



รูปแบบการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเจาะไอร้องจังหวัดนราธิวาส โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในวิถีวัฒนธรรม

Schizophrenia Relapse Prevention Model Patients in Cho-I-Rong, Narathiwat Province with Multicultural Community Participation

ณัฐติกา ชูรัตน์^{1*}, มุสลินห์ โตปะเราะ¹, ประเสริฐ ไพบุญรุ่งโรจน์¹

ศุภัญญา เทพไชยะ¹, นีรสนีย์ อากาจิ¹

Nuttika Choorat^{1*}, Musalin Tohpaerah¹, Prasert Piboonrunroj¹

Sukanya Tepsoh¹, Nirusanee Akachi¹

(Received: June 1, 2020; Revised: July 9, 2020; Accepted: August 21, 2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษา รูปแบบการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เจาะไอร้องจังหวัดนราธิวาส โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในวิถีวัฒนธรรม กลุ่มตัวอย่างคือ ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีประวัติไม่กลับเป็นซ้ำและเจ้าหน้าที่ ภาควิชาที่ดูแลและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน รวมจำนวน 12 ราย ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) มีแนวคำถามถึงโครงสร้างจำนวน 12 ข้อ โดยมีค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 0.61

ผลการวิจัยรูปแบบการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทพบว่า 1) ให้ความรู้ที่ครอบคลุม 1.1 ส่งเสริมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ที่มึนุษย์สัมพันธ์ดีทักทายตามศาสนา ใช้ภาษาท้องถิ่น องค์กรความรู้ไปทางเดียว 1.2 การให้สุขภาพจิตศึกษาและใช้ศาสนบำบัด 1.3 ญาติดูแล สังเกตอาการผู้ป่วย ใช้ศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ 2) สร้างความตระหนักในการรักษาอย่างต่อเนื่อง 2.1 ส่งเสริมการรับยาใกล้บ้าน 2.2 นำหลักศาสนามาสอดแทรกเพื่อเปลี่ยนความเชื่อ ทศนคติ และการสร้างความตระหนัก 3) ลด ละ เลิกสารเสพติด 3.1 ส่งผู้ป่วยบำบัดตามสถานพยาบาล ค่ายบำบัดตามแนวทางศาสนา หรือมีผู้นำศาสนาอบรมในหมู่บ้าน 3.2 จัดการแบบรายกรณีตามแนวศาสนา 3.3 ญาติให้ข้อมูลแก่ทีมผู้ให้หมู่บ้าน อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและทหารในพื้นที่ เพื่อช่วยเหลือ นำส่งเพื่อบำบัด 4) การจัดการอารมณ์ให้

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

¹Faculty of Nursing, Princess of Naradhiwas University

*Corresponding Author: pi.nuy.ti.k@gmail.com



เป็น 4.1 สอนการจัดอารมณ์ให้เป็นแก่ผู้ป่วยและญาติ 4.2 ญาติสังเกตอาการ คอยเตือน ลดการกระตุ้น 4.3 ใช้แนวปฏิบัติทางศาสนาเข้ามาช่วยระงับอารมณ์โกรธ 4.4 ผู้ป่วยจิตเภทและญาติทุกรายเจอนักจิตวิทยา เพื่อประเมินสภาพจิต 5) ชุมชนร่วมดูแลอย่างกัลยาณมิตร 5.1 ญาติพาผู้ป่วยร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ทางศาสนาของชุมชน 5.2 ให้ผู้นำศาสนามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย 5.3 ให้ความรู้วันประชุมหมู่บ้านเรื่องชุมชนร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างกัลยาณมิตร 5.4 จัดตั้งกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช หาหน่วยงานมาคอยช่วยเหลือสนับสนุน 5.5 ส่งเสริมให้ภาคีเครือข่ายร่วมดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยตามบทบาทหน้าที่ 6) ไม่สร้างตราบาปให้กัน 6.1 สร้างจิตสำนึกที่ดีให้คนในชุมชนโดยยึดหลักศาสนา 6.2 เสริมสร้างกิจกรรมชีวิตฉันวันนี้ ยังมีค่า

คำสำคัญ: การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ, ผู้ป่วยจิตเภท , พหุวัฒนธรรม, การวิจัยเชิงคุณภาพ

Abstract

The objective was to study the model to prevent a relapse in Schizophrenic of patients in Cho-I-Rong, Narathiwat province with multicultural community participation. The samples of the study were 12 Schizophrenia patients' relatives or cousins whom did not have the relapse record and some officials from network partners who took care of Schizophrenic patients in the community. This study was a qualitative research using focus group discussion method with 12 semi-structured questions. The 12 questions received Item-Objective Congruence (IOC) at 0.61.

The results of the research revealed that Schizophrenia relapse prevention process were found as follows: 1) providing knowledge 1.1 promote patient home visits; the officers having good relationship and interaction with patients 1.2 provide psychoeducation and the use of religious therapy 1.3 relatives or cousins taking action in observing and taking care of patients by using religious practices as a guideline in caring process, 2) raising awareness for continuing treatment 2.1 promote the way of picking up medicine near home 2.2 use religious principles to help in transforming beliefs, attitudes, and in raising awareness, 3) reducing and stopping using addictive substances 3.1 transfer patients to receive treatment at the hospital, provide therapy camp based on religious guidelines or having religious leaders training in the village 3.2 focus on individual case study and religious practices 3.3 provide information of patients' relatives to village leader team, village health volunteers, officials from health department and soldiers in the area, 4) emotional management 4.1 provide training to patients and their relatives on emotional management 4.2 relatives observing



patients' symptoms and trying to reduce stimulation 4.3 use religious practices to calm down 4.4 psychiatric patients and their relatives meeting with psychologists to do mental status examination, 5) the community participation 5.1 the relatives bring patients to participate in religious activities in the community 5.2 religious leaders participate in the care process 5.5 encourage network partners to participate in the care process without discrimination and 6) do not create a stigma for each other 6.1 build up good consciousness for people in the community, based on religious principles 6.2 strengthen 'life still has hope' activities.

Keywords: Relapse prevention, Schizophrenia patients, Multiculture, Qualitative research

