นว่า กลุ่มเข้าร่วมโปรแกรมฯ คะแนนสิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วมฟื้นฟูเพิ่มขึ้นอย่างมากในทุกๆ การทดสอบหลังการทดลอง แต่กลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนสิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วมฟื้นฟูในแต่ละครั้งของการทดสอบหลังการทดลองเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

ตาราง 36 แสดงค่าที่สำคัญการเปลี่ยนแปลงรูปร่างของกราฟคะแนนเฉลี่ยสิ่งจูงใจ ในแต่ละระยะการทดสอบ จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

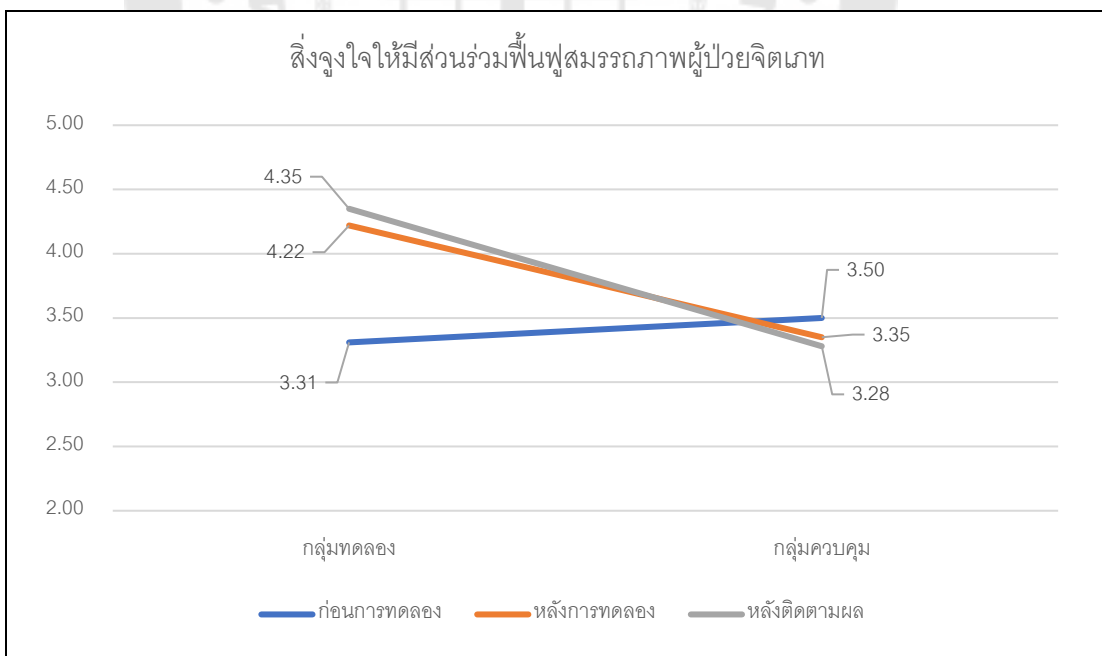
แหล่งความแปรปรวน		SS	df	MS	F	p-value
ระยะการทดสอบ x	Linear	8.02	1	8.02	85.97***	.000
การเข้าร่วมโปรแกรมฯ	Quadratic	1.20	1	1.20	13.96**	.001
Error	Linear	3.54	38	.093		
(ระยะการทดสอบ)	Quadratic	3.27	38	.086		

หมายเหตุ: * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01, *** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากตาราง 36 พบว่าการเปลี่ยนแปลงรูปร่างของกราฟคะแนนเฉลี่ยสิ่งจูงใจในแต่ละระยะทดสอบมีนัยสำคัญ ทั้งในรูปแบบของ Linear ($F = 85.97$, $p\text{-value} = .000$) และ Quadratic ($F = 13.96$, $p\text{-value} = .001$) ซึ่งค่า F ของกราฟในรูปแบบ Linear มีค่ามากกว่า สอดคล้องกับลักษณะของกราฟที่แม้ว่าจะมีรูปแบบใกล้เคียงกับกราฟเส้นตรง Linear ดังภาพประกอบ 16 และ 17



ภาพประกอบ 16 กราฟเส้นแสดงคะแนนสิ่งจูงใจในแต่ละระยะการทดสอบ จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม



ภาพประกอบ 17 กราฟเส้นแสดงคะแนนสิ่งจูงใจเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม จำแนกตามครั้งการทดสอบ

ตาราง 37 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมที่มีส่วนร่วมฟื้นฟูฯ รายคู่ในแต่ละระยะการทดสอบ จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่ม	ระยะการทดสอบ	M	SD	Mean Different (d)	SE
เข้าร่วมโปรแกรมฯ (กลุ่มทดลอง)	ก่อนการทดลอง	2.99	.599	-1.09***	.150
	หลังการทดลอง	4.08	.463		
	ก่อนการทดลอง	2.99	.599	-1.32***	.150
	ติดตามผล	4.31	.326		
	หลังการทดลอง	4.08	.463	-.237	.150
	ติดตามผล	4.31	.326		
ไม่เข้าร่วมโปรแกรมฯ (กลุ่มควบคุม)	ก่อนการทดลอง	3.12	.332	-.052	.112
	หลังการทดลอง	3.17	.385		
	ก่อนการทดลอง	3.12	.332	.017	.112
	ติดตามผล	3.10	.349		
	หลังการทดลอง	3.17	.385	.070	.112
	ติดตามผล	3.10	.349		

หมายเหตุ: * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01, *** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากตาราง 37 การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมฟื้นฟูฯ รายคู่ในแต่ละระยะการทดสอบ จำแนกตามกลุ่มการเข้าร่วมหรือไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ โดยวิธีของ LSD พบว่า กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนพฤติกรรมที่มีส่วนร่วมฟื้นฟูฯ มีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังนี้ 1) ก่อนการทดลองและหลังทดลอง (ก่อนทดลอง $M = 2.99$, $SD. = .599$ หลังการทดลอง $M = 4.08$, $SD. = .463$) ($d = -1.09$, $SE. = .150$) 2) ก่อนการทดลองและระยะติดตามผล (ก่อนทดลอง $M = 2.99$, $SD. = .599$ ระยะติดตามผล $M = 4.31$, $SD. = .326$) ($d = -1.32$, $SE. = .150$) และ 3) แต่การทดสอบหลังการทดลอง ($M = 4.08$, $SD. = .463$) และระยะติดตามผล ($M = 4.31$, $SD. = .326$) มีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($d = -.237$, $SE. = .150$)

กลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนพฤติกรรมฟื้นฟูฯ ไม่แตกต่างกัน คือ 1) ก่อนการทดลอง ($M = 3.12$, $SD. = .332$) และหลังการทดลอง ($M = 3.17$, $SD. = .385$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($d = -.052$, $SE. = .112$) 2) ก่อนการทดลอง ($M = 3.12$, $SD. = .332$) และระยะติดตามผล ($M = 3.10$, $SD. = .349$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($d = .017$, $SE. = .112$) และ

3) หลังการทดลอง ($M = 3.17, SD. = .385$) และ ติดตามผล ($M = 3.10, SD. = .349$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($d = .070, SE. = .112$)

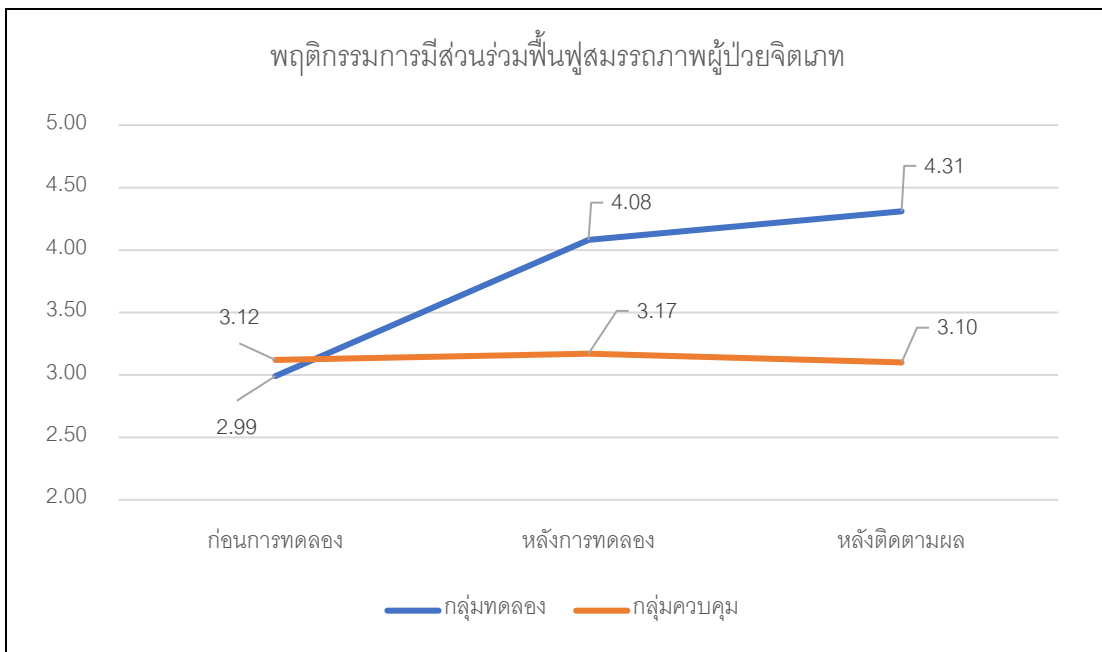
แสดงให้เห็นว่า กลุ่มผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ คะแนนพฤติกรรมพื้นฐานเพิ่มขึ้นอย่างมากในทุกๆ ระยะเวลาทดสอบหลังการทดลอง แต่กลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนพฤติกรรมที่มีส่วนร่วมพื้นฐานในแต่ละครั้งของการทดสอบหลังการทดลองเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

ตาราง 38 แสดงค่านัยสำคัญการเปลี่ยนแปลงรูปร่างของกราฟคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมพื้นฐานในแต่ละระยะเวลาทดสอบ จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

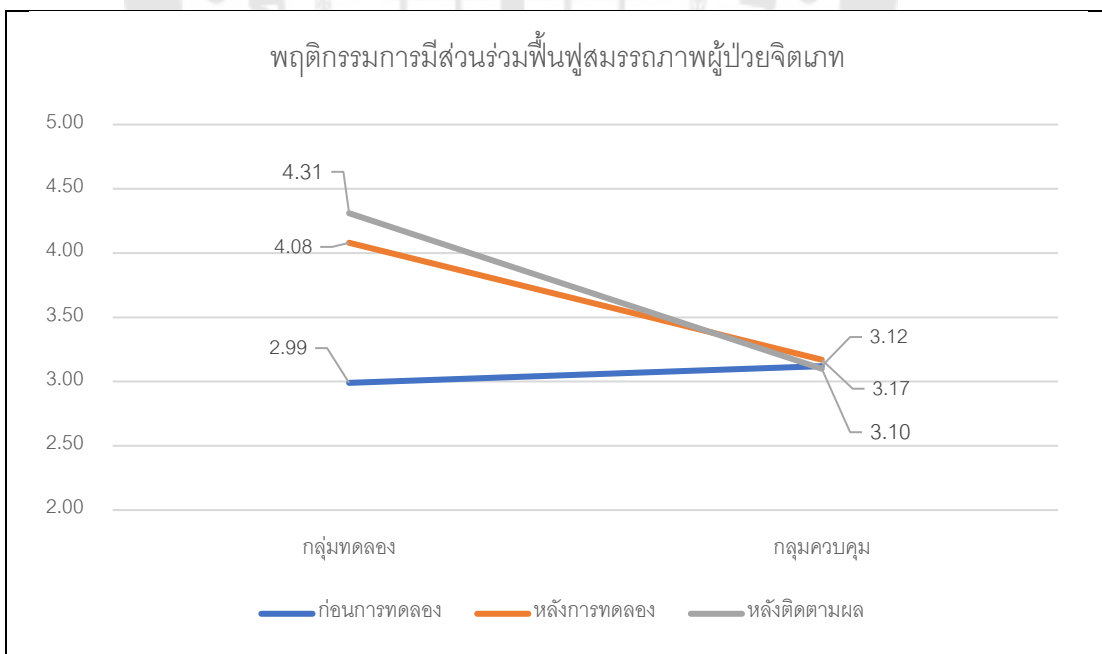
แหล่งความแปรปรวน		SS	df	MS	F	p-value
ระยะเวลาทดสอบ x	Linear	9.04	1	9.04	52.68***	.000
การเข้าร่วมโปรแกรมฯ	Quadratic	.888	1	.888	6.66**	.014
Error	Linear	6.52	38	.172		
(ระยะเวลาทดสอบ)	Quadratic	5.06	38	.133		

หมายเหตุ: * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01, *** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากตาราง 38 พบว่าการเปลี่ยนแปลงรูปร่างของกราฟคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมพื้นฐานแต่ละระยะทดสอบมีนัยสำคัญ ทั้งในรูปแบบของ Linear ($F = 52.68, p\text{-value} = .000$) และ Quadratic ($F = 6.66, p\text{-value} = .014$) ซึ่งค่า F ของกราฟในรูปแบบ Linear มีค่ามากกว่า สอดคล้องกับลักษณะของกราฟที่แม้ว่าจะมีรูปแบบใกล้เคียงกับกราฟเส้นตรง Linear ดังภาพประกอบ 18 และ 19



ภาพประกอบ 18 กราฟเส้นแสดงคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมฟื้นฟูฯ แต่ละระยะการทดสอบ จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม



ภาพประกอบ 19 กราฟเส้นแสดงคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมฟื้นฟูฯ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม จำแนกตามครั้งการทดสอบ

3.4 ผลการประเมินช่วงหลังการทดลอง นอกเหนือจากสมมติฐาน

การประเมินช่วงหลังการทดลองเป็นการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเพิ่มเติม เพื่อค้นหาคำอธิบายเชิงลึกมาสนับสนุนผลการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมฯ ที่มีต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของ อสม. หลังการทดลองโดยผู้วิจัยได้ใช้การอภิปรายกลุ่ม (Focus Group Discussion) กับ อสม. ซึ่งเป็นผู้เข้าร่วมกิจกรรมในกลุ่มทดลองที่สมัครใจให้ข้อมูล จำนวน 20 คน พร้อมทั้งสะท้อนข้อมูลที่ได้ โดยสามารถสรุปประเด็นที่เกี่ยวข้องได้ ดังต่อไปนี้

1. ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า โปรแกรมฯ เน้นให้ทำงานเชิงรุก ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการ สร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วม เกิดการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน และเกิดทีมงาน มีการค้นหาต้นทุนที่ดีของชุมชนมาสนับสนุนการทำงาน และสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้ที่ได้เรียนรู้ในโปรแกรมฯ ดังคำกล่าวสนับสนุน ดังนี้

1) เป็นโปรแกรมฯที่เน้นการทำงานเชิงรุก ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการ

“...เป็นโปรแกรมที่ทำงานเชิงรุกได้เป็นอย่างดี ครอบคลุมเนื้อหา ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของชุมชนอย่างแท้จริง สามารถนำไปปฏิบัติได้ สามารถแก้ไขปัญหาได้ในหลาย ๆ ด้าน” (อสม.นา)

“...เป็นโปรแกรมที่เริ่มต้นด้วยให้สมาชิกในพื้นที่ได้เห็นถึงปัญหาของพื้นที่ตนเอง และมีความเห็นพ้องต้องการในปัญหา” (อสม.ตา)

“...ตัวโปรแกรมยังมีกิจกรรม ขั้นตอนที่ยังทำให้สมาชิกได้บอกถึงความต้องการของสมาชิกเอง ว่าต้องการได้รับความรู้อะไรบ้าง โดยที่มีผู้จัดจะนำไปให้เพียงอย่างเดียว” (อสม.วรรณ)

“...จริง ๆ พี่ก็รับรู้ปัญหาสถานการณ์ของชุมชนมานานแล้ว แต่ไม่มีใครมาชวนตั้งคำถามชวนกันมอง อย่างวันนี้ เราารู้ดีว่าปัญหาเหล่านี้ กลายเป็นปัญหาสุขภาพจิตได้ เช่น ปัญหายาเสพติดในพื้นที่มีการใช้ยาเสพติดในบ้านทั้งครอบครัว ปัญหาการลักขโมย” (อสม.บี)

“...การมีผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นทั้งกรรมพันธุ์ และพวกนี้ปัญหาคือไม่มีงานทำ ขาดการมีส่วนร่วมกับชุมชน เพราะไม่มีใครจะให้ความช่วยเหลือ บางครั้งเขาก็มีอาการขึ้นมา ญาติเองก็ไม่ค่อยได้ใส่ใจ” (อสม.ดี)

“...จะเห็นว่าชุมชนเอง ก็ปล่อยประหลาดเลย ไม่ยอมรับ เพราะหลายคนเค้าหวาดกลัวต่อผู้ป่วยทางจิต ซึ่งตัวเองก็รู้สึกกลัวเหมือนกัน ไม่กล้าเข้าไปคนเดียว ทำให้คนป่วยเข้าไม่ถึงบริการการรักษาการดูแล” (อสม.เขียว)

“...ฉันคิดว่า อสม.เองก็ขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยทางจิต เพราะไม่เคยได้ความรู้ทางสุขภาพจิตมาก่อน ฉันอยากทำเพื่อชุมชน แต่คิดว่าการทำงานคนเดียวมันโดดเดี่ยวเกินไป อยากได้ทีมการทำงาน การพูดคุยสื่อสารกับครอบครัว และผู้ป่วยทางจิต” (อสม.ส้ม)

“...การเจรจากับผู้ป่วยและญาติ อยากได้ทักษะพูดคุยให้คำปรึกษาทางด้านสุขภาพจิต อยากให้มีทีมคัดกรองเฝ้าระวัง สร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้จ้างงานให้กับผู้ป่วยทางจิต อยากมีความรู้ความเข้าใจในด้านจิตเวช” (อสม.จำ)

“...อยากได้การฝึกปฏิบัติวิธีการเข้าไปดูแล ให้คำแนะนำ ให้ความรู้แก่ญาติผู้ดูแลผู้ติดยา อยากมีทีมฟื้นฟูอาชีพส่งเสริมคนดีสู่สังคม ให้ผู้ป่วยมีงานทำ” (อสม.เขียว)

“...อยากให้มีกลุ่มดูแลกันเองในหมู่บ้าน คอยให้ความช่วยเหลือทางด้านจิตใจเป็นที่ปรึกษาพึ่งพากันเองได้ และมีกิจกรรมทางสังคมในชุมชนโดยให้ผู้ป่วยทางจิตและครอบครัวได้มีโอกาสเข้าร่วม เช่น การแข่งขันกีฬาต้านยาเสพติด และกิจกรรมทักษะอาชีพโดยบูรณาการเข้ากับกลุ่มต่าง ๆ ของหมู่บ้าน อยากให้มีบัดดี้ใจด้านสุขภาพจิตที่จะคอยเป็นเพื่อนใจให้กับผู้ป่วยได้มีโอกาสพูดคุยระบายความรู้สึก และให้ความช่วยเหลือ ให้การดูแลใกล้ชิดเพื่อป้องกันอาการกลับมาเป็นซ้ำ” (อสม.นา)

2) สร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันในทุกขั้นตอน

“...การได้เรียนรู้การทำงานเป็นทีม อสม.ในพื้นที่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แนวคิดทัศนคติ ของสมาชิกในทีม โดยการปรับเปลี่ยนกันตามธรรมชาติ จากผู้ร่วมทีมด้วยตนเอง” (อสม.วรรณ)

“...ที่ผ่านมามีคนต่างเห็นปัญหา แต่ไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วม การมารวมกลุ่มกันเพื่อเห็นปัญหาที่ชัดมากขึ้น และพร้อมใจกันในการแก้ไข” (อสม.แดง)

“...เป็นโปรแกรมที่ทำให้สมาชิกกล้าพูด และแสดงความคิดเห็นต่าง ๆ จากสมาชิก เป็นกันเองทุกคน ไม่ได้มีการปิดกั้น และทำให้สมาชิกได้เรียนรู้การทำงานเป็นทีม การทำงานแบบ มีอาชีพด้วยการดูแลผู้ป่วยจิตเวช” (อสม.ใจ)

“...การได้เข้าร่วมกิจกรรม ได้เห็นว่าทุกภาคส่วนให้ความสำคัญที่จะดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตในพื้นที่ องค์ประกอบสำคัญคือ ผู้นำชุมชน อสม. ผู้ป่วย ญาติ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข” (อสม.จำ)

“...อสม. ได้มีส่วนร่วมในทุก ๆ กระบวนการ โดยเริ่มจากความเข้าใจในบริบทของชุมชน การวิเคราะห์ชุมชน เห็นภาพรวมของชุมชนผ่านการสะท้อนปัญหาจากทุก ๆ คนที่ได้มีส่วนร่วมในการคิด วิเคราะห์” (อสม.เขียว)

3) การค้นหาต้นทุนที่ดีของชุมชนมาสนับสนุนการทำงาน

“...อสม.ได้ร่วมกันการวิเคราะห์ต้นทุนที่ดีของชุมชน เพื่อให้เกิดภาพความคิดทางบวก ที่จะนำต้นทุนมาเป็นกำลังใจในการแก้ไขปัญหา” (อสม.ดี)

“...ชุมชนบ้านเราโชคดีที่มีผู้นำที่เข้มแข็งในทุกภาคส่วน ดูอย่างกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน หมออนามัย จะคอยเป็นที่ปรึกษา มีความพร้อมให้ความช่วยเหลือ” (อสม.แดง)

“...ชุมชนมีความร่วมมือ มีความสามัคคี ดูได้จากการที่เรามีการรวมกลุ่มต่าง ๆ เช่น กลุ่มออมทรัพย์ กลุ่มปุ๋ย กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มชุดรักษาความปลอดภัยหมู่บ้าน มีทรัพยากรในชุมชน เช่น มีป่าชุมชน” (อสม.เอ)

“...จริง ๆ เราก็มี อสม. และเจ้าหน้าที่ มีความพร้อมในการให้ความช่วยเหลือด้วยนะ” (อสม.จำ)

“...จากการวิเคราะห์ปัญหาชุมชนและต้นทุนที่ดีงาม ส่งผลให้ อสม. สามารถนำฐานปัญหาและต้นทุนที่ดีเข้ามาเรียนรู้ และเปิดใจถึงสิ่งที่ยากจะทำเพื่อชุมชนของตนเอง” (อสม.ภา)

“...ฉันอยากทำเพื่อชุมชน แต่คิดว่าการทำงานคนเดียวมันโดดเดี่ยวเกินไป อยากได้ทีมการทำงาน การพูดคุยสื่อสารกับครอบครัว และผู้ป่วยทางจิต” (อสม.บี) ดังภาพประกอบ 20



ภาพประกอบ 20 ภาพสะท้อนปัญหาของชุมชน และความต้องการที่จะเห็นการเปลี่ยนแปลง

4) สร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้ที่ได้เรียนรู้ในโปรแกรมฯ

“...อสม.มีความมั่นใจเมื่อได้รับความรู้ ความเชื่อในโรคจิตเภท และพัฒนาทักษะ การฝึกปฏิบัติแก่ผู้เข้าอบรม” (อสม.หลายคน)

2. ความรู้สึกที่มีต่อกิจกรรมต่าง ๆ ในโปรแกรมฯ พบว่า อสม. มีทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ที่เจ็บป่วยทางจิต เปลี่ยนจากความกลัวเป็นความเข้าใจ เห็นใจ ไม่รังเกียจ สร้างโอกาสให้เกิดการรวมกลุ่ม การทำงานเป็นทีมที่มีเป้าหมายร่วม เกิดการออกแบบกิจกรรมเพื่อการเรียนรู้ และฝึกปฏิบัติได้ ส่งผลดีต่อผู้ป่วยจิตเภท ครอบครัว และชุมชนเกิดเป็นความภาคภูมิใจของ อสม.

1) ความรู้สึกประทับใจต่อเนื้อหา กระบวนการของโปรแกรมฯ ที่สร้างความเข้าใจต่อผู้ป่วยจิตเภทผ่านกระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรม และได้ฝึกปฏิบัติ ลงมือทำด้วยตนเอง จนเกิดทักษะที่ดี ดังคำกล่าวสนับสนุน ดังนี้

“...จากการได้เข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการฟื้นฟูในชุมชน ทำให้เข้าใจต่อผู้ป่วยทางจิตในชุมชนมากขึ้น ไม่ได้รู้สึกรังเกียจหรือหวาดกลัวต่อการเข้าไปช่วยเหลือ จากเดิมที่เคยกลัว จากความไม่เข้าใจในโรคที่เขาเป็น การได้รับความรู้ ทักษะการพูดคุย” (อสม.จ)

“...การได้อบรมจากโปรแกรมฯ นี้ ทำให้ อสม. มีความเข้าใจในความเป็นคนป่วยทางจิตได้อย่างครอบคลุม ทั้งความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพของโรค การดูแลให้เข้าถึงการรักษา การฟื้นฟู เยียวยา และการพัฒนาทักษะทางสังคม อาชีพ ความเป็นคุณค่าของความเป็นคน” (อสม.ศักดิ์)

“...โปรแกรมที่เริ่มต้นด้วยให้สมาชิกได้ค้นหาปัญหาของพื้นที่ตนเอง และมีความเห็นที่ตรงกันต่อความต้องการที่จะแก้ปัญหา ที่ผ่านมามีคนต่างเห็นปัญหา แต่ไม่มีโอกาสมารวมกลุ่ม

ด้วยเหมือนกันในครั้งนี ทำให้เห็นปัญหาชัดเจนมากยิ่งขึ้น และพร้อมใจกันที่จะแก้ไข เนื้อหาของโปรแกรมฯ ยังมีกิจกรรม ขั้นตอนที่ทำให้สมาชิกได้บอกถึงความต้องการของสมาชิกเอง ว่าต้องการได้รับความรู้อะไรบ้าง โดยที่มีผู้จัดจะนำไปให้เพียงอย่างเดียว” (อสม.แดง)

“...เป็นกิจกรรมที่มีประโยชน์และนำไปใช้ได้จริง เข้าใจตัวเอง และสิ่งที่ตนเองปฏิบัติต่อผู้ป่วยทางจิต ครอบครัว ผู้ดูแลเพิ่มมากขึ้น เข้าใจพฤติกรรมผู้ป่วยทางจิตมากขึ้น และยังทราบถึงที่มา ความเชื่อทางด้านสุขภาพของโรคจิตเภทอย่างถูกต้อง และเข้าใจถึงพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยทางจิตที่ไม่เหมาะสม เช่น การขาดยา ทานยาจิตเวชไม่สม่ำเสมอ ความเครียด การไม่มีงานทำ หรือไม่มีกิจกรรมทำ ขาดโอกาสการเข้าสังคม” (อสม.ภา)

“...เข้าใจการเจ็บป่วย ประโยชน์ของการรักษา พี่นพผู้ป่วยทางจิตเลย” (อสม.นา)

“...กิจกรรมการเยี่ยมบ้านกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่ต่อเนื่อง (การคัดกรองกลุ่มป่วย กลุ่มเสี่ยง กลุ่มปกติ) เพื่อให้ผู้ป่วยเป็นสีเขียวให้นานที่สุด เพื่อสร้างความปลอดภัยและความยั่งยืนให้กับชุมชน” (อสม.วี)

“...กิจกรรมการเฝ้าระวังผู้ป่วยเสี่ยง (เฝ้าระวังผู้ป่วยสีเหลือง ไม่ให้เป็นสีแดง) เป็นการช่วยเหลือ แก้ไขปัญหาต่าง ๆ เบื้องต้นกันเองในชุมชน สร้างความร่วมมือได้ในระดับชุมชน” (อสม.วี)

“...กิจกรรมปฏิบัติการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน (จัดการผู้ป่วยสีแดงเพื่อส่งรักษา) ทำให้ชุมชนมีความปลอดภัยมากขึ้น เป็นการเฝ้าระวังการก่อเหตุอื่น ๆ ได้อีกด้วย เมื่อชุมชนเข้มแข็ง และเอาจริงเอาจัง” (อสม.วี)

“...กิจกรรมการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวช (ฟื้นฟูผู้ป่วยสีเขียว) จัดกลุ่มเสริมสร้างรายได้ เป็นการฟื้นฟู สร้างทักษะให้ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน สามารถสร้างรายได้ให้ครอบครัวได้” (อสม.วี)

“...ได้แนวทางการเข้าหาอย่างถูกวิธี และรู้จักผู้ป่วยมากขึ้นกว่าเดิม” (อสม.จันทร์)

“...การได้รับความรู้จากการอบรมครั้งนี้จะนำไปใช้กับผู้ป่วยได้ถูกวิธี” (อสม.ศักดิ์)

“...การได้อบรมทำให้เกิดความมั่นใจที่จะเข้าไปช่วยเหลือดูแลและฟื้นฟูดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน” (อสม.บี)

“...ได้นำประสบการณ์จากการลงฝึกปฏิบัติการเยี่ยมบ้าน การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ “การเยี่ยมบ้าน ทำให้สามารถวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยได้ มีความเข้าใจในแบบประเมินอาการทางจิตที่ได้เรียนรู้ ซึ่งผู้ป่วยแต่ละราย ไม่เหมือนกัน บางรายขาดความมั่นใจในตนเอง และไม่มั่นใจในการใช้ชีวิต มีความต้องการที่จะหยุดใช้สารเสพติด แต่ยังไม่สำเร็จ บางรายมีอาการหวาดกลัว ไม่ชอบเสียงดัง บางรายสามารถทำงานได้ ทานยาต่อเนื่อง บางรายมีอาการหลงลืม สูงอายุ แต่อารมณ์ดี บางรายอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่สะอาด นอกจากนี้ยังพบปัญหาที่เกิดจากผู้ดูแล บางรายมีผู้ดูแลคนเดียว จัดยาไม่ถูกต้อง บางรายครอบครัวไม่เข้าใจ สื่อสารทางลบ ขาดการชื่นชม ให้กำลังใจ ผู้ดูแลแบกภาระตามลำพัง รู้สึกเหนื่อยล้าจากการดูแลจากความหลากหลายปัญหาทำให้มีความเข้าใจ และพร้อมที่จะกลับมาวางแผนการเยี่ยมในครั้งต่อไป เพื่อให้ปัญหาที่เจอ ค่อยลดทอนลงไป” (อสม.นา) ดังภาพประกอบ 21

ประสบการณ์การฝึกปฏิบัติการเยี่ยมบ้าน ฟื้นฟูดูแลต่อเนื่องในชุมชน
วันที่ 27 พฤษภาคม 2565

<p style="text-align: center;">ปัญหาของเคส</p> <p>A: ขาดความมั่นใจ ยังคงใช้สารยังเล็กไม่สำเร็จ ไม่มีรายได้</p> <p>B: หวาดระแวงจากเสียงดัง อยู่คนเดียว มีการใช้สุราบ้าง</p> <p>C: หลงลืม สูงอายุ แต่อารมณ์ดี สนุกสนาน สิ่งแวดล้อมไม่เรียบร้อย</p> <p>D: ผู้ป่วยกินยาเกินขนาด ผู้ดูแลจัดยาไม่ถูกวิธี การบริหารยาเกิดความสับสนต่อผู้ป่วย ผู้ป่วยมีการดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมาก -สมาชิกบางคนในครอบครัวไม่เข้าใจ ใช้การสื่อสารทางลบ ขาดการชื่นชมให้กำลังใจ</p> <p>-ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล แบกภาระเพียงลำพัง</p>	<p style="text-align: center;">สภาพครอบครัว/ชุมชน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ญาติเอาใจใส่ดี - เข้าสังคมได้ - พาแม่ไปทำกิจกรรมนอกบ้านได้ - พุดจาดี - ดื้อรับ สัมพันธภาพที่ดี - มีครอบครัวดูแล เอาใจใส่ - แม่เป็นผู้ดูแลหลัก ช่วยงานครอบครัวได้ดี พี่สาวชอบใช้คำพูดขู่ ทำให้กลัว,กลัว - พบปัญหาครอบครัว เช่น การสื่อสารในบ้าน การใช้คำพูดทางลบ - ผู้ดูแลเหนื่อยล้า ต้องให้กำลังใจ ผ่อนคลายความตึงเครียด - ผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจในโรคที่เป็น 	<p style="text-align: center;">ทักษะที่ใช้</p> <ul style="list-style-type: none"> - สอบถามทั่วไป เพื่อสร้างสัมพันธภาพ - ความเป็นอยู่ การกิน การใช้ชีวิตในบ้าน การทำงาน ให้กำลังใจ ให้คำแนะนำในปัญหาที่พบ - การพูดคุยจะทำให้ผู้ป่วย อารมณ์ดี เช่น สร้างความเป็นกันเอง มีอารมณ์ขัน เข้าใจผู้ป่วย เข้าใจข้อจำกัด ไม่รีบร้อน ค่อยเป็นค่อยไป - พูดคุยอ่อนโยน ลดความตึงเครียด - แนะนำการทำงาน อาชีพเสริมในครั้งต่อไป - ชื่นชมในการกระทำดีของผู้ป่วย เช่น การทำงาน ช่วยเหลือครอบครัว การทานยาเองได้ - ให้การสัมผัส/ ไร้กังวล ใช้ภาษาทักทาย - การสังเกต สิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตราย เช่น มีด พร้า จากการทำงาน ในชีวิตประจำวัน ควรเก็บ - สังเกตความสัมพันธในบ้าน ความรู้สึกต่างๆ - การมีของเยี่ยมเล็กๆน้อยๆติดมือไปบ้าง 	<p style="text-align: center;">การวางแผน พัฒนาต่อยอด</p> <ul style="list-style-type: none"> - สร้างรายได้ สนับสนุนการทำงาน - วางแผนการงานอาชีพเสริมในครั้งต่อไป - การสร้างกำลังใจให้ผู้ป่วยหยุดใช้สารเสพติด ติดตามอย่างต่อเนื่อง - สอบถามความชอบ ความถนัดของผู้ป่วยในการทำงาน - เยี่ยมผู้ป่วยบ่อยๆ ฟื้นฟู หากิจกรรมทำให้มากขึ้น จะดีไม่เครียด - พัฒนารับสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วย พัฒนาการดูแลกิจวัตรประจำวัน ความสะอาดของเสื้อผ้า ร่างกาย - หมั่นเขียนเข้าไปดูเรื่องยา - ชวนเข้าสังคมให้มากขึ้น - แก้ไขการทำงาน เนื่องจากอุปสรรคต่างๆ ขาดการพบแพทย์ 2 ปี จะพาไปพบแพทย์สักครั้ง - แนะนำการสื่อสารของครอบครัว ให้มีอ่อนโยน ให้กำลังใจ ชื่นชม - ทำงานบ้านได้ ควรเก็บอุปกรณ์ให้เรียบร้อย - วางแผนอาชีพเสริมได้ แต่ควรเน้นเรื่องการดูแลเรื้อรังก่อน - สร้างบัดดี้ใจ ในการดูแล เป็นกำลังใจ ให้คำแนะนำ เป็นที่ปรึกษาให้กับครอบครัวผู้ป่วย
--	--	---	---

