

Developing a Psychiatric Care Network in the Community to Prevent Recurrence

Abstract

Komsak Chuaratanakul, M.D.*

Today's Thai society places great importance on material progress. People are struggling to live, causing a large amount of people stress and anxiety. This also causes greater mental health disorders and results in an increased number of psychiatric patients nationally. The problem of psychiatric patients is that upon leaving the hospital they are not receiving continuous treatment and as such there is often recurrence which is increasing every year. It is important to develop a psychiatric care network in the community to care for these patients. This will provide a better quality of life for them in many fields. For example, patients can do their daily activities, live with their families within the community, pursue careers or receive grants as aid to a better life. The caregiver has to have the skills to take care of the patients and make sure they take medication continuously, also they need to have knowledge about the side effects of the drugs and report recurrences if it occurs. The network leaders, together with the village volunteers regularly visit to evaluate the treatment results. Developing a psychiatric care network in the community will prevent the recurrence of psychiatric patients in the area.

Keywords: Mental health, Recurrence, Network.

*Medical service, Borabue Hospital, Mahasarakham Province.

การพัฒนาเครือข่ายดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

บทคัดย่อ

คมศักดิ์ ฉวีรัตน์กุล, พ.บ.*

สังคมไทยยุคปัจจุบันให้ความสำคัญของการเจริญก้าวหน้าด้านวัตถุอย่างมาก ประชาชนต่างต้องต่อสู้ดิ้นรนในการดำรงชีวิต ทำให้มีประชาชนจำนวนไม่น้อยเกิดความเครียด วิตกกังวล จนอาจส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต และเป็นผู้ป่วยโรคจิตเวช ปัญหาของผู้ป่วยโรคจิตเวชคือผู้ป่วยไม่ได้รับการอย่างต่อเนื่องและเมื่อออกจากโรงพยาบาลมักมีอาการกลับเป็นซ้ำซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี เครือข่ายช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนจึงเกิดขึ้นเพื่อสร้างเครือข่ายให้คนในชุมชนมีส่วนร่วมช่วยดูแลผู้ป่วยที่กลับไปสู่ชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในด้านต่างๆ คือ ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ อาศัยอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้ สามารถประกอบอาชีพ

หรือได้รับเงินช่วยเหลือผู้พิการทางจิต ผู้ดูแลผู้ป่วยมีทักษะดูแลผู้ป่วยให้รับประทานยารักษาต่อเนื่อง มีความรู้เกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาและสังเกตอาการกลับเป็นซ้ำได้ แกนนำเครือข่ายร่วมกับอาสาสมัครประจำหมู่บ้านออกเยี่ยมประเมินผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผลของการพัฒนาเครือข่ายดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนพบว่าสามารถช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่ได้

คำสำคัญ: สุขภาพจิต การกลับเป็นซ้ำ เครือข่าย

*กลุ่มงานบริการทางการแพทย์ โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

บทนำ

สังคมไทยยุคปัจจุบันให้ความสำคัญของการเจริญก้าวหน้าด้านวัตถุอย่างมาก ประชาชนต่างต้องต่อสู้ดิ้นรนในการดำรงชีวิต ทำให้มีประชาชนจำนวนไม่น้อยเกิดความเครียด วิตกกังวล เมื่อไม่ได้รับการดูแลแก้ไขอย่างเหมาะสมอาจส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตและเป็นผู้ป่วยโรคจิตเวช ทำให้บุคคลนั้นเกิดความทุกข์ทรมาน หรือทำให้เกิดความบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวัน กิจกรรมสังคม หน้าที่การงาน หรืออาจทำให้มีความเสี่ยงถึงกับเสียชีวิต⁽¹⁾ จากรายงานการศึกษาภาระโรค (Burden of disease) ของประชากรไทย พ.ศ. 2551⁽²⁾ พบว่าสาเหตุอันดับแรกของการสูญเสียปีสุขภาวะสำหรับประชากรชาย ได้แก่ การเสพติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และโรคจิตเวช ส่วนในประชากรหญิงพบว่ามีปัญหาโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุการสูญเสียปีสุขภาวะเป็นอันดับสอง รองจากโรคเบาหวาน กรมสุขภาพจิต⁽³⁾ พบว่า จำนวน 1 ใน 5 ของประชาชนไทยมีปัญหาสุขภาพจิต หรือคิดเป็น 20% ของประชากร โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงาน ซึ่งปัญหาทางด้านสุขภาพจิตมีหลากหลายระดับ ตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนถึงระดับมาก สำหรับกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการมาก ผู้ป่วยมักมีความผิดปกติทางด้านจิตใจ และอารมณ์ ส่งผลกระทบทั้งต่อตัวเอง ครอบครัว และสังคม ปัญหาของผู้ที่ป่วยโรคจิตเวชคือมักไม่ยอมรับว่าตนเองป่วยและมีกบฏเสถียรการรักษา เพราะกลัวครอบครัวมองว่าเป็น “คนบ้า” และเป็นภาระของคนอื่น⁽⁴⁾ เมื่อไม่รักษาทำให้อาการของโรค