บทนำ

จิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขของทั่วโลก โดยอัตราความชุกของโรคจิตเภท พบร้อยละ 1-1.5 ของประชากรโลก ซึ่งในประเทศไทยพบผู้ป่วยจิตเภทมากเป็นอันดับ 1 คิดเป็นร้อยละ 27 ของโรคทางจิตเวชทั้งหมด และยังพบว่าเมื่ออัตราการกลับเป็นซ้ำมากกว่าผู้ป่วยโรคทางจิตเวชอื่นๆ (Dumrak, Wangthong, & Wangthon, 2016) ปัจจุบันสถานการณ์การกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ การกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหาสำคัญทำให้เกิดความผิดปกติของสมองและเกิดอาการทางจิตรุนแรงขึ้นได้ง่าย ส่งผลกระทบต่อการรักษา ต่อการฟื้นฟูหาย ก่อให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงและการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยได้ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว และการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาที่นับเป็นมูลค่ามหาศาลในแต่ละปีของประเทศ (Sathiyuthakarn, 2016) อำเภोजะเอย์ จังหวัดนราธิวาส เป็นอำเภอที่มีผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้นทุกปี ข้อมูลจากฐานข้อมูล HDC ณ เดือนมีนาคม 2563 พบว่า ปีพ.ศ. 2559, 2560, 2561, 2562 มีผู้ป่วยจิตเภท 150, 190, 256 และ 282 ราย ตามลำดับ และจากข้อมูลงานสุขภาพจิตโรงพยาบาลปี พ.ศ. 2557 มีผู้ป่วยจิตเภทกลับเป็นซ้ำทั้งอำเภอ 10 ราย มี 5 ราย (ร้อยละ 50) อยู่ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้าน ปะเหล้ง และในปี พ.ศ. 2560 – 2562 มีผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำทั้งอำเภอ 10 ราย (อิสลาม 9 รายและพุทธ 1 ราย) โดยส่งต่อ 4 ราย ซึ่งจำนวน 10 ราย ที่กลับเป็นซ้ำมีความแตกต่าง เรื่องการนับถือศาสนา ความเชื่อ การรับรู้เกี่ยวกับโรค การสื่อสารในเชิงลบภายในครอบครัว ขาดการรับยา และคิดสารเสพติด

จากข้อมูลข้างต้นในปี พ.ศ. 2557 ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปะเหล้ง ได้ทำการวิเคราะห์หาสาเหตุและแนวทางป้องกันการกลับเป็นซ้ำในชุมชน โดยให้ภาคีมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์หาสาเหตุและแนวทางป้องกัน ตลอดจนมีส่วนร่วมในกิจกรรม



ต่างๆ ตามบทบาทหน้าที่ และได้จัดทำงานวิจัยเพื่อ ศึกษาสาเหตุและแนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปี่เหล่งที่ประสบเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ขึ้น (Choorat, 2016) และจากงานวิจัยดังกล่าว มีแนวทางทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ดังนี้ 1) ให้ความรู้ที่ครอบคลุม ได้แก่ สาเหตุ อาการ วิธีการรักษา ยาและผลข้างเคียง การสังเกตอาการกำเริบ สถานพยาบาลที่รักษา และควรให้ข้อมูลเป็นรายกรณี 2) สร้างความตระหนักในการรักษาอย่างต่อเนื่อง 3) ลด ละ เลิกสารเสพติด 4) จัดการอารมณ์ให้เป็น 5) ชุมชนร่วมดูแลอย่างถ้อยเทอดมิตร และ 6) ไม่สร้างตราบาปให้กัน (Choorat, 2016) และผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปี่เหล่งได้นำแนวทางทั้ง 6 ข้อ มาใช้เป็นแนวทางในเลือกปฏิบัติกิจกรรมร่วมกับภาคีเครือข่าย โดยกิจกรรมที่ได้ประกอบด้วย 15 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 คือ อบรมให้ความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุข เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุมชนในบทบาท อสม. โดยพยาบาลจิตเวช กิจกรรมที่ 2 คือ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทแก่ชุมชน โดยพยาบาลจิตเวช กิจกรรมที่ 3 คือ กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทในเจ้าหน้าที่ โดยพยาบาลจิตเวช คือ การสังเกตอาการกำเริบ การปฏิบัติตัว การรักษา และสถานที่รักษาผู้ป่วยจิตเภทในภาคใต้ กิจกรรมที่ 4 ให้สุขภาพจิตศึกษารายกลุ่มแก่ผู้ป่วย/ญาติ โดยพยาบาลจิตเวชและนักจิตวิทยา เรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การสังเกตอาการกำเริบ การปฏิบัติตัว การรักษา และสถานที่รักษาผู้ป่วยจิตเภทในภาคใต้ กิจกรรมที่ 5 ให้สุขภาพจิตศึกษารายกลุ่มแก่ผู้ป่วยหรือญาติ เรื่องยาผู้ป่วยจิตเภท โดยเภสัชกร กิจกรรมที่ 6 คือ กิจกรรมบุคคลต้นแบบและการเสริมพลังอำนาจ และกิจกรรมอย่าลืมฉัน โดยพยาบาลจิตเวช กิจกรรมที่ 7 คือ อบรมทักษะการรับประทานยาด้วยตนเอง โดยพยาบาลจิตเวช กิจกรรมที่ 8 คือ ส่งต่อผู้ป่วยจิตเภทรับยาในวัน pcu ซึ่งมีแพทย์ออกตรวจรักษาและติดตามรับยาต่อเนื่อง โดยพยาบาลจิตเวช กิจกรรมที่ 9 คือการจัดการรายกรณี โดยพยาบาลจิตเวช ญาติ และมีเภสัชกรคลินิกบำบัด เกษตรตำบลและนักพัฒนาชุมชนตำบลเข้ามามีส่วนร่วม คือ 1) ด้านพฤติกรรมดื่มสุรา/ติดยาเสพติด 2) การจัดการด้านอารมณ์โกรธ ความเครียดและ การจัดการความเครียด ครอบครัวบำบัด 3) ปัญหาข้างเคียงจากยา 4) ด้านอาชีพ กิจกรรมที่ 10 คือ เยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทและบันทึกในสมุดเยี่ยมประจำตัว อสม. โดยพยาบาลจิตเวช และอสม. กิจกรรมที่ 11 คือ เยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทโดยภาคีเครือข่ายและแจกของเยี่ยม โดยทีมสาธารณสุข อบต. และทีมอำเภอ กิจกรรมที่ 12 คือ ประเมินความพึงพอใจ จากแบบสอบถามที่สร้างขึ้น จำนวน 4 ข้อ โดยพยาบาลจิตเวช กิจกรรมที่ 13 คือดูแลให้เบี่ยงชีฟแก่ผู้สูงอายุทางจิตที่ได้รับการขึ้นทะเบียน โดยพยาบาลจิตเวชประสาน อบต. กิจกรรมที่ 14 คือ ทีมภาคีเครือข่ายจัดงานในชุมชน โดยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ควบคุมอาการได้เข้าร่วมกิจกรรม โดยพยาบาลจิตเภทร่วมกับภาคีเครือข่าย กิจกรรมที่ 15 คือ ชีวิตฉันวันนี้ยังมีค่า จากกิจกรรมดังกล่าวได้จัดทำเป็น Best Practice ซึ่งทุกกิจกรรมนำมาปฏิบัติกับ



ผู้ป่วยในพื้นที่จำนวน 10 ราย ติดต่อกันระยะเวลา 5 ปี (พ.ศ. 2557-2562) แต่ยังพบว่า มีผู้ป่วยจิตเภทกลับเป็นซ้ำ 2 ราย (พุทธ 1 ราย อิสลาม 1 ราย) จากสาเหตุ รายที่ 1 คือ ความเชื่อด้านศาสนาและการขาดนัดรับยาต่อเนื่อง เพราะชอบไปหาของในป่า จากสาเหตุรายที่ 2 คือ การสื่อสารในเชิงลบภายในครอบครัว

