

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

รูปแบบการจัดระเบียบชุมชนเพื่อการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิ ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยองค์กรสงฆ์

Model of community organization for psychiatric patients' rights protection by monks

เสาวนีย์ เข็มพุดชา, ศ.ม.
Saovane Kempudsa, M.A.

สถาบันราชานุกูล
Rajanukul Institute

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ นำเสนอรูปแบบการจัดระเบียบชุมชนเพื่อการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยองค์กรสงฆ์ และปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จ

วัสดุและวิธีการ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เกี่ยวข้องกับการจัดระเบียบชุมชนฯ ในตำบลอุตมทรัพย์ อำเภอน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา คัดเลือกด้วยวิธีเจาะจงจำนวน 15 คน และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2560 – สิงหาคม พ.ศ. 2561 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผล รูปแบบการจัดระเบียบชุมชนฯ ประกอบด้วย ระบบสนับสนุนที่เป็นปัจจัยเอื้อต่อการผลักดันให้เกิดชมรมส่งเสริมดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนและจัดกิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชโดยมีพระสงฆ์เป็นผู้นำ ระบบหลักคือการจัดตั้งชมรมและดำเนินกิจกรรม เช่น คัดกรองผู้ป่วย สนับสนุนการรักษาต่อเนื่อง และฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยวิถีชุมชน ผลลัพธ์คือผู้ป่วยฟื้นคืนสู่ความเป็นปกติสามารถใช้ชีวิตได้ในชุมชน ชมรมดำเนินการอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน และชุมชนมีการพัฒนาอัตลักษณ์ร่วมกัน โดยปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการจัดระเบียบชุมชนฯ ได้แก่ การจัดตั้งชมรมในชุมชนที่มีคุณสมบัติการเป็นหน่วยแห่งอัตลักษณ์ร่วม หน่วยแห่งการแก้ปัญหา และหน่วยแห่งการปฏิบัติการ มีพระสงฆ์เป็นผู้นำชมรมที่มีชุดทักษะการนำสู่การเปลี่ยนแปลงและการนำเพื่อประสานประโยชน์ มีการรวมกลุ่มคนที่มีเป้าหมายร่วมกัน และการทำงานในลักษณะประสานความร่วมมือทุกภาคส่วน

สรุป รูปแบบการจัดระเบียบชุมชนฯ ใช้ชมรมโดยมีวัดเป็นฐานในการดำเนินงาน ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมการลดอคติและการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย

คำสำคัญ: การคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิ การจัดระเบียบชุมชน ชุมชน ผู้ป่วยจิตเวช องค์กรสงฆ์

ติดต่อผู้พิมพ์: เสาวนีย์ เข็มพุดชา; e-mail: wonsaonaja2010@gmail.com

Abstract

Objectives To present a model of community organization for psychiatric patients' rights protection led by monks and its success factors.

Materials and methods This qualitative study examined the community organization model delivered in Udom Sap Subdistrict, Wang Nam Khiao District, Nakhon Ratchasima Province. The participants were purposely selected from the contributors of the community organization and took part the in-depth interviews. The non-participatory observation was performed in the community. The data were collected between October 2017 and August 2018 and analyzed by using content analysis.

Results This model of community organization comprised of the supporting systems that facilitated the initiation of the club and rehabilitation activities for patient and the main systems that organized the club and its activities, such as screening patients, monitored their adherence, and provided traditional rehabilitation. The outcomes of the model were the ability of recovery patients being reintegrated into the community, the sustainability of the club and the social identity of the community. The success of the model was due to the unique community characteristics that included a unit of identity, unit of solution and unit of practice. The monks' leadership skills in both transformational and transactional skills, the cohesion of community members with the common goals and the multi-networks collaboration were all crucial to the model's success.

Conclusion The model of community organization for psychiatric patients' rights protection led by monks demonstrated its benefit for psychiatric patients to receive better care and rehabilitation, support de-stigmatization and also better protect their rights.