รุนแรงขึ้น บางรายนอนไม่หลับ ก่อความวุ่นวายรบกวนผู้อื่นหรือมีอาการรุนแรงถึงขั้นคลุ้มคลั่งหวาดระแวง ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น โดยทั่วไปการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและโรคจิตเวช ประกอบด้วยการรักษาด้วยยา การดูแลฟื้นฟูสภาพจิตใจ และทางสังคมควบคู่กันไป เพื่อให้ผู้ป่วยกลับมาอยู่ในสังคมได้ แต่ที่สำคัญคือผู้ป่วยจะต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและเป็นเวลานาน⁽⁵⁾ และเมื่ออาการดีขึ้นแล้วผู้ป่วยสามารถกลับไปมีชีวิตได้เหมือนคนปกติ โดยครอบครัว คนใกล้ชิด หรือคนในชุมชนให้โอกาส ให้กำลังใจช่วยกันดูแล เป็นสิ่งแวดล้อมที่ดี ดังนั้นการทำให้ครอบครัวและชุมชนเกิดความเข้าใจ มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนให้สามารถช่วยเหลือตนเองและประกอบอาชีพได้ตามความเหมาะสม ย่อมส่งผลให้การกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชลดลงได้⁽⁶⁾

จากข้อมูลเวชระเบียนปี 2560 งานสุขภาพจิตโรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ปี 2560 พบว่า จำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการที่โรงพยาบาลบรบือปี 2560 มีจำนวนทั้งหมด 459 คน โดยเป็นผู้ป่วยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลบรบือ มีจำนวน 25 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยจิตเวชที่เกิดอาการกลับเป็นซ้ำและควบคุมอาการไม่ได้จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 12)⁽⁷⁾

เมื่อวิเคราะห์หาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกลับเป็นซ้ำ พบว่ามีสาเหตุสำคัญเกิดจากผู้ป่วยและญาติขาดความรู้และความเข้าใจในการรับประทานยา ไม่เห็นความสำคัญในการกินยาต่อเนื่อง⁽⁸⁾ ร่วมกับ

การมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น ดื่มสุรา ใช้สารเสพติด ทำให้อาการกลับเป็นซ้ำได้ง่ายขึ้น⁽⁹⁾ และมักสร้างความวุ่นวายในชุมชน ส่งผลให้ญาติและคนในชุมชน เกิดความหวาดกลัว เบื่อหน่าย ไม่กล้าเข้าใกล้ ไม่ให้การยอมรับ รู้สึกว่าผู้ป่วยเป็นภาระ ถ้าไม่มีการแก้ไขอาจทำให้เกิดความรุนแรงในชุมชนขึ้นได้⁽¹⁰⁾ จากสถานการณ์ดังกล่าว เทศบาลตำบลบรบือ และโรงพยาบาลบรบือ ได้ร่วมประชุมและเห็นพ้องกันร่วมจัดทำโครงการเทศบาลตำบลบรบือร่วมใจดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชและครอบครัว โดยสร้างเครือข่ายดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนขึ้นในลักษณะเครือข่ายสุขภาพพระดับอำเภอร่วมกันดำเนินงานสุขภาพจิตของหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อกระตุ้นการขับเคลื่อนการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชนอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป โดยเน้นให้คนในชุมชนมีส่วนร่วมรับผิดชอบและกำหนดแนวทางการดูแลทั้งด้านส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสุขภาพจิตของตนเองตามบริบทและความสามารถของชุมชน ใช้หลักการสุขภาพจิตชุมชนตามที่กรมสุขภาพจิตได้กำหนดในยุทธศาสตร์ส่งเสริมและพัฒนาภาคีเครือข่ายทั้งในและนอกระบบสาธารณสุขในการดำเนินงานสุขภาพจิตด้านสุขภาพจิตชุมชนโดยเน้นการมีส่วนร่วมขององค์กรท้องถิ่นและเครือข่ายสุขภาพให้มีความเป็นเจ้าของปัญหา และร่วมมือกันแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต มีการระดมศักยภาพในท้องถิ่นแบบผสมผสาน มีนักวิชาการเป็นผู้สนับสนุนด้านวิชาการ⁽¹¹⁾ โดยมีวัตถุประสงค์ของโครงการพัฒนาเครือข่ายดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนดังนี้