จากข้อมูลปี 2562 สาเหตุกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย 2 ราย ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปี่เหลียง และจำนวน 10 ราย ที่กลับเป็นซ้ำทั้งอำเภอ มีสาเหตุที่เหมือนกัน คือ ความเชื่อด้านศาสนา และการนับถือศาสนา ซึ่งจากบริบทของอำเภอเจาะไอร้องเป็นอำเภอหนึ่งที่มีทั้งชาวไทยพุทธและชาวไทยมุสลิมอยู่ร่วมกันเป็นสังคมพหุวัฒนธรรม ดำเนินวิถีชีวิตร่วมกัน ช่วยเหลือเกื้อกูล มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้วัฒนธรรมอย่างกลมกลืน ไทยพุทธร่วมประเพณีต่าง ๆ ของไทยมุสลิม เช่น กวนอาซูรอ ประเพณีงานแต่ง ฟีน้องไทยมุสลิมร่วมประเพณีของไทยพุทธ เช่น พัฒนาหมู่บ้าน พัฒนาวัดในพื้นที่ ทั้งสองศาสนามีความเคารพและยอมรับซึ่งความแตกต่างทางวัฒนธรรม ดังนั้นการศึกษาเรียนรู้พหุวัฒนธรรมจะเป็นหนทางหนึ่งที่จะช่วยนำไปสู่ความเป็นสังคมที่มีความสมบูรณ์ (Phanyasuwanthakharo, 2017) และหาแนวทางร่วมกันอย่างยั่งยืน

การเรียนรู้พหุวัฒนธรรมในชุมชนอำเภอเจาะไอร้องจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้การทำงานจิตเวชชุมชนมีประสิทธิภาพและยั่งยืน คือ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เช่น ญาติผู้ป่วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. อบต. อำเภอ ทีมทหาร ผู้นำชุมชน และผู้นำศาสนา ในการร่วมแก้ไขปัญหา หาแนวทางและดำเนินการร่วมกัน ดังนั้นเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จึงต้องมีการปรับปรุงและพัฒนารูปแบบใหม่ขึ้น โดยอาศัยความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายและการเรียนรู้พหุวัฒนธรรมควบคู่กัน

วัตถุประสงค์

รูปแบบการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอำเภอเจาะไอร้องจังหวัดนราธิวาส โดย การมีส่วนร่วมของชุมชนในวิถีพหุวัฒนธรรมเป็นอย่างไร

วิธีการวิจัย

การศึกษากครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยวิธีสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ซึ่งมีระเบียบและวิธีวิจัย ดังนี้



1. กลุ่มผู้ให้ข้อมูล

โดยการเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 12 คน โดยมีคุณสมบัติ ดังนี้โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 คือ ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีประวัติไม่กลับเป็นซ้ำจำนวน 5 คน (พุทธ 3 คน อิสลาม 2 คน) และกลุ่มที่ 2 คือ เจ้าหน้าที่ ภาควิชาที่ดูแลและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจำนวน 7 คน คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1 คน นักจิตวิทยา 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 2 คน ผู้นำชุมชน 1 คน นักพัฒนาชุมชน 1 คน และทหาร 1 คน ในชุมชนเจาะไอร้อง จังหวัดนราธิวาส (พุทธ 3 คน อิสลาม 4 คน)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ด้วยวิธีสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เพื่อหารูปแบบการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเจาะไอร้องจังหวัดนราธิวาส โดย การมีส่วนร่วมของชุมชนในวิถีพัฒนาธรรมว่าเป็นอย่างไร โดยนำแนวทางเดิมในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชชุมชน (Choorat, 2016) ที่มี 6 ข้อ และ 15 กิจกรรม มาสร้างเป็นคำถามแบบกึ่ง โครงสร้างจำนวน 1 ชุด มีทั้งหมด 12 ข้อซึ่งตัวอย่างคำถาม เช่น

“การให้ความรู้ที่ครอบคลุม ได้แก่ สาเหตุ อาการ วิธีการรักษา ยาและผลข้างเคียง การสังเกต อาการกำเริบ สถานพยาบาลที่รักษา และควรให้ข้อมูลเป็นรายกรณี” ในวิถีมุสลิมเป็นอย่างไร

“การให้ความรู้ที่ครอบคลุม ได้แก่ สาเหตุ อาการ วิธีการรักษา ยาและผลข้างเคียง การสังเกต อาการกำเริบ สถานพยาบาลที่รักษา และควรให้ข้อมูลเป็นรายกรณี” ในวิถีพุทธเป็นอย่างไร

ผู้วิจัยได้ส่งข้อคำถามไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งเป็นนักจิตวิทยา 1 ท่าน พยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 1 ท่าน พยาบาล วิชาชีพชำนาญการพิเศษปฏิบัติงานโรงพยาบาลจิตเวช 1 ท่าน ซึ่งความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาหาค่าดัชนี ความสอดคล้องกันระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับจุดประสงค์ (IOC) เท่ากับ 0.67 จากนั้นนำ ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงก่อนนำไปเก็บข้อมูลจริง

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังโครงการผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยได้ประสานงานกับ พยาบาล จิตเวชอำเภอเจาะไอร้อง เพื่อวางแผนในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามคุณสมบัติที่กำหนด และนัดหมายกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ในการเข้าร่วมการวิจัยตามเวลาที่กลุ่ม ตัวอย่างสะดวก โดยใช้ศาลาเอนกประสงค์ในโรงเรียนแห่งหนึ่งในอำเภอเจาะไอร้อง ใช้เวลาในการ สนทนากลุ่ม กลุ่มละ 60 นาที โดยวางแผนนัดหมายจนกว่าจะได้ข้อมูลอิ่มตัว บันทึกข้อมูลโดยใช้ เทปบันทึกเสียง บันทึกในกระดาษฟลิปชาร์ตและทีมผู้วิจัยร่วมสังเกตการณ์ตลอดการสนทนา



4. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนราธิวาส รหัสโครงการวิจัย 3/2563 เมื่อวันที่ 27/4/63 และได้รับการอนุญาตจากกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มโดยทีมวิจัย แนะนำตนเอง ชี้แจงรายละเอียดการวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล รวมทั้งการรักษาความลับก่อนเก็บข้อมูล เมื่อกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอมและลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยสัมภาษณ์ด้วยการสนทนากลุ่มพร้อมทั้งบันทึกเสียง กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวหรือขอเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ ซึ่งจากการเก็บข้อมูลการวิจัย นี้ไม่พบปัญหาใด ๆ

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ซึ่งมีผู้ร่วมสนทนาเป็นกลุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 12 คน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเจาะไอร้อง วิถีพหุวัฒนธรรมในชุมชนจังหวัดนราธิวาส

1. นำข้อมูลที่ได้ถอดเทปและการบันทึกภาคสนามมาอ่านหลายๆ ครั้ง เพื่อให้เกิดความเข้าใจภาพรวมที่ได้

2. นำข้อมูลกลับมาอ่านอีกครั้งโดยละเอียดทุกบรรทัด จึงตีความพร้อมดึงข้อความหรือประโยคที่สำคัญเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเจาะไอร้องวิถีพหุวัฒนธรรมในชุมชนจังหวัดนราธิวาส