Key words: community, community organization, monks, patients' rights protection, psychiatric patients

corresponding author: Saovane Kempudsa; e-mail: wonsaonaja2010@gmail.com

บทนำ

กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการรายงานสถานการณ์ด้านคนพิการในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560 พบว่ามีคนพิการที่ได้รับการออกบัตรประจำตัวคนพิการจำนวน 1,756,849 คน ภูมิลำเนาอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือจำนวน 713,130 คน (ร้อยละ 40.59) ในจำนวนนี้มีความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมจำนวน 129,081 คน (ร้อยละ 7.40)¹ เมื่อจำแนกประเภทความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมรายจังหวัดพบว่าจังหวัดนครราชสีมามีคนพิการทางจิตจำนวน 5,314 คน² ปัญหาสำคัญคือผู้พิการส่วนใหญ่ยังเข้าไม่ถึงบริการทางการแพทย์ แม้จะมีระบบประกันสุขภาพที่หลากหลายและมีหลักเกณฑ์ความพิการและการฟื้นฟูสมรรถภาพแล้วก็ตาม สอดคล้องกับสถานการณ์งานสุขภาพจิตในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลางที่พบว่าขาดประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรสำหรับงานบริการสุขภาพจิต ทั้งเชิงเทคนิคและเชิงการจัดสรรกลไกทางงบประมาณการเงิน ตลอดจนการกระจุกตัวมากเกินไปของทรัพยากรในสถาบันหรือหน่วยบริการขนาดใหญ่ ประชากรกลุ่มที่มีความยากไร้ทางเศรษฐกิจสังคมสูงซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความจำเป็นและความต้องการรับบริการสุขภาพจิตสูงสุดกลับเป็นกลุ่มที่เข้าถึงบริการได้น้อยที่สุด โอกาสและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ป่วยทางจิตเป็นอีกประการหนึ่งที่ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงการบริการได้ ซึ่งถือเป็นการละเมิดสิทธิผู้ป่วย³ นอกจากนี้การจัดบริการสุขภาพด้วยแนวคิดแบบ medical model⁴ เดิมมีข้อจำกัดที่มองความพิการเป็นปัญหาของผู้ป่วยและให้การดูแลรักษาโดยบุคลากรสาธารณสุข ขณะเดียวกันองค์การอนามัยโลกได้จัดทำข้อเสนอแนะการพัฒนางานสุขภาพจิตชุมชน (community-based intervention)⁵

โดยผสมผสานงานสุขภาพจิตในลักษณะของการเป็นพันธมิตรกับชุมชนและองค์กรในชุมชน การมีส่วนร่วมของชุมชน การพัฒนาพลังความสามารถของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน นอกจากนี้ยังมีแนวคิดแบบ social model⁴ ที่ใช้มุมมองทางสังคมมองความพิการว่าเป็นปัญหาที่สังคมมีอคติและเลือกปฏิบัติ ดังนั้นการแก้ไขต้องให้สังคมเข้ามาช่วยจัดการ แต่เนื่องจากกระบวนการดังกล่าวไม่สามารถเกิดขึ้นได้เองตามธรรมชาติ จึงจำเป็นต้องมีการสนับสนุนผลักดันด้วยวิธีการต่าง ๆ หนึ่งในวิธีการเหล่านั้นคือการจัดระเบียบชุมชน⁶ ซึ่งเป็นรูปแบบและวิธีการทางด้านสังคมสงเคราะห์ที่ชุมชนรูปแบบหนึ่งที่อาศัยความร่วมมือร่วมใจของชุมชนระดมทรัพยากรในสังคมมาสนับสนุน และการทำงานแบบสหวิชาการ เพื่อตอบสนองลักษณะปัญหาความต้องการของชุมชน สามารถนำมาใช้ได้กับปัญหาที่สังคมมีอคติและเลือกปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเวช รูปแบบการปฏิบัติงานจึงครอบคลุมทั้งการพัฒนาชุมชน การวางแผนทางสังคม และการปฏิบัติการทางสังคมเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชและชุมชนสามารถพัฒนาตนเองได้อย่างยั่งยืน เสริมสร้างคุณภาพชีวิตของชุมชนด้วยกิจกรรมหลาย ๆ ด้าน กล่าวได้ว่าเป็นการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนนั่นเอง

โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนนครินทร์ โดยกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ได้ดำเนินการโครงการส่งเสริมสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยพระสงฆ์เป็นแกนนำตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 ในพื้นที่ตำบลอุดมทรัพย์ที่เดิมมีผู้ป่วยจิตเวชขาดการรักษาและกลับมารักษาซ้ำสูง เมื่อมีการกำเริบได้สร้างความเดือดร้อนให้แก่ครอบครัวและชุมชน ทำให้เกิดทัศนคติทางลบต่อผู้ป่วย ไม่ให้เข้าร่วมในกิจกรรมทางสังคมและชุมชน และถูกตีตราว่าเป็นคนบ้า แต่หลังจากที่เจ้าอาวาสวัด

ห้วยพรหมเข้าร่วมโครงการเป็นวัดนำร่องดำเนินงานจัดระเบียบชุมชนโดยองค์กรสงฆ์เป็นแกนนำ ผลักดันให้สังฆมณฑลเข้าร่วมจัดการการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ตามแนวคิดแบบ social model และสอดคล้องตามข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก แนวคิดการวิเคราะห์ชุมชนเพื่อเลือกชุมชนเป้าหมายให้สามารถดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน⁷ แนวคิดชุดทักษะผู้นำการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชใน/โดยชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ⁸ และแนวคิดกลยุทธ์การลดอคติอย่างมีประสิทธิภาพ^{9,10} ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่ได้รับการดูแลที่ดีขึ้น และยังสามารถจัดตั้งชมรมส่งเสริมดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยพระสงฆ์ อีกทั้งยังขยายแนวคิดและการจัดตั้งชมรมในพื้นที่อื่นได้อีกจนเป็น 22 ชมรมในปี พ.ศ. 2560

อย่างไรก็ตาม แม้มีการดำเนินงานที่ประสบความสำเร็จในพื้นที่ แต่ในกลุ่มประเทศรายได้ต่ำและปานกลางมีรายงานการวิจัยที่แสดงถึงการแก้ปัญหาทางสาธารณสุขในงานสุขภาพจิตค่อนข้างน้อย¹¹ มีงานวิจัยตีพิมพ์ในวารสารทางการแพทย์น้อยมาก ดังนั้น การดำเนินงานสุขภาพจิตส่วนใหญ่จึงอ้างอิงผลงานวิจัยจากกลุ่มประเทศรายได้สูง ทั้งที่งานสุขภาพจิตมีความอ่อนไหวมากต่อปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมที่แตกต่าง อีกทั้งคณะทำงานสุขภาพจิตโลก¹¹ ได้วิเคราะห์สถานการณ์งานสุขภาพจิตของกลุ่มประเทศรายได้ต่ำและปานกลางและเสนอลำดับความสำคัญของการประเมินการวิจัยไว้ ได้แก่ การวิจัยลดภาระโรค การวิจัยการบริการที่ยั่งยืนและเข้าถึงได้อย่างทั่วถึงเท่าเทียม การศึกษานโยบายสุขภาพและระบบการค้นหาลู่ปรารถในการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย การวิจัย

และประเมินผลการจัดบริการโดยผู้ที่ไม่ใช่บุคลากรทางสุขภาพจิตและจิตเวช การศึกษาประสิทธิภาพของการทำงานในลักษณะเป็นพันธมิตรกับองค์กรเอกชน และองค์การจิตอาสาในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังและผู้ป่วยโรคจิตประเภทอื่น ๆ ซึ่งสอดคล้องกับงานของชมรมส่งเสริมดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยพระสงฆ์ที่วัดห้วยพรหม ตำบลอุ้มผางที่ดำเนินการดำเนินงานอย่างยั่งยืนมาเกือบ 20 ปี สามารถอยู่ได้ด้วยเงินบริจาคของชุมชน มีกิจกรรมที่ช่วยลดอคติ มีการดำเนินงานโดยพระสงฆ์และชุมชนจากหลายภาคส่วน และมีบุคลากรสุขภาพจิตเป็นผู้สนับสนุนเบื้องหลัง ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษารูปแบบการจัดระเบียบชุมชนเพื่อคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยองค์กรสงฆ์ และปัจจัยที่เอื้อต่อความสำเร็จ จนสามารถทำให้ผู้ป่วยจิตเวชเป็นที่ยอมรับและเข้าถึงสิทธิที่พึงมีพึงได้และดำรงชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ เพื่อเป็นต้นแบบการดำเนินงานเพื่อคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่มีทรัพยากรจำกัด