1. เพื่อสร้างเครือข่ายดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของหน่วยงานในชุมชน ทั้งนอกและในระบบสาธารณสุข

2. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีความรู้ความเข้าใจโรคทางจิตเวช สามารถใช้เกณฑ์การ

คัดกรองอาการเจ็บป่วยทางจิตเวช และมีทักษะในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวช

3. เพื่อป้องกันผู้ป่วยจิตเวชมีอาการกลับเป็นซ้ำโดยการช่วยกันดูแลผู้ป่วยจากเครือข่ายดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่ตั้งขึ้น

กลุ่มเป้าหมาย

1. แกนนำเครือข่ายดูแลผู้ป่วยจิตเวชในตำบลบรบือจำนวน 25 คน

2. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 25 คน

3. ผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 25 คน

กลุ่มเป้าหมายได้รับคำชี้แจงให้เห็นประโยชน์ในการเข้าร่วมกิจกรรม เกิดความเข้าใจและสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม

กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมพัฒนาเครือข่ายดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวช

1. สสำรวจและวิเคราะห์สถานการณ์ของผู้ป่วยจิตเวชในตำบลบรบือ จ.มหาสารคาม โดยเจ้าหน้าที่กองงานสาธารณสุขเทศบาลตำบลบรบือร่วมกับแพทย์ด้านเวชศาสตร์ป้องกันสาขาสุขภาพจิตชุมชนและพยาบาลจิตเวชโรงพยาบาลบรบือ เริ่มดำเนินการเดือนพฤศจิกายน-ธันวาคม 2560 จากข้อมูลงานสุขภาพจิตโรงพยาบาลบรบือ ปี 2560 พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลบรบือมีจำนวน 25 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยจิตเวชที่เกิดอาการกลับเป็นซ้ำและควบคุมอาการไม่ได้จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 12) โดยมีอุบัติการณ์สูงขึ้นจากปี 2559 ที่มีผู้ป่วยจำนวน 22 ราย มีอาการกลับเป็นซ้ำ 2 ราย (ร้อยละ 9) และในปี 2558 มีผู้ป่วยจำนวน 24 ราย มีอาการกลับเป็นซ้ำ 1 ราย (ร้อยละ 4.16) โดยในปี 2559 และปี 2558 ที่เกิดปัญหาผู้ป่วยจิตเวชกลับเป็นซ้ำ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบรบือประกอบด้วยแพทย์และพยาบาลโรงพยาบาลบรบือได้ประสานความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่เทศบาลตำบลบรบือเพื่อไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหา

กลับเป็นซ้ำและให้การบำบัดรักษาเองเนื่องจากยังไม่มีเครือข่ายดูแลผู้ป่วยในชุมชน ต่อมาปี 2560 ได้มีผู้ป่วยจิตเวชกลับเป็นซ้ำเพิ่มเป็น 3 ราย หน่วยงานเทศบาลได้ส่งข้อมูลปัญหาในพื้นที่และขอความช่วยเหลือมาที่โรงพยาบาลรบือเพื่อปรึกษาพูดคุยถึงสาเหตุของปัญหาการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชและร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหายั่งยืน โดยเทศบาลรบือรับจัดหางบประมาณดำเนินงานตามที่โรงพยาบาลรบือเสนอและช่วยประสานความร่วมมือจากผู้นำชุมชนในเขตเทศบาลทั้งหมดจำนวน 3 หมู่บ้าน รวม 7 ชุมชน มาร่วมจัดตั้งเป็นเครือข่ายดูแลผู้ป่วยจิตเวช ประกอบด้วย กำนัน 1 คน ผู้ใหญ่บ้าน 2 คน เจ้าหน้าที่อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) ชุมชนละ 4 คน รวม 28 คน โดยใน อสม. จำนวน 6 คน เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชอยู่ด้วย

2. กิจกรรมเสริมพลังเครือข่ายดูแลผู้ป่วยจิตเวช หลังจากจัดตั้งเครือข่ายดูแลผู้ป่วยจิตเวชซึ่งประกอบด้วย ผู้นำชุมชน (กำนัน, ผู้ใหญ่บ้าน) อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) แล้ว เจ้าหน้าที่กองงานสาธารณสุขเทศบาลตำบลรบือร่วมกับแพทย์ด้านเวชศาสตร์ป้องกันสาขาสุขภาพจิตชุมชนและพยาบาลจิตเวชโรงพยาบาลรบือ ได้เชิญเครือข่ายมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้เกิดความเข้าใจโรคทางจิตเวชในเรื่องของสาเหตุ และอาการของโรค มีความเข้าใจการใช้เกณฑ์คัดกรองอาการของโรคจิตเวชได้ รู้จักปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการกลับเป็นซ้ำ ความสำคัญของการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง การเสริมทักษะการพูดคุยและดูแลผู้ป่วยจิตเวช หามาตรการและสร้างแนวทางการทำงานที่เห็นพ้องต้องกัน

กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช และกิจกรรมกลุ่มบำบัดสำหรับผู้ป่วยจิตเวช โดยแพทย์ด้านเวชศาสตร์ป้องกันสาขาสุขภาพจิตชุมชนและพยาบาลจิตเวชโรงพยาบาลรบือ

1. กิจกรรมกลุ่มสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวช มีหนังสือแนะนำแนวทางการประเมินอาการ

กลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเวช⁽¹²⁾ มีทักษะการสื่อสารและฝึกการรับมือกับปัญหาของผู้ป่วย ประเมินทักษะความรู้เรื่องการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชของญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชทั้งก่อนและหลังทำกิจกรรม ทำกิจกรรม 1 ครั้ง ใช้เวลาดำเนินการทั้งหมด 8 ชั่วโมง

2. กิจกรรมกลุ่มบำบัดสำหรับผู้ป่วยจิตเวช ให้ยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง เข้าใจสาเหตุทราบความจำเป็นในการกินยา รักษา สามารถดูแลกิจวัตรตนเองเบื้องต้นได้ มีความตระหนักว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและสังคม ตระหนักในคุณค่าของตนเอง สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวและผู้อื่นในชุมชนได้อย่างมีความสุข ทำกิจกรรม 1 ครั้ง ใช้เวลาดำเนินการทั้งหมด 8 ชั่วโมง

การประเมินผลและเป้าหมายโครงการ

1. การติดตามเยี่ยมประเมินอาการผู้ป่วยจิตเวชโดยเครือข่ายดูแลผู้ป่วยจิตเวชเดือนละ 1 ครั้ง นำโดยเจ้าหน้าที่เทศบาลกองงานสาธารณสุขรวมทั้งผู้นำชุมชนและอาสาสมัครประจำหมู่บ้านร่วมกับผู้ดูแลผู้ป่วย ร่วมกันเยี่ยมประเมินผู้ป่วยจิตเวชในเขตเทศบาล มีการบันทึกติดตามผลการดำเนินงานและส่งข้อมูลให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลทุกเดือน โดยได้ทำการเยี่ยมผู้ป่วยทั้งหมด 21 คน เนื่องจากผู้ป่วยติดภาระกิจค้าขายไม่สะดวกให้เยี่ยม 2 คน ไปทำงานต่างจังหวัด 1 คน และไม่ต้องการให้เยี่ยมเนื่องจากเป็นห่วงภาพลักษณ์ 1 คน