ภาพประกอบ 21 ประสบการณ์การนำความรู้สู่การฝึกปฏิบัติ

2) ความประทับใจต่อโปรแกรมฯ ที่ช่วยให้เกิดการดำเนินงานเป็นทีมที่มีเป้าหมายร่วม และมีสัมพันธภาพที่ดี มีกลุ่มที่สนับสนุนกำลังใจให้กันและกันในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ดังคำกล่าวสนับสนุน ดังนี้

“...ได้มองเห็นถึงความสำคัญ มีเป้าหมายเดียวกันของคนในชุมชน ทำให้การดำเนินการของโปรแกรมฯ เป็นไปด้วยดี ความรักของคนในพื้นที่ทำให้ทีมของเราทุกคนเห็นถึงจุดแข็งเหล่านี้ จึงเป็นแรงบันดาลใจต่อการเรียนรู้ในทุกกิจกรรมไปสู่เป้าหมายและบรรลุผล” (อสม.เขียว)

“...ฉันได้รู้ในสิ่งที่ไม่เคยรู้มาก่อน ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้อื่น” (อสม.ดี)

“...ขอบคุณมิตรภาพระหว่างเจ้าหน้าที่ที่มาฝึกอบรมให้ อสม. ที่สร้างความเข้าใจ สานความสัมพันธ์ ให้ความรู้ในเรื่องผู้ป่วยทางจิต ได้รับความรู้และมีพลังที่ตั้งใจทำหน้าที่ของการเป็น อสม. และจะทำหน้าที่ในการเข้าไปเยี่ยม พี่นุญผู้ป่วยให้มีกิจกรรมทำขณะอยู่บ้าน” (อสม.ตา)

“...แต่ละกิจกรรมที่นำมาให้ความรู้ มีจุดดีทุก ๆ กิจกรรม เป็นการส่งเสริมความรู้ให้กับผู้เข้าร่วมโปรแกรม เข้าใจง่าย ร่วมอภิปราย มีการถาม ตอบอย่างเป็นระบบ แสดงความคิดเห็น สิ่งที่เกิดความความคาดหวัง คือ การลงมือปฏิบัติอย่างเป็นระบบ สามารถทำตัวเอง นอกเหนือจากที่กลุ่มวิทยากรได้อบรม เช่น มีการแบ่งกลุ่มลงเยี่ยมผู้ป่วยและญาติ และพบว่า อสม. มีความรักสามัคคีในกลุ่ม ได้เห็นความเสียสละ มีน้ำใจแม้กระทั่งมีของฝากเล็ก ๆ น้อยให้แต่ละพื้นที่” (อสม.เอ)

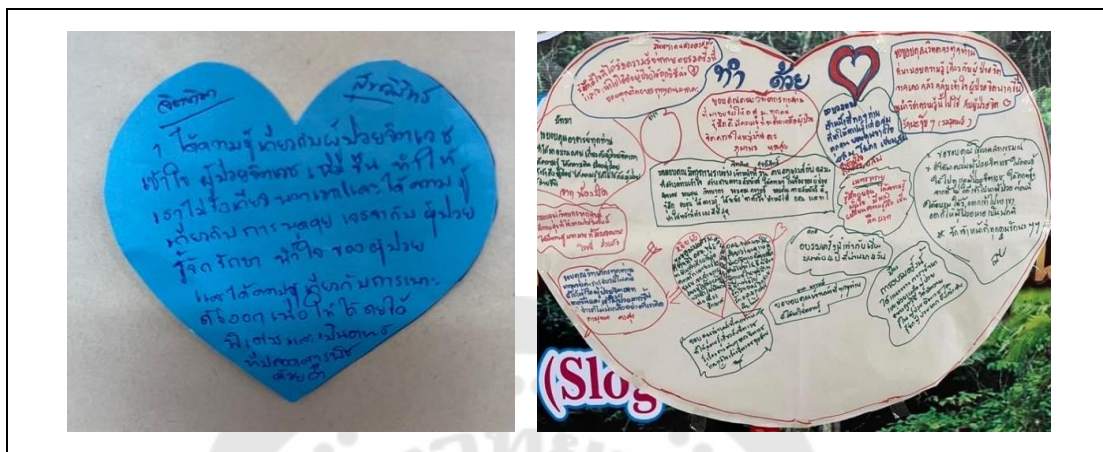
3) ความประทับใจต่อโปรแกรมที่ส่งผลดีต่อผู้ป่วยจิตเภท สามารถกลับมาอยู่ร่วมกับครอบครัว ชุมชนได้อย่างปกติ ดังคำกล่าวสนับสนุน ดังนี้

“...การประเมินครอบครัว ผู้ดูแล ส่วนใหญ่ ผู้ดูแลเอาใจใส่ดี พาผู้ป่วยเข้าสังคมบ้าง มีสัมพันธภาพที่ดีในบ้าน พุดจาดี” (อสม.วรรณ)

“...การได้ดูแลการฟื้นฟูสมรรถภาพและให้พวกเขาได้กลับมาใช้ชีวิตในชุมชนได้อีกครั้ง ทำให้ อสม. รู้สึกได้ถึงความภาคภูมิใจ” (อสม.ส้ม)

“...ขอบคุณทีมวิจัยที่เข้ามาให้ความรู้ อบรมโปรแกรมนี้ซึ่งมีประโยชน์มาก ๆ อสม. ได้นำไปปฏิบัติจริงซึ่งเกิดประโยชน์มาก ๆ ต่อการดูแลผู้ป่วยทางจิตในชุมชน ทำให้ ผู้ป่วย ครอบครัว มีความสุข มีความอบอุ่นใจ เหมือนพวกเค้ามีที่พึ่ง มีที่ปรึกษาอย่างใกล้ชิด อากการทางจิตดีขึ้น

เท่าที่สังเกต มีสัมพันธภาพที่ดี และชวนทำกิจกรรมฝึกงาน อาชีพ ก็ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี และมีความสุขทุกครั้งที่มี อสม. มาที่บ้าน” (อสม.หนึ่ง) ดังภาพประกอบ 22 และ 23



ภาพประกอบ 22 ภาพความรู้สึกต่อกิจกรรมของโปรแกรมฯ



ภาพประกอบ 23 ภาพการทำงานเป็นทีมปฏิบัติการเยี่ยมบ้านเพื่อฟื้นฟูดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

3. ประโยชน์ที่นำไปประยุกต์ใช้ได้จริง พบว่า การคืนข้อมูลทางด้านสุขภาพที่สำคัญให้ชุมชน นำไปสู่การวางแผนช่วยเหลือครอบครัวแต่ละรายได้ การสร้างบุคคลและทีมให้มีเจตคติที่ดี มีจิตสำนึกดี ทำงานร่วมกันอย่างไม่โดดเดี่ยว การออกแบบตัวกิจกรรมเยี่ยมบ้านและกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท โดยคำนึงถึงบริบททางสุขภาพ สังคม วัฒนธรรมของแต่ละพื้นที่ และผู้นำท้องถิ่นให้ความสำคัญต่อการจัดโปรแกรมฯ เพื่อให้ความรู้แก่ อสม.นำไปใช้ได้ถูกต้องวิธี และยังสนับสนุนให้แกนนำฝ่ายปกครองได้เข้าร่วมกิจกรรมการเยี่ยมบ้านแบบบูรณาการด้วยกัน ตลอดจนโปรแกรมฯ ส่งเสริมให้เกิดการติดตามผลได้อย่างต่อเนื่อง ดังคำกล่าวสนับสนุนดังนี้

1) การคืนข้อมูลทางด้านสุขภาพที่สำคัญให้ชุมชน

“...การคืนข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่ของตนเอง ทำให้สมาชิกที่เป็น อสม. นำไปวางแผน การดูแลฟื้นฟูครอบครัว ผู้ป่วยแต่ละรายได้มากขึ้น กระบวนการมีการปรับใช้ได้อย่างเหมาะสม เพื่อได้รับการช่วยเหลือแต่ละครอบครัว” (อสม.จันทร์)

“...กิจกรรมการเยี่ยมบ้านเป็นการทำงานจริง เรียนรู้ทฤษฎี ลงปฏิบัติจริงทำให้มีการ ทำงานจริง เห็นถึงความตั้งใจในการให้ความช่วยเหลือ” (อสม.จี)

2) การสร้างบุคคลและทีมให้มีเจตคติที่ดี มีจิตสำนึกดีเพื่อการทำงาน ร่วมกันอย่างไม่โดดเดี่ยว

“...การได้เรียนรู้การทำงานเป็นทีม อสม. ในพื้นที่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทศนคติ ของ สมาชิกในทีม โดยการปรับเปลี่ยนไปตามธรรมชาติ จากผู้ร่วมทีมด้วยกันเอง” (อสม.วรรณ)

“...อสม. ในพื้นที่ ที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมฯ ซึ่งเป็นบุคคลที่ไม่เคย ได้รับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนมาก่อน มีความตั้งใจ มีจิตสาธารณะ ย่อมเกิดประโยชน์และบรรลุวัตถุประสงค์” (อสม.แดง)

“...อสม. มีความมุ่งมั่นในการเข้ามาอบรมโปรแกรมฯ ร่วมมือเป็นอย่างดี เรียนรู้ต่อ ตลอดเวลา เข้าใจและสามารถปฏิบัติได้อย่างชัดเจน ลงมือปฏิบัติ ถาม ตอบ มีความรัก สามัคคี มีน้ำใจช่วยเหลือซึ่งกันและกันเป็นอย่างดี” (อสม.แดง)

3) การออกแบบตัวกิจกรรมการเยี่ยมบ้านและกิจกรรมการฟื้นฟู สมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท

“...โปรแกรมฯ มีประโยชน์ที่จะนำไปประยุกต์ใช้ได้จริง การสร้างทีมเยี่ยมบ้าน ประเมิน ผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างเหมาะสม สามารถจัดการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวช และครอบครัว ได้ทันทั่วทั้งที่ ตามประเภทอาการและความรุนแรง ตามประเภทของสีของผู้ป่วยจิตเวช (เขียว เหลือง แดง) ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม” (อสม.ตา)

“...กิจกรรมการเยี่ยมบ้านเป็นการทำงานจริง เรียนรู้ทฤษฎี ลงปฏิบัติจริง ทำให้มีการ ทำงานจริง เห็นถึงความตั้งใจในการให้ความช่วยเหลือ” (อสม.ยา)

4) การคำนึงถึงบริบททางสุขภาพ สังคม วัฒนธรรมของแต่ละพื้นที่

“...โปรแกรมนี้ นำมาใช้กับอสม. พื้นที่อื่น ๆ ได้ เพราะเป็นโปรแกรมที่มีความชัดเจน กะทัดรัด และไม่ยุ่งยากซับซ้อน เป็นไปตามขั้นตอนการปฏิบัติ และบางกิจกรรมปรับใช้ให้เหมาะสมกับแต่ละพื้นที่ เช่น การฟื้นฟูการงานตามบริบทวิถีชีวิตของผู้ป่วยในพื้นที่นั้น ๆ การเตรียมเข้าพื้นที่ การที่ อสม. กลุ่มนี้ได้พัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนทำให้เห็นว่า พวกเขามีการพัฒนาความก้าวหน้า เข้าถึง เข้าใจในบางส่วน นอกเหนือจากโปรแกรมที่เข้าไปให้ความรู้ อสม. กลุ่มนี้เป็นต้นแบบให้กับกลุ่ม อสม. อื่น ๆ ได้เป็นอย่างดี” (อสม.นา)

5) การฝึกปฏิบัติจริง

“...อสม.ที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ นำความรู้ลงสู่การปฏิบัติได้จริง เนื่องจากกิจกรรมในโปรแกรมฯ มีการฝึกปฏิบัติร่วมกับครอบครัว ผู้ป่วย ร่วมมือดี” (อสม.เป็ด)

6) สนับสนุนจากผู้นำท้องถิ่น

“...ผู้นำชุมชน เห็นความสำคัญต่อการจัดโปรแกรมฯ เพื่อให้ความรู้แก่ อสม. เพื่อนำไปใช้อย่างถูกวิธี” (อสม.นา)

“...แกนนำชุมชนเห็นสำคัญในการเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมฯ ของ อสม. และสนับสนุนให้แกนนำฝ่ายปกครองได้เข้าร่วมกิจกรรมการเยี่ยมบ้านแบบบูรณาการด้วย” (อสม.จันทร์)

7) การติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

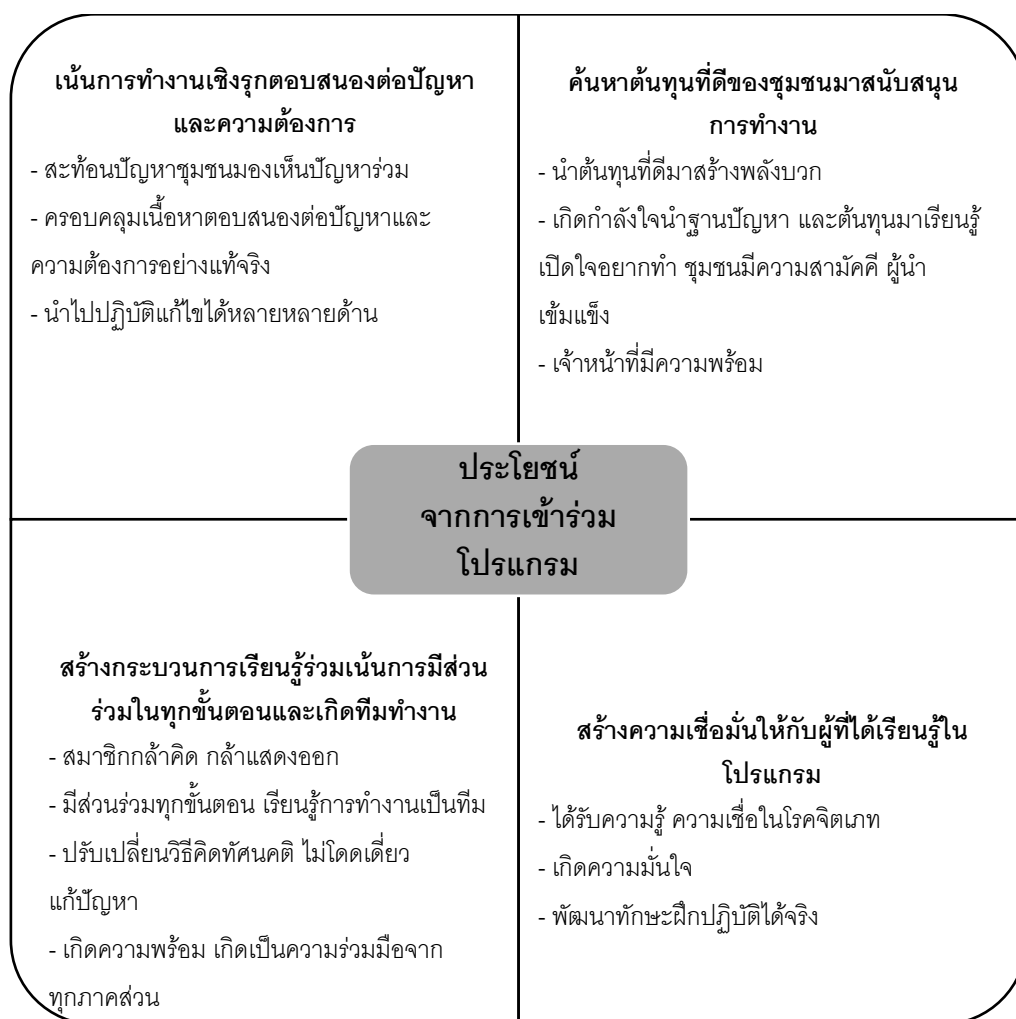
“...มีการติดตามประเมินผลจากกลุ่ม โดยให้กลุ่ม อสม. นำผลงานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท ตลอด 1 เดือนของการทำงานของแต่ละกลุ่ม นำเสนอ และร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน ซึ่งพบว่า มีการพัฒนางานได้อย่างยอดเยี่ยม ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้รับการฟื้นฟูดูแลอย่างใกล้ชิดโดยแกนนำ อสม. มีการทำกิจกรรมร่วมกัน อยากให้มีการขยายผลไปยังชุมชนอื่น ๆ จะดีมาก” (อสม.เขียว) ดังภาพประกอบ 24



ภาพประกอบ 24 การนำโปรแกรมฯไปสู่การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

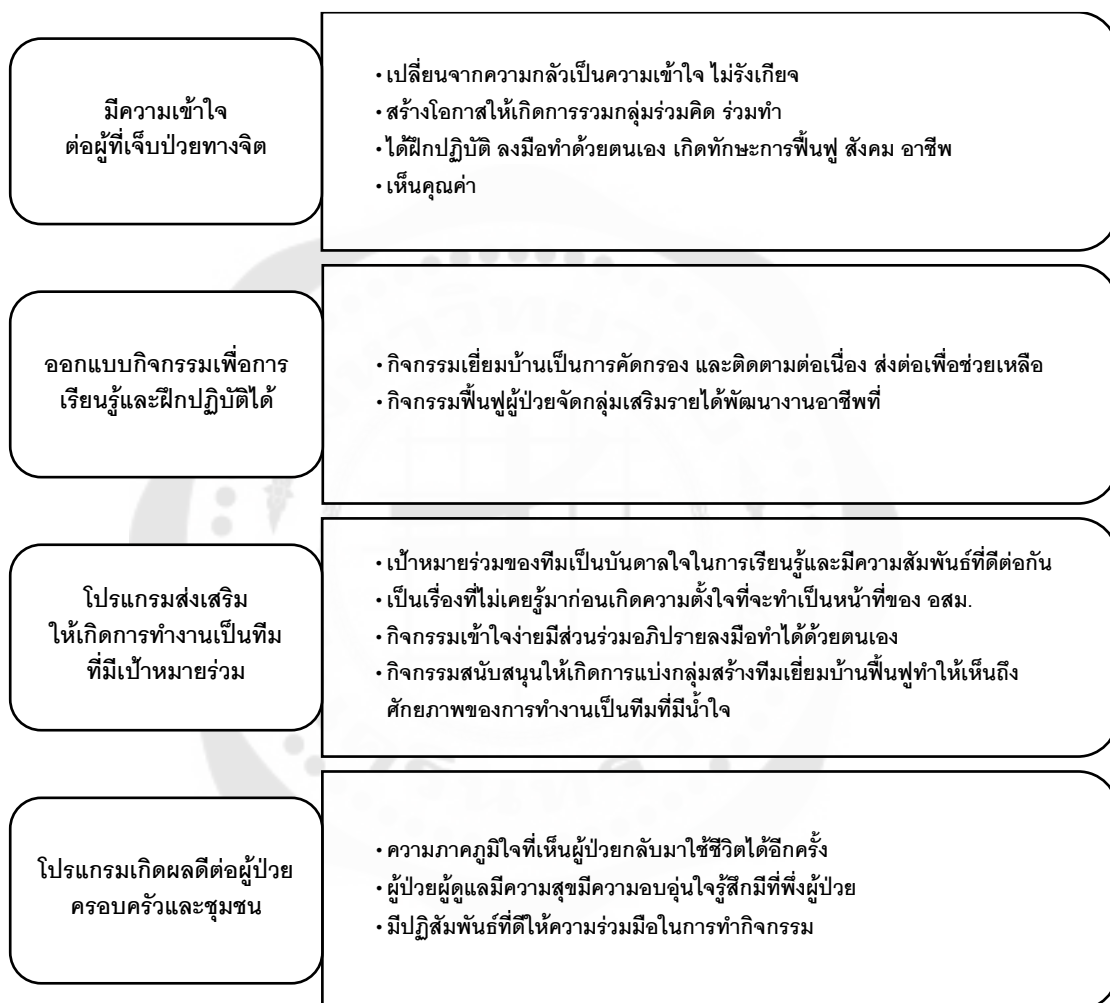
สรุปผลการประเมินโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนเป็นฐาน ช่วงหลังการทดลอง 1 เดือน พบใน 3 ประเด็น ดังนี้ 1) ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรมฯ 2) ความรู้สึกและความคิดเห็นต่อกิจกรรมที่ได้เรียนรู้ 3) การนำไปประยุกต์ใช้เพื่อการฟื้นฟูในชุมชน

ประเด็นที่ 1 พบว่า โปรแกรมฯ เน้นการทำงานเชิงรุกตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของชุมชน ด้วยกระบวนการเรียนรู้ร่วม สามารถค้นหาต้นทุนที่ดีของชุมชนมาสนับสนุนการทำงาน เกิดความเชื่อมั่น ดังภาพประกอบ 25



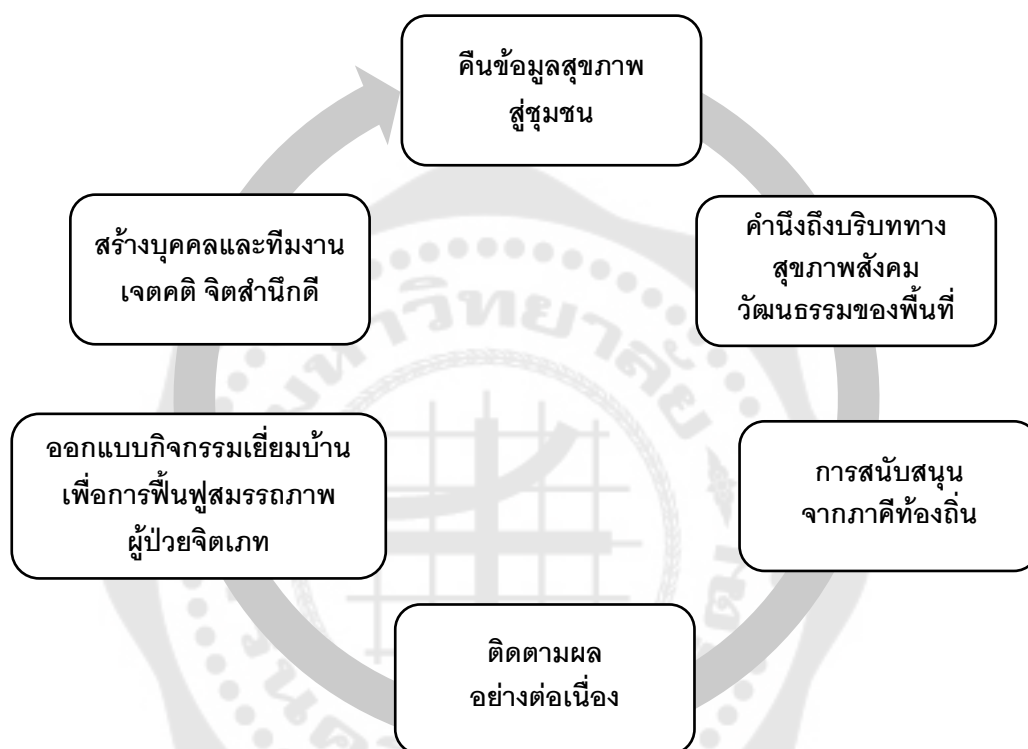
ภาพประกอบ 25 ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรม

ประเด็นที่ 2 พบว่า กิจกรรมในโปรแกรมฯ ได้สร้างความเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยทางจิต เกิดเป็นเจตคติทางบวก การออกแบบกิจกรรมได้สร้างการเรียนรู้สู่การปฏิบัติจริง ผ่านการทำงานเป็นทีม จนเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ดังภาพประกอบ 26



ภาพประกอบ 26 การสะท้อนความคิดเห็นต่อกิจกรรม

ประเด็นที่ 3 พบว่า โปรแกรมฯสามารถนำไปใช้ได้จริงโดยเริ่มจากการคืนข้อมูลด้านสุขภาพแก่ชุมชนเพื่อนำไปวางแผนการทำงาน การสร้างทีมร่วมเยี่ยมบ้าน ปฏิบัติการฟื้นฟูที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ มีการสนับสนุนจากผู้นำท้องถิ่น และเกิดความต่อเนื่องดังภาพประกอบ 27



ภาพประกอบ 27 การสะท้อนการประยุกต์ใช้โปรแกรม

ข้อสังเกตจากข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการอภิปรายกลุ่มครั้งนี้ พบว่า

- ก่อนการทดลอง อสม. คิดว่าปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนเป็นเรื่องที่แก้ไขยาก เพราะมีหลายปัญหาที่ไม่สามารถจัดการได้โดย อสม. เช่น ปัญหาสารเสพติด ปัญหาผู้ป่วยทางจิต มีอาการกำเริบ ความหวาดกลัวต่อการอยู่ร่วมกัน อสม. ไม่กล้าที่จะเข้าไปจัดการเนื่องจากมีแต่ผู้หญิง ไม่มีความรู้ ไม่สามารถให้ความรู้กับผู้ดูแลได้ เพราะผู้ดูแลไม่ไว้ใจ รู้สึกเหนื่อยเพราะมีภาระงานเยอะ ขาดความรู้ความเข้าใจ มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยจิตเวช ครอบครัวผู้ดูแลมีความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภทที่ไม่ถูกต้อง

- ระหว่างการทดลอง การเริ่มต้นฝึกอบรมโปรแกรม เริ่มขั้นตอนที่ 1-4 สร้างทัศนคติ ความรู้ ความเชื่อต่อผู้ป่วยจิตเภท และการลงมือทำ โดยฝึกทักษะพื้นฐาน ให้คำปรึกษา ทักษะการสนทนา การประกอบอาชีพ การเยี่ยมบ้าน การสังเกตอาการ การคัดกรอง การให้กำลังใจ การเยี่ยมบ้าน การสะท้อนความคิดเห็นแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกันหลังจากได้ฝึกลงเยี่ยมผู้ป่วยจริง ๆ หลังจากนั้นได้ทดลองทำ เป็นเวลา 1 เดือน โดยแบ่งผู้เรียน เป็น 3 ทีม นำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการเยี่ยมบ้าน และการฟื้นฟูทักษะชีวิตให้กับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

- ระยะเวลาติดตามผล 1 เดือน จากการเข้าร่วมโปรแกรมฯ เป็นเวลา 4 สัปดาห์ จากการอภิปรายกลุ่ม พบว่า เกิดความรู้ความเข้าใจจากได้เรียนรู้ สื่อ และการนำเสนอผลการทำงาน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน รวมถึงทำกิจกรรมต่าง ๆ ในโปรแกรม ทำให้เกิดความรู้ใหม่ที่มีประโยชน์อย่างมาก การสะท้อนคิดจากการเข้าร่วมโปรแกรมฯ เป็นโอกาสที่ดี ได้นำประสบการณ์ความรู้ไปช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท ครอบครัวผู้ดูแล ซึ่งผู้ป่วยและครอบครัวรู้สึกดีใจมากที่มี อสม. เข้าไปช่วยเหลือ ขณะที่ อสม. เกิดคุณค่าต่อการเรียนรู้ มีเจตคติที่ดี มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ในการฟื้นฟูดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ และเห็นความสำคัญของการพัฒนาทักษะการดูแลตนเอง การเข้าถึงสังคม สนับสนุนการฟื้นฟูไปสู่การทำงาน ร่วมกับครอบครัว ชุมชน การทำงานเป็นทีม เป็นกำลังใจให้เกิดการปฏิบัติที่ต่อเนื่อง อสม. สามารถนำกิจกรรมที่ได้เรียนรู้ในโปรแกรมฯ ไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ สอดคล้องกับทรัพยากรในชุมชน และยังสะท้อนให้เห็นว่า อสม. ในกลุ่มทดลองเกิดการรวมกลุ่มทางสังคม นอกจากนี้ การได้รับความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท เป็นสิ่งกระตุ้นจูงใจให้เกิดการปฏิบัติร่วมกัน และเกิดพฤติกรรมฟื้นฟู ซึ่งสร้างความภาคภูมิใจในตนเองที่ได้มีส่วนส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมาใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัว ชุมชนได้อย่างปกติ

จากผลการประเมินหลังการทดลอง 1 เดือน ในกลุ่ม อสม. ที่ได้รับโปรแกรมฯ ได้สะท้อนในเชิงคุณภาพถึงประสิทธิผลของโปรแกรมฟื้นฟูด้วยชุมชนเป็นฐานที่มีต่อพฤติกรรม การมีส่วนร่วมของอสม. โดยได้รับความรู้ความเข้าใจในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท และการได้ลงมือปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูดูแลผู้ป่วยจิตเภท การรวมกลุ่ม ทำงานเป็นทีม และมีส่วนร่วมในทุกกระบวนการ เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน ตลอดถึงการได้รับประสบการณ์ต่าง ๆ ทั้งจาก อสม. ด้วยกัน ผู้ป่วยจิตเภท ครอบครัว และปัจจัยอื่น ๆ ในสังคมที่เกี่ยวข้อง มีอิทธิพลชักนำให้เกิดฟื้นฟูในชุมชน

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล ข้อเสนอแนะ

การวิจัยและพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนเป็นฐานที่มีต่อพฤติกรรมกรรมมีส่วนร่วมของ อสม. ผู้วิจัยได้นำเสนอสาระสำคัญโดยย่อ ของความมุ่งหมาย สมมุติฐาน วิธีดำเนินการวิจัย สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ ดังนี้

ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท พฤติกรรมฟื้นฟู และแนวทางการฟื้นฟู
2. เพื่อสร้างและออกแบบโปรแกรมฯ สำหรับ อสม.
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมฯ ที่มีต่อพฤติกรรมกรรมมีส่วนร่วมฯ ของ อสม.