3. นำข้อความหรือประโยคที่มีความหมายเหมือนกันหรือใกล้เคียงกันมาไว้ในกลุ่มเดียวกัน โดยมีรหัสข้อมูลกำกับทุกข้อความหรือทุกประโยคแล้วตั้งชื่อคำสำคัญ ซึ่งจะจัดเป็นทั้งกลุ่มใหญ่และกลุ่มย่อยที่อยู่ภายใต้ความหมายของกลุ่มใหญ่ (การสร้างหัวข้อสรุป และกลุ่มหัวข้อสรุปแนวคิดในตัวข้อมูล)

4. ใช้การเขียนบรรยายสิ่งที่ค้นพบอย่างละเอียดและชัดเจน โดยจะไม่มีการนำทฤษฎีควบคุมปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นพร้อมทั้งยกตัวอย่างคำพูดประกอบ คำหลักสำคัญที่ได้ ตรวจสอบข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้า โดยวิธีการสัมภาษณ์ต่างเวลา สถานที่และบุคคล ตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลทั้งในระหว่างเก็บรวบรวมข้อมูลและเมื่อสิ้นสุดเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งในการศึกษาประเด็นเดียวกันใช้การสัมภาษณ์บุคคลที่หลากหลายกลุ่ม

ผลการวิจัย

จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เพื่อหารูปแบบการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเจาะไอร้องจังหวัดนราธิวาสโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในวิถีพหุวัฒนธรรมว่าเป็นอย่างไรร โดยนำแนวทางเดิมในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชชุมชน (Choorat, 2016)



ที่มี 6 ข้อ และ 15 กิจกรรม มาสร้างเป็นคำถามแบบกึ่งโครงสร้างจำนวน 1 ชุด มีทั้งหมด 12 ข้อ ซึ่งผลการสนทนากลุ่มเพื่อหารูปแบบการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเจาะไอร้อง จังหวัดนราธิวาสโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในวิถีพุทธวัฒนธรรม มีดังนี้

1) ให้ความรู้ที่ครอบคลุม ได้แก่ สาเหตุ อาการ วิธีการรักษา ยาและผลข้างเคียง การสังเกต อาการกำเริบ สถานพยาบาลที่รักษา

รูปแบบควรเป็นดังนี้ คือ 1) ส่งเสริมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ที่มนุษยสัมพันธ์ดีที่ทักทายตามศาสนา ใช้ภาษาท้องถิ่น องค์ความรู้ไปทางเดียว 2) การให้สุขภาพจิตศึกษาและใช้ศาสนบำบัด 3) ญาติดูแล สังเกตอาการผู้ป่วย ใช้ศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ

“ให้เจ้าหน้าที่พุดจาดีๆคำสุภาพ กล่าวสวัสดี ทักทายแบบวิถีมุสลิม และใช้ภาษาท้องถิ่นในการพูดคุย” P1-2 “ให้เจ้าหน้าที่เยี่ยมบ้าน มุสลิมเวลาเยี่ยมผู้ป่วยได้บุญ เขาจึงส่งเสริมให้เยี่ยมผู้ป่วย” P2 “ให้เจ้าหน้าที่ พุดจาดี ๆ ไม่พุดหยาบ อย่าไปแบบจู้โจม เป็นแบบเหมือนเพื่อนไปสอบถาม พุดคุยเรื่อยเปื่อยถามสารทุกข์สุกดิบก่อน อย่าเพิ่งไปเจาะลึก ชวนคุยเหมือนห่วงใย ต้องมีความรู้ว่ามีผู้ป่วยชอบอะไร ถนัดเรื่องอะไร เพื่อจะได้เข้าใจและคุยกับผู้ป่วยได้ สนทนากับเขารับฟังเขา ให้มาคุยที่บ้าน อย่าไปคุยที่อนามัยนานๆ คนไข้ ไม่ชอบ” P4-5 “เจ้าหน้าที่ที่มาเยี่ยมแต่ละคนต้องอบรมมาก่อน เพื่อจะได้มีความรู้ไปในทางเดียวกัน เวลามาพุดกับผู้ป่วย อย่าเอาวิชาการมาพุด ใช้คำพูดง่าย ๆ” P3

“ควรเป็นรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา และการใช้ศาสนบำบัด โดยการให้ความรู้ควรสอดแทรกศาสนาไปด้วย เพราะเชื่อว่าทุกอย่างพระเจ้ากำหนดมา การเจ็บป่วยอะไรก็แล้วแต่ขอพรอย่างเดียวไม่ได้ ต้องกินยาควบคู่กับการขอพร คูอาร์ พระเจ้าให้หายก็หาย พระเจ้าไม่ให้หายก็ไม่หาย” P6-8, “อยากให้พวกเขาขอพร ขอคูอาร์ ทำบุญให้มากๆทำทานเยอะๆ นึกถึงพระเจ้า นึกถึงศาสนา” P9, “อยากให้ญาติ คอยช่วยดูแลเขา เพราะเป็นภาระเป็นชะตาชีวิตที่พระเจ้ามอบหมายให้ดูแล มันคือบททดสอบอย่าละเลยทุกเรื่องทั้งหมดบอก และเน้นความสะอาดเรื่องความเป็นอยู่ด้วย” P7

“คนทุกคนมีเวรมีกรรมของตนเอง แต่ทุกคนในครอบครัวต้องรักกัน ดูแลช่วยเหลือกันและกัน” P10, “คนในบ้าน ญาติ ต้องคอยสังเกตอาการบ้าง เพราะเวลา จะกำเริบมีอาการมาก่อน บางคนซึม บางคนพูดมาก บางคนไววาย ก็ต้องมีความรู้ เพราะจะได้คอยดูแล คอยเตือน” P11-12

2) สร้างความตระหนักในการรักษาอย่างต่อเนื่อง

รูปแบบควรเป็นดังนี้ คือ 1) ญาติ คนใกล้ชิด คอยดูแลสอบถามเรื่องการกินยา 2) ส่งเสริมการรับยาใกล้บ้าน 3) นำหลักศาสนามาสอดแทรกเพื่อเปลี่ยนความเชื่อ ทศนคติ และการสร้างตระหนักในการรักษา



“ญาติ คนใกล้ชิด คอยดูแลถามไถ่ว่ายาหมดแล้วยัง ยาหมด หมอนัดเมื่อไหร่ ถ้ายังดีคือรับยาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน ญาติเหนื่อยหน่อย” P10

“ผู้ป่วยและญาติต้องมีความเชื่อ ทศนคติที่ดี ความตระหนัก และเห็นประโยชน์ของการกินยา โดยการจัดการรายกรณี เพื่อหาสาเหตุให้ผู้ป่วยและญาติร่วมคิด บอกถึงเหตุและผลที่ตามมา” P11-12

“ความรู้เกี่ยวกับศาสนา ควบคู่กับการกินยา เขาจะได้ไม่โต้แย้ง” P1-2 “พระเจ้าให้โรคเรามา เราก็ต้องหาการรักษา ไม่ใช่ปล่อยเลยตามเลย พระเจ้าจะไม่ให้ในสิ่งที่เราอดทนไม่ได้” P1