2. จัดทำรายงานประเมินอาการผู้ป่วยและผลการรักษาเดือนละ 1 ครั้ง

3. ประเมินผลความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชก่อนและหลังทำกิจกรรม (นำมาจากแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชของ Lefley (1987) พัฒนาโดยสุภาภรณ์ ทองดารา (2545) ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.76)⁽¹³⁾

ตัวชี้วัดความสำเร็จที่คาดหวัง

เชิงปริมาณ

1. ร้อยละการดำเนินกิจกรรมได้ครบตามโครงการ >80%
2. ร้อยละกลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมกิจกรรม > 80%

เชิงคุณภาพ

1. การกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชที่มีจำนวนลดลง >50%
2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวดีขึ้น >50% เช่น ผู้ป่วยไม่ก่อความวุ่นวาย ผู้ป่วยสามารถทำงานมีรายได้ ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและสังคมได้อย่างปกติ
3. มีเครือข่ายดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของหน่วยงานในชุมชนทั้งนอกและในระบบสาธารณสุขของตำบลบรบือ จ.มหาสารคาม

ระยะเวลาและสถานที่ดำเนินงาน

ระหว่างพฤศจิกายน 2560-พฤษภาคม 2561
ตำบลบรบือ

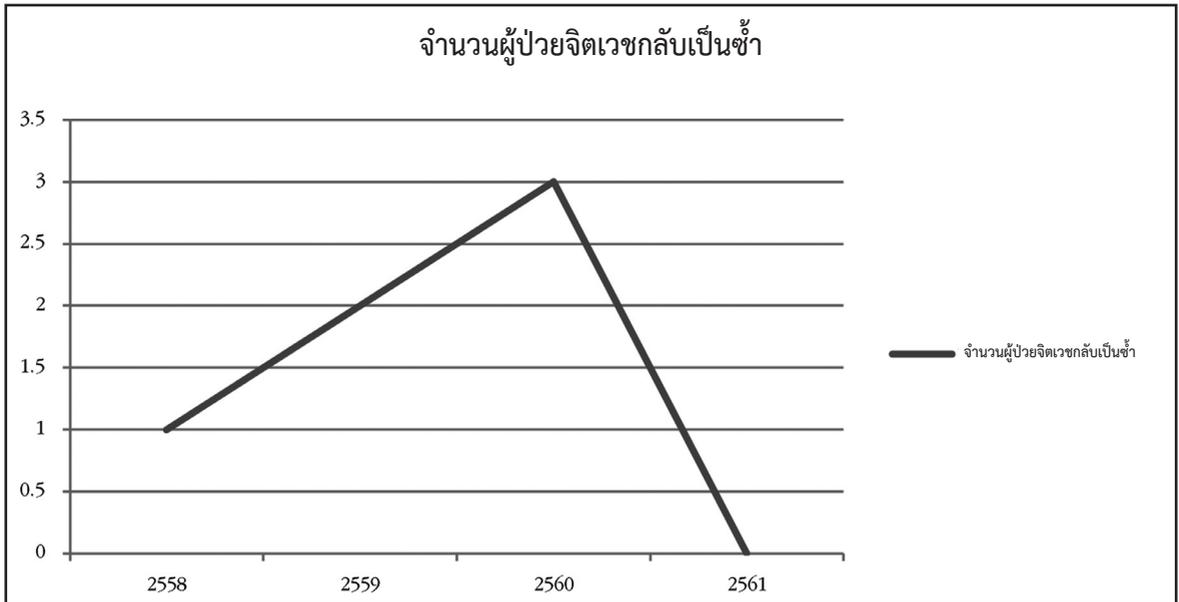
ผลประโยชน์ที่ได้รับ

1. แกนนำเครือข่ายและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเข้าร่วมกิจกรรมครบตามเป้าหมาย 100% หลังเข้าร่วมกิจกรรม พบว่าเครือข่ายที่ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่เทศบาลกองงานสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน แกนนำชุมชน ผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับความรู้โรคทางจิตเวชมากขึ้น ในแง่ของสาเหตุของโรคจิตเวชว่าเกิดจากความผิดปกติทางสมอง เป็นโรคที่สามารถ