สมมุติฐานการวิจัยระยะที่ 2

1. โปรแกรมฯ มีประสิทธิภาพจากการทดสอบในกลุ่มเล็ก
2. อสม. ที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท สิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วมฯ และพฤติกรรมกรรมมีส่วนร่วมฟื้นฟูฯ สูงกว่าผู้ที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ
3. ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ อสม. ที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท สิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วมฯ และพฤติกรรมกรรมมีส่วนร่วมฟื้นฟูฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ

วิธีการดำเนินการวิจัย วิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาดำเนินการตามแบบแผนการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) การดำเนินการวิจัย สามารถแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การสร้างและออกแบบโปรแกรมฟื้นฟู

ขั้นตอนที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท พฤติกรรมกรรมมีส่วนร่วมฯ และแนวทางของการฟื้นฟูฯ เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยมีผู้ให้ข้อมูลหลัก และผู้ให้ข้อมูลรอง จำนวน 12 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และตรวจสอบความน่าเชื่อถือด้วยการใช้ตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) ด้านข้อมูล วิธีการ และทฤษฎี

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างและออกแบบร่างโปรแกรมฯ ด้วยการนำผลการวิจัยจากขั้นตอนที่ 1 มาใช้ในการออกแบบร่างโปรแกรมฯ โดยใช้กรอบแนวคิด HBM และ CBR ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟู

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัย เครื่องมือที่ใช้วิจัย คือ โปรแกรมฟื้นฟู โดยเนื้อหาของโปรแกรมฯ แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน 9 กิจกรรม และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล พัฒนาขึ้นตามแนวคิด HBM และแนวคิดการมีส่วนร่วม มี 3 แบบวัด ได้แก่ แบบวัดความเชื่อทางด้านสุขภาพฯ แบบวัดสิ่งจูงใจ และแบบวัดพฤติกรรมการมีส่วนร่วมฯ มีลักษณะเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ได้ค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.83, 0.91 และ 0.96 ตามลำดับ

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมฟื้นฟู ด้วยการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) ในกลุ่มเด็ก จำนวน 10 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Paired t-test

ขั้นตอนที่ 3 การทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมฟื้นฟูในกลุ่มทดลองจริง และการประเมินช่วงหลังการทดลอง นอกเหนือจากสมมติฐาน ด้วยการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) แบบมีการติดตามผล (Pretest Posttest and Follow up Control Group Design) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปร (Two-way MANOVA with repeated measurement) และ Content Analysis

สรุปผลการวิจัย

1. ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท พฤติกรรมการมีส่วนร่วมฟื้นฟู และแนวทางการฟื้นฟู ในชุมชน ของ อสม. สรุปได้ดังนี้

1.1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท

จากผลการศึกษาที่ได้จากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก และกลุ่มผู้ให้ข้อมูลรอง รับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ดังนี้

1) **ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค** พบว่า โอกาสเสี่ยงที่สำคัญคือการกำเริบและกลับเป็นซ้ำของโรค ซึ่งมีสาเหตุต่าง ๆ เช่น การรักษาที่ล่าช้า ไม่สนใจอาการเตือนที่สำคัญ ขาดยา ใช้สารเสพติด มีทัศนคติไม่ดี ปฏิเสธการเจ็บป่วย ถูกตีตรา ความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดี ห่างเหิน หรือทะเลาะกัน เป็นต้น ดังนั้น ความเสี่ยงจากการกำเริบ จะนำมาซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรค ส่วนปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรง ได้แก่ การรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง การใช้สารเสพติด และไม่ยอมรับว่าตนเองป่วยจิต ซึ่งถ้าสามารถนำผู้ป่วยรักษาได้เร็ว จะช่วยลดความรุนแรงได้ และยังช่วยลดการตีตราจากสังคม และป้องกันความเรื้อรังของโรคได้

2) **อุปสรรคการฟื้นฟู** อุปสรรคที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ได้แก่ ขาดความรู้เกี่ยวกับโรค รู้สึกเบื่อที่ต้องรับประทานยาเป็นเวลานาน และผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ จากยา เจตคติที่ไม่ดีต่อโรค ถูกตีตราจากสังคม ชุมชนไม่มีส่วนร่วม คนในครอบครัวไม่แสดงบทบาทหน้าที่ที่ควรจะทำ แกนนำชุมชนไม่เห็นความสำคัญ

3) **ประโยชน์การรักษาฟื้นฟู** พบว่า หากนำผู้ป่วยไปรักษาได้เร็ว จะช่วยให้อาการทางจิตดีขึ้น และลดความเรื้อรังของโรคได้ ทั้งนี้การเข้าถึงยาจิตเวชจะมีประสิทธิภาพต่อการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชน จำเป็นต้องเข้าใจ และเห็นความสำคัญของการกินยาต่อเนื่อง และความรู้จากผู้เชี่ยวชาญ นำไปสู่การปรับทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภท เกิดความร่วมมือและลงมือปฏิบัติด้วยกันของชุมชน เป็นประสบการณ์ตรงให้เห็นความสำเร็จของการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภท แม้เพียงหนึ่งรายที่สามารถช่วยผู้ป่วยได้สำเร็จ ทำให้เกิดแรงจูงใจ และกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยได้

4) **สิ่งกระตุ้นจูงใจและการรับรู้ความสามารถ** พบว่า กำลังใจ คำแนะนำ ความรู้จากเจ้าหน้าที่ คนในครอบครัว ชุมชน ช่วยให้เกิดความมั่นใจต่อการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และมีผลต่อความเชื่อด้านสุขภาพ ความสามารถของตนเอง ทั้งของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการปฏิบัติเป็นอย่างดี การมีกลุ่มที่คอยช่วยเหลือกัน ทำให้มีแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้น

1.2 **พฤติกรรมความร่วมมือฟื้นฟู** พบว่า การฟื้นฟู โดยชุมชนเริ่มจาก 1) ครอบครัวต้องเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยก่อนใคร ๆ ด้วยการมอบความรักความอบอุ่น และให้โอกาสผู้ป่วยได้รับผิดชอบงานตามศักยภาพที่ควรจะเป็น การที่ครอบครัวแสดงความใส่ใจในการดูแลผู้ป่วย จะช่วยให้ชุมชนอยากที่จะเข้ามามีส่วนร่วมช่วยเหลือ 2) ชุมชนต้องเล็งเห็นความสำคัญของปัญหา มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นการฟื้นฟู การเยี่ยมบ้าน การดูแลต่อเนื่อง และสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน ทำงาน ฝึกคิด ฝึกสมาธิ รวมทั้งได้รับการจ้างงานในชุมชน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง และยอมรับตนเองได้ 3) ผู้ป่วยจิตเภทต้องสมัครใจ ในกิจกรรมการฟื้นฟู มีความสนใจ มีความชอบ และมีร่างกายและใจที่พร้อม

1.3 **แนวทางฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชน** พบว่า มีแนวทางมีดังนี้

1) การนำข้อมูลลงสู่ชุมชน เป็นการวางแผนขั้นเริ่มต้นเพื่อทำให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมต่อไปได้

2) การสนับสนุนองค์ความรู้ด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่เป็นประโยชน์ให้ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ตลอดจนสร้างเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภท

3) มีแผนเพื่อฝึกทักษะพื้นฐาน ผู้ป่วย ส่งเสริมให้มีการทำงานตามวิถีเดิม และสนับสนุนให้มีการจ้างงานผู้ป่วยในชุมชน

4) บูรณาการการทำงานกับภาคีเครือข่ายท้องถิ่น

2. ผลการประเมินประสิทธิภาพโปรแกรมฯ ที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการมีส่วนร่วมของ อสม. จากการทดลองในกลุ่มย่อย จำนวน 10 คน

จากการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมพื้นฐาน พบว่า หลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ย ความเชื่อด้านสุขภาพฯ คะแนนเฉลี่ยสิ่งจูงใจฯ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการมีส่วนร่วมฯ สูงกว่า ก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมพื้นฐานสามารถมีผลต่อ อสม. ให้มีความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภทที่ถูกต้อง มีสิ่งจูงใจให้ปฏิบัติ สนับสนุน และเกิดพฤติกรรมมีส่วนร่วมพื้นฐาน

3. ผลการทดสอบประสิทธิผลโปรแกรมฯ ที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการมีส่วนร่วมของ อสม.

3.1 สรุปผลการทดสอบประสิทธิผลโปรแกรมพื้นฐาน ได้ดังนี้

1) ผลการทดสอบหลังการทดลอง

จากผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปร (MANOVA) ของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท คะแนนสิ่งจูงใจฯ และคะแนนพฤติกรรมกรรมการมีส่วนร่วมพื้นฐาน หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายคู่ จำแนกรายด้าน พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สรุปได้ว่า กลุ่มทดลองที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีระดับคะแนนของตัวแปรความเชื่อด้านสุขภาพฯ สิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วมพื้นฐานฯ และพฤติกรรมกรรมการมีส่วนร่วมพื้นฐานฯ สูงกว่ากลุ่มควบคุม

2) ผลการทดสอบระยะติดตามผล 1 เดือน

จากผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปรของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพฯ สิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วมพื้นฐานฯ และพฤติกรรมกรรมการมีส่วนร่วมพื้นฐานฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะติดตามผล พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายคู่ จำแนกรายด้าน พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สรุปได้ว่า กลุ่มทดลองที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนของตัวแปรความเชื่อ ด้านสุขภาพฯ สิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วมฟื้นฟูฯ และพฤติกรรมการมีส่วนร่วมฟื้นฟูฯ หลังติดตาม 1 เดือน สูงกว่ากลุ่มควบคุม

3) ผลการทดสอบความแตกต่างแต่ละระยะของการทดลอง

จากการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (Two-way MANOVA with repeated measurement) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพฯ สิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วมฟื้นฟูฯ และพฤติกรรมการมีส่วนร่วมฟื้นฟูฯ ระหว่างครั้งที่ทดสอบ (ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล) และกลุ่มทดลอง พบว่า คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพฯ สิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วมฟื้นฟูฯ และพฤติกรรมการมีส่วนร่วมฟื้นฟูฯ ของกลุ่มทดลอง เปลี่ยนแปลงไปตามแต่ละครั้งของการทดสอบ และมีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมากในทุกระยะการทดสอบหลังการทดลอง ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนในแต่ละระยะการทดสอบหลังการทดลองเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย

3.2 สรุปประเมินผลช่วงหลังทดลอง นอกเหนือจากสมมติฐาน

การประเมินช่วงหลังการทดลองเป็นการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเพิ่มเติมเพื่อค้นหา คำอธิบายเชิงลึกมาสนับสนุนผลการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมฯ ด้วยการอภิปรายกลุ่ม (Focus Group Discussion) กับ อสม. กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ 20 คน

1. ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูฯ

1) เป็นโปรแกรมฯที่เน้นการทำงานเชิงรุก ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการ

2) สร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมในทุกขั้นตอน

3) ได้ต้นทุนที่ดีจากชุมชนมาสนับสนุนการทำงาน

2. ความรู้สึกที่มีต่อกิจกรรมต่าง ๆ ในโปรแกรมฟื้นฟูฯ

1) ความรู้สึกประทับใจต่อเนื้อหา กระบวนการของโปรแกรมฯ ที่สร้างความเข้าใจต่อผู้ป่วยจิตเภทผ่านกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และได้ลงมือฝึกทำจริง จนเกิดทักษะที่ดี

2) ความประทับใจโปรแกรมฯ ที่ทำให้มีทีมงานที่มีเป้าหมายร่วม และมีสัมพันธภาพที่ดี มีกลุ่มที่สนับสนุนกำลังใจให้กันและกันในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

3) ความประทับใจของโปรแกรมฯ ที่ส่งผลดีต่อผู้ป่วยจิตเภท ครอบครัว และชุมชน

3. ประโยชน์ที่นำไปประยุกต์ใช้ได้จริง

- 1) ข้อมูลสุขภาพที่สำคัญได้ย้อนกลับสู่ชุมชน
- 2) สร้างทีมที่มีเจตคติ และสำนึกที่ดีในการทำงานร่วมกัน
- 3) การออกแบบกิจกรรมการเยี่ยมบ้านและกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- 4) การคำนึงถึงบริบททางสุขภาพ สังคม วัฒนธรรมของแต่ละพื้นที่
- 5) การฝึกปฏิบัติจริง
- 6) การสนับสนุนจากผู้นำท้องถิ่น
- 7) การติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

ผู้ป่วยจิตเภท

การอภิปรายผล

การวิจัยระยะที่ 1 ขั้นตอนที่ 1

ศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพฯ พฤติกรรมการมีส่วนร่วมฟื้นฟูฯ และแนวทางของการฟื้นฟู ในชุมชน (อุไรวรรณ เกิดสังข์, อังคินันท์ อินทรกำแหง, นริสรา พิงโพธิ์สม, ธีระยุทธ เกิดสังข์ (2565)

1. การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท ตามกรอบแนวคิด HBM (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988; อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560) ซึ่งได้อธิบายว่า พฤติกรรมของบุคคลในการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลสุขภาพตนเองโดยรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพถึงโอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรค ซึ่งมีผลต่อการเลือกวิธีปฏิบัติตัว โดยบุคคลจะพยายามหาทางออกให้กับตัวเองเพื่อให้ปลอดภัยจากภาวะคุกคามของโรคด้วยการพิจารณาถึงการรับรู้ประโยชน์อันเกิดจากการปฏิบัติ และอุปสรรคต่าง ๆ ตลอดจน ปัจจัยอื่น ๆ และสิ่งกระตุ้นจูงใจให้ปฏิบัติ เช่น ความรู้ คำแนะนำ สื่อ หรือประสบการณ์ของคนใกล้ชิดที่เคยป่วยมาก่อน และยังรวมถึงการรับรู้ความสามารถของตนเองด้วย ซึ่งจากการศึกษาการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีดังนี้

1) โอกาสความเสี่ยงและความรุนแรง ผลจากการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ที่มีประสบการณ์ตรง และกลุ่มผู้นำที่เกี่ยวข้อง เชื่อว่า การรับรู้การกำเริบและการป่วยซ้ำของโรค เป็นโอกาสเสี่ยงที่สำคัญ ซึ่งเกิดจากสาเหตุต่าง ๆ เช่น การรักษาที่ล่าช้า ไม่สนใจอาการเตือนไม่รับประทานยาต่อเนื่อง ใช้สารเสพติด มีทัศนคติต่อโรคไม่ดี ไม่ยอมรับว่าตนเองป่วยทางจิต สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชกำเริบซ้ำ เป็นเพราะไม่ตระหนักต่อโรค ทัศนคติไม่ดี ขาดยา ใช้สารเสพติด (กรมสุขภาพจิต, 2563) การถูกตีตรา อยู่ใน

ครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ไม่ดี ปฏิเสธการเจ็บป่วย (Hamann et al., 2014) สอดคล้องกับ นานณา วงษ์สีล,จินตนา ยูนิพันธุ์, และสุนิศา สุขตระกูล (2556) ที่ศึกษาการวิเคราะห์ตัวแปร จำแนกกลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม พบว่า การใช้อารมณ์ของสมาชิก ในบ้าน ส่งผลให้เกิดการป่วยซ้ำ การเรียนรู้วิธีการสื่อสารที่ชัดเจนภายในครอบครัว ช่วยให้เกิด ความเข้าใจในความต้องการและความรู้สึกของผู้ป่วย ช่วยลดความเครียดและอาการทางจิตได้ (Norman et al., 2002) อีกทั้ง ผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด พบพฤติกรรมรุนแรง ร้อยละ 27.60 และ ไม่ใช้สารเสพติด พบร้อยละ 8.50 (Fazel, Langstrom, Hjern, Grann, & Lichtenstein, 2009) ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้มีพฤติกรรมก้าวร้าว ทำลายสิ่งของ หรือทำร้ายผู้อื่น ทำให้สังคมมีอคติและตีตรา ผู้ป่วย (อารี สุภาวรงค์, 2549) กระทบต่อภาพลักษณ์ ทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าเข้าสังคม เกิดความรู้สึกอับอาย (สุริสา ดีเพชร และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 2558) ดังนั้น หากสามารถนำผู้ป่วยรักษาได้เร็ว จะช่วยลดความรุนแรงที่ผู้ป่วยจิตเภทกระทำต่อคนอื่น ลดความกลัวฝังใจ ลดการปฏิเสธจากชุมชน จากผลการวิจัยจะเห็นว่ามี ความสอดคล้องกับแบบแผนความเชื่อด้าน สุขภาพ (Stretcher & Rosenstock, 1996) เมื่อบุคคลรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของโรค จะสัมพันธ์ต่อการ เข้ารับบริการตรวจรักษาตั้งแต่แรกเริ่มที่รับรู้และสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวในทิศทางบวกที่จะส่งผล ดีต่อสุขภาพ และลดความรุนแรงของโรค

2) ประโยชน์การรักษา และฟื้นฟู พบว่า หากผู้ป่วยจิตเภทได้รับการรักษา เร็วเท่าใด ก็จะช่วยฟื้นฟูตัวเร็วเท่านั้น และยังช่วยป้องกันความเรื้อรังจากโรคได้ สอดคล้องกับ การศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่า การช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการรักษาเร็ว มีผลต่อประสิทธิภาพการรักษา ด้วยยา เนื่องจากยาทางจิตเวชมีความสำคัญต่อการรักษา ผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชนจึงมีส่วนสำคัญ ที่เข้ามาสนับสนุนช่วยเหลือให้ผู้ผู้ป่วยได้รับประทานยาต่อเนื่อง (ถนัด อวารุลหลัก, 2562) ซึ่งการ รักษาในปัจจุบันจึงเน้นครอบครัวและชุมชนเป็นฐานมากขึ้นในการฟื้นฟูผู้ป่วยโดยให้ทำกิจกรรม ผูกทักษะที่จำเป็น ลดการเป็นภาระ เป็นการคืนชีวิตใหม่ให้ผู้ป่วย (Award & Voruganti, 2008) สอดคล้องกับการศึกษาของสมจิตต์ ลูประสงค์, สงวน ธานี, เกสร สานธนู, และกิงกาญจน์ ชูเมือง (2560) พบว่า การฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภท เป็นการสนับสนุนทางสังคม ในด้านกำลังใจและเป็น สิ่งแวดล้อมที่ดีในการเยียวยาจิตใจผู้ป่วยให้เข้มแข็ง มีความหวัง มีความรับผิดชอบ มีกำลังสู้กับ ความเจ็บป่วย นอกจากนี้ การได้รับความรู้จากผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพจิต การมีทัศนคติที่ดีต่อ ผู้ป่วยจิตเภท ความร่วมมือของชุมชน และการฝึกปฏิบัติด้วยกัน ทำให้มีประสบการณ์และเห็น ผลสำเร็จของการฟื้นฟู ถึงแม้ช่วยผู้ป่วยได้เพียงหนึ่งราย แต่ก็ช่วยให้มีแรงจูงใจ และมีกำลังใจ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การให้ความรู้ร่วมกับการฝึกปฏิบัติจะส่งผลต่อประสิทธิภาพ

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท มากกว่าการให้ความรู้ทางด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียว (Puspitosari, Wardaningsih, & Nanwani, 2019)

3) อุปสรรค พบว่า อุปสรรคต่อการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ได้แก่ ขาดความรู้เกี่ยวกับโรค รู้สึกเบื่อที่ต้องรับประทานยาเป็นเวลานาน ๆ และได้รับผลข้างเคียงจากยา สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า มีผู้ป่วยจิตเภทจำนวนมากที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาต่อเนื่องและรับประทานยาไม่ถูกต้อง เกิดอาการข้างเคียงจากยา ทำให้ป่วยซ้ำ (Sullivan, Wells, Morgenstern, & Leake, 1995) นอกจากนี้ เจตคติ การตีตรา การแบ่งแยก ปิดกั้น ไม่ยอมรับ ไม่มีส่วนร่วมของชุมชน เป็นตัวขัดขวางการฟื้นฟูผู้ป่วยในชุมชน (Varcariolis, 2014) อีกทั้งความรุนแรงของโรคจิตเภทและการป่วยซ้ำ ก็เป็นอุปสรรคขัดขวางการฟื้นคืนสู่สุขภาพะ เช่นเดียวกัน (สมรักษ์ ชูวานิชวงศ์, 2558)

จากผลการวิจัยการรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคในโรคจิตเภท สอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Stretcher & Rosenstock (1996) ซึ่งอธิบายการรับรู้ประโยชน์ ว่าเป็นการคาดคะเนของบุคคลถึงผลลัพธ์ทางบวกที่จะเกิดขึ้นหากปฏิบัติตามคำแนะนำ หรือได้รับการรักษา และผลลัพธ์ทางลบหากไม่ปฏิบัติ โดยบุคคลจะประเมินอุปสรรคร่วมกับใช้ประสบการณ์ในอดีต แล้วนำไปสัมพันธ์กับทรัพยากรที่มีอยู่ ซึ่งบุคคลต้องมีความเชื่อต่อทางเลือกว่าจะเป็นผลดีต่อตนเอง และในขณะเดียวกัน ก็จะต้องเชื่อว่า อุปสรรคในการปฏิบัติตามที่ตนเลือกจะต้องมีน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่จะได้รับ

4) สิ่งกระตุ้นจูงใจและการรับรู้ความสามารถ พบว่า ความรู้ คำแนะนำ จากเจ้าหน้าที่ กำลังใจจากคนในครอบครัว ชุมชน เป็นสิ่งกระตุ้นให้มีความมุ่งมั่น ตั้งใจและพร้อมในการเข้ามามีส่วนร่วมในการฟื้นฟูผู้ป่วย และในผู้ที่เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทมาก่อน ก็จะมีความรู้สึกพร้อมยิ่งขึ้น และส่งผลต่อความสามารถของตนในการฟื้นฟูผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนันญา แสงแก้ว, เรณูการ์ ทองคำรอด, และกชพงศ์ สารการ(2558) พบว่า การจัดการกับอาการผิดปกติของผู้ป่วยจิตเภท การดูแลเรื่องการรับประทานยา การฟื้นฟูทักษะทางสังคม ทักษะชีวิต และการทำงานของผู้ป่วยจิตเภทนั้น ครอบครัว ผู้ดูแล และ อสม. มีส่วนสำคัญในการเข้ามาช่วยเหลือ จากผลการวิจัย สอดคล้องกับองค์ประกอบสิ่งกระตุ้นจูงใจให้ปฏิบัติ ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Stretcher & Rosenstock (1996) ที่กล่าวว่า ปัจจัยจากภายในบุคคล (Internal Cues) และ ปัจจัยจากภายนอกบุคคล (External Cues) เป็นสิ่งจูงใจกระตุ้นให้บุคคลพร้อมที่จะปฏิบัติ ได้แก่ เหตุการณ์ หรือกิจกรรมที่กระตุ้น หรือเป็นแรงจูงใจกระตุ้นการปฏิบัติ ให้บุคคลเกิดความพร้อมเพื่อป้องกันและรักษาโรค และอาจแตกต่างกันไปตามระดับความพร้อม

ทางจิตใจของแต่ละบุคคลว่ามีมากน้อยแค่ไหน การสาธิต การเป็นแบบอย่างที่ดี และการเสริมแรง ด้านบวก จะเป็นแนวทางสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลเพื่อบรรลุเป้าหมายที่วางไว้

2. พฤติกรรมการมีส่วนร่วมฟื้นฟู ผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษา พบว่า การมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูของชุมชน เริ่มต้นจาก 1) **ผู้ป่วยและครอบครัว** เป็นพื้นฐานสำคัญในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยแสดงออกถึงความรัก ความอบอุ่น การให้กำลังใจ ให้โอกาสรับผิดชอบงานหรือกิจกรรมของครอบครัว ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีคุณค่า มีตัวตน สามารถทำประโยชน์ให้กับครอบครัวได้ สอดคล้องกับการศึกษาของแก้วตา มีศรี และเพ็ญนภา แดงดีอมฤทธิ์ (2555) พบว่า การรับรู้ถึงความห่วงใย และความผูกพัน ส่งเสริมให้บุคคลรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เห็นคุณค่าในตนเอง การที่ครอบครัวไม่ทอดทิ้งผู้ป่วยให้เป็นภาระของสังคม จะทำให้ชุมชนเห็นใจ และเข้ามาช่วยเหลือไม่รู้สึกโดดเดี่ยวในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งตัวผู้ป่วยเองก็ต้องมีความพร้อมที่จะเข้ามารับการฟื้นฟูจากชุมชนด้วย 2) **ชุมชน** ประกอบด้วย ผู้นำ จิตอาสา อสม. และภาคีเครือข่าย จะเกิดความร่วมมือในการฟื้นฟูได้นั้น (1) การคืนข้อมูลให้ชุมชน (2) ร่วมวิเคราะห์ปัญหา กับภาคีเครือข่าย และเห็นแนวทางในการจัดการปัญหาโดยอาศัยทรัพยากรในท้องถิ่น และ (3) การสนับสนุนจากผู้เชี่ยวชาญ สอดคล้องกับการศึกษาของเกียรติภูมิ วงศ์วรจิตและคณะ (2550) พบว่า การสร้างความตระหนักของประชาชนให้เห็นถึงปัญหาและความจำเป็นในการจัดการแก้ไข ให้อิสระตัดสินใจ ใช้ศักยภาพดำเนินงาน พัฒนาตนเองให้เกิดความรับผิดชอบ เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ จะนำไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐติกา ชูรัตน์ (2559) พบว่า ในการค้นหาสาเหตุ และการป้องกันการป่วยซ้ำ ควรให้ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน เข้ามามีส่วนร่วม นอกจากนี้ ด้วยบทบาทหน้าที่ของ อสม. และแกนนำชุมชน ในการติดตามดูแลสุขภาพของคนในชุมชน ทำให้ง่ายต่อการสร้างสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเวชและญาติ ให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และเป็นกำลังใจให้กับผู้ป่วย และ 3) **สนับสนุนกิจกรรมการฟื้นฟู** ด้วยการให้ผู้ป่วยทำงาน เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ จะสร้างความภาคภูมิใจ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สอดคล้องกับศึกษาของกนกวรรณ บุญเสริม (2559) พบว่า การมีงาน มีรายได้ และได้เข้าร่วมกิจกรรมกับครอบครัว ชุมชน ทำให้ผู้ป่วยภาคภูมิใจ และส่งผลดีต่อผู้ป่วย และลดอาการทางจิตที่รุนแรงได้ เป็นการคืนศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ให้กับผู้ป่วย เช่นเดียวกับการศึกษาของ อรสา วัฒนศิริ และเสาวภา ศรีภูสิตโต (2556) พบว่า การให้ผู้ป่วยได้เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน และการดูแลต่อเนื่องโดยทีมสหวิชาชีพ ช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำในโรคจิตเภท และเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดี

3. แนวทางการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่า มี 4 แนวทาง 1) **การคืนข้อมูลให้ชุมชน** ซึ่งถือว่าเป็นขั้นต้นของการวางแผนการดูแลเพื่อฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภท เพราะข้อมูลของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญในการวางแผนการทำงานของภาคีเครือข่ายชุมชนในการช่วยเหลือผู้ป่วยได้ตรงตามปัญหาความต้องการที่แท้จริง สอดคล้องกับการศึกษาของอุไรวรรณ เกิดสังข์ (2561) พบว่า การแก้ปัญหาสุขภาพจิตแบบครบวงจรและยั่งยืนของชุมชน การคืนข้อมูลผู้ป่วยเพื่อให้ชุมชนตระหนักถึงปัญหา เป็นสิ่งสำคัญที่จะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่ตรงตามสภาพความเป็นจริง ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน 2) **การเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพจิตและจิตเวชให้แก่ชุมชน** ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและจิตเวช พ.ร.บ.สุขภาพจิต พ.ร.บ.ฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้พิการ แหล่งสนับสนุนทางสังคม การสร้างความเข้าใจที่ดีต่อผู้ป่วย การฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ฝึกทักษะการสื่อสาร การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ให้ชุมชนได้เรียนรู้ เป็นการสร้างความมั่นใจชุมชนในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับ Franck et al. (2019) ได้กล่าวถึงแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช เช่น การให้สุศึกษา การฝึกทักษะชีวิต ทักษะทางสังคม การฝึกอาชีพ การให้คำปรึกษาครอบครัว กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Peer support) เป็นต้น ทั้งแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล เป็นบริการทางเลือกในการฟื้นฟูที่ตรงกับความต้องการและความพึงพอใจของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Puspitosaria, Wardaningsih, & Nanwani, (2019) ซึ่งพบว่า การสนับสนุนความรู้ การฝึกทักษะทางสังคม ส่งผลดีต่อประสิทธิภาพในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน นอกจากนี้ การพัฒนาทักษะในการปฏิบัติหน้าที่ให้เป็นที่ยอมรับของชุมชน จะเกิดผลเชิงบวกในการทำงานผ่านการสนับสนุนของครอบครัวและชุมชน (Asher et al., 2018) การสนับสนุนความรู้แก่ชุมชนจึงเป็นเรื่องจำเป็น (พิชามญชุ์ ปุณโณทก, 2562) และ 3) **การวางแผนพัฒนาทักษะการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภท** โดยการประเมินให้ตรงกับความต้องการและความสามารถของผู้ป่วย และมีความเหมาะสม ให้โอกาสทางสังคมในการทำงานตามวิถีเดิม เป็นการยกระดับคุณภาพชีวิต และลดการป่วยซ้ำ และอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่าย ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนของโรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต (2559) ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับบุคคล ครอบครัว และสิ่งแวดล้อม กล่าวคือ ในระดับบุคคล โดยให้การรักษาผู้ป่วยด้วยยา และมีการฝึกทักษะพื้นฐาน ระดับครอบครัว โดยการประคับประคองจิตใจผู้ป่วยและผู้ดูแล ระดับสิ่งแวดล้อม โดยการฝึกอาชีพ และการจ้างงานให้ผู้ป่วยได้มีงานทำ ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง รวมทั้งให้โอกาสในการเข้าถึงสังคมแก่ผู้ป่วย และการสร้างเครือข่ายความร่วมมือ และแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การฟื้นฟูจึงเป็นการสร้างภาพลักษณ์ใหม่ของผู้ป่วยให้ได้รับการ

ยอมรับ และลดการตีตราจากสังคม สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนเป็นการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างยั่งยืนที่สำคัญ (Addington & Lecomete, 2012) การฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นการปรับปรุงคุณภาพชีวิต ปรับการทำงานและการเข้าสังคมของผู้ป่วย ลดความพิการได้ (Wang et al., 2013) ระยะแรกของการฟื้นฟู ควรเป็นการฟื้นฟูทางการแพทย์โดยการให้ยาในการรักษา และติดตามเยี่ยมบ้าน ระยะที่ 2 ฟื้นฟูทักษะทางสังคม การงานอาชีพ โดยอาศัยศักยภาพที่มีของชุมชน 4) การบูรณาการการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย ทั้งเขตสุขภาพ และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชจากทุกภาคส่วน ส่งผลให้อาการทางจิตของผู้ป่วยดีขึ้น การกระตุ้นในการวางแผนงบประมาณของท้องถิ่นของคณะกรรมการสุขภาพของรัฐในท้องถิ่นกับองค์กรภาคประชาชน เพื่อให้ครอบคลุมเขตบริการมากขึ้น เป็นการบูรณาการการทำงานร่วมกัน สอดคล้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยให้มีพัฒนาการที่ดีขึ้นและสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ (Chatterjee et al., 2003) ปัจจัยที่เสริมสร้างความเข้มแข็งในการทำงาน การสร้างบทบาทการเป็นหุ้นส่วนที่สัมพันธ์กับบริบททางสังคม เกิดจากการทำงานร่วมกันในชุมชน เพื่อส่งเสริมผู้พิการทางจิตให้สามารถใช้ชีวิตในชุมชนได้ (Leelakraiwan, 2007) ผู้นำทุกระดับจึงต้องให้ความสำคัญและมีนโยบายที่ชัดเจน

การวิจัยระยะที่ 2 ขั้นตอนที่ 2 และขั้นตอนที่ 3

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมฟื้นฟู

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 โปรแกรมฯ มีประสิทธิภาพจากการทดสอบในกลุ่มเล็ก

ผลการประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมฟื้นฟู พบว่า คะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภทภายหลังการทดลอง สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภทของ อสม. หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองทุกด้าน ทั้งนี้เนื่องจากกิจกรรมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนเป็นฐาน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 9 กิจกรรม ซึ่งในขั้นการเสริมสร้างพลังอำนาจและสร้างความรู้ ประกอบด้วย กิจกรรมการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทั้งความรู้เรื่องโรคจิตเภท โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการป่วยซ้ำ ประโยชน์การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท อุปสรรคของการเจ็บป่วยซ้ำ ความเข้าใจในโรคจิตเภทนำไปสู่การส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภทได้ ดังนั้นเมื่อ อสม. ได้เข้าใจแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภทอย่างรอบด้าน ก็จะมี ความเชื่อในประโยชน์ต่อการแสดงพฤติกรรมสุขภาพนั้น สอดคล้องกับแนวคิด HBM ว่าเป็นการเตรียมความพร้อมในกระบวนการ และจิตใจ ให้เติบโตทางปัญญา จะสร้างความตระหนักรู้ในการแสดงพฤติกรรมดูแลสุขภาพ (Rosenstock, 1974)

ด้านสิ่งจูงใจ ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยสิ่งจูงใจ หลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้ เนื่องจากโปรแกรมฟื้นฟู โดยเฉพาะในขั้นการสร้างการมีส่วนร่วมและการตระหนักรู้ มีกิจกรรมสร้างการมีส่วนร่วมของ อสม. ได้แก่ การมีส่วนร่วมวิเคราะห์ปัญหาสถานการณ์ของชุมชน และต้นทุนที่มี การมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายที่ต้องการ ทำให้ อสม. เกิดความตระหนัก และมีแรงจูงใจร่วม รวมถึงได้ปรับทัศนคติที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ตระหนักถึงปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทร่วมกัน ซึ่งการร่วมคิดกำหนดแนวทางแก้ปัญหา ส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ และภาคภูมิใจ เกิดแรงจูงใจชักนำไปสู่การแก้ปัญหาาร่วมกัน (เปรมฤดี ดำรักษ์, อังคนา วังทอง, และอนุชิต วังทอง, 2557)

ด้านพฤติกรรมการมีส่วนร่วมฯ ก่อนทดลองและหลังทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการมีส่วนร่วมฯ หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาทุกด้าน พบว่า ภายหลังทดลอง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการมีส่วนร่วมฯ สูงกว่าก่อนทดลองในทุกด้าน ทั้งนี้เป็นเพราะกิจกรรมในโปรแกรมฟื้นฟู เปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองได้วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และมีกิจกรรมที่ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของ อสม. เพื่อส่งเสริม บัองกัน ฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภท อสม. มีส่วนร่วมในการออกแบบกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภทตามบริบทของชุมชน และมีส่วนร่วมเรียนรู้การแก้ปัญหาจากอุปสรรคจึงส่งผลต่อคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการมีส่วนร่วมฟื้นฟูฯ ทั้งด้านการร่วมตัดสินใจ การร่วมดำเนินงาน การร่วมรับผลประโยชน์ และการร่วมติดตามประเมินผล สูงกว่าก่อนการทดลอง

ขั้นตอนที่ 3 การทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมฟื้นฟู

จากผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 เพื่อศึกษาความแตกต่างของความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท สิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วมฯ และพฤติกรรมการมีส่วนร่วมฟื้นฟูฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ได้รับโปรแกรมและไม่ได้รับโปรแกรม) ในระยะวัดผลหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่า อสม. ในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพฯ คะแนนเฉลี่ยสิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วมฟื้นฟูฯ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการมีส่วนร่วมฟื้นฟูฯ แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และเมื่อวิเคราะห์อิทธิพลย่อยของตัวแปร พบว่า อสม. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทั้ง 3 ตัวแปร สูงกว่ากลุ่มควบคุมในระยะวัดผลหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมฟื้นฟูฯ มีประสิทธิผลทำให้อสม. ที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ เกิดการเปลี่ยนแปลงในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภทที่ถูกต้อง เกิดสิ่งจูงใจฯ และมีพฤติกรรมฟื้นฟูฯ เพิ่มขึ้น ทั้งนี้ สามารถอธิบายได้ว่า

โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนเป็นฐาน ผู้วิจัยได้นำผลการวิจัย ในระยะที่ 1 ที่ได้ศึกษาประสบการณ์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท แนวทางการฟื้นฟู และพฤติกรรมกรรมมีส่วนร่วมฟื้นฟู ที่พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท ด้านรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท ประโยชน์ของการป้องกันการป่วยซ้ำ อุปสรรคที่มีต่อการฟื้นฟู และความสามารถในการสนับสนุนการฟื้นฟู ซึ่งสอดคล้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988; อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560) ที่นำมาประยุกต์ในการพัฒนาโปรแกรมฯ นี้ ร่วมกับการประยุกต์ใช้แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนเป็นฐาน Community-Based Rehabilitation : CBR (WHO, 2010) ในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท ให้สามารถกลับมาใช้ชีวิตเหมือนคนปกติทั่วไป สามารถเข้าสังคม ทำงาน พึ่งพาตนเองได้ โดยอาศัยการประสานความร่วมมือจากชุมชน ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท และ อสม. ได้เข้ามามีส่วนร่วมในวงจรการจัดการ CBR 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ 2) วางแผน และการออกแบบ 3) การจัดตั้งและการเฝ้าสังเกต 4) ติดตามประเมินผล ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกเอาองค์ประกอบของ CBR Matrix ที่เหมาะกับบริบทพื้นที่ ตามความต้องการ สภาพปัญหา และทรัพยากรที่มีในท้องถิ่น ได้แก่ ด้านสุขภาพ ด้านการศึกษา ด้านวิถีความเป็นอยู่ ด้านสังคม และด้านการเสริมพลังอำนาจ มาใช้ในการออกแบบกิจกรรม โดยในโปรแกรมฟื้นฟูฯ นั้น ประกอบด้วย 4 ชั้น ดังนี้ 1) ชั้นสร้างการมีส่วนร่วมและความตระหนักรู้ (กิจกรรมที่ 1-4) 2) ชั้นสร้างความรู้และเสริมสร้างพลังอำนาจ (กิจกรรม 5,5.1,5.2,5.3) 3) ชั้นปฏิบัติการสู่เป้าหมาย (กิจกรรม 6-7) และ 4) ชั้นติดตามผลต่อเนื่อง (กิจกรรม 8-9) รวมทั้งสิ้น 9 กิจกรรม อาศัยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และการทดลองฝึกปฏิบัติจริง ของ อสม. ที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ สอดคล้องกับแนวทาง CBR ที่สามารถฝึกอบรมเจ้าหน้าที่บริการชุมชนได้อย่างสร้างสรรค์ สามารถนำบริการส่งถึงตัวผู้รับบริการ กิจกรรม CBR ก่อเกิดผลลัพธ์ทางสังคมในเชิงบวก ช่วยปรับทัศนคติของชุมชนต่อคนพิการไปในทางที่ดีขึ้น และทำให้คนพิการปรับตัวได้ดีขึ้น รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมมากขึ้น (Mannan & Turnbull, 2007) จะเห็นได้ว่า โปรแกรมฟื้นฟูฯ เมื่อมีการนำแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับหลักการ CBR แสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงของค่าคะแนนแบบวัดตัวแปรต่าง ๆ ที่ต้องการศึกษา ซึ่งเมื่อพิจารณาประสิทธิผลของโปรแกรมฯ พบว่า การทดสอบหลังการทดลองและติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพของโรค สิ่งจูงใจ พฤติกรรมมีส่วนร่วมฟื้นฟูฯ ทั้งด้านรวมและรายด้านย่อยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

1) ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 ผลการทดสอบหลังการทดลอง

เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงของความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท สิ่งจูงใจในการฟื้นฟู และพฤติกรรมมีส่วนร่วมฟื้นฟูฯ ภายหลังการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า โปรแกรมฯ มีประสิทธิผลทำให้ความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท สิ่งจูงใจ และพฤติกรรมมีส่วนร่วมฟื้นฟูฯ ของ อสม. มีความคงทนของตัวแปรตามทั้ง 3 ตัว ดังนี้ คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพฯ สิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วมฟื้นฟูฯ และพฤติกรรมมีส่วนร่วมฟื้นฟูฯ ระหว่างครั้งที่ทดสอบ(ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล) และกลุ่มทดลอง พบว่า คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพฯ สิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วมฟื้นฟูฯ และพฤติกรรมมีส่วนร่วมฟื้นฟูฯ ของกลุ่มทดลอง เปลี่ยนแปลงไปตามแต่ละครั้งของการทดสอบ และมีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมากในทุกระยะการทดสอบหลังการทดลอง ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนในแต่ละระยะการทดสอบหลังการทดลองเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย แสดงให้เห็นว่า ภายหลังทดลอง ความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท สิ่งจูงใจในการฟื้นฟูฯ และพฤติกรรมมีส่วนร่วมฯ มีความคงทน ถึงแม้ว่าเวลาจะเปลี่ยนไป ทั้งนี้อาจเนื่องจากโปรแกรมฯ ถูกพัฒนาขึ้นตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีรูปแบบการจัดกิจกรรมในโปรแกรมที่เน้นการฝึกปฏิบัติ การเรียนรู้ร่วมกันผ่านประสบการณ์ที่ได้ลงมือทำ ตามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งมีความง่ายต่อการทำความเข้าใจ และมีการถ่ายทอดออกมาในรูปแบบที่ชัดเจน โดยในโปรแกรมฯ ขึ้นสร้างการมีส่วนร่วมและความตระหนักรู้ ผู้วิจัยมีบทบาทสนับสนุนช่วยเหลือ ในการกระตุ้นให้ อสม. กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีทัศนคติ ความรู้ ความสามารถปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภทได้ด้วยตนเอง และด้วยพลังของกลุ่มที่ได้ร่วมกันคิด ตัดสินใจ วางแผน และลงมือทำร่วมกัน ทำให้ อสม. กลุ่มทดลองได้เข้าใจผู้ป่วยจิตเภท ครอบคลุมผู้ดูแล สถานการณ์ปัญหาและความต้องการของชุมชน ตลอดจนได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็น กำหนดเป้าหมายหรือแผนที่จะทำเพื่อผู้ป่วยจิตเภทตามที่ต้องการ สอดคล้องกับมุมมองของ อสม. ที่ได้สะท้อนปัญหาและความต้องการ จากคำกล่าวสนับสนุนที่ว่า “จะเห็นว่าชุมชนเอง ก็ปล่อยปะละเลย ไม่ยอมรับ เพราะหลายคนเค้าหวาดกลัวต่อผู้ป่วยทางจิต ซึ่งตัวเองก็รู้สึกกลัวเหมือนกัน ไม่กล้าเข้าไปคนเดียว ทำให้คนป่วยเข้าไม่ถึงบริการการรักษาการดูแล” (อสม. เขียว) “ฉันคิดว่า อสม. เองก็ขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยทางจิต เพราะไม่เคยได้ความรู้ทางสุขภาพจิตมาก่อน ฉันอยากทำเพื่อชุมชน แต่คิดว่าการทำงานคนเดียวมันโดดเดี่ยวเกินไป อยากได้ทีมการทำงาน อยากพูดคุยสื่อสารกับครอบครัว และผู้ป่วยทางจิต” (อสม. ส้ม) ซึ่งจากที่ได้นำปัญหาและความต้องการ และต้นทุนชุมชนมาวิเคราะห์ ทำให้เห็นว่าโปรแกรมฯ นี้ ได้นำความเป็น

ชุมชนที่เป็นฐานปัญหา ฐานการคิดเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม ส่งผลให้โปรแกรมฯ ตอบสนองต่อความต้องการของ อสม.อย่างแท้จริง โปรแกรมฯ นี้ เริ่มต้นด้วยการให้สมาชิกในพื้นที่ได้เห็นถึงปัญหาของพื้นที่ตนเอง บอกถึงความต้องการของสมาชิกเอง และมีความเห็นพ้องต้องการในปัญหา ดังคำกล่าวสนับสนุนของ อสม. “ที่ผ่านมามีคนต่างเห็นปัญหา แต่ไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมการมารวมกลุ่มกันเพื่อเห็นปัญหาที่ชัดมากขึ้น และพร้อมใจกันในการแก้ไข” (อสม.แดง) และ อสม. ได้มีส่วนร่วมในทุก ๆ กระบวนการ โดยเริ่มจากความเข้าใจในบริบทของชุมชน การวิเคราะห์ชุมชน ทำให้เห็นภาพรวมของชุมชนผ่านการสะท้อนปัญหาจากทุก ๆ คนที่ได้มีส่วนร่วมคิด วิเคราะห์ ดังคำกล่าวสนับสนุนที่ว่า “ได้เข้าร่วมกิจกรรม ทำให้เห็นถึงความสำคัญของความร่วมมือในทุกภาคส่วนเพื่อการดูแลผู้ป่วยทางจิตในพื้นที่ องค์ประกอบสำคัญคือ ผู้นำชุมชน อสม. ผู้ป่วย ญาติ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข” (อสม.จำ)

นอกจากนี้ การสะท้อนความรู้สึกที่เห็นว่าโปรแกรมฯ มีประโยชน์ จากคำกล่าวสนับสนุนที่ว่า “เป็นโปรแกรมที่ทำงานเชิงรุกได้เป็นอย่างดี ครอบคลุมเนื้อหา ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของชุมชนอย่างแท้จริง สามารถนำไปปฏิบัติได้ สามารถแก้ไขปัญหาได้ในหลาย ๆ ด้าน” (อสม.นา) ซึ่งสอดคล้องกับชุลีกร ด่านยุทธศิลป์ และสุรินทร กลัมพากร (2554) การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน พบว่า การประยุกต์ใช้แนวคิด CBR ร่วมกับการให้บริการสุขภาพควรสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ปัญหาความต้องการของผู้ใช้บริการ

ขั้นเสริมสร้างพลังอำนาจและสร้างความรู้ เนื่องจาก อสม.กลุ่มทดลองได้รับการสนับสนุนความรู้ผ่านการคิดวิเคราะห์ และการลงมือทำตามแผนของกิจกรรม ส่งผลให้เข้าใจ และเรียนรู้ร่วมกันในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภทที่ถูกต้อง กล่าวคือ รับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงในโรคจิตเภท รับรู้ประโยชน์ของการรักษา การดูแล การฟื้นฟูในชุมชน และแหล่งช่วยเหลือในสังคม รับรู้อุปสรรค และการจัดการปัญหา ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งบุคคลจะรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ อุปสรรคต่าง ๆ และตัดสินใจกระทำพฤติกรรมสุขภาพก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นมีความเข้าใจผ่านกระบวนการคิด เกิดการตระหนักรู้ต่อผลและเลือกที่จะปฏิบัติจากภาวะคุกคามของโรค และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Hazavehei, Taghdisi, & Said (2007) ที่พบว่า การป้องกันโรคที่ดีที่สุด คือ การปลูกฝังพฤติกรรมป้องกันโรค และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สามารถทำให้นักบุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันโรคได้ เช่นเดียวกับผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมความร่วมมือรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ชุตินา ทองอยู่ และเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์,

2560) แสดงว่าการได้รับการส่งเสริม ความเชื่อด้านสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมร่วมมือกินยาของผู้ป่วยจิตเภท สอดคล้องกับการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางปรับสีผิวของนิสิตหญิงระดับปริญญาตรี พบว่า การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางปรับสีผิวมีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (อนัญญา นิมนงค์ และพิชญ์ อภิสมอาจารย์โยธิน, 2562) ซึ่งสอดคล้องกับการสะท้อนของ อสม. ดังคำกล่าวสนับสนุนที่ว่า “การได้อบรมจากโปรแกรมนี้ ทำให้ อสม. มีความเข้าใจในความเป็นคนป่วยทางจิตได้อย่างครอบคลุม ทั้งความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพของโรค การดูแลให้เข้าถึงการรักษา การฟื้นฟูเยียวยา และการพัฒนาทักษะทางสังคม อาทิ ความมีคุณค่าของความเป็นคน” (อสม. ศักดิ์) ซึ่งโปรแกรมนี มีประโยชน์ที่จะนำไปใช้ปฏิบัติจริงในการเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ ดังคำกล่าวสนับสนุนที่ว่า “ประโยชน์ที่จะนำไปประยุกต์ใช้ได้จริง การสร้างทีมเยี่ยมบ้าน ประเมินผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างเหมาะสม สามารถจัดการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวช และครอบครัว ได้ทันเวลาที่ ตามประเภทอาการและความรุนแรง ตามประเภทของสีของผู้ป่วยจิตเวช (เขียว เหลือง แดง) ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม” (อสม.ตา)

นอกจากนี้ โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนเป็นฐาน ในขั้นที่ 3 การปฏิบัติการฟื้นฟูสู่เป้าหมาย กิจกรรม “ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท” และกิจกรรม “ฟื้นฟูปฏิบัติการเยี่ยมบ้าน” กลุ่มทดลองได้รับการคืนข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่ เพื่อการวางแผนในการฟื้นฟู ได้อย่างเหมาะสม ร่วมกันออกแบบกิจกรรมที่ตรงกับความต้องการ ทำให้เกิดแรงจูงใจเพื่อการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภทตามบริบทของชุมชน ดังคำกล่าวสนับสนุนที่ว่า “การคืนข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่ของตนเอง ทำให้สมาชิกที่เป็น อสม. สามารถวางแผนการช่วยเหลือครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชแต่ละรายได้มากขึ้น กระบวนการมีการปรับใช้ได้อย่างเหมาะสมเพื่อได้ได้รับการช่วยเหลือแต่ละครอบครัว” (อสม.จันทร์) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวัชรกร ภิมาลย์, จุฬารัตน์ สุริยาทัย, ณัฐนิช ไชยสลิ, พจนพร พลแดง, และ กิตติยา ชันแปง. (2554) การพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในชุมชน มีความสำคัญและจำเป็นสำหรับคนพิการในพื้นที่ห่างไกล และยังเป็นการกระตุ้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการอย่างต่อเนื่องที่บ้าน เนื่องจากการบริการทางการแพทย์ไม่ครอบคลุมในพื้นที่ห่างไกล ส่งผลให้คนพิการในพื้นที่ดังกล่าวขาดโอกาสในการรับบริการทางการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ กอรปกับชุมชนแต่ละแห่งมีภูมิปัญญาชาวบ้านที่แตกต่างกัน ดังนั้นการคืนข้อมูลให้แก่ชุมชนและให้ชุมชนมีโอกาสเลือกแนวทางการดูแลคนพิการ จึงมีความสำคัญและเป็นจุดเริ่มต้นของการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพ เมื่อมีคนพิการรายใหม่เกิดขึ้นใน

ชุมชน สามารถดูแลคนพิการเบื้องต้นได้โดยไม่ปล่อยให้คนพิการนอนนิ่งจนเกิดภาวะแทรกซ้อน ตามมา นอกจากนี้การได้รับกำลังใจ และการสนับสนุนซึ่งกัน ทำให้เกิดความร่วมมือที่ดีและมีส่วนร่วมในการลงพื้นที่เพื่อปฏิบัติการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ที่เน้นการฝึกปฏิบัติจริงตลอดทั้งสัปดาห์ ทำให้อสม.กลุ่มทดลอง ได้รับการพัฒนาศักยภาพของตนเองในการกำหนดเป้าหมาย วางแผนลงมือปฏิบัติ เรียนรู้จากข้อมูลย้อนกลับ และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน รับรู้ถึงความสามารถของตนเอง ผ่านการลงมือทำ การฝึกปฏิบัติ ทำให้กลุ่มทดลองเกิดความตระหนัก สามารถวางแผนปฏิบัติที่สอดคล้องกับอุปสรรคหรือข้อจำกัดของตนเองและของกลุ่มได้ เกิดความพึงพอใจและเห็นประโยชน์ในการเข้าไปฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ตลอดจนได้นำผลจากการฝึกปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูดูแลผู้ป่วยจิตเภท มาร่วมสะท้อนผ่านชั้นตอนที่ 4 การติดตามผลต่อเนื่อง ด้วยกิจกรรม “ฟื้นฟูความสามารถ ฟื้นฟูสิ่งที่ทำ รู้จำอุปสรรค” การสะท้อนความสามารถด้วยการให้พลังใจ ค้นหาความสามารถของตนเอง การให้แรงเสริม การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกันในกลุ่ม จนกลายเป็นกลุ่มเสริมกำลังใจ และการได้เรียนรู้จากสื่อ “ต้นแบบผู้ดูแล” โดยการนำบุคคลต้นแบบมาเล่าความสามารถในการฟื้นฟูดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลให้อสม.เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง สิ่งจูงใจ และมีกำลังใจในการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านเพื่อการฟื้นฟูดูแลผู้ป่วยต่อไป สอดคล้องกับการสะท้อนผลที่ได้เรียนรู้จากโปรแกรมฯ ทำให้ อสม.ได้รับรู้ความสามารถของตนเองมากขึ้น ดังคำกล่าวสนับสนุนที่ว่า “การเยี่ยมบ้าน ทำให้สามารถวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยได้ มีความเข้าใจในแบบประเมินอาการทางจิตที่ได้เรียนรู้ ซึ่งผู้ป่วยแต่ละราย ไม่เหมือนกัน บางรายขาดความมั่นใจในตนเอง และไม่มั่นใจในการใช้ชีวิต มีความต้องการที่จะหยุดใช้สารเสพติด แต่ยังทำไม่สำเร็จ บางรายมีอาการหวาดกลัว ไม่ชอบเสียงดัง บางรายสามารถทำงานได้ ทานยาต่อเนื่อง บางราย มีอาการหลงลืม สูงอายุ แต่อารมณ์ดี บางรายอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่สะอาด นอกจากนี้ยังพบปัญหาที่เกิดจากผู้ดูแล บางรายมีผู้ดูแลคนเดียว จัดยาไม่ถูกต้อง บางรายครอบครัวไม่เข้าใจ สื่อสารทางลบ ขาดการชื่นชม ให้กำลังใจ ผู้ดูแลแบกรับตามลำพัง รู้สึกเหนื่อยล้าจากการดูแล จากความหลากหลายของปัญหา ทำให้มีความเข้าใจ และพร้อมที่จะกลับมาวางแผนการเยี่ยมในครั้งต่อไป เพื่อทำให้ปัญหาที่เจอ ค่อยลดทอนลงไป” (อสม.นา) นอกจากนี้สิ่งที่ได้เรียนรู้เพิ่มเติมจากการปฏิบัติการเยี่ยมบ้าน การฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้าน คือ “การได้เรียนรู้การทำงานเป็นทีม อสม.ในพื้นที่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แนวคิด ทศนคติ ของสมาชิกในทีม โดยการปรับเปลี่ยนกันตามธรรมชาติ จากผู้ร่วมทีมด้วยกันเอง” (อสม.วรรณ) “เป็นโปรแกรมที่ทำให้สมาชิกกล้าแสดงออก กล้าแสดงความคิดเห็น จากสมาชิกด้วยกันเองทุกคน ไม่ได้มีการปิดกั้น และทำให้สมาชิกได้เรียนรู้การทำงานเป็นทีม การทำงานแบบมืออาชีพด้วยการดูแลผู้ป่วยจิตเวช” (อสม.ใจ)

ระยะเวลาติดตามผล 1 เดือน อสม.ได้สะท้อนว่า การมี อสม.ลงพื้นที่ พื้นฟูผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านทำให้ผู้ป่วยรู้สึกดีใจ และเห็นคุณค่าของตนเอง และคิดว่าตนยังทำประโยชน์ให้ครอบครัวได้ เช่นเดียวกับ อสม.ที่รู้สึกภาคภูมิใจ แม้ว่าจะเจออุปสรรค แต่การได้มาบอกเล่าในกลุ่มที่เรียนรู้ด้วยกัน ทำให้ได้รับการสนับสนุนทั้งกำลังใจ ความรู้ ทักษะเพิ่มเติม เกิดการเรียนรู้เพิ่มขึ้น และพยายามที่จะแสดงพฤติกรรมนั้นซ้ำ ๆ ตลอดถึงความต้องการที่จะทำต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด CBR และสอดคล้องกับแนวคิดการมีส่วนร่วม(Creighton, 2005) ร่วมตัดสินใจ ค้นหาวิธีการ กำหนดความต้องการ เสนอทางออกร่วมกัน อีกทั้งได้ฝึกปฏิบัติการฟื้นฟู และฝึกปฏิบัติการเยี่ยมบ้านกับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทจริงในชุมชน ส่งเสริมให้ อสม.ในกลุ่มทดลอง เกิดตระหนักรู้และเห็นปัญหาที่แท้จริงของชุมชน ตลอดถึงการมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภท และเกิดพฤติกรรมการมีส่วนร่วมมีความเต็มใจ สอดคล้องกับศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัว และ อสม. ต่อความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนน เจตคติความรู้ และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและชุมชนสูงกว่ากลุ่มควบคุม ทุกระยะหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 (สุนันญา แสงแก้ว, เรณูการ์ ทองคำรอด, และ กชพงศ์ สารการ, 2558) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Asher et al. (2018) ศึกษาการพัฒนาและประเมินผลการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐานสำหรับผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทในประเทศเอธิโอเปีย ด้วยการศึกษาวิจัยแบบผสมวิธี โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่มกับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล ผู้ปฏิบัติงาน CBR เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สมาชิกในชุมชน รวม 40 คน ตามด้วยการศึกษาผลของโปรแกรม การฝึกอบรมให้แก่ครอบครัว ชุมชน พร้อมเยี่ยมบ้าน ให้การสนับสนุนการทำงาน ผลการวิจัย พบว่า เป็นผลดีต่อความร่วมมือจากครอบครัว พัฒนาทักษะ และความเชื่อมั่นของแต่ละบุคคลในการปฏิบัติหน้าที่ การเข้าถึงการดูแลสุขภาพ รายได้ การเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้นกว่าเดิม

การศึกษาคั้งนี้ พบว่า โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนเป็นฐานส่งผลให้ อสม. มีความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท สิ่งจูงใจฯ และพฤติกรรมการมีส่วนร่วมฯ เพิ่มสูงขึ้น ทั้งนี้ การแสดงออกซึ่งพฤติกรรมการมีส่วนร่วมฯ ได้ดีนั้น การมีความเชื่อทางสุขภาพของโรคจิตเภทที่ถูกต้อง และการได้ร่วมประสบการณ์การเรียนรู้ร่วมกันจะเป็นสิ่งกระตุ้นจูงใจให้มีส่วนร่วมฯ มากขึ้น จากผลการสำรวจมุมมองของ อสม.ที่ได้เข้าร่วมการทดลอง และการได้ไปปฏิบัติจริงเพื่อการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภท และนำผลลัพธ์จากการปฏิบัติตลอด 1 เดือน มาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพูดคุยกัน พบว่า โปรแกรมฯ มีความเหมาะสม สนับสนุนวัตถุประสงค์ของการวิจัยถึงประสิทธิผลของโปรแกรมฯ ที่ส่งผลให้ อสม.กลุ่มทดลองมีความรู้สึกถึงการเปลี่ยนแปลง

ทางด้านทัศนคติ ความเชื่อ ความรู้ และประสบการณ์ที่ทักษะต่อการฟื้นฟูดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ตลอดจนผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางโรคอื่นด้วย มีความตระหนักรู้ และตื่นตัวที่จะเข้าไปช่วยเหลือ ตลอดจนถึงการปรับตัวเรียนรู้กับสิ่งใหม่ที่มีความท้าทาย อีกทั้งการมีกลุ่มของ อสม. ที่คอยสนับสนุนช่วยเหลือ และร่วมทีมในการปฏิบัติการฟื้นฟูในชุมชนอย่างไม่โดดเดี่ยว ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ทั้งเพื่อน อสม. ครอบครัว ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท และผู้นำในชุมชน ตลอดจนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่คอยสนับสนุนให้คำปรึกษา ซึ่งสอดคล้องกับ ปกรณ์ จารักษ์ (2551) ซึ่งพบว่า การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนในเชิงรุก โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้นำชุมชน แกนนำสุขภาพ เครือข่ายญาติผู้ป่วย และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีการอบรมแกนนำในด้านความรู้ ปรับทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยและพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วย การเยี่ยมบ้าน สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้ามาร่วมกิจกรรมมากขึ้น มีผลให้ผู้ป่วยขาดยาลดลง ไม่มีอาการกำเริบ และลดการส่งต่อ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Puspitosari, Wardaningsih, & Nanwani (2019) ได้ศึกษาการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทผ่านการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน พบว่า กลุ่มทดลอง เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรม CBR ในโมดูลของการให้สุศึกษาทางสุขภาพจิตและจิตเวช และทักษะทางสังคม มีคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้น และผลการวิจัย พบว่ากลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นการศึกษานี้ แสดงให้เห็นว่ารูปแบบของ CBR มีประสิทธิภาพในการรักษาโรคจิตเภทในชุมชน ด้วยการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนเป็นฐาน นอกเหนือจากการรักษาโรค และเป็นทางเลือกสำหรับผู้ที่เป็โรคจิตเภทในชุมชน (Chatterjee et al, 2003; Asher et al, 2018; Puspitosari, Wardaningsih, & Nanwani, 2019)

นอกจากนี้ กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ ได้สะท้อนความรู้สึกที่มีต่อกิจกรรมต่าง ๆ ในโปรแกรมฯ ดังคำกล่าวสนับสนุนที่ว่า “แต่ละกิจกรรมที่นำมาให้ความรู้ มีจุดดีทุก ๆ กิจกรรม เป็นการส่งเสริมความรู้ให้กับผู้เข้าร่วมโปรแกรม เข้าใจง่าย ร่วมอภิปราย มีการถาม ตอบ อย่างเป็นระบบ แสดงความคิดเห็น สิ่งที่เกิดความความคาดหมาย คือ การลงมือปฏิบัติอย่างเป็นระบบ สามารถทำได้เอง นอกเหนือจากที่กลุ่มวิทยากรได้อบรม เช่น มีการแบ่งกลุ่มลงเยี่ยมผู้ป่วย และญาติ และพบว่า อสม. มีความรักสามัคคีในกลุ่ม ได้เห็นความเสียสละ มีน้ำใจแม้กระทั่งมีของฝากเล็ก ๆ น้อย ๆ ให้แต่ละพื้นที่” (อสม.เอ) “ขอบคุณทีมวิจัยที่เข้ามาให้ความรู้ อบรมโปรแกรมนี้ ซึ่งมีประโยชน์มาก ๆ อสม.ได้นำไปปฏิบัติได้จริงซึ่งเกิดประโยชน์มาก ๆ ต่อผู้ป่วยทางจิตในชุมชน ครอบครัวมีความสุข อบอุ่นใจ เหมือนพวกเค้ามีที่พึ่ง มีที่ปรึกษาอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยมีอาการทางจิตที่ดีขึ้นจากการสังเกต มีสัมพันธภาพที่ดี และชวนทำกิจกรรมฝึกงาน อาชีพ ก็ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี และมีความสุขทุกครั้งที่มี อสม. มาที่บ้าน” (อสม.หนึ่ง) ซึ่งสอดคล้องกับ Velema,

Ebenso, & Fuzikawa (2008) ผลลัพธ์ที่เกิดจากโปรแกรม CBR ทำให้คนพิการมีความเป็นอิสระมากขึ้น สามารถปรับเปลี่ยนสถานภาพทางสังคม และมีทักษะด้านการสื่อสารที่ดีขึ้น เช่นเดียวกับ CBR ที่ชี้ให้เห็นว่ามีประสิทธิภาพในการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการรักษาผู้ป่วยจิตเภท การเข้าถึงการดูแล การจัดการอุปสรรคทางสังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจ (Balaji et al., 2012; Wang et al., 2013) นอกจากนี้วิจัยของ Chatterjee et al. (2003) ได้ศึกษาผล CBR ในผู้ป่วยจิตเภทในชนบทอินเดีย ด้วยการวิจัยเชิงทดลอง โดยใช้โปรแกรม CBR ที่มีเนื้อหาเรื่องโรคและการดูแลรักษาทางคลินิก การให้สุขศึกษาในผู้ดูแล ผู้ป่วย กลยุทธ์การจัดการความสม่ำเสมอ กลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพ กลยุทธ์การฟื้นฟูสมรรถภาพรายบุคคล เพื่อปรับปรุงการทำงาน การมีส่วนร่วมในสังคม การจัดการกับประสบการณ์การตีตรา การเลือกปฏิบัติ กลุ่มช่วยเหลือกันเอง แหล่งทรัพยากร และการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรม CBR มีผลลัพธ์ทางคลินิก อาการทางจิตที่ดีขึ้น และมีความพึงพอใจอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) เมื่อเทียบกับคนที่ได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยนอกเพียงอย่างเดียว ดังนั้น โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนเป็นฐานที่มีต่อพฤติกรรมมีส่วนร่วมของ อสม. ในครั้งนี้ มีทั้งประสิทธิภาพและประสิทธิผลจากผลการทดลองและการติดตามผลด้วยข้อมูลเชิงคุณภาพ

ข้อจำกัดการวิจัย

เนื่องจากงานวิจัยในครั้งนี้เป็นลักษณะ R&D ซึ่งผู้วิจัยจะต้องมีขั้นตอนการนำโปรแกรมฯ ไปขยายผล และพัฒนาโปรแกรมให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น แต่ด้วยข้อจำกัดด้านเวลาของการศึกษา ทำให้ผู้วิจัยไม่สามารถนำไปขยายผลได้ในเวลาที่จำกัด ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้มีการวางแผนเผยแพร่โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนเป็นฐาน โดยการลงตีพิมพ์บทความวิจัยประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ ต่อแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมมีส่วนร่วมฯ ของ อสม. ในวารสารจิตเวชวิทยาสาร ปีที่ 38 ฉบับที่ 3 (2565) และยังเผยแพร่ให้กับเครือข่ายสาธารณสุขในเขตสุขภาพเพื่อนำโปรแกรมฯ ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาศักยภาพให้กับแกนนำสุขภาพในชุมชน และการเลือกพื้นที่นำโปรแกรมฯ ไปทดลองใช้กับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม และเพื่อประโยชน์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนต่อไป

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนเป็นฐาน ที่ถูกพัฒนาขึ้นครั้งนี้ เป็นแนวทางหนึ่งที่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข สามารถนำไปขยายและต่อยอด โดยการประยุกต์กิจกรรมให้มีความเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่
2. เนื้อหาของโปรแกรมฟื้นฟูฯ ถูกพัฒนาขึ้น มีเนื้อหาของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มผู้ดูแลและแกนนำท้องถิ่นได้
3. ก่อนที่จะนำโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนเป็นฐานไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ต่าง ๆ ควรมีการจัดอบรมให้กับผู้ใช้โปรแกรมฯ ได้เข้าใจในเนื้อหา ขั้นตอน กระบวนการต่าง ๆ เพื่อให้โปรแกรมฯ มีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลต่อกลุ่มเป้าหมาย
4. โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนเป็นฐาน ได้ผ่านการวิจัยและพัฒนาโปรแกรมจนเกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล สามารถนำไปเป็นต้นแบบในการขยายผลและถ่ายทอดโปรแกรมฯ ให้แก่เครือข่ายในเขตสุขภาพเพื่อจัดอบรมให้แก่ อสม. กลุ่มอื่น ๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. จากผลการวิจัยที่พบว่าโปรแกรมฯ มีความสมบูรณ์ มีทั้งประสิทธิภาพ และประสิทธิผล ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไป อาจนำโปรแกรมฯ ไปเป็นต้นแบบในการทดลองกับพื้นที่อื่น ๆ เช่น พื้นที่ในเขตสุขภาพที่ 11
2. เนื่องจากโปรแกรมฯ จัดให้มีสิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วมฟื้นฟูฯ ให้กับ อสม. เกิดแรงจูงใจในการทำบทบาทได้ดียิ่งขึ้น ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาในกลุ่มครอบครัว แกนนำท้องถิ่นในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทบนฐานความรู้ความเชื่อทางด้านสุขภาพของโรคจิตเภท
3. ในการติดตามผลการทดลองครั้งนี้ ใช้เวลา 1 เดือนภายหลังการทดลอง และพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพฯ สิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วมฯ และพฤติกรรมการมีส่วนร่วมฟื้นฟูฯ ยังคงอยู่ ดังนั้นในการวิจัยเชิงทดลองครั้งต่อไป ถ้ามีการนำโปรแกรมฯ นี้ไปใช้ ควรมีการติดตามผลการศึกษาที่ยาวขึ้น เช่น 3-6 เดือน เพราะอาจเป็นไปได้ว่า อสม. เป็นผู้ที่อยู่ในพื้นที่ ยังคงดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูผู้ดูแลผู้ป่วยเหมือนเดิม
4. ควรทำการศึกษาผลของโปรแกรมฯ ที่มีต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท เช่น คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถ อัตราการกลับเป็นซ้ำ ภาวะโรค

บรรณานุกรม

- Addington, J., & Lecomte, T. (2012). Cognitive behaviour therapy for schizophrenia. *F1000 medicine reports*, 4, 6. Retrieved June 6, 2020, from [https://doi: 10.3410/M4-6](https://doi.org/10.3410/M4-6).
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (5th ed). Washington DC: APA. Retrieved Aug 10, 2020, from <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Asher, L., Hanlon, C., Birhane, R., Habtamu, A., Eaton, J., Weiss, H. A., ... & Silva, M.D. (2018). Community-based rehabilitation intervention for people with schizophrenia in Ethiopia (RISE): a 12 month mixed methods pilot study. *BMC Psychiatry*, 18(1), 250. Retrieved Aug 10, 2020, from [https://doi: 10.1186/s12888-018-1818-4](https://doi.org/10.1186/s12888-018-1818-4).
- Awad, A. G., & Voruganti, L.N.P.(2008). The burden of schizophrenia on caregivers: A review. *Pharmacoeconomic*, 26(2), 149-162. Retrieved Aug 3, 2020, from [https:// doi: 10.2165/00019053-200826020-00005](https://doi.org/10.2165/00019053-200826020-00005).
- Balaji, M., Chatterjee, S., Koschorke, M., Rangaswamy, T., Chavan, A., Dabholkar, H., ... & Patel, V. (2012). The development of a lay health worker delivered collaborative community based intervention for people with schizophrenia in India. *BMC health services research*, 12(1), 42. Retrieved Jul 22, 2020, from [https:// doi: 10.1186/1472-6963-12-42](https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-42).
- Becker, H.M.(1974). The Health belief model and sick role behavior in the health belief model and personal health behavior. New Jersey: Chales B.Slack.
- Becker, M.H., Drachman, R.H., & Kirscht, J.P (1974). A new approach to explain in sick role behavior in low – income populations. *American Journal of Public Health*, 64(3), 205-216. Retrieved Sep15, 2022, from [https:// doi: 10.2105/ajph.64.3.205](https://doi.org/10.2105/ajph.64.3.205).
- Boaz, T. L., Becker, M. A., Andel, R., Van D., R. A., Choi, J., & Sikirica, M. (2013). Risk factors for early readmission to acute care for persons with schizophrenia taking

- antipsychotic medications. *Psychiatric Services*, 64(12), 1225-1229. Retrieved May 20, 2021, from [https://doi: 10.1176/appi.ps.003382012](https://doi.org/10.1176/appi.ps.003382012).
- Bond, G. R. (2004). Supported employment: evidence for an evidence-based practice. *Psychiatric rehabilitation journal*, 27(4), 345-359. Retrieved May 20, 2021, from [https://doi: 10.2975/27.2004.345.359](https://doi.org/10.2975/27.2004.345.359).
- Borg, W. R. & Gall, M. D. (1989). *Educational research: An introduction*. (5th ed.). White Plains, NY: Longman.
- Chatterjee, S., Patel, V., Chatterjee, A., & Weiss, H. A. (2003). Evaluation of a community-based rehabilitation model for chronic schizophrenia in rural India. *The British Journal of Psychiatry*, 182(1), 57-62. Retrieved Aug 10, 2020, from [https://doi: 10.1192/bjp.182.1.57](https://doi.org/10.1192/bjp.182.1.57).
- Cohen, J.(1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York: Academic Press.
- Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. (1980). *Participations place in rural development: Seeking clarity through specificity*. NY: World Developments.
- Corrigan, P. W., & Mueser, K. T. (2008). *Principles and Practice of Psychiatric Rehabilitation: An Empirical Approach*. NY: The Guilford Press.
- Corrigan, P. W., & Rao, D. (2012). On the self stigma of mental illness: Stages, disclosure, and strategies for change. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), 464-469. Retrieved Aug 10, 2020, from [https://doi: 10.1177/070674371205700804](https://doi.org/10.1177/070674371205700804)
- Creighton, J. L. (2005). *The Public Participation Handbook: Making Better Decisions Through Citizen Involvement*. San Francisco: Jossey Bass
- Creswell, J. W. (2014). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Durmaz, H., & Okanli, A. (2014). Investigation of the effect of self - efficacy level of caregiver family members of the individuals with schizophrenia on burden of care.