วัตถุประสงค์และวิธีการ

เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยศึกษาข้อมูลเอกสารรายงานการละเมิดสิทธิคนพิการทางจิตใจและจิตสังคม¹² สถิติข้อมูลสถานการณ์คนพิการของประเทศและของพื้นที่ การส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ และศึกษาข้อมูลภาคสนามด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม

ประชากรในการสัมภาษณ์เชิงลึก คือผู้ที่เกี่ยวข้องกับจัดระเบียบชุมชนเพื่อการคุ้มครองและ

พิทักษ์สิทธิผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยองค์การสงฆ์ในตำบลอุทุมพรพิสัย อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา คัดเลือกด้วยวิธีเจาะจงจำนวน 15 คน ครอบคลุม 6 กลุ่มดังนี้ 1) บุคลากรสุขภาพ ได้แก่ นักสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ราชชนรินทร์ผู้ริเริ่มโครงการ 1 คน และ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่งรวม 2 คน 2) เจ้าหน้าที่บริหารส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ร่วมดำเนินการ ได้แก่ เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล 2 คน 3) ผู้นำชุมชนเป็นผู้ร่วมรับรู้และร่วมดำเนินการ 2 คน 4) พระสงฆ์เป็นผู้ดำเนินงานในชุมชน 3 รูป 5) ญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยจิตเวช 3 คน และ 6) ผู้ป่วยจิตเวชที่อาศัยในชุมชน 2 คน โดยมีผู้วิจัยเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลและแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นด้วยแนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก ประเด็นหลักในการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1-3 คือ การริเริ่มทำงานหรือร่วมดำเนินงานชมรมเพื่อการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยจิตเวช เพราะอะไร ทำอะไร ทำอย่างไร สิ่งที่สนับสนุนให้การทำงานประสบความสำเร็จ ผลที่เกิดขึ้นจากการมีชมรม ปัญหาอุปสรรคและการแก้ไขที่ได้ผล ประเด็นหลักในการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 5-6 คือ ชมรมทำอะไร อย่างไร โดยใคร เพื่อเป็นการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยจิตเวช ประโยชน์ที่ได้รับจากการมีชมรมทั้งต่อผู้ป่วย ผู้ดูแลครอบครัว และชุมชน

การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมโดยผู้วิจัยในการประชุมสมาชิกชมรม งานหรือกิจกรรมในชุมชน ประเด็นที่ใช้สังเกตคือ การสื่อสารทั้งวัจนภาษาและอวัจนภาษาระหว่างกลุ่มตัวอย่างกับผู้ที่เกี่ยวข้องที่อยู่ในเหตุการณ์เมื่อพูดถึงผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มตัวอย่างที่

เป็นผู้ป่วยจิตเวชมีการสังเกตเพิ่มด้านสิ่งแวดล้อมความเป็นอยู่ การดูแลตนเอง เช่น อนามัยส่วนบุคคล ยาที่รับประทาน การร่วมกิจกรรมของชุมชน ประเด็นการสังเกตคือ สิทธิทางทาง ความสะอาดเรียบร้อยของร่างกาย การเก็บยาที่รับประทาน การตอบสนองหรือพูดคุยกับคนอื่น ๆ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือทำ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ได้แก่ จิตแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์เชี่ยวชาญ อาจารย์หัวหน้าภาควิชาสุขภาพจิตและจิตเวช ผู้เชี่ยวชาญเรื่องการพัฒนาเครื่องมืออีก 2 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยพิจารณาถึงความครอบคลุมและความสอดคล้องกับเนื้อหา นำเครื่องมือไปทดสอบกับกลุ่มที่คล้ายคลึงกันปรับปรุงแก้ไขและให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบอีกครั้ง ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2560 – สิงหาคม พ.ศ. 2561 ตรวจสอบความแน่นอนของข้อมูลโดยนำข้อมูลที่ได้จากการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เชิงลึก และข้อมูลจากเอกสารมาเปรียบเทียบกัน การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนรินทร์เอกสารรับรองเลขที่ 011/2561 วันที่ 14 สิงหาคม พ.ศ. 2561

ผล

รูปแบบการจัดระเบียบชุมชนเพื่อการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยองค์การสงฆ์ที่ประสบความสำเร็จ