“ว่ากันไปตามหลักวิทยาศาสตร์เลย บอกให้ผู้ป่วยและญาติรู้ถึงข้อดีของยาที่มีต่อพวกเขา” P4, “ให้หมอเห็นใจคนไข้ มีความเมตตา ให้เขารับยาใกล้ ๆ บ้าน หรือเอายามาให้ อสม. จัดอาสาติดตามการกินยาโดยเยี่ยมบ้าน ปกติก็มาอยู่แล้วในละแวกนั้น ให้มาแวะถามอาทิพย์ละครึ่งก็ยังดี” P5

“เอาหลักศาสนามาเปลี่ยนความเชื่อ ทศนคติในการทานยา การสร้างตระหนักในการรักษา” P7-8 เจ้าหน้าที่ทีมสหวิชาชีพ ต้องติดตามดูแลการกินยาอย่างต่อเนื่อง อย่าหายไปเลย จะมาคู่อีกทีตอนกำเริบไม่ได้ ต้องมาอยู่เรื่อย ๆ เวลามาก็อย่าไปวันศุกร์ดูเวลาด้วย” P9

3) ลด ละ เลิกสารเสพติด

รูปแบบควรเป็นดังนี้ คือ 1) ส่งผู้ป่วยบำบัดตามสถานพยาบาล ค่าบำบัดตามแนวทางศาสนา หรือมีผู้นำศาสนา เช่น ไต้อะหม่าม ไต้อะครู และคนสอนศาสนาแถว ๆ ตามบ้าน มาสอนอบรมทางศาสนาในหมู่บ้าน 2) จัดการแบบรายกรณีตามแนวศาสนา 3) ญาติให้ข้อมูลแก่ทีมผู้ใหญ่วัยบ้าน อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และทหารในพื้นที่เพื่อช่วยเหลือนำส่งเพื่อบำบัด

“ผู้นำศาสนาจะมีผลมาก ถ้าผู้นำดีเข้มแข็ง สื่อสารดี มีกลยุทธ์ ค่อย ๆ หล่อหลอม ต้องใช้เวลา และให้โอกาส” P1-2, “ผู้นำศาสนา ได้แก่ ไต้อะหม่าม ไต้อะครู คนสอนศาสนาแถว ๆ ตามบ้าน เป็นผู้รู้” P2, “ศูนย์บำบัด ทางศาสนาได้ผล” P2

“ต้องให้เขาเห็นโทษ ตระหนักว่ามันมีผลกับโรคเขาอย่างไร” P4, “ตามหลักศีล 5 ก็ฝึกกันอยู่แล้ว แต่บางทีเพื่อนชวนก็เลยเลิกไม่ได้ คงต้องบอกเพื่อมั่งอย่าชวนนักแรงแ” P5

“อยากให้อยู่ค่าย มีผู้นำศาสนา มาสอน ถ้ามาสอนไม่ได้ ก็ต้องเรียกอบรมทางศาสนาอย่างน้อย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง” P6-7, “ผู้นำศาสนาต้องพูดเรื่องยาเสพติดเป็นของมีนเมา ดื่มเหล้าบาป มุสลิมจึงไม่ดื่มเหล้าเพราะเหล้าเป็นของมีนเมา สมัยก่อนไม่มียาบ้า” P8

“ถ้าคนไข้ใช้สารเสพติด ญาติต้องไปคุยกับเจ้าหน้าที่ อสม. แต่ญาติต้องเปิดใจ แล้วพาไปคุยกับทหารในพื้นที่ ทหารจะลงไปพูดคุยกับผู้ป่วย แล้วให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตรวจสอบสารเสพติด ถ้าเจอทหารจะคุมตัวเข้าบำบัด” P10, “บำบัดเป็นแบบรายกรณี” P11-12 “ผู้ใหญ่วัยบ้านจะต้องคอยช่วยเหลือ รับฟังปัญหาและช่วยเหลือลูกบ้าน” P11



4) การจัดการอารมณ์ให้เป็น

รูปแบบควรเป็นดังนี้ คือ 1) สอนการจัดการอารมณ์ให้เป็นแก่ผู้ป่วยและญาติ 2) ญาติสังเกตอาการ คอยเตือน ลดการกระตุ้น 3) ใช้แนวปฏิบัติทางศาสนา มาช่วยระงับอารมณ์โกรธ เช่น วิถีพุทธ ฝึกลมหายใจ สวดมนต์ เข้าวัด วิถีอิสลาม ละหมาด ไปมัสยิด 4) ผู้ป่วยจิตเภทและญาติทุกรายเจอนักจิตวิทยา เพื่อประเมินสภาพจิต

“ต้องพาไปอยู่ที่มัสยิด ที่ที่บังคับให้คนสงบ ถ้าไม่ก้าวร้าวน่าจะทำได้” P1, “เวลาละหมาดญาติ ควรพาไปบ้าง” P2

“ฝึกลมหายใจ สวดมนต์ เข้าวัดมั่ง” P4, “ผู้ดูแลควรรู้และต้องจัดการอารมณ์ตัวเองให้ได้ก่อน เพราะบางทีตัวเองก็หลุด ยังควบคุมตัวเองไม่ได้เลย” P3,5

“ญาติคอยสังเกต เธอต้องนึกถึงพระเจ้า ถ้าอารมณ์ไม่สงบก็ไปเอน้ำสะอาด” P9, “ถ้าเป็นมุสลิม เชื่อว่าทุกสิ่งคือบททดสอบ เวลาเจออะไรให้เธอทน” P6-8

“ผู้ป่วยจิตเภทและญาติทุกราย ควรพบนักจิตวิทยาเพื่อประเมินสภาพจิต” P11, “ต้องให้ญาติ คอยสังเกตอาการ คอยเตือน อย่ากระตุ้นให้เขาโกรธ ช่วยกันดูแล อะไรที่ยอมได้ก็ยอมเขา” P10, “สอนให้ผู้ป่วยกับญาติรู้เรื่องการจัดการอารมณ์ให้เป็น” P12

5) ชุมชนร่วมดูแลอย่างกัลยาณมิตร

รูปแบบควรเป็นดังนี้ คือ 1) ญาติพาผู้ป่วยร่วมกิจกรรมต่างๆ ทางศาสนาของชุมชนบ้าง เช่น ชุมชนมุสลิมทำมาลิก กวนอาซุร และชุมชนพุทธทำบุญทอดกฐิน เข้าพรรษา ตักบาตรปีใหม่ เป็นต้น 2) ให้ผู้นำศาสนา มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เช่น วิถีมุสลิม บรรยายธรรมในเรื่องศาสนาหลังละหมาดวันศุกร์ “อ่านคุตบะฮ์เรื่องการป้องกันกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท” วิถีพุทธ พระสวดมนต์ พรมน้ำมนต์ ให้พรแก่ผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยไปวัด 3) ให้ความรู้วันประชุมหมู่บ้านเรื่องชุมชนร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างกัลยาณมิตร 4) จัดตั้งกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชขึ้นหาหน่วยงานมาคอยช่วยเหลือสนับสนุน และ 5) ส่งเสริมให้ภาคีเครือข่ายร่วมดูแลและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยตามบทบาทหน้าที่ เช่น อบต. ผู้นำชุมชน พมจ. และผู้นำศาสนา เป็นต้น