Archives of Psychiatric on Nursing, 28(4), 290-294. Retrieved Aug 4, 2021, from <https://doi: 10.1016/j.apnu.2014.04.004>. Epub 2014 Apr 18.

Eakes, G. G. (1995). Chronic sorrow: The lived experience of parents of chronically mentally ill Individuals. *Archives of psychiatric nursing*, 9(2), 77-84.
[https://doi.org/10.1016/S0883-9417\(95\)80004-2](https://doi.org/10.1016/S0883-9417(95)80004-2)

Ebel, R. L. (1972). *Essentials of educational measurement*. Prentice-Hall.

Fazel, S., Langstrom, N., Hjern, A., Grann, M., & Lichtenstein, P. (2009). Schizophrenia, substance abuse, and violent crime. *Jama*, 301(19), 2016-2023. Retrieved Jun10, 2022, from <https://doi:10.1001/jama.2009.675>.

Franck, N., Bon, L., Dekerly, M., Plasse, J., Massoubre, C., Pommier, R.,...Dubreucq, J. (2019). Satisfaction and needs in serious mental illness and autism spectrum disorder: The REHABase Psychosocial rehabilitation project. *Psychiatric Services*, 70(4), 316-323. Retrieved Aug 4, 2022, from <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800420>.

Guo, X., Zhai, J., Liu, Z., Fang, M., Wang, B., Wang, C., ... & Zhao, J. (2010). Effect of antipsychotic medication alone vs combined with psychosocial intervention on outcomes of early-stage schizophrenia: A randomized, 1-Year study. *Arch. Gen. Psychiatry*, 67(9), 895–904. Retrieved Mar 25, 2022, from <https://doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.105>.

Hamann, J., Lipp, M. L., Christ-Zapp, S., Spellmann, I., & Kissling, W. (2014). Psychiatrist and patient responses to suspected medication nonadherence in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatric Services*, 65(7), 881-887. Retrieved July 10, 2022, from <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300322>.

Hazavehei, S. M., Taghdisi, M. H., & Said, M. (2007). Application of the health belief model for osteoporosis prevention among middle school girl students, Garmsar, Iran. *Education for Health*, 20(1), 23.

- Hemarat. K., Suttineam K., & Kongkham. C. (2012). A model of empowerment on schizophrenia nursing in urban society. *The Journal of Psychiatry Nursing and Mental Health*, 26(3), 81-96.
- Higashi, K., Medic, G., Littlewood, K. J., Diez, T., Granstrom, O., & Hert, M. D. (2013). Medication adherence in schizophrenia: factors influencing adherence and consequences of nonadherence: A systemic literature review. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 3(4), 200-218. Retrieved Aug 10, 2021, from [https://doi: 10.1177/2045125312474019](https://doi.org/10.1177/2045125312474019).
- Hosak,L., Hosakova, J. (2015). The complex etiology of schizophrenia - general state of the art. *Neuro Endocrinology Letters*, 36(7), 631-637.
- International Labour Office, UNESCO, & World Health Organization. (2004). CBR : a strategy for rehabilitation, equalization of opportunities, poverty reduction and social inclusion of people with disabilities : joint position paper / International Labour Organization, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization and the World Health Organization. World Health. Retrieved Aug 10, 2020, from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43060>
- Jaramillo-Gonzalez, L. E., Sanchez-Pedraza, R., & Herazo, M. I. (2014). The frequency of rehospitalization and association factors in Colombian psychiatric patients: a cohort study. *BMC Psychiatry*, 2(14), 161. Retrieved Aug 10, 2021, from [https://doi: 10.1186/1471-244X-14-161](https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-161).
- LeeLakruiwan, C. (2007). *Community Based Care for Mentally Ill Persons: A Case Study in an Urban Community, Khon kaen Province*. (Dissertation for The Degree of Doctor of Philosophy). Khon kaen University, Khon kaen.
- Liberman, R. P. (1992). *Handbook of psychiatric rehabilitation*. Boston: Allyn and Bacon.

- Liberman, R. P. & Kopelowicz, A. (2002). Recovery from schizophrenia: A challenge for the 21st century. *International Review of Psychiatry*, 14(4), 245-255. Retrieved Aug 8, 2021, from [https://https://doi.org/10.1080/0954026021000016897](https://doi.org/10.1080/0954026021000016897)
- Luprasong, S., Thanee S., Saithanu K., & Choomuang, K. (2017). Quality of Life of Psychiatric Patients and Their Caregivers in Ubonratchathani Province. *Bulletin of Suanprung*, 33(3), 175-188.
- Lv, Y., Wolf, A., & Wang, X. (2013). Experience stigma and self-stigma in Chinses patients with schizophrenia. *General Hospital Psychiatry*, 35(1), 83-88. Retrieved Aug 8, 2021, from <https://doi:10.1016/j.genhosppsy.2012.07.007>.
- Mannan, H., & Turnbull, A.P. (2007). A review of community based rehabilitation evaluations: quality of life as an outcome measure for future evaluations. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*, 18(1), 29-45.
- Marsh, D.T., & Johnson, D.L. (1997). The family experience of mental illness: Implication for intervention. *Professional psychology: Research and Practice*, 28(3), 229-237. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0735-7028.28.3.229>.
- Moore, D., (2008). *Textbook of Clinical Neuropsychiatry*. (2nd ed). CRC Press Taylor & Francis Group.
- Norman, R.M.G., Malla, A., Mclean, T.S., McIntosh, E.M., Neufeld, R.W., Vorugenti, L.P., & Cortese, L. (2002). An evaluation of a stress management program for individuals with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 58(2-3), 293-303. [Doi.org/10.1016/S0920-9964\(01\)00371-1](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(01)00371-1)
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory*. (2nd ed). McGraw-Hill, New York.
- Puspitosari, W. A., Wardaningsih, S., & Nanwani, S. (2019). Improving the quality of life of people with schizophrenia through community based rehabilitation in Yogyakarta Province, Indonesia: A quasi experimental study. *Asian journal of psychiatry*, 42, 67-73. Retrieved Aug 8, 2022, from <https://doi:10.1016/j.ajp.2019.03.022>.

- Reeder, W. W. (1974). *Loms aspects of the informal social participation of farm families in New York State*. (Doctoral dissertation), Cornell University, NY.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328-335. Retrieved Aug 8, 2021, from <https://doi.org/10.1177/109019817400200403>.
- Rosenstock, I.M., Strecher, V.J., & Becker, M.H. (1988). Social Learning Theory and Health Belief model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175-183. Retrieved Aug 8, 2021, from <https://doi: 10.1177/109019818801500203>.
- Rossler, W., Salize, H.J., Os, J.V., & Riecher-Rossler, A. (2005). Size of burden of schizophrenia and psychotic disorder. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 399-409. Retrieved Aug 8, 2021, Retrieved Sep 12, 2020, from <https://doi: 10.1016/j.euroneuro.2005.04.009>.
- Sadock, B. J. & Sadock, V. A. (2000). *Kaplan and Sadocks Comprehensive Textbook of Psychiatry*. (7th ed). Philadelphia: Lippincott Williams& Wilkins.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2010). *Handbook of Clinical Psychiatry*. (5th ed). NY: Lippincott Williams and Wilkins.
- Salyers, M.P., Becker, D. R., Drake, R. E., Torrey, W. C., & Wyzik, P. F. (2004) A ten-year follow-up of a supported employment program. *Psychiatric Services*, 55(3),302-308. Retrieved Sep 12, 2020, from doi: 10.1176/appi.ps.55.3.302.
- Shao, W. C., Chen, H., Chang, Y. F., Lin, W. C., & Lin, E. C. L. (2013). The relationship between medication adherence and rehospitalization: A prospective study of schizophrenia patients discharge from psychiatric acute wards. *Hu Li Za Zhi*, 60(5), 31-40. Retrieved Sep 12, 2020, from <https://doi: 10.6224/JN.60.5.31>.
- Sheila, L. V. (2011). *Psychiatric-mental health nursing*. (5th ed). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer/Lippincott Williams& Wilkins.

- Strecher, V. & Rosenstock, I. (1996). The Health Belief Model. In Glanz, K., Lewis, F., Rimer, B. (Eds.). *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*. (2nd ed). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Sukmak, V., Thongkam, J.(2013). Costs of inpatient care for schizophrenia at Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital. *Journal of Psychiatric Association of Thailand*, 58(4):421- 432.
- Sullivan, G., Wells, K.B., Morgenstern, H., & Leake, B. (1995). Identifying modifiable risk factors for re-hospitalization: A case-control study of seriously mentally ill persons in Mississippi. *American Journal of Psychiatry*, 152(12), 1749 -1756.
- United Nations. (1981). *Popular participation as a strategy for promoting community-level action and national development*. NY: United Nations.
- Van Os, J. & Kapur, S. (2009). Schizophrenia. *Lancet*, 374(9690), 635-645. Retrieved Mar 7, 2021, from [https://doi: 10.1016/S0140-6736\(09\)60995-8](https://doi: 10.1016/S0140-6736(09)60995-8).
- Varc Carolis, E. M. (2014). *Foundation of Psychiatric Mental Health Nursing*. NY: W. B. Saunders Company.
- Velema, J. P., Ebenso, B., & Fuzikawa, P.L. (2008). Evidence for the effectiveness of rehabilitation-in-the-community programmes. *Leprosy Review*, 79(1), 65-82.
- Wang, L., Zhou, J., Yu, X., Qiu, J., & Wang, B., (2013). Psychosocial rehabilitation training in the treatment of schizophrenia outpatients: a randomized, psychosocial rehabilitation training–and monomedication-controlled study. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 29(2), 597-600. Retrieved Mar 7, 2021, from <https://doi: 10.12669/pjms.292.2951>.
- Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E.,...Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*,

382(9904), 1575–1586. Retrieved Mar 7, 2021, from [https://doi: 10.1016/S0140-6736\(13\)61611-6](https://doi: 10.1016/S0140-6736(13)61611-6).

WHO. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorder clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.

WHO. (2004). *CBR: A strategy for rehabilitation, equalization of opportunities, poverty reduction and social inclusion of people with disabilities*. Retrieved Feb 6, 2021, from <https://www.who.int/disabilities/publications/cbr/en/index.html>.

WHO. (2010). *Community based rehabilitation: CBR guidelines*. Retrieved Feb 6, 2021, from <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548052>

WHO. (2019). *Schizophrenia*. Retrieved Feb 6, 2021, from <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>.

WHO & UNICEF.(1978). Report of the international conference on primary health care. New York : N.P. Press.

Ying L., Wolf, A., & Wang, X. (2013). Experience stigma and self - stigma in Chinese patients with schizophrenia. *General Hospital Psychiatry*, 35(1), 83-88. Retrieved Sep 2, 2021, from <https://doi: 10.1016/j.genhosppsy.2012.07.007>.

Zhi-Juan, C., Yue, C., & Shu-Mei, W. (2014). Health belief model based evaluation of school health education programme for injury prevention among high school students in the community context. *BMC Public Health*, 10(14), 26. Retrieved Sep 2, 2021, from <https://doi: 10.1186/1471-2458-14-26>.

กรมสุขภาพจิต.(2560). *แผนยุทธศาสตร์ กรมสุขภาพจิต 2560*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

กรมสุขภาพจิต. (2562). *รายงานประจำปี 2562*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

กรมสุขภาพจิต. (2563). *คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต*. กรุงเทพฯ: พรอสเพอริตีพลัส.

- กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และกระทรวงสาธารณสุข. (2556). *community based rehabilitation: CBR Guidelines ขององค์การอนามัยโลกฉบับภาษาไทย*. กรุงเทพฯ: ฟรีเมียม เอ็กซ์เพรส.
- กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2563). รายงานสถานการณ์ด้านคนพิการในประเทศไทย ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2563. กรุงเทพฯ: กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. สืบค้นเมื่อ 20 มิถุนายน 2564, จาก https://dep.go.th/images/uploads/files/situation_sep63.pdf
- กนกวรรณ บุญเสริม. (2559). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับมาศึกษาซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท: มุมมองผู้ป่วย. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 30(1), 123-138.
- กฤษยากร เตชะปิยะพร. (2552). วิจัยและพัฒนา. เอกสารอบรมหลักสูตรการวิจัยและพัฒนางานวิชาการ (R&D) กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- กษมา พลดงนอก. (2551). การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยรูปแบบสถานฟื้นฟูในเวลากลางวัน. (วิทยานิพนธ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- กীরติยา อุ่นเจริญ. (2560). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังจิตเวชสารเสพติดในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้อม อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม. (วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคมภาควิชาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพฯ.
- เกียรติภูมิ วงศ์รจิต. (2550). แบบประเมินเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน (พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- แก้วตา มีศรี, และเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 26(1), 35-49.
- โกวิท พวงงาม. (2550). *การปกครองท้องถิ่นไทย*. กรุงเทพฯ: วิญญูชน.
- ชนิษฐา นันทบุตร. (2551). *ระบบการดูแลสุขภาพชุมชน แนวคิด เครื่องมือและการออกแบบ*. กรุงเทพฯ: อูษาการพิมพ์.

- ขวัญสุดา บุญทศ, อมรรัตน์ ศรีคำสุข ไชโตะ, และ สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. (2556). การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภท. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 58(1), 89-100.
- จดี เจริญสรรพ, และ นพรัตน์ ไชยธานี. (2560). การพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมด้วยการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทซับซ้อน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 31(2), 64-77.
- ชุตินา ทองอยู่ และ เพ็ญภาแดงด้อม. (2560). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 31(1), 75-87.
- ชุตินา สร้อยนาค, จริยาวัตร คมพยัคฆ์, และ พรศิริ พันธสี. (2561). การศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของมุสลิมไว้ทำงาน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(ฉบับพิเศษ), 267-277.
- ชุลีกร ด่านยุทธศิลป์ และ สุรินทร์ กลัมพากร. (2554). การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 41(ฉบับพิเศษ), 99-108.
- ซารีพะ เจ๊ะแฉ. (2560). *ปัจจัยคัดสรรตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้หมวกนิรภัย ในการป้องกันอุบัติเหตุ ของนักศึกษาสถาบันการพลศึกษาวิทยาเขตยะลา. (วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาหลักสูตรและการสอน). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.*
- ถนัด อวารุลหัก. (2562). ปัจจัยการรับรู้และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในอำเภอเวียงจังหวัดนราธิวาส. *วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*, 15(2), 42-50.
- นาถนภา วงษ์ศีล, จินตนา ยูนิพันธุ์, และสุนิศา สุขตระกูล (2556). การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 27(3), 87-100.
- ณัฐติกา ชูรัตน์. (2559). การศึกษาสาเหตุและแนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปีเหล็งที่ประสบเหตุการณ์ความไม่สงบ

ในจังหวัดชายแดนภาคใต้. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขา
มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์, 3(1), 24-36.

ณัฐวดี วังสินธ์. (2555). การวิจัยและพัฒนาสู่การจัดการเรียนการสอน. วารสารวิจัยและประเมินผล
อุบลราชธานี, 1(1), 134-142.

ทศพล กองเงิน. (2556). แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช. สืบค้น 21 มิถุนายน 2565, จาก
<http://www.klb1.dmh.go.th/index.php?m=article&op=detail&gr=&researchId=923>.

ธนกร จันทาคีมบง, ชาญชัยณรงค์ ทรงคาศรี และ พงษ์สวัสดิ์ รัตนแสง. (2557). ผลของการประยุกต์
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับ. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 23(5), 822-831.

ปกรณณ์ จารักษ์. (2551). ประสิทธิภาพการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโรงพยาบาลสร้าง
คอม อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 2(2), 1220-1230.

ปณวัตร สันประโคน, อรณัฐ ชูศรี, และ ศรีสุดา วงศ์วิเศษกุล. (2561). ผลของโปรแกรมการสร้าง
เชื่อด้านสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจในชุมชน. วารสารพยาบาล
กระทรวงสาธารณสุข, 28(3), 87-100

ประพนธ์ บุญชัย. (2553). การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุน
ทางสังคมในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่รับการ
รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ โรงพยาบาลบุณทรภิก จังหวัดอุบลราชธานี. (วิทยานิพนธ์
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

ปริญญาวิทย์ นุราช, อังคินันท์ อินทรกำแหง, และ เกศกาญจน์ เกศวายุธ. (2562). ผลของโปรแกรมการ
จัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมกาสูบสารที่เน้น
ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง. วารสารพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการพัฒนา, 11(1), 71-90.

เปรมฤดี ดำรักษ์, อังคณา วังทอง, และ อนุชิต วังทอง. (2557). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแล
ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี. วารสารสมาคมนักวิจัย, 19(2),
92-103

ผจงจิต อินทสุวรรณ. (2545). การวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปร. กรุงเทพฯ: พ.ศ.พัฒนา.

ผ่องพรรณ ตริยมงคลกุล และ สุภาพ ฉัตรภรณ์. (2555). *การออกแบบการวิจัย* (พิมพ์ครั้งที่ 7).

กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

ผุสดี เลขะกุล และ อุไรวรรณ เกิดสังข์. (2559) *รายงานผลโครงการชุมชนต้นแบบเพื่อการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชในรูปแบบศูนย์การเรียนรู้ดูแลกันเอง “คลองหินรั้วจิต” อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่*.

สุราษฎร์ธานี: โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหลุมพอ.

พิชามณูษ์ ปุณโณทก. (2562). *โครงการความพร้อมและความต้องการสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชน เขตจังหวัดชลบุรี*. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์.

มหาวิทยาลัยบูรพา.

พิชชาดา สุทธิแป้น. (2559). *การวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีพฤติกรรมกระตือรือร้นในชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์สุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง*.

(วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, นครนายก.

เพลินพิศ จันทศักดิ์. (2551). *บูรณาการงานสังคมสงเคราะห์เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมแก่ผู้ป่วยจิตเวช*. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

ไพจิตร พุทธรอด. (2561). *การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภท*. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 27(3), 478-486.

ภัทราภรณ์ ทุ่งคำปัน. (2560). *การพยาบาลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท*. เชียงใหม่: สมาร์ทโคตรตั้ง แอนด์ เซอร์วิส.

มยุรี ฝิวสุวรรณ. (2556). *CBR Guidelines ขององค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาไทย*. กรุงเทพฯ: ฟรีเมียม เอ็กซ์เพรส.

มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2558). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี (ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 4)*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล.

โรงพยาบาลศรีธัญญา. (2559). *แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชผู้สุขภาพ: การดำเนินงานสำหรับบุคลากรสาธารณสุข*. นนทบุรี: พรอสเพอริตีพลัส.

โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. (2562). รายงานสถิติผู้ป่วยโรคจิตเวชในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ประจำปี 2562. สุราษฎร์ธานี: โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. (2562). สถิติการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันของผู้ป่วยจิตเภท. สุราษฎร์ธานี: โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต.

ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ.(2543).เทคนิคการวิจัยทางการศึกษา(พิมพ์ครั้งที่ 3).กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.

วัชรินทร์ ภิมาลย์, จุฬารัตน์ สุริยาทัย, ณัฐนิช ไชยสาลี, พจนพร พลแดง, และ กิตติยา ชันแปง. (2554). การพัฒนารูปแบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน (Development Model of Community Rehabilitation). น่าน: โรงพยาบาลท่าวังผา.

วิชญ์ หยกจินดา. (2557). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชุมชน หมู่บ้านทุ่งกร่าง ตำบลทับไทร อำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี. ชลบุรี: (ปริญญาานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต).มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.

ศตวรรษ ศรีสมบัติ. (2559). ผลของโปรแกรมทันตสุขภาพเพื่อแก้ปัญหาทันตสาธารณสุขในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอลำตาบาก จังหวัดอุบลราชธานี. (ปริญญาานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.

ศิริชัย กาญจนวาสี. (2559). การวิจัยและการพัฒนาการศึกษาไทย. วารสารศิลปการศึกษาศาสตร์วิจัย, 8(2), 1-18.

ศรินทร์น์ จันทพิมพ์ และชนิษฐา นันทบุตร. (2561). การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 36(2), 68-76.

ศิริเนตร สุขดี. (2560). การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน. (ปริญญาปริญญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.

สมจิตต์ ภูประสงค์, สงวน ธาณี, เกสร สายธนู, และกิงกาญจน์ ชูเมือง.(2560). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชและผู้ดูแลจังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสวนปรุง, 33(3), 175-188.

สมรักษ์ ชูวานิชวงศ์. (2558). บทบรรณาธิการ. *วารสารเพื่อนรักสุขภาพจิต*, 15(58), 3.

สาโรช ศิริรักษ์ (2556). การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนแบบยูนิเวิร์ส เพื่อเสริมสร้างทักษะการสร้างสรรค์ของผู้เรียนในระดับอุดมศึกษา. *วารสารวิจัยและพัฒนา วไลยongกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์*, 10(1), 15-26.

สุธิสา ดีเพชร และ เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์. (2558). ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการตีตราตนเองในผู้เป็นโรคจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 29(1), 123-138.

สุนทรภรณ์ ทองไสย. (2558). การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในบริบทสังคมไทยอย่างยั่งยืน. *วารสารกองการพยาบาล*, 42(3), 159-167.

สุนันญา แสงแก้ว, เรณุการ์ ทองคำรอด, และ กชพงศ์ สารการ. (2558). ผลของโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมครอบครัวและ อสม. ต่อความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท. กรุงเทพฯ: การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8.

สุพักตร์ พิบูลย์. (2552). *การพัฒนาวิจัยและวิชาการ (R&D)*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

สุวิมล ว่องวานิช. (2546). *แนวทางการให้คำปรึกษาวิทยานิพนธ์*. กรุงเทพฯ: ศูนย์ตำราและเอกสารทางวิชาการคณะครุศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อติญา โพธิ์ศรี. (2562). การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง: กรณีศึกษาที่ชุมชนบ้านท่าม่วง จังหวัดร้อยเอ็ด. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 34(1), 83-89.

อนัญญา นิ่มนง และ พิษณุ อภิสมอาจารย์ธิน. (2562). แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรม การใช้ผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางปรับสีผิวของนิสิตหญิงระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดพิษณุโลก. *วารสารสำนักหอสมุดมหาวิทยาลัยทักษิณ*, 8(กรกฎาคม), 124-141.

อรรถัย หนูสงค์. (2560). *การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการเขตอนุรักษ์สัตว์น้ำ กรณีศึกษา หมู่ที่ 1 ตำบลป่าขาด อำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา*. (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการสิ่งแวดล้อม). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

- อรสา วัฒนศิริ และ เสาวภา ศรีภูสิตโต. (2556). การพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเภท โดยทีมสหสาขา และเครือข่ายผู้ดูแลโรงพยาบาลกำแพงเพชร. *วารสารกองการพยาบาล*, 40(1), 67- 83.
- อังคินันท์ อินทรกำแหง. (2560). *ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: การวัดและการพัฒนา*. กรุงเทพฯ: สุขุมวิท การพิมพ์.
- อารี สุภาวงศ์.(2549). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี. *วารสารสมาคมนักวิจัย*, 19(2), 92-103.
- อาภาพร เผ่าวัฒนา, สุรินทร์ กลัมพากร, สุनीย์ ละกำป็น, และ ทศนีย์ รวีวรกุล. (2561). *การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน: การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ* (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ: เอ็มเอ็น คอมพิวเตอร์.
- อุไรวรรณ เกิดสังข์. (2561). *ปัจจัยความสำเร็จของชุมชนในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตแบบครบวงจร และยั่งยืนตามแนวคิด CBR*. โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- อุไรวรรณ เกิดสังข์, อังคินันท์ อินทรกำแหง, นริสรา พึ่งโพธิ์สภ, ธีระยุทธ เกิดสังข์. (2565). *ความเชื่อด้านสุขภาพพฤติกรรมมีส่วนร่วมและแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. 36(2), 1-21.





ภาคผนวก ก

ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยของข้อเสนอการวิจัย



หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยของข้อเสนอการวิจัย
เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยและยินยอม

หมายเลขข้อเสนอการวิจัย SWUEC-G- 150/2564E

ข้อเสนอการวิจัยนี้และเอกสารประกอบของข้อเสนอการวิจัยตามรายการแสดงด้านล่าง ได้รับการพิจารณาจาก คณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒแล้ว คณะกรรมการฯ มีความเห็นว่าข้อเสนอการวิจัยที่จะดำเนินการมีความสอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล ตลอดจนกฎหมาย ข้อบังคับและ ข้อกำหนดภายในประเทศ จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยตามข้อเสนอการวิจัยนี้ได้

ชื่อโครงการวิจัยเรื่อง: การวิจัยและพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนเป็นฐานที่มีต่อพฤติกรรม การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ชื่อผู้วิจัยหลัก: นาง อุไรวรรณ เกิดสิงห์

สังกัด: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์

เอกสารที่รับรอง:

1. แบบเสนอโครงการวิจัย
2. โครงการวิจัย
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
4. หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เอกสารที่พิจารณาพบทวน

1. แบบเสนอโครงการวิจัย	ฉบับที่ 2 วัน/เดือน/ปี 8 เมษายน 2564
2. โครงการวิจัย	ฉบับที่ 2 วัน/เดือน/ปี 8 เมษายน 2564
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย	ฉบับที่ 2 วัน/เดือน/ปี 8 เมษายน 2564
4. หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย	ฉบับที่ 2 วัน/เดือน/ปี 8 เมษายน 2564

(ลงชื่อ) _____

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทินตแพทย์หญิงณงา เอี่ยมจิรกุล)

กรรมการและเลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์

(ลงชื่อ) _____

(แพทย์หญิงสุวิพร มีทรสุวรรณ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์

หมายเลขรับรอง : SWUEC/E/G-150/2564

วันที่ให้การรับรอง : 08/04/2564

วันหมดอายุใบรับรอง : 08/04/2565



ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยของข้อเสนอการวิจัย
เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยและยินยอม

หมายเลขข้อเสนอการวิจัย SWUEC-G-150/2564E (ต่อใบรับรองครั้งที่ 1)

ข้อเสนอการวิจัยนี้และเอกสารประกอบของข้อเสนอการวิจัยตามรายการแสดงด้านล่าง ได้รับการพิจารณาจาก คณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒแล้ว คณะกรรมการฯ มีความเห็นว่าข้อเสนอการวิจัยที่จะดำเนินการมีความสอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล ตลอดจนกฎหมาย ข้อบังคับและ ข้อกำหนดภายในประเทศ จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยตามข้อเสนอการวิจัยนี้ได้

ชื่อโครงการวิจัยเรื่อง : การวิจัยและพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนเป็นฐานที่มีต่อพฤติกรรม การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ชื่อผู้วิจัยหลัก : นางอุไรวรรณ เกิดสังข์

สังกัด : สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

เอกสารที่เสนอพิจารณาทบทวน :

แบบรายงานความก้าวหน้าของการวิจัย เพื่อขอต่ออายุการรับรอง ฉบับลงวันที่ 25 มีนาคม 2565

วันที่ประชุม : 20 เมษายน 2565 การประชุมครั้งที่ : 4/2565

ผลการพิจารณา : รับรอง

ข้อเสนอแนะ : โปรดปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการดำเนินงานโครงการวิจัยในมนุษย์ช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19)

(ลงชื่อ).....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. หันตแพทย์หญิงณปภา เข็มจิรกุล)

กรรมการและเลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์

(ลงชื่อ).....

(แพทย์หญิงสุวิพร ภัทรสุวรรณ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์

หมายเลขรับรอง : SWUEC/G/E-150/2564

วันที่ให้การรับรอง : 09/05/2565

วันหมดอายุใบรับรอง : 08/05/2566

หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย
(Informed Consent Form)

วันที่

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....หมู่ที่.....
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
โทรศัพท์.....

ขอทำหนังสือนี้ไว้ต่อหัวหน้าโครงการวิจัยเพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

ข้อ 1. ข้าพเจ้า ได้รับทราบโครงการวิจัยของ นางอุไรวรรณ เกิดสังข์

เรื่อง การวิจัยและพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนเป็นฐานที่มีต่อพฤติกรรมการณ์มีส่วนร่วมของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ข้อ 2. ข้าพเจ้า ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ โดยมีได้มีการบังคับขู่เข็ญ หลอกลวงแต่ประการใด
และจะให้ความร่วมมือในการวิจัยทุกประการ

ข้อ 3. ข้าพเจ้า ได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย วิธีการวิจัย ประสิทธิภาพ
ความปลอดภัย อาการหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งแนวทางป้องกัน และแก้ไข หากเกิดอันตราย ค่าตอบแทน
ที่จะได้รับ ค่าใช้จ่ายที่ข้าพเจ้าจะต้องรับผิดชอบจ่ายเอง โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจง
ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้อ 4. ข้าพเจ้า ได้รับการรับรองจากผู้วิจัยว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยเฉพาะผลสรุป
การวิจัยเท่านั้น

ข้อ 5. ข้าพเจ้า ได้รับทราบแล้วว่าข้าพเจ้ามีสิทธิ์จะบอกเลิกการร่วมโครงการวิจัยนี้ และการบอกเลิกการร่วม
โครงการวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานใดๆ ของข้าพเจ้า หรือส่งผลกระทบต่อการเรียนการสอน และการ
ประเมินผลการเรียน (ในกรณีนี้ที่ข้าพเจ้ากำลังศึกษาอยู่)

ข้อ 6. หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัย
สามารถติดต่อกับ นางอุไรวรรณ เกิดสังข์ และผู้ร่วมวิจัยที่สามารถติดต่อได้ระบุสถานที่ที่ติดต่อได้สะดวกพร้อม
เบอร์โทรศัพท์, โทรสาร) 089-4741803

ข้อ 7. หากข้าพเจ้า ได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับ
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับการพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์หรือผู้แทน ได้ที่สถาบันยุทธศาสตร์
ทางปัญญาและวิจัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โทรศัพท์ 02-649-5000 ต่อ 11019

/ ข้าพเจ้า.....



ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบวัด
การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนเป็นฐานสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

คำชี้แจง : แบบวัดนี้ ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน 6 ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท	จำนวน 40 ข้อ
ส่วนที่ 3 สิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท	จำนวน 12 ข้อ
ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการมีส่วนร่วมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท	จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมายถูก / ลงในช่อง หรือเติมข้อความที่เป็นจริงลงในช่องว่าง

ข้อ	ข้อความ
1.	เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง
2.	อายุ.....ปี
3.	ประสบการณ์การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน.....ปี.....เดือน
4.	สถานภาพ <input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> สมรส/คู่ <input type="checkbox"/> หม้าย/หย่า/แยกกัน
5.	ระดับการศึกษา <input type="checkbox"/> 1. ประถมศึกษา <input type="checkbox"/> 2. มัธยมศึกษา <input type="checkbox"/> 3. ปวช./ปวส. <input type="checkbox"/> 4. อนุปริญญา <input type="checkbox"/> 5. ปริญญาตรีขึ้นไป <input type="checkbox"/> 6. ไม่ได้เรียนหนังสือ หรืออื่น ๆ ระบุ.....
6.	การประกอบอาชีพ <input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้ทำงาน <input type="checkbox"/> 2. เกษตรกร <input type="checkbox"/> 3. รับจ้างทั่วไป <input type="checkbox"/> 4.ข้าราชการบ้านาณู/พนักงานเกษียณ <input type="checkbox"/> 5. ค้าขาย <input type="checkbox"/> 6.อื่น ๆ ระบุ.....