รักษาได้โดยต้องกินยารักษาต่อเนื่อง มีทัศนคติต่อผู้ป่วยดีขึ้นไม่ตีตราผู้ป่วยจิตเวชว่าเป็นคนบ้า พร้อมให้การช่วยเหลือดูแลและให้โอกาสทางสังคมอย่างเหมาะสม มีมาตรการเบื้องต้นของชุมชนร่วมกันในการป้องกันผู้ป่วยจิตเวชกลับเป็นซ้ำจากการเสพสุราหรือสิ่งเสพติด เช่น บุหรี่ หรือกาแฟและเครื่องดื่มชูกำลัง โดยขอให้ร้านค้าต่างๆ ในชุมชนทั้ง 7 ชุมชนงดขายสุรา บุหรี่ กาแฟ เครื่องดื่มชูกำลัง แก่ผู้ป่วยจิตเวช ในด้านผู้ดูแลและญาติผู้ป่วยมีทักษะสื่อสารเชิงบวกกับผู้ป่วย ดูแลให้ผู้ป่วยได้กินยาเป็นประจำ เข้าใจผลข้างเคียงของยา ให้กำลังใจผู้ป่วยจิตเวชให้รักษาต่อเนื่อง

2. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เข้าร่วมกิจกรรมเสริมพลังเครือข่ายดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้รับการประเมินผลความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชก่อนและหลังทำกิจกรรมจากคะแนนเต็มร้อยละ 100 (นำมาจากแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชของ Lefley (1987) พัฒนาโดยสุภาภรณ์ ทองดารา (2545) ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.76)⁽¹³⁾ ก่อนร่วมกิจกรรมได้คะแนนรวมเฉลี่ย 32.5 ใน 4 หัวข้อคือ สาเหตุโรคจิตเวช อาการโรคจิตเวช การดูแลผู้ป่วยจิตเวช ปัจจัยเสี่ยงการกลับเป็นซ้ำ หลังร่วมกิจกรรมได้รับการประเมินแบบทดสอบซ้ำได้คะแนนเฉลี่ย 57.2 แสดงให้เห็นว่าการร่วมกิจกรรมเสริมพลังเครือข่ายดูแลผู้ป่วยจิตเวชช่วยให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจโรคทางจิตเวชมากขึ้นซึ่งจะเป็นผลดีในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและลดการกลับเป็นซ้ำได้มากขึ้นโดยพบว่าตั้งแต่เริ่มทำโครงการเดือนพฤศจิกายน 2560-มีนาคม 2562 ยังไม่พบผู้ป่วยจิตเวชมีอาการกลับเป็นซ้ำดังกราฟในรูป ก.