“เวลามีกิจกรรมต่าง ๆ ทางศาสนาของชุมชน ให้ญาติพาผู้ป่วยมาร่วมบ้าง เช่น ทำมาลิก กวนอาซุร เป็นต้น” P1-2

“พาเขามางานวัด เช่น ทำบุญทอดกฐิน เข้าพรรษา ตักบาตรปีใหม่” P3,5, “พระสวดมนต์ พรมน้ำมนต์ ให้พรแก่ผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยไปวัด” P4

“ควรให้บรรยายธรรมในเรื่องศาสนาหลังละหมาดวันศุกร์ เช่น อ่านคุตบะฮ์เรื่องการป้องกันกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท” P9 “ดึงผู้นำศาสนามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย” P6-8



“คนในชุมชนก็ควรรู้ว่าผู้ป่วยแบบนี้เราต้องพูดจาดี ๆ กับเขาอย่าหลีกเขา เพราะถ้าเขาโดดเดี่ยว ไม่มีคนคุยยังทำให้ผู้ป่วยเครียดได้ ต้องให้ความรู้วันประชุมหมู่บ้าน ” P11, “ควรมีการจัดตั้งกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชขึ้น แล้วผู้ป่วยมีความต้องการทำอะไร ก็หาหน่วยงานมาคอยช่วยเหลือสนับสนุน” P10 “ให้อบ. มาแจกของเยี่ยมผู้นำชุมชน ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ก่อน เป็นกลุ่มด้อยโอกาส เช่น คูแลพิทักษ์ สิทธิ พัฒนาสังคมและสวัสดิการมนุษยมาดูแลเรื่องอาชีพ” P12

6) ไม่สร้างตราบาปให้กัน

รูปแบบควรเป็นดังนี้ คือ 1) สร้างจิตสำนึกที่ดีให้แก่คนในชุมชนโดยยึดตามหลักศาสนา เช่น ชุมชนมุสลิมไม่ตีตราเพราะถือว่าพระเจ้ากำหนด ชุมชนพุทธใช้หลักเมตตาแก่เพื่อนมนุษย์ และ 2) เสริมสร้างกิจกรรมชีวิตฉันวันนี้ยังมีค่า

“ไม่ตีตรา พระเจ้ากำหนด” P1, “วิถีมุสลิมไม่สร้างตราบาปเพราะทุกคนยอมรับแต่แรก” P2

“เอาใจเขามาใส่ใจเรา ไม่อยากให้เรียกคนบ้า” P3 “ให้มองว่าพวกเขาน่าสงสาร” P5

“แล้วแต่มุมมองของคนในชุมชน” P6 “เป็นความประสงค์ของพระเจ้า เขาถูกกำหนดมาแล้ว โดยพระเจ้า” P8-9

“สร้างจิตสำนึกที่ดีให้แก่คนในชุมชน” P10 “ความคิดคนไม่เหมือนกัน แต่พยายามใช้หลักเมตตาแก่เพื่อนมนุษย์” P12, “เสริมสร้างกิจกรรมชีวิตฉันวันนี้ยังมีค่าแก่ผู้ป่วย” P11

อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเจาะไอร้อง จังหวัดนราธิวาส โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในวิถีพุทธวัฒนธรรมที่ได้ มีความเหมือนกับการวิจัยของ (Choorat, 2016) ในลักษณะของกิจกรรมทางการพยาบาล บทบาททีมสหวิชาชีพที่ยังคงต้องมี แต่ที่แตกต่างจากงานวิจัยเดิมคือ รูปแบบใหม่ที่เกิดขึ้นให้ความสำคัญในรายละเอียดของกิจกรรมทางการพยาบาลที่เน้นการดูแลในเชิงบริบทวัฒนธรรม จากรายละเอียดกิจกรรมที่เคยปฏิบัติมาให้ความสำคัญคุณค่าทางความเชื่อในทางศาสนา นำผู้นำทางศาสนา หลักการและแนวคิดของแต่ละศาสนา มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำในชุมชนมากขึ้น ซึ่งจากที่กล่าวมาข้างต้นสามารถอภิปรายรูปแบบการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เจาะไอร้อง จังหวัดนราธิวาส โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในวิถีพุทธวัฒนธรรมที่ได้ดังนี้

ส่งเสริมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ควรมีการพูดจาดี มีมารยาทในการทักทายตามแต่ละศาสนา ใช้ภาษาท้องถิ่นที่สื่อให้ผู้ฟังเข้าใจง่าย และผ่านการอบรมที่มีองค์ความรู้ไปในทางเดียวกัน รวมทั้งการให้สุขภาพจิตศึกษา และการใช้ศาสนาบำบัด ซึ่งให้ความรู้ที่ครอบคลุมสอดแทรกความรู้และ



แนวปฏิบัติตามแต่ละศาสนาไปด้วย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย (Tiyawisutsri, Pakdeewong, & Wanpornsiry, 2016) ที่พบว่า “สมรรถนะการพยาบาล พหุวัฒนธรรม จำแนกเป็น 3 ด้านคือ 1) ด้านความรู้ ประกอบด้วยด้านความรู้เกี่ยวกับมานุษยวิทยา หลักคำสอนของแต่ละศาสนา ภาษาและการสื่อสาร 2) ด้านทักษะ ประกอบด้วย ทักษะการสร้างสัมพันธภาพและการมองภาพองค์รวม และ 3) ด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย การเข้าใจ ข้อแตกต่างทางวัฒนธรรม การควบคุมตนเอง การคิดบวก และการใฝ่รู้” อีกทั้ง พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการป้องกัน และลดการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งการดูแลและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย จึงต้องมีความรู้และเข้าใจในสถานการณ์ และแนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง เพื่อให้การดูแลที่มุ่งเน้นความต้องการของผู้ป่วย (Sathiyuthakarn, 2016) รวมถึงให้ญาติเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยโดยใช้ศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ คอยช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องที่เจ้าหน้าที่แนะนำ คอยสังเกตอาการบ้าง และเน้นความสะอาดเรื่องความเป็นอยู่ด้วย และบุคลากรทางการแพทย์ควรได้ดำเนินการอธิบายให้ความรู้ ความเข้าใจตลอดจนส่งเสริมทัศนคติที่ดีให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยให้ญาติเข้ามา มีส่วนร่วมในการดูแลเรื่องรับประทานยาสม่ำเสมอ ควรหมั่นสังเกตอาการผิดปกติ ส่งพบแพทย์ (Thongsai, 2015)