**ส่วนที่ 2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท
สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน**

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ในแต่ละข้อ โดยไม่มีคำตอบใดที่ถือว่าถูกหรือผิด และคำตอบที่ได้จะถือว่าเป็นความลับ ฉะนั้น จึงขอความกรุณาให้ท่านตอบตามความเป็นจริงและกรุณาตอบทุกข้อโดยข้อคำถามมีทั้งหมด 40 ข้อและเลือกตอบตามเกณฑ์ดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความเห็นด้วย**มากที่สุด**กับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อโรคจิตเภท

มาก หมายถึง ท่านมีความเห็นด้วย**มาก**กับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อโรคจิตเภท

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความเห็นด้วย**ปานกลาง**กับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อโรคจิตเภท

น้อย หมายถึง ท่านมีความเห็นด้วย**น้อย**กับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อโรคจิตเภท

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีความเห็นด้วย**น้อยที่สุด**กับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อโรคจิตเภท

ข้อ	ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1) การรับรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท						
1	ฉันเชื่อว่าโรคจิตเภทไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ (-)					
2	ฉันเชื่อว่าถ้าผู้ป่วยจิตเภทมีอาการผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น นอนไม่หลับ หิวแหว่ ประสาทหลอน และหลงผิด เป็นสัญญาณเตือนของการกำเริบของโรคได้ (+)					
3	ฉันเชื่อว่าการเจ็บป่วยทางจิตเป็นเรื่องทางไสยศาสตร์ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติทางจิตได้ (+)					
4	ฉันเชื่อว่าผู้ป่วยจิตเภทเป็นบุคคลที่น่ากลัว ทำให้ฉันขาดความมั่นใจในการเข้าไปช่วยเหลือ (-)					
5	ฉันเชื่อว่าการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง จะช่วยควบคุมอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทได้ (+)					
6	ฉันเชื่อว่าการได้รับการยอมรับ เอาใจใส่จากครอบครัว และชุมชน จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการดีขึ้น (+)					

ข้อ	ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงต่อผู้ป่วยจิตเภท						
7	ถ้าผู้ป่วยจิตเภทรับประทานยาไม่สม่ำเสมอจะมีความเสี่ยงต่อการอาการกำเริบและป่วยซ้ำได้ (+)					
8	หากผู้ป่วยจิตเภทรับประทานยาทางจิต จะมีโอกาสเกิดอาการข้างเคียงจากยา เช่น ลึนแข็ง ตัวแข็ง ตาเหลือก ไม่ควรปรับ ลด หรือหยุดยาเอง ควรให้แพทย์เป็นผู้ปรับยาให้ (+)					
9	ถ้าผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีนทุกวัน เช่น เครื่องดื่มชูกำลัง กาแฟ รวมถึงการกินใบกระท่อมจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสดชื่น กระปรี้กระเปร่า (+)					
10	หากผู้ป่วยจิตเภทถูกเรียกว่า “คนบ้า” บ่อย ๆ จะเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความเสียใจ ไม่พอใจ หงุดหงิด ส่งผลให้เกิดอาการทางจิตที่รุนแรงได้ (+)					
11	หากผู้ป่วยจิตเภทมีอาการก้าวร้าว อาละวาด ทำลายสิ่งของ ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น ไม่จำเป็นต้องนำส่งโรงพยาบาล แต่ให้ผู้ดูแลพูดคุยเกลี้ยกล่อม อาการคลุ้มคลั่งก็จะดีขึ้น (-)					
12	ถ้าครอบครัวไม่เก็บอุปกรณ์ที่เป็นอันตราย เช่น มีด ไฟแช็ค ปืน ไว้ในที่ปลอดภัย จะเกิดความเสี่ยงให้ผู้ป่วยนำมาใช้ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นได้ (+)					
13	ถ้าผู้ป่วยจิตเภทมีการใช้สารเสพติดร่วมด้วยจะทำให้มีอาการทางจิตที่รุนแรงได้ง่าย ส่งผลต่อการรักษา ยากขึ้น หรือใช้ระยะเวลาในการรักษาที่นานขึ้น (+)					
14	ถ้าผู้ป่วยจิตเภทขาดการรักษา และควบคุมตนเองไม่ได้ มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ทำร้ายผู้อื่น จะถูกตีตราว่าเป็นบุคคลอันตราย และจะไม่ได้รับการยอมรับจากชุมชนและสังคม (+)					

ข้อ	ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
15	หากผู้ป่วยจิตเภทเจ็บป่วยซ้ำบ่อย ๆ จนเรื้อรัง มีโอกาสที่จะเกิดความพิการทางจิตใจ และสมองตามมาได้ (+)					
16	โรคจิตเภทหากได้รับการรักษาตั้งแต่เริ่มป่วยครั้งแรก และมีความต่อเนื่องจะช่วยให้เกิดประสิทธิภาพของการรักษาและป้องกันความเรื้อรังของโรค (+)					
3) ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา ป้องกันการป่วยซ้ำ และการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยจิตเภท						
17	การรักษาผู้ป่วยจิตเภท ไม่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ การฝึกทักษะการดำเนินชีวิต แคร่รับประทานยาทางจิตก็เพียงพอแล้ว (-)					
18	หากไปพบแพทย์ตามนัดอย่างต่อเนื่อง จะช่วยป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทได้ (+)					
19	ฉันเชื่อว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้วยการรับประทานยา จะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณค่า และสามารถอยู่บ้านได้นานขึ้น (+)					
20	ถึงแม้ผู้ป่วยจิตเภทจะบ่นเรื่องอาการข้างเคียง หรือความไม่สุขสบายจากการรับประทานยาทางจิต ก็ยังต้องกำกับดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างใกล้ชิด โดยไม่ต้องใส่ใจความรู้สึก (+)					
21	หากครอบครัวไม่สามารถดูแลหรือนำผู้ป่วยจิตเภทไปรักษาได้ สามารถขอความช่วยเหลือจาก กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชนใกล้บ้านได้ (+)					
22	ฉันเชื่อว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่าย เพื่อช่วยกันสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (+)					

ข้อ	ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
23	หากผู้ป่วยจิตเภทได้รับการรักษาด้วยยาทางจิต ร่วมกับการบำบัดทางจิตใจและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ในชุมชน จะช่วยให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตได้อย่าง ปกติสุข (+)					
4) ด้านการรับรู้อุปสรรคที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท						
24	หากผู้ป่วยจิตเภทคิดว่าตนเองไม่ได้ป่วยหรือหาย ป่วย จะปฏิเสธการรับประทายทางจิต เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ ของผู้ป่วย (+)					
25	หากผู้ป่วยจิตเภทกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ จะเป็นการยากต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยได้ (+)					
26	ความรู้สึกลัวดกกลัวของฉันทที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทนั้น เป็นอุปสรรคต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท ที่บ้าน (+)					
27	การนำผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการกำเริบรุนแรงเข้าสู่ กระบวนการรักษาเป็นเรื่องที่ยุ้งยากสำหรับฉันท ในการจัดการด้วยตัวเองตามลำพัง (-)					
28	ถึงแม้ว่าครอบครัวจะไม่ให้ความร่วมมือในการฟื้นฟู สมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท ก็ไม่เป็นอุปสรรคในการ ทำงานของ อสม. (+)					
29	หากขาดความร่วมมือจากครอบครัว ชุมชน และ ภาคคีเครือข่ายในท้องถิ่น จะเป็นอุปสรรคต่อการ ปฏิบัติงานเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท (+)					
30	หากไม่มีนโยบายสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ชัดเจน ทำให้การปฏิบัติงาน ขาดความต่อเนื่องได้ (+)					

ข้อ	ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
5. ด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการสนับสนุนฟื้นฟูสมรรถนะผู้ป่วยจิตเภท						
31	ฉันสามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวได้ เพื่อการดูแลผู้ป่วยที่บ้านมีความสะดวกมากยิ่งขึ้น (+)					
32	หากฉันสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทได้สำเร็จแค่เพียงหนึ่งราย ฉันรู้สึกได้ถึงความภาคภูมิใจ (+)					
33	ฉันเชื่อว่าจากประสบการณ์ที่ได้ลงมือทำ จะช่วยพัฒนาความสามารถในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทให้เกิดความชำนาญได้จริง (+)					
34	ฉันสามารถนำผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการกำเริบเข้าสู่กระบวนการรักษาได้ตามขั้นตอน (+)					
35	ฉันไม่มีความอดทนมากพอที่จะฝึกทักษะทางสังคมและการงานอาชีพให้ผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ (-)					
36	ฉันสามารถค้นหาแหล่งสนับสนุนที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนให้สามารถเข้าถึงบริการต่าง ๆ ได้ (+)					
37	ฉันไม่มั่นใจว่าจะสามารถติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างต่อเนื่อง (-)					
38	ฉันสามารถทำงานเป็นที่ร่วมกับชุมชนและบุคลากรทางสุขภาพในการฝึกทักษะทางสังคมและการงานอาชีพให้แก่ผู้ป่วยจิตเภทได้ (+)					
39	ฉันรู้สึกยุ่งยากใจหากต้องให้การสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทจนถึงขั้นช่วยให้มีงานทำหรือมีรายได้ (+)					

ข้อ	ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
40	ฉันเชื่อมั่นว่าหากได้รับความรู้ ความเข้าใจที่มากพอ ฉันสามารถทำหน้าที่ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท ที่บ้านได้ (+)					

ขอขอบคุณสำหรับการตอบคำถามของท่านเป็นอย่างยิ่ง

อุไรวรรณ เกิดสังข์

ผู้วิจัย



ส่วนที่ 3 สิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ในแต่ละข้อ โดยไม่มีคำตอบใดที่ถือว่าถูกหรือผิด และคำตอบที่ได้จะถือว่าเป็นความลับ ฉะนั้น จึงขอความกรุณาให้ท่านตอบตามความเป็นจริงและกรุณาตอบทุกข้อโดยข้อความถามมีทั้งหมด 12 ข้อและเลือกตอบตามเกณฑ์ดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความเห็นด้วยมากที่สุดกับสิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท

มาก หมายถึง ท่านมีความเห็นด้วยมากกับสิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความเห็นด้วยปานกลางกับสิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท

น้อย หมายถึง ท่านมีความเห็นด้วยน้อยกับสิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีความเห็นด้วยน้อยที่สุดกับสิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท

ข้อ	ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1	หากฉันไม่ได้รับฟังข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ ในสังคม และชุมชนที่อาศัยอยู่ ฉันคงไม่ได้ตระหนักถึงปัญหาและความต้องการที่จะเข้ามามีส่วนร่วมดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ตามข้อเท็จจริง (-)					
2	การที่ฉันได้รับคำแนะนำต่าง ๆ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทำให้ฉันอยากมีส่วนร่วมวางแผนแก้ปัญหาและเสนอความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (+)					
3	ถึงแม้ฉันจะไม่ได้รับความรู้ทางสุขภาพจิตและจิตเวชใดๆ เลย ฉันก็สามารถมีส่วนร่วมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้อย่างมั่นใจ (-)					
4	จากประสบการณ์ความทุกข์ของผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ทำให้ฉันเกิดความต้องการที่จะมีส่วนร่วมเสนอแนะแนวทางการดำเนินกิจกรรมการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (+)					

ข้อ	ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
5	ฉันรับรู้โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง เมื่อเป็นแล้วต้องใช้เวลานานในการรักษา ทำให้ฉันต้องการมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (+)					
6	ปัญหาการแพร่ระบาดของสารเสพติดในชุมชนที่ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทใช้สารเสพติดได้ง่าย ทำให้ฉันต้องการมีส่วนร่วมดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (+)					
7	หากฉันได้รับการสนับสนุนจากภาคีเครือข่ายในท้องถิ่น จะทำให้ฉันสามารถประสานความร่วมมือเพื่อการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ (+)					
8	หากฉันไม่ได้รับการสนับสนุนที่ดีจากครอบครัว คนใกล้ชิด ฉันก็ไม่กำลังใจที่จะเข้ามามีส่วนร่วมดำเนินกิจกรรมการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ด้วยความเต็มใจ (-)					
9	ฉันได้รับฟังประสบการณ์จากบุคคลตัวอย่างเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ฉันมีเทคนิค แนวปฏิบัติในการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ (+)					
10	ฉันคงไม่มีส่วนร่วมติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทอย่างแน่นอนหากไม่มีนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ให้ความสำคัญกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (-)					
11	เพราะฉันเห็นว่าผู้ป่วยจิตเภทก็สามารถทำงานและช่วยเหลืองานของครอบครัวได้ ฉันจึงสนใจที่จะให้การดูแล ติดตาม และฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง (+)					

ข้อ	ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
12	ฉันเห็นว่าผู้ป่วยจิตเภทที่เคยถูกตีตราว่าเป็นคนบ้า และมีการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพที่ดีขึ้น ทำให้ฉัน อยากมีส่วนร่วมที่จะติดตามผลการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยเหล่านี้มากขึ้น (+)					

ขอขอบคุณสำหรับการตอบคำถามของท่านเป็นอย่างยิ่ง

อุไรวรรณ เกิดสังข์

ผู้วิจัย



ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการมีส่วนร่วมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ในแต่ละข้อ โดยไม่มีคำตอบใดที่ถือว่าถูกหรือผิด และคำตอบที่ได้จะถือว่าเป็นความลับ ฉะนั้น จึงขอความกรุณาให้ท่านตอบตามความเป็นจริงและกรุณาตอบทุกข้อโดยข้อคำถามมีทั้งหมด 20 ข้อและเลือกตอบตามเกณฑ์ดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความเห็นด้วยมากที่สุดกับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท
 มาก หมายถึง ท่านมีความเห็นด้วยมากกับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท
 ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความเห็นด้วยปานกลางกับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท
 น้อย หมายถึง ท่านมีความเห็นด้วยน้อยกับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท
 น้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีความเห็นด้วยน้อยที่สุดพฤติกรรมการมีส่วนร่วมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท

ข้อ	ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1) ร่วมตัดสินใจ						
1	ฉันมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน					
2	ฉันมีส่วนร่วมเสนอต้นทุนที่ดีของชุมชนเพื่อนำมาวางแผนสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน					
3	ฉันมีส่วนร่วมคิด ตัดสินใจในการวางแผนงานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน					
4	ฉันมีส่วนร่วมในการเสนอแนะ แนวทาง การดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน					
5	ฉันมีส่วนร่วมกำหนดการใช้ทรัพยากรในชุมชนเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท เช่น คน สถานที่ งบประมาณ และความร่วมมือของท้องถิ่น					
2) ร่วมดำเนินงาน						
6	ฉันชักชวนให้ครอบครัว/เพื่อนบ้านในชุมชนเห็นความสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท					
7	ฉันมีส่วนร่วมในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล					

ข้อ	ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
8	ฉันมีส่วนร่วมในการฝึกทักษะการดูแลตนเอง การใช้ชีวิตในสังคม และการทำงานของผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับครอบครัว และชุมชน					
9	ฉันนำผู้ป่วยจิตเภทเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน ด้วยการฝึกเป็นจิตอาสา					
10	ฉันใส่ใจต่อการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทจนเกิดเป็นความร่วมมือที่ดีต่อกัน					
3) ร่วมรับประโยชน์						
11	ฉันได้พัฒนาศักยภาพของตนเองจากการร่วมทำกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน					
12	ฉันร่วมปฏิบัติตามกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทจนเป็นที่ยอมรับจากครอบครัว/ชุมชน					
13	ฉันทำกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทจนผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับครอบครัว ชุมชน และสังคมได้					
14	ฉันเป็นส่วนหนึ่งของทีมที่ร่วมกันสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถเข้าสังคมได้ และเกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกันและกัน					
15	ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพจนสามารถพึ่งพาตนเองได้ ทำให้ลดภาระการดูแลจากครอบครัว ชุมชน					
4) ร่วมติดตามประเมินผล						
16	ฉันมีส่วนร่วมติดตามผลการทำกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน					
17	ฉันมีส่วนร่วมนำเสนอข้อมูลการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ และผลการใช้ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทต่อชุมชน และทีมสุขภาพ					
18	ฉันมีส่วนร่วมประเมินผลการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอย่างต่อเนื่อง					

ข้อ	ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
19	ฉันมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และถอดบทเรียนความสำเร็จการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน					
20	ฉันมีส่วนร่วมในการนำผลการประเมินเพื่อนำมาปรับปรุง และพัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน					

ขอขอบคุณสำหรับการตอบคำถามของทุกท่านเป็นอย่างยิ่ง

อุไรวรรณ เกิดสังข์

ผู้วิจัย



โปรแกรม

**ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท
โดยชุมชนเป็นฐาน**

สำหรับ อสม.



อุไรวรรณ เกิดสังข์

ตารางการทำกิจกรรม โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนเป็นฐานสำหรับ อสม.

สัปดาห์	วัน/เวลา	กิจกรรม
สัปดาห์ที่ 1 ชั้นที่ 1 สร้างการมีส่วนร่วมและ ความตระหนักรู้	กิจกรรมที่ 1 เวลา 9.00 – 10.30 น. (90 นาที) กิจกรรมที่ 2 เวลา 10.30 – 12.00 น. (90 นาที) กิจกรรมที่ 3 เวลา 13.00 – 14.30 น. (90 นาที) กิจกรรมที่ 4 เวลา 14.30 – 16.00 น. (90 นาที)	กิจกรรมที่ 1 ฟื้นฟูความสัมพันธ์ แบ่งปัน ความเข้าใจ กิจกรรมที่ 2 ฟื้นฟูสถานการณ์ปัญหา และความต้องการของชุมชน กิจกรรมที่ 3 ฟื้นฟูพลังสร้างแรงจูงใจร่วม กิจกรรมที่ 4 ฟื้นฟูความหวังตั้งเป้าหมาย
สัปดาห์ที่ 2 ชั้นที่ 2 เสริมสร้างพลังอำนาจ และสร้างความรู้	กิจกรรมที่ 5 เวลา 9.00 – 16.00 น. (360 นาที) กิจกรรมที่ 5 เวลา 9.00 – 10.30 น. (90 นาที) กิจกรรมย่อยที่ 5.1 10.30 – 12.00 น. (90 นาที) กิจกรรมย่อยที่ 5.2 13.00 – 14.30 น. (90 นาที) กิจกรรมย่อยที่ 5.3 14.30 – 16.00 น. (90 นาที)	กิจกรรมที่ 5 ฟื้นฟูความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อเรียนรู้โรค กิจกรรมย่อยที่ 5.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงและ ความรุนแรงในโรคจิตเภท กิจกรรมย่อยที่ 5.2 การรับรู้ประโยชน์ของการ รักษา การดูแล การฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน และแหล่งสนับสนุนทางสังคม กิจกรรมย่อยที่ 5.3 การรับรู้อุปสรรค และการจัดการปัญหา
สัปดาห์ที่ 3 ชั้นที่ 3 การปฏิบัติการฟื้นฟู สู่เป้าหมาย	กิจกรรมที่ 6 เวลา 9.00 – 12.00 น. วันจันทร์ ภาคเช้า ภาคทฤษฎี (180 นาที) วันอังคาร ฝึกปฏิบัติ (180 นาที) กิจกรรมที่ 7 เวลา 9.00 – 12.00 น. วันพุธ ภาคเช้า ภาคทฤษฎี (180 นาที) วันพฤหัสบดี ฝึกปฏิบัติ (180 นาที)	กิจกรรมที่ 6 ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท (ภาคทฤษฎี) และ ฝึกปฏิบัติ กิจกรรมที่ 7 ฟื้นฟูปฏิบัติการเยี่ยมบ้าน (ภาคทฤษฎี) และ ฝึกปฏิบัติ
สัปดาห์ที่ 3	บูรณาการทุกกิจกรรม (3 วัน)	การลงมือปฏิบัติในชุมชน
สัปดาห์ที่ 4 ชั้นที่ 4 การติดตามเสริมพลัง ต่อเนื่อง	กิจกรรมที่ 8 เวลา 9.00 – 12.00 น. (180 นาที) วันจันทร์ กิจกรรมที่ 9 เวลา 9.00 – 12.00 น. (180 นาที) วันอังคาร	กิจกรรมที่ 8 ฟื้นฟูพลังความสามารถ รู้จักรัก และดูแลสุขภาพตนเอง กิจกรรมที่ 9 ฟื้นฟูสิ่งที่ทำรู้จำจากอุปสรรค (แลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ประโยชน์ต่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1. มีความรู้ความเข้าใจในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท และเกิดแนวทางในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท

2. เกิดพฤติกรรมการมีส่วนร่วมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ประโยชน์ต่อบุคลากรทางสาธารณสุข

1. มีแนวทางปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มากกว่าการบริการติดตามเยี่ยมบ้าน

2. เพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ มีมาตรฐานการบริการมากขึ้น ได้รับการยอมรับจากผู้รับบริการมากขึ้น



ขั้นตอนที่ 1 สร้างการมีส่วนร่วมและความตระหนักรู้



กิจกรรมที่ 1 ฟังฟูความสัมพันธ์ แบ่งปันความเข้าใจ

ขนาดของกลุ่ม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 22 คน

ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 90 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพและละลายพฤติกรรม
2. เพื่อแนะนำโปรแกรมการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภท และชี้แจงวัตถุประสงค์ของโปรแกรม
3. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมเข้าใจสภาพการเจ็บป่วยของโรคจิตเภท
4. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วยโรคจิตเภท

แนวคิด เจตคติต่อผู้ป่วยจิตเภท ครอบครัวผู้ให้การดูแล, Health Belief Model: HBM (การรับรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท)

สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพเพื่อทำความรู้จักกัน ช่วยให้เกิดการยอมรับ และรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม การสร้างความเข้าใจในโรคจิตเภท จะช่วยให้เกิดการยอมรับและเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น เปลี่ยนจากความรังเกียจ ความกลัว เป็นความสงสารและอยากให้การช่วยเหลือ

อุปกรณ์

1. คลิปวิดีโอชีวิตผู้ป่วยจิตเภท https://youtu.be/zPSD4_iWn-s ลูกคนใหม่
2. คลิปวิดีโอชีวิตผู้ป่วยจิตเภท <https://youtu.be/6DSfuJwiwnk> โรคจิตเภทต้องรักษา

และหายได้ด้วยความเข้าใจจากคนรอบข้าง

ขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรม

1. วิทยากรกล่าวทักทายผู้เข้าร่วมการอบรม พร้อมทั้งทดสอบความพร้อมในการทำกิจกรรมด้วยการให้ทุกคนปรบมือเป็นจังหวะและทำท่าทางประกอบ (ปรบมือ อสม.) จากนั้นวิทยากรแนะนำตัวเอง พร้อมบอกคติพจน์ประจำใจในการทำงาน
2. ให้ผู้เข้ารับการอบรมแนะนำตัวทีละคน โดยบอกชื่อและคติพจน์ประจำใจในการทำงาน
3. เปิดโอกาสให้ผู้เข้ารับการอบรมได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับคติพจน์ประจำใจในการทำงานของตนเองและของผู้อื่น ทั้งที่เหมือนและที่แตกต่างกัน

4. วิทยาการสะท้อนความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรม และสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้โดยการเชื่อมโยงความสำคัญของการนำคติพจน์ประจำใจไปใช้ในการทำงาน

5. วิทยาการชี้แจงวัตถุประสงค์ของโปรแกรม จำนวนกิจกรรม ระยะเวลาในการทำกิจกรรม และอธิบายการทำแบบประเมินก่อนเรียนรู้ ด้วยชุดแบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท แบบสอบถามสิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท และ แบบสอบถามพฤติกรรมการมีส่วนร่วมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท

6. วิทยาการเปิดคลิปวิดีโอชีวิตผู้ป่วยจิตเภทให้ผู้เข้ารับการอบรมดู

7. ให้ผู้เข้ารับการอบรมร่วมแสดงความคิดเห็นจากการดูวิดีโอ ใน 3 ประเด็น คือ (1) ถ้าฉันเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท ฉันรู้สึกหรือคิดเห็นอย่างไร (2) ถ้าฉันเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ฉันรู้สึกและคิดเห็นอย่างไร และ (3) ในฐานะ อสม. หากฉันต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ฉันรู้สึกและคิดเห็นอย่างไร

8. วิทยาการสรุปความคิดเห็นแต่ละประเด็น และสะท้อนถึงความรู้สึกความเข้าใจของผู้เข้ารับการอบรม

9. ประเมินจากการสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของสมาชิกต่อการแลกเปลี่ยนประสบการณ์

การประเมินผล

ประเมินจากการสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้เข้ารับการอบรมต่อการแสดงความคิดเห็น ร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ผู้เข้ารับการอบรมเกิดปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน มีความเข้าใจ และเกิดเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วยโรคจิตเภท

กิจกรรมที่ 2 ฟังฟุสสถานการณ์ปัญหาและความต้องการของชุมชน

ขนาดของกลุ่ม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 22 คน

ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 90 นาที

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีส่วนร่วมวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ต้นทุน และ กำหนดเป้าหมายความต้องการของชุมชน

แนวคิด Community-Based Rehabilitation: CBR การใช้วงจร CBR โดยเริ่มจากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา และความต้องการ ต้นทุนที่ดีของชุมชน และกำหนดกิจกรรมที่ต้องการทำ

สาระสำคัญ

การมีส่วนร่วมวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ความต้องการในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และช่วยให้เกิดความตระหนักรู้ถึงความสำคัญของปัญหาและนำไปสู่การดำเนินการจัดการแก้ไขปัญหาร่วมกัน

อุปกรณ์

1. ใบกิจกรรมที่ 2
2. กระดาษโปสเตอร์ 2 แผ่นใหญ่
3. ปากกาปลายสี่เหลี่ยม

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. วิทยากร เชื่อมโยงความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท ครอบครัวยุติให้การดูแล และ สังคมคนรอบข้าง และสอบถามปัญหาในชุมชนที่ประสบอยู่มีอะไรบ้าง เปิดโอกาสให้ผู้เข้าอบรมได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็นในเบื้องต้น

2. วิทยากรได้แบ่งกลุ่มผู้เข้ารับการอบรม เป็น 2 กลุ่ม โดยให้ร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทในชุมชน ในประเด็นต่อไปนี้ (1) สถานการณ์ปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทของคนในชุมชน (2) ต้นทุน/ความดีที่ชุมชนมี (3) ความดี/สิ่งที่ยากจะทำเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยใช้เวลา 20 นาที และให้ตัวแทนกลุ่มนำเสนอในกลุ่มใหญ่

3. วิทยากรสรุปการวิเคราะห์แต่ละประเด็นลงในตาราง พร้อมทั้งคืนข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชน รวมถึงช่องว่าง (gab) ในการดูแล

4. วิทยากรกล่าวย้ำความสำคัญของการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทว่ามีผลกระทบไม่เฉพาะกับผู้ป่วยเท่านั้น แต่ด้วยการเจ็บป่วยที่เรื้อรังและปัญหาจากอาการผิดปกติต่าง ๆ ของโรค ยังส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชนและสังคมทั้งทางตรงและทางอ้อม ดังนั้นการฟื้นฟูดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อการคืนสู่สุขภาพ (recovery) จึงเป็นเรื่องสำคัญที่ไม่อาจมองข้ามได้

การประเมินผล

ประเมินจากการสังเกตพฤติกรรมกรรมกรมีส่วนร่วมของผู้เข้ารับการอบรมต่อการแสดงความคิดเห็น ร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ผู้เข้ารับการอบรมรับรู้ปัญหาสถานการณ์ ความต้องการที่จะทำการฟื้นฟูดูแลผู้ป่วยจิตเภท และต้นทุนที่ดี แหล่งทรัพยากรของชุมชน



กิจกรรมที่ 3 ฟันฟูพลัง สร้างแรงจูงใจร่วม

ขนาดของกลุ่ม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 22 คน

ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 90 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการมีส่วนร่วมในการฟันพุดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
2. เพื่อร่วมกันทบทวนบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

แนวคิด Health Belief Model: HBM (สิ่งจูงใจ และบทบาทหน้าที่)

สาระสำคัญ

การให้ความช่วยเหลือผู้ที่กำลังเดือดร้อน ไม่ว่าจะด้วยวิธีใดก็ตามย่อมนำมาซึ่งความสุขทางจิตใจทั้งของผู้ให้และผู้รับ การให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบางในสังคมก็เช่นเดียวกัน เป็นสิ่งที่สังคมต้องร่วมมือกันให้ความช่วยเหลือ เพราะการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนได้ไม่มากนักน้อย ดังนั้น อสม. จึงมีบทบาทสำคัญยิ่งในการเป็นผู้ให้ เนื่องจากเป็นกลุ่มที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด รองจากคนในครอบครัว ที่จะช่วยฟันพุดูแล ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว ให้กำลังใจในการรักษาที่ต่อเนื่อง จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคม ชุมชนได้อย่างมีความสุขในฐานะสมาชิกคนหนึ่งของสังคม

อุปกรณ์

1. คลิปวิดีโอ “การให้คือสิ่งที่ยิ่งใหญ่เสมอ” <https://youtu.be/Y-EEON0ojOU>
2. คลิปวิดีโอ “อสม.” พลังเล็ก ๆ ที่ยิ่งใหญ่ <https://youtu.be/WgBgAx2pYYw>
3. ใบกิจกรรมที่ 3
4. กระดาษโปสเตอร์แผ่นใหญ่
5. ปากกาปลายสั๊กหลายด

การประเมินผล

ประเมินจากการสังเกตพฤติกรรมกรรมการมีส่วนร่วมของสมาชิกต่อการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การแสดงความคิดเห็นและความสนใจในการซักถามปัญหาต่าง ๆ

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. วิทยากรถามคำขวัญ/สโลแกนของอาสาสมัครสาธารณสุข กล่าวไว้ว่าอย่างไร และให้ผู้เข้ารับการอบรมแสดงความคิดเห็นต่อคำขวัญ และบทบาทของ อสม.