ก. กราฟแสดงจำนวนผู้ป่วยจิตเวชกลับเป็นซ้ำรายปี



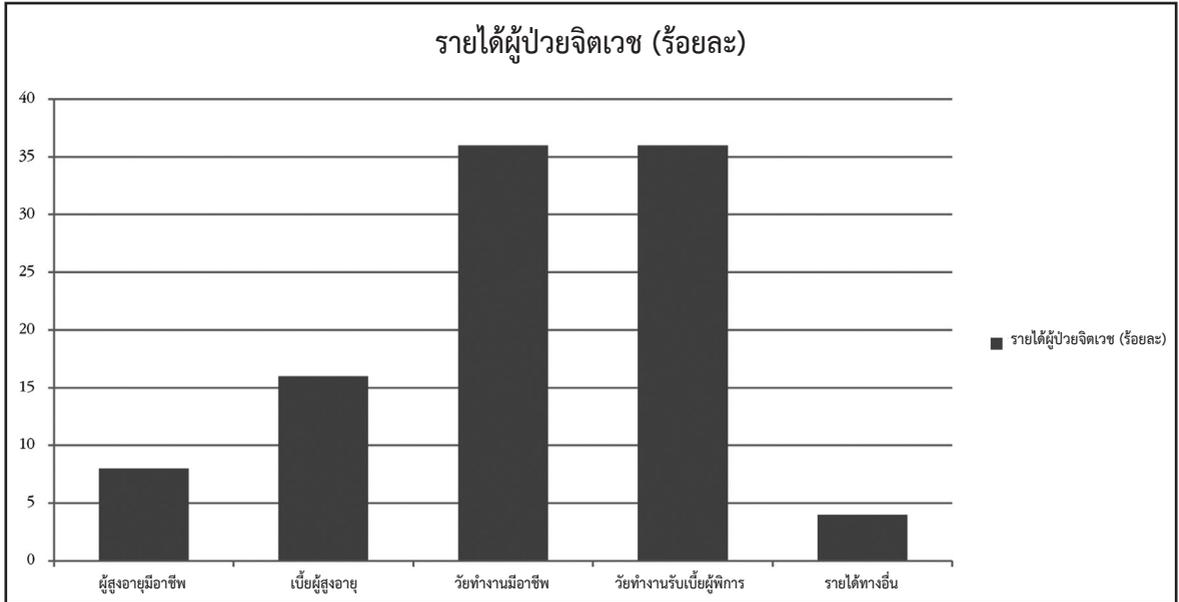
3. ผู้ป่วยจิตเวชและผู้ดูแลรวมถึงคนในครอบครัวมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นกว่าเดิม โดยผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด 25 คน ในเขตเทศบาลตำบลบรบือ จำแนกเป็นผู้สูงอายุ 7 คน และอีก 18 คนอยู่ในวัยทำงาน เข้าถึงความช่วยเหลือทางการเงินจากภาครัฐ โดยผู้นำชุมชนกำนัน ผู้ใหญ่บ้านนำบัตรประชาชนผู้ป่วยจิตเวชช่วยดำเนินการประสานขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ระดับจังหวัดเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับเงินสงเคราะห์ผู้พิการและเบี้ยยังชีพ รวมถึงเงินช่วยเหลือฉุกเฉินโดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลงานจิตเวชช่วยประเมินความเหมาะสมและเงินสงเคราะห์ผู้สูงอายุมีรายละเอียดดังนี้

3.1 ผู้ป่วยจิตเวชหลังเข้าร่วมกิจกรรมได้ประกอบอาชีพมีรายได้ประจำ จำนวน 11 คน (ร้อยละ 44) เป็นผู้สูงอายุ 2 คน อยู่ในวัยทำงาน 9 คน

3.2 ผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่ได้ทำงานได้รับการช่วยเหลือจากแกนนำเครือข่ายดำเนินการให้ได้รับเงินช่วยเหลือผู้สูงอายุ 4 คน (ร้อยละ 16) อีก 1 คนไม่ต้องการเงินช่วยเหลือเนื่องจากมีเงินใช้จ่ายจากลูกให้เงินใช้ทุกเดือนอย่างเพียงพอ ผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ในวัยทำงานและว่างงานจำนวน 9 คน (ร้อยละ 36) ได้รับการช่วยเหลือให้ได้รับเงินช่วยเหลือผู้พิการทางจิต ดังปรากฏในแผนภูมิรายได้ รูป ข.

3.3 จากการเยี่ยมบ้านของเครือข่ายพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่เข้าร่วมกิจกรรมมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยสามารถกลับมาดำเนินชีวิตร่วมกับคนในครอบครัวได้ ไม่มีปัญหาก่อความวุ่นวายหรือไปรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของเพื่อนบ้าน และคนในชุมชน

ข. แผนภูมิรายได้ของผู้ป่วยจิตเวชในตำบลบรือ



สรุป

ผู้ป่วยจิตเวช ญาติหรือผู้ดูแลและเครือข่ายผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน การเข้าใจโรคและสาเหตุของการกลับเป็นซ้ำ ยอมรับการเจ็บป่วย ตระหนักถึงความสำคัญของการกินยารักษาต่อเนื่อง ลดปัจจัยเสี่ยงหรือพฤติกรรมกระตุ้นการกลับเป็นซ้ำ เช่น การดื่มสุรา เสพสารเสพติด มีทักษะการดำเนินชีวิตในสังคม มีเครือข่ายในชุมชนร่วมดูแลด้วยความเข้าใจเห็นใจและไม่ตีตราบาปให้ผู้เคยเจ็บป่วยทางจิตจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้อย่างปกติสุข ลดภาระแก่ญาติหรือผู้ดูแลและสามารถประกอบอาชีพหรือทำประโยชน์ให้กับชุมชนได้ตามความเหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

1. การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนไม่ให้กลับเป็นซ้ำในตำบลบรือ จำเป็นต้องทำงานในลักษณะ

เครือข่ายโดยให้ประชาชนในพื้นที่ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา รับรู้ว่าเป็นปัญหาของคนในชุมชน การแก้ไขปัญหาก็จะสำเร็จได้อย่างยั่งยืน ต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนตามศักยภาพและบริบทที่เหมาะสมโดยหน่วยงานสาธารณสุขทำหน้าที่แนะนำสนับสนุนด้านวิชาการและให้คำปรึกษาเมื่อประสบปัญหาขณะดำเนินงาน นอกจากนั้นผู้นำชุมชนย่อมมีส่วนสำคัญในการประสานงานจัดหากำลังคนและงบประมาณสนับสนุนให้การดำเนินงานเกิดความราบรื่นและประสบความสำเร็จ สามารถนำรูปแบบโครงการนี้ไปเป็นแบบอย่างปฏิบัติในชุมชนอื่นเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนอื่นต่อไป

2. หน่วยงานด้านสาธารณสุขและผู้นำชุมชนควรร่วมกันติดตามเฝ้าระวังและประเมินผลการดำเนินงานของเครือข่ายดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าจะไม่พบปัญหาการกลับเป็นซ้ำหลังจากดำเนินงานก็ตาม

เอกสารอ้างอิง

1. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's comprehensive textbook. Of Psychiatry. 7thed. Philadelphia: Lippincott; 2000.
2. มูลนิธิเพื่อการพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บประชากรไทย ปี พ.ศ. 2557. นนทบุรี: แผนงานการพัฒนาดัชนีภาระทางสุขภาพเพื่อการพัฒนา นโยบาย. สำนักงานพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.; 2560
3. กรมสุขภาพจิต. รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2548. นนทบุรี: กองแผนงานกรมสุขภาพจิต; 2548.
4. มูลนิธิศรีธัญญา. เอกสารประกอบงานโครงการรณรงค์เพื่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมสังคม. นนทบุรี: โรงพยาบาลศรีธัญญา; 2548.
5. ขวัญทิพย์ สุขมาก. การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจิต. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต; 2558.
6. ขวัญสุตา บุญทศ, อมรรัตน์ ศรีคำสุข ไซโตะ, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. การสนับสนุนทางสังคมต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. การประชุมวิชาการ ครั้งที่ 27 ประจำปี 2554, ขอนแก่น: ม.ป.ท.; 2554. หน้า 186-9.
7. ผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการ ผู้ป่วยจิตเวชที่เกิดอาการกลับเป็นซ้ำและควบคุมอาการไม่ได้, งานเวชระเบียน และสถิติปี 2560 งานสุขภาพจิตโรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ปี 2560.
8. สายรุ่ง จันทร์เส็ง. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในโรงพยาบาลอุดรดิตถ์. [การค้นคว้าอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2548.
9. ศรีสกุล แจ้คำ. การศึกษาการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มต่อภาระและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลบางจาก จังหวัดสมุทรปราการ. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
10. เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, ชนกวร จิตปัญญา. トラบาบ: การรับรู้และผลกระทบของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2548;18:1-9.
11. เกียรติภูมิ วงศ์จิต. สุขภาพจิตชุมชน: บทเรียนและประสบการณ์ของประเทศไทย. ครั้งที่ 1. นนทบุรี: บริษัทปิยอนด์ พับลิชชิง จำกัด; 2555. 28-34.
12. กรมสุขภาพจิต. โรงพยาบาลศรีธัญญา. เคล็ดไม่ลับ...ฉบับดูแลคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม. นนทบุรี: โรงพยาบาล; 2560.
13. สุภาภรณ์ ทองดารา. ผลการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย. [การค้นคว้าอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2545.