ส่งเสริมการรับยาในสถานพยาบาลใกล้บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย (Phutrod, 2018) ที่พบว่า การปรับรูปแบบการรับยาใกล้บ้าน และการดูแลต่อเนื่องเป็นผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบซ้ำลดลง และลดการส่งต่อ” โดยนำองค์ความรู้เกี่ยวกับเรื่องยามาสอดแทรกตามหลักศาสนาเพื่อเปลี่ยนความเชื่อ ทัศนคติ และการสร้างความตระหนักในการรักษา มีจัดการแบบรายกรณีตามแนวศาสนา ซึ่งพบว่า การจัดการรายกรณีในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทมีจำนวนป่วยซ้ำกว่ากลุ่มดูแลตามปกติ (Piboonarluk, Yunibhand, Pouwkantarakorn, & Unharasamee, 2018) ญาติให้ข้อมูลแก่ทีมผู้ใหญ่วัยบ้าน อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และทหารในพื้นที่เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยใน การนำส่งสถานพยาบาล เพื่อบำบัด โดยส่งผู้ป่วยบำบัดตามสถานพยาบาล ค่ายบำบัดตามแนวทางศาสนาหรือมีผู้นำศาสนาอบรมในหมู่บ้าน เช่น แนววิถีพุทธ สอดคล้องกับงานวิจัย (Wirakeirt, Narakorn, & Chaichumni, 2015) พบว่า “กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบเกื้อกูลบนพื้นฐานของพระพุทธศาสนา 6 กิจกรรม คือ การสร้างสัมพันธภาพ การดูแลตนเองด้านร่างกาย การฝึกทักษะการจัดการอารมณ์และความเครียดโดยใช้หลักพระพุทธศาสนา การฝึกทักษะ การสื่อสารและการ เข้าสังคม การฝึกทักษะการจัดการกับปัญหาและการลดละเลิกยาเสพติดและการใช้หลักพระพุทธศาสนาในการส่งเสริมสุขภาวะ มีผลในการทำหน้าที่ทางสังคมและสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลอย่างปกติ” แนววิถีมุสลิม สอดคล้องกับงานวิจัย (Phanyasuwanthakharo, 2017) พบว่า “อิสลามบำบัดมีแนวคิดและหลักการสำคัญ 4 ประการ คือ 1) อิสลามบำบัดไม่ได้มุ่งเน้นการบำบัดสารเสพติด แต่มุ่งเน้นการพัฒนาความศรัทธาในศาสนาให้เพิ่มขึ้น



เพราะความศรัทธาจะทำหน้าที่เป็นภูมิคุ้มกันไม่ให้ใช้สารเสพติด 2) การประกอบศาสนกิจจะทำให้ผู้ติดสารเสพติดลืมสารเสพติดได้ 3) การหายจากสารเสพติดไม่ได้มาจากความสามารถของมนุษย์แต่มาจากพระเจ้า และ 4) หลักการในศาสนาอิสลามเป็นหลักการที่สมบูรณ์สามารถแก้ไขทุกปัญหาได้”

ผู้ป่วยจิตเภทและญาติทุกราย ต้องเจอนักจิตวิทยาเพื่อประเมินสภาพจิต ผู้ป่วยกับญาติควรรู้เรื่องการจัดการอารมณ์ให้เป็น โดยให้ญาติคอยสังเกตอาการ คอยเตือน อย่ากระตุ้นให้ ผู้ป่วยโกรธ ซึ่งผู้ดูแลและผู้ป่วยได้รับการฝึกเรื่องการจัดการอารมณ์ตนเองให้เป็น สอดคล้องกับงานวิจัย (Fangkaew, 2015) พบว่า “ผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการอารมณ์ที่เน้นความคิด มีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ” และสอดคล้องกับงานวิจัย (Manag, 1996) พบว่า “ครอบครัวได้รับการดูแลด้วยสุขภาพจิตศึกษามีการแสดงออกทางอารมณ์ ด้านการวิพากษ์วิจารณ์น้อยกว่าครอบครัวที่ได้รับการดูแลตามปกติ” และสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ส่งผลต่อการลดการแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ (McFarlane, 2016) รวมทั้งใช้หลักศาสนาเข้ามาช่วยระงับอารมณ์โกรธตามหลักทางศาสนา เช่น วิถีพุทธฝึกลมหายใจ สวดมนต์ เข้าวัด วิถีอิสลาม ละหมาด ไปมัสยิด เป็นต้น สอดคล้องกับงานวิจัย (Phrakhrui Priyatiwrophirm, Phra Rachakairung, & Phrakhruplalat Drangsun, 2018) พบว่า “การระงับความโกรธด้วยเมตตาธรรม เริ่มแรกจะต้องฝึกอานาปานัสสติก่อน แล้วจึงมาพิจารณาโทษของความโกรธและประโยชน์และอนิสงส์ของเมตตา เสร็จแล้วจึงแผ่เมตตาให้ตัวเองก่อน จากนั้นค่อยแผ่เมตตาไปยังสัตว์ทั้งปวง การแผ่เมตตา เป็นประจำจะเป็นการพัฒนาจิตใจสูงขึ้น”

ให้ญาติพาผู้ป่วยมาร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ทางศาสนาของชุมชนบ้าง เช่น ชุมชนมุสลิมทำมาลิก กวนอาซุรอ และชุมชนพุทธทำบุญทอดกฐิน เข้าพรรษา ตักบาตรปีใหม่ เป็นต้น รวมถึงส่งเสริมให้ภาคีเครือข่ายร่วมดูแล และให้การช่วยเหลือผู้ป่วยตามบทบาทหน้าที่ เช่น อบต. ผู้นำชุมชน พมจ. และผู้นำศาสนา อีกทั้งจัดตั้งกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชขึ้น แล้วผู้ป่วยมีความต้องการทำอะไร ก็หาหน่วยงานมาคอยช่วยเหลือสนับสนุน อีกทั้งบรรยายธรรมในเรื่องศาสนาหลังละหมาดวันศุกร์ เช่น อ่านคุตบะฮ์เรื่องการป้องกันกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท และให้ความรู้วันประชุมหมู่บ้านเรื่องชุมชนร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างกัลยาณมิตรซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย (Misri & Daengdomyut, 2012) พบว่า “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ได้แก่ การรับรู้ความรู้สึกห่วงใยซึ่งกันและกัน ความใกล้ชิดผูกพัน ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมั่นคง การมีโอกาสได้ช่วยเหลือผู้อื่น เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง” และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน พบว่า การถ่ายทอดตามเจตคติความรู้สึก ความคิดต่อผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อนและการรื้อใจร่วมกัน เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถ่ายทอดประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อนในชุมชน ความผูกพัน ต้องใจ เป็นการค้นหาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อนในการร่วม



คิด ร่วมทำ ร่วมวางแผนรวมกันเป็นเจ้าของ โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Dumrak, Wangthong, & Wangthon, 2016)

สร้างจิตสำนึกที่ดีให้แก่คนในชุมชน โดยยึดตามหลักศาสนา เช่น ชุมชนมุสลิมไม่ตีตราเพราะถือว่าพระเจ้ากำหนด ชุมชนพุทธใช้หลักเมตตาแก่เพื่อนมนุษย์ เป็นต้น และเสริมสร้างกิจกรรมชีวิตกัน วันนี้ยังมีค่าแก่ผู้ป่วยสอดคล้องกับงานวิจัย (Boontod, Srikhamsukh, & Arunphongphisal, 2011) พบว่า “การสนับสนุนแรงสังคมต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภท การที่ผู้ป่วยรับรู้ต่อตัวเองในด้านลบ เช่น ตราบาป ความรู้สึกด้อยค่า ความรู้สึกว่าตนเองไร้สมรรถภาพ การสนับสนุนด้านการรับรู้ คุณค่า การยอมรับและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การให้เกียรติ ไม่ล้อเลียนหรือทำให้อับอาย เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มุ่งหวังและภาคภูมิใจ”