2. วิทยากรเปิดวิดีโอเรื่อง “การให้คือสิ่งที่ยิ่งใหญ่เสมอ” ให้ผู้เข้ารับการอบรมดู

3. วิทยากรสอบถามความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมภายหลังการดูคลิปวิดีโอ โดยเน้นการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับ “การให้” และจะเกิดอะไรขึ้นหากเป็นการให้การยอมรับ ให้ความเข้าใจ ให้ความรัก ให้การช่วยเหลือเพื่อฟื้นฟูผู้ป่วยโรคจิตเภทให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติเหมือนคนทั่ว ๆ ไป

4. แบ่งผู้เข้ารับการอบรมออกเป็น 3 กลุ่ม วิทยากรให้ผู้เข้ารับการอบรมแต่ละกลุ่มร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับบทบาทของ อสม. ที่ควรจะเป็นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และให้นำเสนอให้กลุ่มใหญ่ฟัง (ตามใบกิจกรรมที่ 3)

5. วิทยากรสรุปและกล่าวถึงการดำเนินกิจกรรมที่ผ่านมาเพื่อย้ำให้เห็นว่า อสม. เป็นกลุ่มบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญในการให้การช่วยฟื้นฟูผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน และสอดแทรกคำพูดที่ช่วยเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ อสม. เช่น การกล่าวชื่นชม การยกย่องให้เกียรติ เป็นต้น

การประเมินผล

ประเมินจากการสังเกตพฤติกรรมกรรมการมีส่วนร่วมของผู้เข้ารับการอบรมต่อการแสดงความคิดเห็น ร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ผู้เข้ารับการอบรมเกิดแรงจูงใจมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูดูแลผู้ป่วยจิตเภท

กิจกรรมที่ 4 ฟันฟูความหวังตั้งเป้าหมาย

ขนาดของกลุ่ม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 22 คน

ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 90 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมร่วมกันกำหนดเป้าหมายในการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
2. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมร่วมคิด ค้นหาวิธีการต่าง ๆ วางแผนกำหนดกิจกรรมการฟื้นฟูผู้ป่วย

จิตเภทไปสู่เป้าหมาย

แนวคิด Community-Based Rehabilitation: CBR การใช้วงจร CBR การมีส่วนร่วม เพื่อกำหนดเป้าหมาย วางแผน ออกแบบกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

สาระสำคัญ

การมีส่วนร่วมตั้งเป้าหมายฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภทของผู้เข้ารับการอบรมจะช่วยให้ผู้เข้าอบรมเห็นความสำคัญของตนเองต่อบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย และแนวทางในการปฏิบัติในการฟื้นฟู (road map) เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานไปตามเป้าหมาย และแผนงานตามที่คาดหวังไว้

อุปกรณ์

- แผนภาพความคิด สถานการณ์ปัญหา ต้นทุนและความต้องการจากกิจกรรมที่ 2
- กระดาษ ปากกาสี
- ใบกิจกรรมที่ 4

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. วิทยากรนำแผนภาพสถานการณ์ปัญหา ต้นทุนและความต้องการจากกิจกรรมที่ 2 มาให้ผู้เข้ารับการอบรมได้ทบทวนก่อนนำไปกำหนดเป้าหมายและสร้างแผนกิจกรรมการดำเนินงาน

2. วิทยากรเปิดโอกาสให้ผู้เข้ารับการอบรมร่วมกันกำหนดเป้าหมายความต้องการ และร่วมวางแผนแนวทางปฏิบัติเพื่อไปสู่เป้าหมาย ทั้งแผนกิจกรรม แผนคน แผนเวลา และแผนงบประมาณที่ต้องใช้ พร้อมทั้งกำหนดผู้รับผิดชอบ

3. แบ่งกลุ่มสมาชิกร่วมกันออกแบบแผน กิจกรรมที่จะนำไปสู่เป้าหมาย และนำเสนอแผนกิจกรรม

4. วิทยากรสรุป และวิเคราะห์ความเป็นไปได้ เสริมแรงจูงใจในการดำเนินกิจกรรมไปสู่เป้าหมายที่วางไว้

การประเมินผล

- ประเมินจากการสังเกตพฤติกรรมความร่วมมือของสมาชิกต่อการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การแสดงความคิดเห็นและความสนใจในการซักถามปัญหาต่าง ๆ
- ผู้เข้ารับการอบรมได้เป้าหมาย และแผนกิจกรรมการฟื้นฟูดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน



ขั้นตอนที่ 2 เสริมสร้างพลังอำนาจและสร้างความรู้



กิจกรรมที่ 5 พัฒนาความเชื่อเพื่อเรียนรู้โรคจิตเภทและผลกระทบของโรค

ขนาดของกลุ่ม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 22 คน

ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 90 นาที

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแลรักษา การจัดการกับอาการทางจิตเวชที่เป็นปัญหาบนพื้นฐานความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคล

แนวคิด Health Belief Model: HBM ความรู้โรคจิตเภท แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต

สาระสำคัญ

โรคจิตเภทเป็นโรคจิตเรื้อรังที่มีความผิดปกติของความคิด การรับรู้และพฤติกรรม ผู้ป่วยจะแสดงออกซึ่งอาการที่ผิดปกติ เช่น หูแว่ว ประสาทหลอน หวาดระแวง ก้าวร้าว เป็นต้น การรักษาจำเป็นต้องรับประทานยาต่อเนื่อง และส่วนใหญ่ต้องรับประทานยาตลอดชีวิต ผู้ป่วยจึงมักจะขาดยาหรือรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ทำให้มีอาการกำเริบซ้ำ เป็นภาระของผู้ดูแลที่ต้องจัดการกับพฤติกรรมอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย ดังนั้น การสังเกตอาการหรือสัญญาณเตือนก่อนจะมีอาการกำเริบ และการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาอย่างถูกต้องและเข้าใจบนพื้นฐานความเชื่อด้านสุขภาพจะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพได้

อุปกรณ์

1. คลิปวิดีโอเรื่องโรคจิตเภท <https://youtu.be/-ExNfkkIM9k>
2. 5 สัญญาณเตือนของผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่ออาการกำเริบ <https://youtu.be/ahOo2TqL1bM>

L1bM

3. คลิปวิดีโอ ทำความเข้าใจการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน <https://youtu.be/jVvEOqEjZOA>
4. Power Point เรื่อง ความเชื่อทางด้านสุขภาพโรคจิตเภท การดูแลรักษาและการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาในชุมชน

ขั้นตอนการดำเนินงานกิจกรรม

1. วิทยากรสอบถามประสบการณ์ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยโรคจิตเภทว่าหมายถึงอะไร รักษาอย่างไร หายหรือไม่

2. เปิดวิดีโอเรื่องโรคจิตเภทให้ผู้เข้ารับการอบรมดู

- คลิปวิดีโอเรื่องโรคจิตเภท <https://youtu.be/-ExNfkkIM9k>

- สัญญาณเตือนของผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่ออาการกำเริบ [https://youtu.be/ahOo2](https://youtu.be/ahOo2TqL1bM)

[TqL1bM](https://youtu.be/ahOo2TqL1bM)

- คลิปวิดีโอทำความเข้าใจการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน [https://youtu.be/jVvEOq](https://youtu.be/jVvEOqEjZOA)

[EjZOA](https://youtu.be/jVvEOqEjZOA)

3. ให้ผู้เข้ารับการอบรมช่วยกันสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการดูวิดีโอเรื่องโรคจิตเภท

4. วิทยากรบรรยายเรื่อง โรคจิตเภท ความเชื่อทางด้านสุขภาพโรคจิตเภท การดูแลรักษา และการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา

5. วิทยากรให้ผู้เข้ารับการอบรมสะท้อนคิดประเด็นที่ได้เรียนรู้จากการอบรม

การประเมินผล

- ประเมินจากการสังเกตพฤติกรรมมีส่วนร่วมของสมาชิกต่อการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การแสดงความคิดเห็นและความสนใจในการซักถามปัญหาต่าง ๆ

- ผู้รับการอบรมมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง สามารถแสดงความคิดเห็น และให้การฟื้นฟูดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทได้ สามารถอธิบายได้อย่างเข้าใจ

กิจกรรมย่อยที่ 5.1 เรื่อง การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงในโรคจิตเภท

ขนาดของกลุ่ม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 22 คน

ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 90 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท
2. เพื่อให้เข้ารับการอบรมได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยง และความรุนแรงของโรคจิตเภท
3. เพื่อให้เข้ารับการอบรมให้เกิดความตระหนัก เกิดเจตคติที่ดีในการปฏิบัติเพื่อการดูแล ทั้งส่งเสริม และป้องกันโรคจิตเภท
4. เพื่อให้เข้ารับการอบรมเกิดแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

แนวคิด Health Belief Model: HBM ความรู้โรคจิตเภท แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคจิตเภท

สาระสำคัญ

โรคจิตเภท เป็นโรคเรื้อรังทางจิตเวช และมีการกลับเป็นซ้ำบ่อย การวิเคราะห์ถึงปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเจ็บป่วย และการกำเริบซ้ำ โอกาสเสี่ยงของการมีอาการทางจิตที่มากขึ้น และนำไปสู่การกำเริบและป่วยซ้ำ ตลอดถึงพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ และการรับรู้ความรุนแรง ของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท เป็นความเชื่อ หรือ การรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภทและญาติที่เกี่ยวกับความทุกข์ ทรมาน ต่อการมีอาการทางจิตกำเริบหรือการเจ็บป่วยซ้ำ เป็นกระบวนการที่ประกอบด้วย การค้นพบว่า มีบางอย่าง ที่ผิดปกติเกิดขึ้นกับผู้ป่วย มองเห็นอาการที่แสดงถึงความรุนแรงมากขึ้น สามารถระบุสิ่งที่มากระตุ้นให้มีอาการมากขึ้นได้ และค้นพบอาการนำไปสู่การป่วยซ้ำ ดังนั้นความเสี่ยงที่สำคัญเกิดจากการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง การใช้สารกระตุ้นต่าง ๆ ความเครียด การใช้อารมณ์ในการอยู่ร่วมกัน ส่งผลให้เกิดความรุนแรงทั้งต่อตนเอง และบุคคลอื่น การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่าง ๆ ด้วยความเข้าใจ เกิดความตระหนัก และมีเจตคติที่ดี จะนำไปสู่การป้องกันโรคจิตเภท และมีแนวทางในการช่วยเหลือดูแลได้

สื่อ / อุปกรณ์

1. คอนโดไม้ จำนวน 2 ชุด
2. กระดาษโปสเตอร์ 2 แผ่นใหญ่
3. ใบกิจกรรมที่ 5.1
4. ปากกาปลายสี่เหลี่ยม

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

วิทยากรกล่าวทักทายสมาชิก เกริ่นนำเข้าสู่กิจกรรมโดยการเชื่อมโยงจากกิจกรรมที่ผ่านมาเกี่ยวกับเรื่องอิทธิพลความเชื่อ และโรคจิตเภท ผู้นำกลุ่มสุ่มถามสมาชิก ความเสี่ยงในชีวิตประจำวันของท่านมีอะไรบ้าง และความเสี่ยงนั้นส่งผลกระทบต่ออะไรบ้าง

1. นำผู้เข้ารับการอบรมเข้าสู่เกมส์ คอนโดไม้ โดยแบ่งสมาชิกเป็น 2 กลุ่ม โดยนำอุปกรณ์ส่งมอบให้กลุ่ม และให้ผู้เข้ารับการอบรมช่วยกันสร้างให้เป็นคอนโด เริ่มจากเทบล็อกไม้ทั้งหมดออกมาไว้กับพื้นผิวที่เรียบ จากนั้นนำบล็อกไม้มาวางต่อกันเป็นชั้น ๆ ชั้นละ 3 แท่งจนครบ 18 ชั้น โดยบล็อกไม้ทั้ง 3 แท่งที่วางเรียงกันในแต่ละชั้นจะต้องหมุนเป็นมุม 90 องศากับชั้นก่อนหน้า **จัดติกให้ตรง** ก่อนเริ่มเล่น ควรเช็คดูให้แน่ใจว่าตึกมันคงดีแล้ว โดยบล็อกไม้ในแต่ละชั้นจะต้องประสานกันเพื่อให้ตึกสามารถทรงตัวได้โดยไม่ต้องมีสิ่งใดมาช่วยค้ำ ใช้มือหรือสิ่งของที่แข็งและแบนจัดแต่ละด้านให้เรียบและดันบล็อกไม้ที่ยื่นออกมาเข้าไปชิดข้างใน **เลือกผู้เล่นคนแรกดึงบล็อกไม้ออก** ดึงบล็อกไม้แท่งหนึ่งออกด้วยความระมัดระวังจากชั้นใดชั้นหนึ่งยกเว้นชั้นบนสุด **นำบล็อกไม้ที่ดึงออกมาแล้วมาวางต่อไว้ชั้นบนสุด** เมื่อผู้เล่นดึงบล็อกไม้ออกมาแล้วให้นำบล็อกไม้กลับมามาวางไว้ชั้นบนสุดให้เป็นชั้นละ 3 แท่งตามเดิม **เล่นต่อไปเรื่อย ๆ จนตึกถล่มลงมา** ผู้ที่ทำให้ตึกโค่นล้มลงมาคือผู้แพ้ในเกมนี้

2. ให้ผู้เข้ารับการอบรมได้ทบทวนความเสี่ยงที่เกิดขึ้น และเริ่มคิดวางแผนเพื่อลดความเสี่ยง และทดลองทำอีกครั้ง จนเกิดความมั่นใจในกลุ่มของตัวเองแล้ว ส่งตัวแทนมาร่วมแข่งขันในกลุ่มใหญ่ โดยให้มีผู้คิดมาได้กลุ่มละ 1 คน

3. วิทยากรกระตุ้นสมาชิกช่วยกันสะท้อนสิ่งที่เรียนรู้จากกิจกรรม พร้อมผู้นำกลุ่มสรุปเชื่อมโยง ความเสี่ยงจากภายนอก และภายในตัวเรา ที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยง สามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา หากเราประมาทและขาดความตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเอง

4. วิทยากรนำกระดาษโปสเตอร์ ที่วาดรูปผู้ป่วยจิตเภทอยู่ตรงกลาง ด้านขวามือเขียนข้อความ บัญชีเสี่ยง โอกาสเสี่ยง พฤติกรรมเสี่ยงของโรคจิตเภท ด้านซ้ายมือ เขียนข้อความ ความรุนแรงของโรคจิตเภท ให้สมาชิก ทั้ง 2 กลุ่ม ได้ร่วมกันวิเคราะห์ โดยใช้เวลา 10 นาที พร้อมส่งตัวแทน นำเสนอให้สมาชิกกลุ่มใหญ่ได้เรียนรู้ไปพร้อม ๆ กัน

5. กระตุ้นให้ผู้เข้ารับการอบรมช่วยกันแสดงความคิดเห็นตามความเข้าใจในการรับรู้ ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคจิตเภท

6. วิทยากรสรุปเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงในโรคจิตเภทใน ภาพรวมอีกครั้งเพื่อช่วยให้สมาชิกมีความเข้าใจที่ถูกต้อง เกิดความตระหนัก และมีเจตคติที่ดีในการ ดูแลเพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ และมีแนวทางในการดูแลได้อย่างต่อเนื่อง ขอขอบคุณสมาชิกที่ได้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์และมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ให้เห็นข้อเท็จจริงจากประสบการณ์ การดูแลที่ได้สังเกตเห็นความเสี่ยงสำคัญต่าง ๆ ตลอดถึงความรุนแรง ความทุกข์ทรมานจากผู้ ที่เจ็บป่วย ทั้งต่อตนเองและผลกระทบที่มีต่อบุคคลอื่น

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและความ สนใจในการซักถามปัญหาต่าง ๆ ผู้รับการอบรมสามารถรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของ โรคจิตเภทได้อย่างถูกต้อง มีความเข้าใจ สามารถให้การฟื้นฟูดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทได้

กิจกรรมที่ 5.2 เรื่อง การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา การดูแล การฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน และแหล่งสนับสนุนทางสังคม

ขนาดของกลุ่ม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 22 คน

ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 90 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภท
2. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา การดูแล การฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน และแหล่งสนับสนุนทางสังคม
3. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมให้เกิดความตระหนัก เกิดเจตคติที่ดีในการปฏิบัติเพื่อการดูแลทั้งส่งเสริม และป้องกัน โรคจิตเภท
4. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมเกิดแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

แนวคิด Health Belief Model: HBM แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา การดูแล ฟื้นฟูสมรรถภาพ และแหล่งสนับสนุน

สาระสำคัญ

โรคจิตเภท เป็นโรคเรื้อรังทางจิตเวช และมีการกลับเป็นซ้ำบ่อย การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา การดูแล การฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน และแหล่งสนับสนุนทางสังคมด้วยความเข้าใจ เกิดความตระหนัก และมีเจตคติที่ดี จะนำไปสู่การป้องกันโรคจิตเภท และมีแนวทางในการช่วยเหลือดูแลได้

สื่อ / อุปกรณ์

1. คลิปวิดีโอ “Hero man”
2. คลิปวิดีโอ “ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินบ้านนาสาร”
3. ใบกิจกรรมที่ 5.2
4. กระดาษโปสเตอร์ 2 แผ่นใหญ่
5. ปากกาปลายสี่เหลี่ยม

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. วิทยากรกล่าวทักทายผู้เข้ารับการอบรม ทบทวนการเรียนรู้จากกิจกรรมที่ผ่านมา สมาชิกได้เรียนรู้อะไรบ้าง มีความเข้าใจโรคจิตเภทมากน้อยแค่ไหน เกริ่นนำเข้าสู่กิจกรรมโดยการเชื่อมโยงจากกิจกรรมที่ 4 การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของโรคจิตเภท ซึ่งสามารถให้การสังเกต เผื่อระวัง ป้องกัน รักษา พี่นพ คุณแลได้ ซึ่งผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทสามารถรักษาได้

2. วิทยากรเปิดคลิปวิดีโอ “Hero man” โดยใช้เวลา 14 นาที จากนั้นให้สมาชิกได้ร่วมกันสะท้อนดังนี้

- ความรู้สึก ความคิดเห็นต่อผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท
- ท่านพบวิธีการใดบ้างที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทรายนี้ หายป่วยได้
- คุณค่าที่ท่านได้รับการชมคลิปวิดีโอ นี้

โดยแบ่งกลุ่ม 2 กลุ่ม เพื่อให้เข้ารับการอบรม ได้พูดคุยกันในกลุ่มย่อย จากนั้นให้ตัวแทนกลุ่มนำเสนอในกลุ่มใหญ่

3. ผู้นำกล่าวชื่นชมเข้ารับการอบรม ที่ได้ร่วมกันวิเคราะห์ และสะท้อนคุณค่าและประโยชน์ของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจากการชมสื่อคลิปวิดีโอ พร้อมกับสรุปเชื่อมโยงให้เห็นถึงการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา การดูแลต่อเนื่อง และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทไปสู่การมีงานทำ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเหล่านี้ สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัว ชุมชนได้เช่นคนปกติทั่วไป และหายป่วยได้หากได้รับการสนับสนุนที่ดีจากผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชน

4. วิทยากรเปิดคลิปวิดีโอ “ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินบ้านนาสาร” โดยใช้เวลา 6 นาที จากนั้นให้สมาชิกได้ร่วมกันสะท้อนดังนี้

- ความรู้สึก ความคิดเห็นต่อครอบครัวที่ประสบต่อเหตุการณ์
- มีแหล่งสนับสนุนทางสังคมจากใครบ้างที่เข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือในครั้งนี้
- คุณค่าที่ท่านได้รับการชมสื่อคลิปวิดีโอ นี้

โดยแบ่งกลุ่ม 2 กลุ่ม เพื่อให้เข้ารับการอบรม ได้พูดคุยกันในกลุ่มย่อย จากนั้นให้ตัวแทนกลุ่มนำเสนอในกลุ่มใหญ่

5. วิทยากรกล่าวชื่นชมเข้ารับการอบรม ที่ได้ร่วมกันวิเคราะห์ และสะท้อนให้เห็นถึงแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคมจากการชมสื่อวีดิทัศน์ พร้อมกับสรุปเชื่อมโยงให้เห็นถึง การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา การดูแลต่อเนื่อง และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทไปสู่การมีงานทำ และแหล่งสนับสนุนทางสังคม ความรู้และขั้นตอนในการปฏิบัติเพื่อนำส่งผู้ป่วยจิตเภทเข้าสู่การรักษาอย่างถูกต้อง และการนำกฎหมายสุขภาพจิตมาคุ้มครองให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล ตลอดถึงผู้ที่ให้

การช่วยเหลือ มีความปลอดภัย ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการเจ็บป่วย ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ หรืออยู่ในภาวะฉุกเฉิน เป็นอันตรายต่อตนเอง และบุคคลอื่น สามารถเข้าถึงบริการการรักษา และกลับมาอยู่ร่วมกับครอบครัว ชุมชนได้เช่นคนปกติทั่วไป และหายป่วยได้หากได้รับการสนับสนุนที่ดีจากผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชน

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรมมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและความสนใจในการซักถามปัญหาต่าง ๆ ผู้รับการอบรมสามารถรับรู้ประโยชน์ของการรักษา การดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพ และแหล่งสนับสนุนได้อย่างถูกต้อง มีความเข้าใจ สามารถให้การฟื้นฟูดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทได้

ตัวอย่างภาพ Infographic เข้าถึงการรักษา เข้าใจพ.ร.บ. สุขภาพจิต

ผู้ป่วยจิตเวชคือใคร

กลุ่มอาการของโรคที่ผิดปกติของความคิดและการรับรู้ที่ผิดไปจากความเป็นจริง พฤติกรรมหรือคำพูดแปลกๆ ไม่เหมาะสม มีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน "หลงผิด คิดแตกแยก พฤติกรรมแปลกๆ ประสาทหลอน นอนไม่หลับ อารมณ์ไม่นิ่ง ไม่สูงส่งกับใคร ไม่ใส่ใจดูแลตนเอง"

รู้ทัน เข้าใจ ป้องกันภัยความรุนแรง

STOP VIOLENCE

ผู้ป่วยจิตเวช

สัญญาณเตือนก่อนความรุนแรง
หวาดระแวง ประสาทหลอน นอนไม่หลับ กระสับกระส่าย หงุดหงิดง่าย ลุนเดียว เกี่ยวพกพาอาวุธ ประทูลร้ายคนอื่น ใช้สารเสพติด ไม่คิดกินยา

ใครช่วยได้บ้าง...คุณไม่ได้โดดเดี่ยวนะแจ้ง..
ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อบต. รพสต. ตำรวจ (191) กู้ชีพ กู้ภัย สายด่วน สพฉ. (การแพทย์ฉุกเฉิน 1669)

ความคู่ซี้ บัดดีคู่ใจ ทีมป้องกันภัยฉุกเฉิน

ร้องขอเยียวยาเมื่อได้รับผลกระทบ
โดนยิง โดนแทง โดนลูกหลง มาขอรับเงินได้ เสรีภาพ สำนักงานยุติธรรมจังหวัดทั่วประเทศ สถานีตำรวจทั่วประเทศ

เข้าถึงการรักษา เข้าใจ พรบ.สุขภาพจิต
ใช้ระบบส่งต่อฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช รักษาบำบัดฟื้นฟู

เมื่อพบบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต มีภาวะอันตรายและจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา

กิจกรรมที่ 5.3 เรื่อง การรับรู้อุปสรรค และการจัดการปัญหา

ขนาดของกลุ่ม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 22 คน

ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 90 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้เข้ารับการอบรม ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้อุปสรรค และการจัดการปัญหา
2. เพื่อให้เข้ารับการอบรม ให้เกิดความตระหนัก เกิดเจตคติที่ดีในการปฏิบัติเพื่อการดูแล ทั้งส่งเสริม และป้องกันโรคจิตเภท
3. เพื่อให้เข้ารับการอบรม เกิดแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

แนวคิด Health Belief Model: HBM แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้การรับรู้อุปสรรค และการจัดการปัญหา

สาระสำคัญ

โรคจิตเภท เป็นโรคเรื้อรังทางจิตเวช และมีการกลับเป็นซ้ำบ่อย การรับรู้อุปสรรค และการจัดการปัญหาด้วยความเข้าใจ เกิดความตระหนัก และมีเจตคติที่ดี จะนำไปสู่การป้องกันโรคจิตเภท และมีแนวทางในการช่วยเหลือดูแลได้

สื่อ / อุปกรณ์

1. ใบกิจกรรมที่ 5.3
2. กระดาษโปสเตอร์ 2 แผ่นใหญ่
3. ปากกาปลายสี่เหลี่ยม

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. วิทยากรสอบถามความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรม เกี่ยวกับการรับรู้ปัญหาอุปสรรคของผู้ป่วยโรคจิตเภท มีอุปสรรคอะไรบ้าง ร่วมแสดงความรู้สึก และความคิดเห็น
2. เปิดโอกาสให้ผู้เข้ารับการอบรม ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นในประเด็น ปัญหาอุปสรรคการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และร่วมวางแผนทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน โดยใช้ใบกิจกรรมที่ 6 และเตรียมตัวแทนแต่ละกลุ่ม นำเสนอในกลุ่มใหญ่ ผู้นำกลุ่มสรุปประเด็นสำคัญ

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและความสนใจในการซักถามปัญหาต่าง ๆ ผู้รับการอบรมสามารถรับรู้อุปสรรคต่าง ๆ ที่จะส่งผลต่อการฟื้นฟูดูแลผู้ป่วยจิตเภทและสามารถจัดการปัญหาต่าง ๆ ด้วยความเข้าใจ และให้การฟื้นฟูดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างถูกต้อง



ขั้นตอนที่ 3 ปฏิบัติการสู่เป้าหมาย



กิจกรรมที่ 6 ฟันฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท (ภาคทฤษฎี)

Session ภาคทฤษฎี

ขนาดของกลุ่ม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 22 คน

ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 180 นาที (วันจันทร์)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมเข้าใจหลักการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภท ประสพการณ์ชีวิตผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท เรียนรู้การฟื้นฟูทักษะชีวิต สังคม การงานอาชีพ
2. เพื่อให้เข้ารับการอบรมมีส่วนร่วมในการออกแบบกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภทตามบริบทของชุมชน
3. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมฝึกปฏิบัติทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วยจิตเภท

แนวคิด Community-Based Rehabilitation: CBR การใช้วงจร CBR ขั้นการดำเนิน การมีส่วนร่วม และการฟื้นฟูสมรรถภาพ

สาระสำคัญ

ผู้ป่วยโรคจิตเภท ถือเป็นผู้พิการทางจิต ที่มีความบกพร่องในด้านต่าง ๆ จำเป็นต้องมีการฟื้นฟูเพื่อการคืนสู่สภาวะ และการทำงาน ดังนั้น กระบวนการในการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคจิตเภท จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากคนในชุมชนในการออกแบบกิจกรรมที่เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและชุมชน ซึ่งอาจจะแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ 1) การฟื้นฟูทางร่างกาย จิตใจ โดยการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานยา และได้รับการเยียวยาจิตใจโดยการให้การยอมรับ และเข้าใจผู้ป่วยจากคนรอบข้าง 2) การฟื้นฟูทักษะพื้นฐานในการทำงานเพื่อเตรียมตัวสู่การทำงานบนวิถีเดิม การประกอบอาชีพ หรือการจ้างงาน

อุปกรณ์

1. คลิปวิดีโอคนพิการต้องมึงานทำ บริษัทพิเศษไม่จำกัด
"โอกาส" หัวใจเราเท่ากัน <https://youtu.be/TiQgdrcT4c>
<https://www.youtube.com/watch?v=bekpgpkgqX8&t=0s>
2. Power Point เรื่อง ทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ขั้นตอนการดำเนินงานกิจกรรม

1. วิทยากรถามผู้เข้ารับการอบรมเกี่ยวกับความเชื่อว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภท สามารถฟื้นฟูให้หายเป็นปกติและสามารถทำงานได้หรือไม่ และใครบ้างที่ยินดีและพร้อมจะรับผู้ป่วยเข้าทำงาน
2. วิทยากรสรุปความคิดเห็นของสมาชิก
3. วิทยากรเปิดคลิปวิดีโอการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภทและการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ฝึกอาชีพ
4. วิทยากรถามความรู้สึกและความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมภายหลังการดูคลิปวิดีโอ
5. วิทยากรให้ผู้เข้ารับการอบรมระดมสมองในการวางแผนกิจกรรมการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวช โดยชุมชนมีส่วนร่วม และวิเคราะห์โอกาสความเป็นไปได้ ปัจจัยสนับสนุนที่จะทำให้แผนกิจกรรมนั้นประสบความสำเร็จ
6. ลงมือปฏิบัติตามแผน โดยเริ่มจากการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่อาการทางจิตสงบและมีความพร้อมในการฟื้นฟูอาชีพเข้ารับการปฐมนิเทศและฝึกทักษะพื้นฐานต่าง ๆ โดยมี อสม. คอยเป็นที่ปรึกษาและให้คำปรึกษา ดังตัวอย่างต่อไปนี้

ทักษะ	วิธีการ	เป้าหมาย
1. การจัดยา รับประทานเอง	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้สอนอธิบายวิธีการจัดยา โดยการอ่านคำสั่งบนซองยา และหยิบยาตามจำนวน ลงในกล่องจัดยา 2. ผู้สอนบอกความสำคัญของการรับประทานยาตามเวลาที่แพทย์สั่ง 	ผู้ป่วยสามารถจัดยาเองและรับประทานยาครบตามชนิด ขนาด จำนวน และเวลาได้ถูกต้อง
2. การดูแลความ สะอาดร่างกาย การแปรงฟัน และ การแต่งกาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้สอนถามขั้นตอนในการอาบน้ำ และการแปรงฟันของผู้ป่วย จำนวนครั้ง เวลา 2. ผู้สอนอธิบายขั้นตอนการอาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกาย การแปรงฟันที่ถูกวิธี และให้ผู้ป่วยไปปฏิบัติจริง 3. ผู้สอนประเมินความสะอาดของร่างกาย และความสะอาดของปาก ฟัน และการแต่งกายที่เหมาะสม 	ผู้ป่วยสามารถดูแลความสะอาดของร่างกาย แปรงฟัน และแต่งกายได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

ทักษะ	วิธีการ	เป้าหมาย
3. ทักษะ การทำอาหาร รับประทานเอง	1. ผู้สอนสอบถามว่าผู้ป่วยทำอาหาร อะไรทานเองเป็นบ้าง และสาธิต วิธีการทำอาหารเมนูง่าย ๆ 2. ให้ผู้ป่วยลองฝึกทำอาหารด้วย ตนเอง โดยผู้สอนคอยให้คำแนะนำ อยู่ใกล้ ๆ	ผู้ป่วยสามารถทำอาหาร รับประทานเองได้ และสามารถทำ ความสะอาดภาชนะภายหลังการ ใช้ได้สะอาด เรียบร้อย
ทักษะการสื่อสาร	1. ผู้สอนยกตัวอย่างสถานการณ์ที่ ต้องกล่าวในโอกาสต่าง ๆ เช่น “สวัสดี” “ขอโทษ” “ขอบคุณ” 2. ผู้สอนทำแบบอย่างที่เหมาะสมใน แต่ละสถานการณ์	ผู้ป่วยสามารถกล่าวคำว่า “สวัสดี” “ขอบคุณ” “ขอโทษ” ใน แต่ละสถานการณ์ได้เหมาะสม
ทักษะการปฏิเสธ	1. ผู้สอนยกตัวอย่างสถานการณ์จริง เมื่อถูกเพื่อนชวนไปใช้สารเสพติด 2. ผู้สอนทำแบบอย่างคำพูดปฏิเสธ ที่เหมาะสม เช่น “ขอโทษ ผมเลิกใช้ ยาเสพติดแล้วเพราะหมอห้ามใช้ อย่างเด็ดขาด”	ผู้ป่วยสามารถใช้คำพูดปฏิเสธ ในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม
ทักษะพื้นฐาน ในการทำงาน	1. ผู้สอนให้คำแนะนำเรื่องการ ปฏิบัติตามกฎระเบียบในการทำงาน เช่น การมาทำงานตรงเวลา การกลับมาทำงานหลังเวลาพัก การปฏิบัติตามกฎระเบียบในการ ทำงาน การรายงานเมื่อมีเหตุ เหมาะสม การขออนุญาตต่าง ๆ 2. ผู้สอนให้คำแนะนำเรื่อง การรู้จัก ระมัดระวังการใช้เครื่องมือในการ ทำงานอย่างปลอดภัย การปรับปรุง การทำงานให้ดีขึ้น การมีความคิด	ผู้ป่วยสามารถทำทักษะพื้นฐาน ในการทำงานได้อย่างเหมาะสม

ทักษะ	วิธีการ	เป้าหมาย
	ริเริ่ม การมีน้ำใจช่วยเหลือเพื่อน ร่วมงาน การทำงานด้วยความอดทน ตั้งใจ เป็นต้น	
ทักษะงานต่าง ๆ ตามบริบทของ แต่ละชุมชน	- ทักษะการเกษตร - ทักษะช่างยนต์ - ทักษะช่างไฟฟ้า - ทักษะการเลี้ยงสัตว์ - ทักษะงานช่างอื่น ๆ ตามความ สนใจ	ผู้ปวยสามารถทำหน้าที่ ตามบทบาทที่รับผิดชอบ ได้อย่างเหมาะสม

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและความสนใจในการซักถามปัญหาต่าง ๆ ผู้รับการอบรมสามารถฝึกทักษะการฟื้นฟูดูแลผู้ปวยจิตเภท และนำผู้ปวย ครอบครัว ชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพได้

กิจกรรมที่ 6 ฟันฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท (ภาคปฏิบัติ)

Session ภาคปฏิบัติ

ขนาดของกลุ่ม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 22 คน

ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 180 นาที (วันอังคาร)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมได้ทดลองฝึกการทำกิจกรรมการฟื้นฟูทักษะทางสังคม และ การงานอาชีพ

2. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมได้ฝึกสร้างสัมพันธภาพ และ นำผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัว เข้าร่วมกิจกรรมการฟื้นฟูทักษะทางสังคม และการงานอาชีพ

3. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรม ได้ฝึกทักษะการทำงานร่วมกันกับผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัว

แนวคิด การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท, Community-Based Rehabilitation: CBR การใช้ วงจร CBR ขั้นการดำเนิน การมีส่วนร่วม และการฟื้นฟูสมรรถภาพ

สาระสำคัญ

ผู้ป่วยโรคจิตเภท ถือเป็นผู้พิการทางจิต ที่มีความบกพร่องในด้านต่าง ๆ จำเป็นต้องมีการ ฟื้นฟูเพื่อการคืนสู่สภาวะ และการทำงาน ดังนั้น กระบวนการในการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคจิตเภท จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากคนในชุมชนในการออกแบบกิจกรรมที่เหมาะสมและสอดคล้อง กับความต้องการของผู้ป่วยและชุมชน ซึ่งอาจจะแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ 1) การฟื้นฟูทาง ร่างกาย จิตใจ โดยการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานยา และได้รับการเยียวยาจิตใจโดยการให้การ ยอมรับ และเข้าใจผู้ป่วยจากคนรอบข้าง 2) การฟื้นฟูทักษะพื้นฐานในการทำงานเพื่อเตรียมตัวสู่ การทำงานบนวิถีเดิม การประกอบอาชีพ หรือการจ้างงาน

อุปกรณ์

1. หัวน้ำยาล้างจาน ถังน้ำ ไม้พาย น้ำเปล่า และขวดบรรจุภัณฑ์ น้ำยาล้างจาน
2. ตะกร้าสำหรับเพาะ เมล็ดต้นอ่อนทานตะวัน บัวรดน้ำขนาดเล็ก ดินสำหรับเพาะปลูก

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. วิทยากรกล่าวทักทายและทำกลุ่มสัมพันธ์ร่วมกันเพื่อผ่อนคลาย เปิดโอกาสให้ผู้เข้าอบรมได้แนะนำสมาชิกของตัวเองที่เชิญมาเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้
2. วิทยากรกล่าวเชื่อมโยงความสำคัญของการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท และการสนับสนุนที่ดีจากครอบครัว พร้อมความช่วยเหลือที่เข้าไปสนับสนุนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
3. วิทยากรได้แบ่งกลุ่มผู้เข้ารับการอบรม และสมาชิกที่เข้าร่วมเป็น 3 กลุ่ม
4. เริ่มกระบวนการฝึกกิจกรรมทำน้ำยาล้างจาน และการเพาะต้นอ่อนทานตะวัน
5. วิทยากรถามความรู้สึกและความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมภายหลังการจัดกิจกรรมเสร็จสิ้น
6. วิทยากรให้ผู้เข้ารับการอบรม และสมาชิกร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้สึกที่ได้รับจากการทำกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพร่วมกัน พร้อมสรุปคุณค่าที่ได้จากการทำกิจกรรมร่วมกัน และต่อยอดการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม และการทำงานที่บ้าน

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ และร่วมแสดงความคิดเห็น ผู้รับการอบรมสามารถฝึกทักษะการฝึกงานอาชีพแก่ผู้ป่วยจิตเภท และสามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วย ครอบครัว มีส่วนร่วมในกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพได้

กิจกรรมที่ 7 ฟันฟูปฏิบัติการเยี่ยมบ้าน (ภาคทฤษฎี)

Session ภาคทฤษฎี

ขนาดของกลุ่ม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 22 คน

ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 180 นาที (วันจันทร์)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมเข้าใจระบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภท และความสำคัญ
2. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีวิธีจัดการกับอารมณ์ ความเครียด และเตรียมความพร้อม

ก่อนการเยี่ยมบ้าน

แนวคิด Community-Based Rehabilitation: CBR การใช้งานจริง CBR ขั้นการดำเนิน การมีส่วนร่วม และการปฏิบัติการเยี่ยมบ้าน

สาระสำคัญ

การเยี่ยมบ้าน เป็นสิ่งจำเป็นในการดูแลต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยจิตเภทกลับไปอยู่บ้าน เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลง และติดตามการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ สนับสนุนให้กำลังใจในการรักษาอย่างต่อเนื่อง

อุปกรณ์

Power Point เรื่อง การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภท

การประเมินผล

ประเมินจากการสังเกตพฤติกรรมและการแสดงออกซึ่งความคิดเห็นความสนใจในกลุ่ม รวมถึงการซักถามปัญหาต่าง ๆ

ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 90 นาที

ขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรม

1. วิทยากรสอบถามประสบการณ์ผู้เข้ารับการอบรมในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทั้งทางกายและทางจิต
2. เปิดโอกาสให้ผู้เข้ารับการอบรมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภท ความกังวลใจ ตลอดจนปัญหาอุปสรรค
3. วิทยากรนำเสนอการเตรียมความพร้อมก่อนการเยี่ยมบ้าน โดยเฉพาะการเตรียมด้านจิตใจเพื่อลดความเครียด ความกังวลก่อนการเยี่ยมบ้านด้วยการฝึกทำสมาธิ
4. วิทยากร บรรยายเรื่อง การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวช
5. แนะนำเทคนิคการเยี่ยมบ้าน การสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ

6. แบ่งกลุ่ม 3 คน เพื่อฝึกปฏิบัติการเย็บบ้านโดยแสดงบทบาทสมมติ โดยก่อนเริ่มฝึกปฏิบัติให้ผู้เข้ารับการอบรมทำสมาธิก่อนเริ่มฝึก

7. เปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและนำเสนอผลจากการปฏิบัติ ปัญหาอุปสรรค

8. วิทยากรสรุปสาระสำคัญเกี่ยวกับการเย็บบ้าน และวางแผนร่วมกับผู้เข้ารับการอบรมในการทดลองลงมือปฏิบัติในการเย็บบ้านผู้ปวยจิตเภทจริง

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและความสนใจในการซักถามปัญหาต่าง ๆ ผู้รับการอบรมสามารถฝึกปฏิบัติการเย็บบ้าน ติดตามดูแลต่อเนื่องได้



บทบาทที่สำคัญในการเยี่ยมบ้าน

1. การประเมินปัจจัยที่ทำให้กลับมาเป็นซ้ำ และปัจจัยที่ส่งเสริมต่อผลลัพธ์ที่ดีของผู้ป่วยโรคจิตเภท
2. ให้ความรู้เรื่องโรค การดูแลจัดการที่ถูกต้อง จัดการและส่งเสริมปัจจัยด้านต่าง ๆ ที่มีผลต่อผลลัพธ์ของโรค
3. แนะนำและกระตุ้นการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย
4. ส่งเสริม สนับสนุนญาติให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้
5. ส่งเสริมทัศนคติที่ดีในชุมชน

หลักการประเมินในการดูแลเยี่ยมบ้าน

ใช้หลัก 6 ด้านในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่

1. ด้านอาการทางจิต
2. ด้านผลข้างเคียงของยา ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมกินยา และขาดการรักษา
3. ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว
4. ด้านการจัดการ บริหารยาด้วยตนเอง
5. ด้านปัจจัยอื่นที่ส่งผลกระทบต่ออาการกำเริบซ้ำ เช่น สถานเสพติด
6. ทักษะการใช้ชีวิตพื้นฐานของผู้ป่วย ทางด้านสังคม การดูแลตนเอง การทำงาน

หลักการเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง

ในระยะแรกควรมีการติดตามผลการรักษาบ่อยเท่าที่จะเป็นไปได้ จนกระทั่งเห็นว่าอาการระยะเฉียบพลันเริ่มทุเลา

เมื่อตอบสนองต่อการรักษาดี อาจนัดห่างออกไป ทุก 1 เดือน 3 เดือน พิจารณาจากอาการทางคลินิก ความพอเพียงของบุคลากร ระยะทางในการเดินทางมาติดตามผลการรักษาของผู้ป่วย ในการติดตามผลรักษาให้ประเมินอาการทางจิต ผลข้างเคียงจากยา และทัศนคติของผู้ป่วยที่มีต่อการติดตามผลการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ส่วนใหญ่จะใช้เวลาในการเยี่ยมจนกว่าผู้ป่วยไม่มีปัญหาทั้ง 6 ด้าน และปรับตัวได้ ใช้เวลาอย่างน้อย 18-24 เดือน จึงยุติการเยี่ยม

การบูรณาการการเยี่ยมบ้าน และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย

ปัญหาความยุ่งยากในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน พบว่า ผู้ป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพปกติได้ ไม่ทราบว่า จะให้ผู้ป่วยทำอะไรขณะอยู่ที่บ้าน ขาดความรู้เรื่องโรคของผู้ป่วย ไม่เข้าใจอารมณ์ความรู้สึก ตลอดถึงความต้องการ ดังนั้นการเยี่ยมบ้านจึงจำเป็นต้องบูรณาการการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทไปด้วยกัน เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ ได้อย่างเหมาะสมตามบริบท และวิถีเดิม

กิจกรรมที่ 7 ฟันฟูปฏิบัติการเยี่ยมบ้าน (ภาคปฏิบัติ)

Session ภาคปฏิบัติ

ขนาดของกลุ่ม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 22 คน

ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 180 นาที (วันพุธ)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมได้ทดลองฝึกปฏิบัติการ การเยี่ยมบ้าน โดยการลงเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัวที่บ้าน
2. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมได้นำเทคนิค ทักษะ และการประยุกต์ใช้ในการเยี่ยมบ้านในภาคสนามจริง
3. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมได้เรียนรู้วิธีการ เทคนิคจากพี่เลี้ยง และการฝึกปฏิบัติการเยี่ยมบ้านจริง

แนวคิด การเยี่ยมบ้าน (Home Visit) และ Community-Based Rehabilitation: CBR การใช้วงจร CBR ขั้นการดำเนิน การมีส่วนร่วม และการปฏิบัติการเยี่ยมบ้าน

สาระสำคัญ

การเยี่ยมบ้าน เป็นสิ่งจำเป็นในการดูแลต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยจิตเภทกลับไปอยู่บ้าน เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลง และติดตามการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ สนับสนุนให้กำลังใจในการรักษาอย่างต่อเนื่อง

อุปกรณ์

ขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรม

1. วิทยากรได้แบ่งทีมการเยี่ยมบ้าน เป็น 3 กลุ่ม และทำข้อตกลงการฝึกปฏิบัติการเยี่ยมบ้านร่วมกัน
2. วิทยากรแนะนำพี่เลี้ยงประจำกลุ่ม และส่งมอบการฝึกปฏิบัติการการเยี่ยมบ้านแก่พี่เลี้ยงประจำกลุ่ม
3. หลังจากลงฝึกปฏิบัติการเยี่ยมบ้านในพื้นที่ จำนวน 3 ครอบครัว กลับเข้าห้องประชุม เพื่อบอกเล่าประสบการณ์การเรียนรู้ อุปสรรคที่เกิดขึ้น และโอกาสการพัฒนาต่าง ๆ จากการปฏิบัติการเยี่ยมบ้าน
4. วิทยากรสรุปเชื่อมโยงการเรียนรู้ การฝึกปฏิบัติการการเยี่ยมบ้าน

การประเมินผล

ประเมินจากการสังเกตพฤติกรรมกรรมการฝึกปฏิบัติการเยี่ยมบ้าน และการแสดงออกซึ่งความคิดเห็น การใช้ทักษะต่าง ๆ

ขั้นตอนที่ 4 การติดตามผลต่อเนื่อง



กิจกรรมที่ 8 การรับรู้ความสามารถ รู้จักรักและดูแลสุขภาพตนเอง

ขนาดของกลุ่ม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 22 คน

ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 120 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมได้สำรวจตนเองเข้าใจและยอมรับตนเองตลอดจนพบแนวทางการพัฒนาตนเอง
2. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเองทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
3. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

แนวคิด Health Belief Model: HBM แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ความสามารถ การรู้จักรัก และดูแลตนเอง

สาระสำคัญ

คนเราแต่ละคนมีความแตกต่างกันทั้งรูปร่างหน้าตาความคิดความรู้สึกความต้องการและอื่น ๆ อีกมากมายพื้นฐานจากความแตกต่างของแต่ละคนส่งผลให้ความสามารถในการเรียนรู้ของแต่ละคนแตกต่างกันได้หน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทย่อมส่งผลกระทบต่อความคิดความรู้สึกและสุขภาพของผู้ดูแลอย่างดีเลียงไม่ได้จึงจำเป็นที่ผู้ดูแลต้องรู้จักและเข้าใจตนเองแล้วหันมาใส่ใจสุขภาพของตนเองด้วยเพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างเหมาะสม

สื่อ/ อุปกรณ์

1. ใบกิจกรรมที่ 8
2. ภาพใบหน้าคนแบบต่าง ๆ
3. ดินสอ ยางลบ
4. กาว

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. วิทยากรวางภาพคนแบบต่าง ๆ ไว้ตรงกลางกลุ่มแล้วแจกใบกิจกรรมที่ 8 พร้อมทั้งดินสอวางลบให้แก่ผู้เข้ารับการอบรม

2. ให้ผู้เข้ารับการอบรม เลือกรูปภาพของคนที่คุณคิดว่าสามารถแทนตัวเองได้นำมาติดไว้ในใบกิจกรรมที่ 7 พร้อมทั้งเขียนบรรยายเกี่ยวกับตัวเองตามคำถามในบัตรใบกิจกรรมที่แปด ซึ่งประกอบด้วยคำถามต่อไปนี้

- ฉันมีรูปร่างหน้าตาอย่างไร
- ฉันมีความสำคัญต่อใครบ้าง
- ฉันต้องการอะไรในชีวิต
- ฉันมีความสามารถด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทอย่างไรบ้าง
- ฉันมีข้อดีข้อเสียอะไรบ้าง
- ฉันอยากจะเปลี่ยนแปลงอะไรในตัวเองบ้างในการพัฒนาตนเองด้านการดูแล และ

ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ให้เวลาสมาชิก 30 นาที

3. เมื่อหมดเวลาวิทยากร ให้ผู้เข้ารับการอบรม แต่ละคนโชว์รูปของตนเองให้กลุ่มดูที่ละคน พร้อมทั้งให้พูดเกี่ยวกับตนเองตามคำถามในใบกิจกรรม

4. วิทยากรที่ให้สมาชิกกลุ่มเห็นว่าทุกคนเป็นเหมือนกระจกเงาที่สามารถสะท้อนลักษณะของแต่ละคนได้ ดังนั้นจึงเป็นโอกาสดีในวันนี้เพื่อน ๆ ที่ร่วมทำกิจกรรมมาจะเป็นกระจกให้เราซึ่งกันและกันจะช่วยให้เราได้รู้จักและเข้าใจตัวเองมากขึ้นโดยเฉพาะรู้จักหันมามองข้อดีของตนเอง จากนั้นให้สมาชิกในกลุ่มได้แสดงความคิดเห็นต่อสมาชิกที่กำลังพูดเกี่ยวกับตนเองผู้นำกลุ่มจะคอยกระตุ้นให้กลุ่มค้นหาข้อดีของสมาชิกออกมา

5. วิทยากรเปิดคลิปวิดีโอ <https://youtu.be/dO-lqMNOBfU> ครอบครัวยุโรปผู้ป่วยจิตเภทรักษาได้ด้วยความรัก โดยใช้เวลา 10 นาที จากนั้นให้สมาชิกได้ร่วมกันสะท้อนดังนี้

- ความรู้สึก ความคิดเห็นต่อครอบครัวที่ประสบต่อเหตุการณ์
- คุณค่าที่ท่านได้รับจากการชมสื่อคลิปวิดีโอนี้

6. วิทยากรเปิดคลิปวิดีโอ อสม.ในดวงใจ ดูแลสุขภาพจิตชุมชน <https://youtu.be/LfiXF2gltg8> โดยใช้เวลา 14 นาที จากนั้นให้สมาชิกได้ร่วมกันสะท้อน

- ความรู้สึก ความคิดเห็นต่อการทำงานของ อสม. จิตอาสา
- คุณค่าที่ท่านได้รับจากการชมสื่อคลิปวิดีโอนี้

วิทยากรกล่าวชื่นชมผู้เข้ารับการอบรม ที่ได้ร่วมกันสะท้อนความรู้สึก และคุณค่าจากการชมสื่อวีดิทัศน์ พร้อมกับสรุปเชื่อมโยงให้เห็นถึงพลังใจของผู้ดูแลที่จะเป็นพลังสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้สามารถฟื้นคืนหายจากโรคได้และขณะเดียวกันเส้นทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทย่อมมีอุปสรรคมากมาย ผู้ดูแลย่อมมีความท้อแท้ เหนื่อยล้า ดังนั้นการดูแลตนเองจึงเป็นเรื่องสำคัญด้วย

7. วิทยากรอธิบายถึงความสำคัญของการรู้จักตนเองต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและสนับสนุนสมาชิกหันมาสนใจที่จะดูแลตนเองให้แข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจเพื่อที่จะสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไปโดยควรให้ความสนใจใส่ใจในเรื่องต่าง ๆ ต่อไปนี้ อาหารการออกกำลังกายและการพักผ่อน ความเครียดและการจัดการกับความเครียด

8. วิทยากรเปิดประเด็นที่ละประเด็นโดยใช้คำถามนำดังนี้ 1) ในแต่ละวันท่านรับประทาน อาหาร อะไรบ้างอย่างไร 2) ท่านได้ออกกำลังกายบ้างหรือไม่อย่างไร 3) ท่านได้พักผ่อนบ้างหรือไม่อย่างไร 4) ตั้งแต่ให้การดูแลผู้ป่วยท่านรู้สึกเครียดหรือไม่และท่านจัดการกับความเครียดนั้นอย่างไรผลเป็นอย่างไรบ้างและให้ลองฝึกเทคนิคคลายเครียด

9. ให้ผู้เข้ารับการอบรมร่วมกันแสดงความคิดเห็นในการดูแลสุขภาพของตนเองตามประเด็นคำถามในข้อ 6 ตามประสบการณ์หรือการปฏิบัติจริงของแต่ละคน (ขออาสาสมัครในแต่ละหัวข้อเพื่อเป็น case study)

10. วิทยากรสรุปและให้ข้อมูลเพิ่มเติมในสิ่งที่ผู้เข้ารับการอบรมยังขาดหรือไม่เข้าใจย้ำให้สมาชิกเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพของตนเองอีกครั้งพร้อมทั้งให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจต่อสมาชิกที่ต้องดูแลทั้งสุขภาพของตนเองและผู้ป่วย

การประเมินผล

ประเมินจากการสังเกตพฤติกรรมและการแสดงออกซึ่งความคิดเห็น ความสนใจในกลุ่ม รวมถึงการซักถามปัญหาต่าง ๆ ผู้เข้ารับการอบรมเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติงานทั้งการส่งเสริมป้องกันและฟื้นฟูดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และเพื่อให้เกิดเจตคติที่ดีของการเป็นจิตอาสาทำงานเพื่อชุมชน

กิจกรรมที่ 9 ฟันฟูสิ่งที่ทำ รู้จำจากอุปสรรค (แลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ร่วมกัน)

ขนาดของกลุ่ม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 22 คน

ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 180 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการทำงานการฟันฟูฯ ที่ภาคภูมิใจ
2. เพื่อเรียนรู้การแก้ปัญหาจากอุปสรรค

แนวคิด Community-Based Rehabilitation: CBR การใช้วงจร CBR ขั้นการติดตามประเมินผล การมีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้

สาระสำคัญ

ประสบการณ์การทำงานถือเป็นการเรียนรู้จากการปฏิบัติ ซึ่งช่วยให้เห็นอุปสรรค และความภาคภูมิใจจากการทำงาน การได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์จะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน นำไปสู่การพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และเรียนรู้ในการจัดการกับอุปสรรคปัญหา และเสริมสร้างความภาคภูมิใจจากความสำเร็จและการได้ทำงาน

อุปกรณ์

- ใบกิจกรรมที่ 9 และ 9.1
- กระดาษโปสเตอร์ 2 แผ่นใหญ่
- ปากกาปลายสี่เหลี่ยม
- ชมคลิปพลังใจจากผู้ดูแลที่ฟันฟูอุปสรรค ตลอด 20 ปี

ขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรม

1. วิทยากรให้ผู้เข้าอบรมได้ฝึกจิตเมตตาตนเอง “แสงสว่างในตัวเรา เราคือแสงสว่าง” และสะท้อนความรู้สึกที่เกิดขึ้น ก่อนเริ่มกิจกรรมการเรียนรู้ (ตามใบกิจกรรมที่ 9)
2. วิทยากรเปิดโอกาสให้ผู้เข้ารับการอบรมได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการฟันฟูผู้ช่วยจิตเภทในทุกมิติทั้งประสบการณ์ที่สำเร็จ ประสบการณ์ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น โอกาสการพัฒนาคุณค่าที่ได้รับจากการปฏิบัติงานฟันฟู (ตามใบกิจกรรมที่ 9.1)
3. วิทยากรสะท้อนการเรียนรู้และเสริมประเด็นที่เป็นประโยชน์จากการประสบการณ์ที่สมาชิกนำมาเล่าให้กลุ่มฟัง
4. วิทยากรสรุปประเด็นความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค และแนวทางการพัฒนา
5. วิทยากรให้สมาชิกได้มีส่วนร่วมในการวางแผนพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพ

6. วิทยากรกล่าวสรุปการทำกิจกรรมทั้งหมดที่ผ่านมาในภาพรวมอีกครั้ง พร้อมทั้งให้คำชื่นชมและกำลังใจในการปฏิบัติงานเพื่อฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภท และนัดหมายเรื่องเวลาในการติดตามการดำเนินงานและช่องทางการติดต่อเพื่อขอคำปรึกษา

7. วิทยากรกล่าวปิดการอบรม

การประเมินผล

ประเมินจากการสังเกตพฤติกรรมและการแสดงออกซึ่งความคิดเห็นความสนใจในกลุ่ม รวมถึงการซักถามปัญหาต่าง ๆ ผู้เข้ารับการอบรมมีการยอมรับในปัญหาอุปสรรคในการทำงาน และเกิดเจตคติทางบวกในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท





ภาคผนวก ค

รายนามผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบเครื่องมือและโปรแกรมที่ใช้ในการวิจัย

รายนามผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบเครื่องมือและโปรแกรมที่ใช้ในการวิจัย

1. รองศาสตราจารย์ ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นริศรา พึ่งโพธิ์สม อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
3. รองศาสตราจารย์ ดร.วิภาวรรณ ชะอุ่ม เพ็ญสุขสันต์ คณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันท์ชัตต์สณฑ์ สกุลพงศ์ อาจารย์ประจำ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์
5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฐาศุภกร์ จันประเสริฐ อาจารย์ประจำ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์
6. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรัณย์ พิมพิทอง อาจารย์ประจำ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์
7. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิยดา สมบัติวัฒนา อาจารย์สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์
8. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชูชาติ วงศ์อนุชิต อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
9. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพย์สุดา สำเนียงเสนาะ อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
10. ดร. ก สิ้นศักดิ์ สุวรรณโชติ หัวหน้าศูนย์คุณภาพ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์
11. ดร.กชพงศ์ สารการ อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
12. นางมุสดี เลขะกุล นักสังคมสงเคราะห์เชี่ยวชาญ
ข้าราชการบำนาญ
13. นางสาววราภรณ์ ว่องอภิวัฒน์กุล นักสังคมสงเคราะห์เชี่ยวชาญ
ข้าราชการบำนาญ



ภาคผนวก ง
หนังสือเชิญผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิ

หนังสือเชิญผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือการวิจัย
และขออนุเคราะห์เก็บข้อมูลการวิจัย



ที่ อว 8718/1201

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
114 สุขุมวิท 23 แขวงคลองเตยเหนือ
เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110

8 มิถุนายน 2564

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย
เรียน อธิบดีกรมสุขภาพจิต

เนื่องด้วย นางสาวอุไรวรรณ เกิดสังข์ นิสิตระดับปริญญาเอก สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์
ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญาโท เรื่อง “การวิจัยและพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟู
สมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนเป็นฐานที่มีต่อพฤติกรรมการณ์มีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้าน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นริศรา พึ่งโพธิ์สภ
เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาโท

ในการนี้ นิสิตขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูล โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงการ เรื่อง “แบบแผนความ
เชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการณ์มีส่วนร่วมฟื้นฟูสมรรถภาพ และแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท
โดยชุมชน” กับ 1) นายแพทย์จุมภฏ พรหมสีดา รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต และ 2) นายแพทย์บุญชัย นวมงคลวัฒนา
นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ ที่ปรึกษากองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต เพื่อเป็นข้อมูลในการวิจัย และขอใช้สถานที่
หน่วยงานของท่าน ระหว่างเดือนมิถุนายน 2564 ถึงเดือนกรกฎาคม 2564 ทั้งนี้ นิสิตจะเป็นผู้ประสานงาน
ในรายละเอียดดังกล่าวต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาขอความอนุเคราะห์ และขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)
รักษาการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน
อธิการบดีมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
โทร. 0 2649 5064

ที่ อว 8718/637



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
114 สุขุมวิท 23 แขวงคลองเตยเหนือ
เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110

11 มีนาคม 2565

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เชิญบุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญ
เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

เนื่องด้วย นางอุไรวรรณ เกิดสังข์ นิสิตระดับปริญญาเอก สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญาโท เรื่อง “การวิจัยและพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้ชุมชนเป็นฐานที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นริศรา พึ่งโพธิ์สภ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาโท

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ ดร.วิภาวรรณ ชะอุม เพ็ญสุขสันต์ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจ 1) โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนเป็นฐาน สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ 2) แบบประเมินความสอดคล้อง (แบบวัด) ทั้งนี้ นิสิตได้ติดต่อประสานงานเบื้องต้นกับบุคลากรของท่านแล้ว และจะประสานงานในรายละเอียดดังกล่าวต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางอุไรวรรณ เกิดสังข์ และขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)
รักษาการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 0 2649 5064

หมายเหตุ : สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมกรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 089 474 1803



ที่ อว 8718/637

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
114 สุขุมวิท 23 แขวงคลองเตยเหนือ
เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110

11 มีนาคม 2565

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เชิญบุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญ
เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

เนื่องด้วย นางอุไรวรรณ เกิดสังข์ นิสิตระดับปริญญาเอก สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญาโท เรื่อง “การวิจัยและพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้ชุมชนเป็นฐานที่มีต่อพฤติกรรมกรรมมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นริศรา พึ่งโพธิ์สภ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาโท

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ ดร.กชพงศ์ สารการ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และแบบประเมินความสอดคล้อง (แบบวัด) ทั้งนี้ นิสิตได้ติดต่อประสานงานเบื้องต้นกับบุคลากรของท่านแล้ว และจะประสานงานในรายละเอียดดังกล่าวต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางอุไรวรรณ เกิดสังข์ และขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)

รักษาการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 0 2649 5064



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน งานบริหารและธุรการ บัณฑิตวิทยาลัย โทร. 15644
 ที่ อว 8718.1/638 วันที่ 11 มีนาคม 2565
 เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เชิญบุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญ
 เรียน ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์

เนื่องด้วย นางอุไรวรรณ เกิดสังข์ นิสิตระดับปริญญาเอก สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญาโท เรื่อง “การวิจัยและพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้ชุมชนเป็นฐานที่มีต่อพฤติกรรมกรรมมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นริศรา พึ่งโพธิ์สภ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาโท

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันท์ชัตสังข์ สกุลพงศ์ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฐาศุภร์ จันประเสริฐ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรัณย์ พิมพ์ทอง เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบประเมินความสอดคล้อง (แบบวัด) ทั้งนี้ นิสิตได้ติดต่อประสานงานเบื้องต้นกับบุคลากรของท่านแล้ว และจะประสานงานในรายละเอียดดังกล่าวต่อไป สามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ โทร. 089 474 1803

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางอุไรวรรณ เกิดสังข์ และขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)
 รักษาการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย



ที่ อว 8718/637



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
114 สุขุมวิท 23 แขวงคลองเตยเหนือ
เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110

11 มีนาคม 2565

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เชิญบุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญ
เรียน คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

เนื่องด้วย นางอุไรวรรณ เกิดสังข์ นิสิตระดับปริญญาเอก สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญาโท เรื่อง “การวิจัยและพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้ชุมชนเป็นฐานที่มีต่อพฤติกรรมการณ์มีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นริสรา พิงโพธิ์สภ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาโท

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพย์สุตา สำเนียงเสนาะ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจ 1) โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ 2) แบบประเมินความสอดคล้อง (แบบวัด) ทั้งนี้ นิสิตได้ติดต่อประสานงานเบื้องต้นกับบุคลากรของท่านแล้ว และจะประสานงานในรายละเอียดดังกล่าวต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอบความอนุเคราะห์บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางอุไรวรรณ เกิดสังข์ และขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)
รักษาการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 0 2649 5064

ที่ อว 8718/637



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
114 สุขุมวิท 23 แขวงคลองเตยเหนือ
เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110

11 มีนาคม 2565

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เชิญบุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญ
เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เนื่องด้วย นางอุไรวรรณ เกิดสังข์ นิสิตระดับปริญญาเอก สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญาโท เรื่อง “การวิจัยและพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้ชุมชนเป็นฐานที่มีต่อพฤติกรรมการณ์มีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นริศรา พึ่งโพธิ์สภ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาโท

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชูชาติ วงศ์อนุชิต เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจ

- 1) โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ
- 2) แบบประเมินความสอดคล้อง (แบบวัด) ทั้งนี้ นิสิตได้ติดต่อประสานงานเบื้องต้นกับบุคลากรของท่านแล้ว และจะประสานงานในรายละเอียดดังกล่าวต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางอุไรวรรณ เกิดสังข์ และขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)
รักษาการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
โทร. 0 2649 5064

ที่ อว 8718/1154



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
114 สุขุมวิท 23 แขวงคลองเตยเหนือ
เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110

5 พฤษภาคม 2565

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าเนียบ

เนื่องด้วย นางอุไรวรรณ เกิดสังข์ นิสิตระดับปริญญาเอก สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญาโท เรื่อง “การวิจัยและพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้ชุมชนเป็นฐานที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นริศรา พึ่งโพธิ์สภ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาโท

ในการนี้ นิสิตขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม เรื่อง การวิจัยและพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้ชุมชนเป็นฐานที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กับ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลบ้านท่าเนียบ เพื่อเป็นข้อมูลในการวิจัย และขอใช้สถานที่หน่วยงานของท่าน ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2565 ถึงเดือนมิถุนายน 2565 ทั้งนี้ นิสิตจะเป็นผู้ประสานงานในรายละเอียดดังกล่าวต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาขอความอนุเคราะห์ และขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)

รักษาการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 0 2649 5064

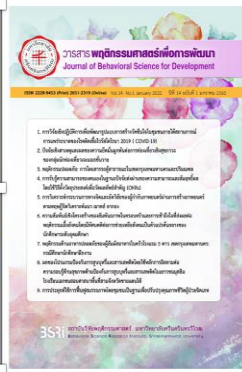
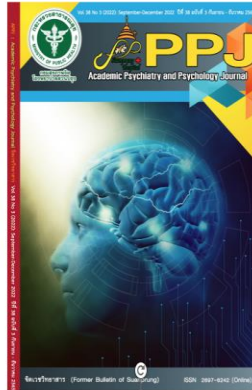
หมายเหตุ : สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมกรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 089 474 1803



ภาคผนวก จ
การเผยแพร่ผลงานวิจัย



สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ





Effectiveness of the Community-based Rehabilitation Program for Schizophrenia Patients on Health Beliefs and Participation Behavior Of Village Health Volunteers



Uraiwan Kersang *

Ungsinun Intarakamhang **

Narisara Peungposop***

Theerayut Kersang****

Objective: To study the effectiveness of a community-based rehabilitation program for schizophrenia patients on health beliefs and participation behavior of village health volunteers.

Materials and methods: This is quasi-experimental research; the samples were 10 village health volunteers from Tambon Ban Thamniap, Khiriratnikhom district, Suratthani province. Purposive sampling was used for participating in the program. The data instruments consisted of the demographic information questionnaire, the health belief model about schizophrenia questionnaire, and the participation behavior of schizophrenia rehabilitation questionnaire. Data were collected before and after the program between April and May 2022. Data were analyzed by percentage, mean, standard deviation, and paired t-test.

Results: After the program, the mean scores of the health belief model about schizophrenia, and the mean scores of participation behavior of schizophrenia rehabilitation of community health volunteers were significantly higher than before participating in the program with a statistical significance of .05

Conclusion: The community-based rehabilitation program for schizophrenia patients may influence the village health volunteers to have correct health beliefs towards schizophrenia and support their participation in the rehabilitation of schizophrenia patients.

Key words: Health, belief, Rehabilitation, Schizophrenia, Village health volunteer
Academic Psychiatry and Psychology Journal (APPJ) 2022:38(3):157-170.

Received : August 8, 2022

Revised : August 19, 2022

Accepted : September 16, 2022

HEALTH BELIEFS, PARTICIPATION BEHAVIOR AND COMMUNITY REHABILITATION GUIDELINES FOR SCHIZOPHRENIA PATIENTS*

*Uraiwan Kerdsang, M.A. **, Ungsinun Intarakamhang, Ph.D. ***,
Narisara Peungposop, Ph.D. ****, Theerayut Kerdsang, RN, M.N.S. ******

Abstract

Objective: To describe the health beliefs in schizophrenia, participation behavior in rehabilitation, and community rehabilitation guideline for schizophrenia patients.

Methods: This study was qualitative research. Purposive sampling was used to select 12 participants as key informants including schizophrenia patients, caregivers, village health volunteers, community leaders, health professionals, and experts. Data gathering was conducted by a semi-structured in-depth interview until saturation. Data were analyzed using content analysis.

Results: 1) Health beliefs in schizophrenia: The perceived risk aspects of schizophrenia were recurrence and relapse caused by untreated in an acute phase, medication non-adherence, substance abuse, relationship problems with caregivers, stigmatization, and disability from relapse. The perceived severity of schizophrenia was medication compliance, substance abuse, and stigma from their violent behavior. The perceived barriers to rehabilitation were lack of knowledge about schizophrenia, negative attitude toward the patients, and a lack of community participation. The perceived benefits of treatment were early referral, continuous medication, focus on caregivers, community participation, self-care rehabilitation, safety, and community peace. The perceived motivation was knowledge support from professionals, positive attitude toward the patients, family and community participation, support, and perceived ability from experience and positive aspects of caregiving. 2) Rehabilitation Participation Behavior. It found that family engagement will encourage communities and network parties to participate in community rehabilitation and manage the problem with local resources. 3) Community rehabilitation guidelines for schizophrenic patients. It found 3 key approaches: (1) returning health information to the community, (2) supporting knowledge and rehabilitation skills for schizophrenic patients using activities based on the original way regularly, and (3) integrating the collaboration of all local sectors.

Conclusion: Understanding the health beliefs in schizophrenia from direct experienced people is essential to develop community-based rehabilitation skills and enhance the quality of life of schizophrenic patients further.

Keywords: health beliefs, participation behavior, community rehabilitation, schizophrenia patients

* This study was a Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for Degree of Doctor of Philosophy, it was supported by a research grant from Behavioral Science Research Institute, Srinakharinwirot University

**Ph.D. Candidate, (Applied Behavioral Sc. Research), Behavioral Science Research Institute, Srinakharinwirot University

***Corresponding author: Associate Professor, Behavioral Science Research Institute, Srinakharinwirot University, e-mail: ungsinun@gmail.com

****Assistant Professor, Behavioral Science Research Institute, Srinakharinwirot University

*****Assistant Professor, Faculty of Nursing, Surathani Rajabhat University

Received: 9 December 2021, Revised: 1 June 2022, Accepted: 8 June 2022

Applying The Community-Based Rehabilitation (CBR) to Improve The Quality of Life in Schizophrenia Patients¹

Uraiwan Kerdsang²
Ungsinun Intarakamhang³
Narisara Peungposop⁴
Theerayut Kerdsang⁵

Received: March 2, 2021 Revised: May 26, 2021 Accepted: June 5, 2021

Abstract

Illness with schizophrenia, which is a chronic disease. It is a mental disability that requires continuous treatment and rehabilitation to reduce the disability, stigma, and to create a positive attitude from the people in the community to understand the patients and participate in the rehabilitation and care. Community-based rehabilitation is an important concept that can be used in the rehabilitation of schizophrenia patients. It consists of three integrations: 1) patients, 2) families, and 3) community. These are appropriately linked to each other in health, knowledge, occupation, and social services. The main objective of the CBR project is to improve the patients' quality of life and independent living. Applied community-based rehabilitation concepts to improve the quality of life of schizophrenic patients. It is a proactive strategy in which community participation based on CBR processes were: 1) situation analysis, 2) plan and design, 3) action and establishment, and 4) monitor and evaluation. The important success factors for CBR consisted of service mind, data return, community participation, knowledge development, leadership, community context, strategy/process, and activities continued. These will provide through improve quality of life, health, progress in remission of symptoms, living with others, feeling like a social part, responsibility, can work, and activity daily living normally. Therefore, CBR is an alternative service that is necessary for improving the quality of life of schizophrenia patients. So, professional providers should be understanding about CBR concept and how to apply it effectively.

Keywords: community-based rehabilitation, schizophrenia, quality of life



ประวัติผู้เขียน