สรุป

รูปแบบการป้องกันการการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เจาะไอร่องจังหวัดนครราชสีมา โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในวิถีพหุวัฒนธรรม พบว่า 1) ให้ความรู้ที่ครอบคลุม 1.1 ส่งเสริมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เจ้าหน้าที่มนุษยสัมพันธ์ดีทักทายตามศาสนา ใช้ภาษาท้องถิ่น องค์ความรู้ไปทางเดียว 1.2 การให้สุขภาพจิตศึกษาและใช้ศาสนบำบัด 1.3 ญาติดูแล สังเกตอาการผู้ป่วย ใช้ศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ 2) สร้างความตระหนักในการรักษาอย่างต่อเนื่อง 2.1 ส่งเสริมการรับยาใกล้บ้าน 2.2 นำหลักศาสนามาสอดแทรกเพื่อเปลี่ยนความเชื่อ ทศนคติ และการสร้างความตระหนัก 3) ลด ละ เลิกสารเสพติด 3.1 ส่งผู้ป่วยบำบัดตามสถานพยาบาล ค่ายบำบัดตามแนวทางศาสนา หรือมีผู้นำศาสนาอบรมในหมู่บ้าน 3.2 จัดการแบบรายกรณีตามแนวศาสนา 3.3 ญาติให้ข้อมูลแก่ทีมผู้ให้หมู่บ้าน อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและทหารในพื้นที่ เพื่อช่วยเหลือนำส่งเพื่อบำบัด 4) การจัดการอารมณ์ให้เป็น 4.1 สอนการจัดอารมณ์ให้เป็นแก่ผู้ป่วยและญาติ 4.2 ญาติสังเกตอาการ คอยเตือน ลดการกระตุ้น 4.3 ใช้แนวปฏิบัติทางศาสนาเข้ามาช่วยระงับอารมณ์โกรธ 4.4 ผู้ป่วยจิตเภทและญาติทุกรายเจอนักจิตวิทยาเพื่อประเมินสภาพจิต 5) ชุมชนร่วมดูแลอย่างกัลยาณมิตร 5.1 ญาติพาผู้ป่วยร่วมกิจกรรมต่างๆ ทางศาสนาของชุมชน 5.2 ให้ผู้นำศาสนามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย 5.3 ให้ความรู้วันประชุมหมู่บ้านเรื่องชุมชนร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างกัลยาณมิตร 5.4 จัดตั้งกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชขึ้น หาหน่วยงานมาคอยช่วยเหลือสนับสนุน 5.5 ส่งเสริมให้ภาคีเครือข่ายร่วมดูแลและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยตามบทบาทหน้าที่ และ 6) ไม่สร้างตราบาปให้กัน 6.1 สร้างจิตสำนึกที่ดีให้แก่คนในชุมชน โดยยึดตามหลักศาสนา 6.2 เสริมสร้างกิจกรรมชีวิตกันวันนี้ยังมีค่า



ข้อเสนอแนะ

งานวิจัยการศึกษารูปแบบการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเจาะไอร้อง จังหวัดนราธิวาส โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในวิถีพุทธวัฒนธรรม ได้ให้ความสำคัญโดยมีการนำแนวคิด หลักการทางศาสนามาสอดแทรกในกิจกรรมการพยาบาล ให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม เช่น ผู้นำทางศาสนา ทีมทหาร ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในสังคมพุทธวัฒนธรรม โดยกลุ่มผู้ให้ข้อมูลมองถึงว่าการเข้าใจในบริบท ความเชื่อทางศาสนาของแต่ละศาสนา จะส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติได้รับการดูแลตอบสนองที่ละเอียดอ่อน เสริมพลังคุณค่าทางจิตใจ ด้านจิตวิญญาณ ได้ดีขึ้น

รายการอ้างอิง (References)

- Boontod, K., Srikhamsukh, A and Arunphongphisal, S. (2011). Social Support in Patients with Schizophrenia. *Journal of Psychiatr Assoc Thailand*, 58 (1): 89-100
- Choorat, N. (2016). *The Study of Causes and Ways to Prevent a Recurrence of Schizophrenic Patients in The Community of Pi-leng District Health Care Promoting Hospitals which Experiencing Unrest Situation in the Southern Provinces of Thailand*. Princes of Naradthiwas University of Humanities and Social Science. (in Thai)
- Dumrak, P., Wangthong, A and Wangthon, A (2016). Community Participation in caring of complex chronic Schizophrenia patients in Nongjit, Pattani province. *Journal of the Association of Researcher*, 9(2): 92-103
- Fangkaew, P. (2015). *The effect of anger management emphasizing cognitive therapy on a aggressive behavior of schizophrenia patients* (Master's thesis). Bangkok: Chulalongkorn Univerisity. (In Thai).
- Gunson, N. (2018). *Islamic based therapy for substance addicts* (Master's thesis). Bangkok: Chulalongkorn Univerisity. (In Thai)
- Manag, J. (1996). The advanced practice nurse as case manager. *Journal of Case Management*, 5(3): 121:6.
- McFarlane, W (2016). Family Interventions for Schizophrenia and the Psychoses: *A Review Family Process*, 55 (3): 460:82.



- Misri, K and Daengdomyut, P. (2012). Selected Factors Related to Capabilities Among Caregivers of Schizophrenic Patients in Community. *Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 26(1): 35-49
- Phanyasuwatchakharo, N. (2017). *Coexistence of People in the Multicultural Society: A case study of Multicultural Society in Bangkok Community*, Bangkok, Buddhist Research in Maha Chulalongkorn University. (In Thai).
- Phrakhrui Priyatiwrophirm, Phra Rachakairung, P., & Phrakhruplalat Drangsun, K. (2018). *A Study of Anger Management with Metta Principle in Theravada Buddhism Philosophy*. Nakhon Pratum: Mahamakul Buddhist University. (In Thai).
- Phutrod, P. (2018). The development of a continuous care model in schizophrenia patients. *Journal of Health Science*, 27(3): 478-485
- Piboonarluk, W., Yunibhand, J., Pouwkantarakorn, W and Unharasamee, W. (2018). The effect of case management by advanced practice nurse on relapse in person with schizophrenia. *Thai Journal of Nursing and Mid Wifely Practice*, 5(2): 5-18
- Sanders C. (2003). Application of Colaizzi's method: interpretation of an auditable decision trail by a novice researcher. *Contemp Nurse*, 14 (3): 292-302.
- Tiyawisuttri, C., Pakdeewong, P and Wanpornsiy, C. (2016). Multicultural nursing: The competencies required for nurses in Thailand. *Journal of Health Science Research*, 1(1): 8-15
- Thongsai, S. (2015). Schizophrenia care in a sustainable Thai society context. *Journal of Nursing Division*, 42(3).
- Sathiyuthakarn, S. (2016). Relapse in chronic Schizophrenia patients: Situation and prevention guidelines. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*, 28(3): 1-15
- Wirakeirt, S., Narakorn, B and Chaichumni, N. (2015). The development of a supportive nursing program based on Buddhism principles for using narcotic Schizophrenic patients. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 35(1): 85-93