กรอบแนวคิดของรูปแบบในการจัดระเบียบชุมชนฯ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1) ระบบ

สนับสนุน มาจากข้อมูลปัจจัยที่ทำให้เกิดความสำเร็จ
2) ระบบหลักมาจากข้อมูลที่เป็นการทำงานหรือ
กิจกรรมโดยตรงที่ปฏิบัติต่อกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชและหรือ
กลุ่มผู้เกี่ยวข้องในชุมชน 3) ผลลัพธ์คือสิ่งที่เกิดขึ้น

อันส่งผลเชิงบวกต่อกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้อง
ในชุมชน และชุมชนภายหลังจากการดำเนินงาน
แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 รูปแบบการจัดระเบียบชุมชนเพื่อการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยองค์กรสงฆ์
ที่ประสบความสำเร็จ

ระบบสนับสนุน	ระบบหลัก	ผลลัพธ์
1. ผู้นำและทีม (พระสงฆ์/แกนนำ ในชุมชน/นักสังคมสงเคราะห์ ตัวแทนภาคส่วนต่าง ๆ) 2. พัฒนาคนในชุมชน/บุคลากร ที่เกี่ยวข้อง 3. การสนับสนุนทางสังคม 4. การมีส่วนร่วมในสังคมและ ความเท่าเทียมกัน 5. การสื่อสารที่ดี 6. สภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวย 7. ทรัพยากร	กิจกรรมของชมรม 1. จัดอบรมสร้างความตระหนักและ ความเข้าใจแก่สมาชิกในชมรมเกี่ยวกับ การอยู่ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยจิตเวช และคนในชุมชน 2. จัดเวทีประชุมระหว่างสมาชิกในชมรม เป็นประจำ 3. กิจกรรมสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับ การคัดกรอง/รักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ/ ได้รับยาอย่างต่อเนื่อง 4. กิจกรรมประเพณีวัฒนธรรมพื้นบ้าน ได้แก่ ดนตรีพื้นเมือง 5. สนับสนุน/สร้างความเข้าใจเรื่องระเบียบ/ กฎหมายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช 6. ประสานเครือข่าย กิจกรรมของครอบครัว/ชุมชน 1. การสนับสนุนจากคนรอบข้าง 2. กิจกรรมเศรษฐกิจเสริมรายได้ 3. กิจกรรมประเพณีวัฒนธรรมพื้นบ้าน ได้แก่ ดนตรีพื้นเมือง 4. กิจกรรมทางสังคม กิจกรรมช่วยเหลือกันเองของผู้ป่วย	ต่อชุมชน - พัฒนาอัตลักษณ์ทางสังคม (social identity) ต่อผู้ป่วยจิตเวช - เกิดความสัมพันธ์ในลักษณะ ต่างตอบแทนกันระหว่างผู้ป่วย กับผู้ป่วย และผู้ป่วยกับคน ในชุมชน - พื้นดินสู่ความเป็นปกติ (recovery) ความสามารถ ในการดำเนินชีวิตอย่าง เหมาะสมได้ด้วยตัวเอง และเติบโตอย่างมีคุณภาพ ต่อชมรม - ชมรมดำเนินการอย่างต่อเนื่อง และยั่งยืน

ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการจัดระเบียบชุมชน เพื่อการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยจิตเวช

การจัดตั้งชมรม

ชุมชนที่มีคุณสมบัติเหมาะสมจะสามารถดำเนินงานโครงการสาธารณสุขชุมชนให้ประสบผลสำเร็จอย่างยั่งยืน⁷ โดยชุมชนวัดห้วยพรหมมีคุณสมบัติดังนี้

- 1) ชุมชนวัดห้วยพรหม เป็นหน่วยแห่งอัตลักษณ์ร่วม (*unit of identity*) คือเป็นพุทธศาสนิกชนที่เคารพศรัทธาในพระพุทธศาสนา มีวัดห้วยพรหมที่มีพระครูประโชติสังฆมิกเจ้าอาวาสและคณะสงฆ์เป็นศูนย์รวมจิตใจและแกนนำชุมชน คนในชุมชนนี้ยังมีอัตลักษณ์ร่วมโดยเป็นกลุ่มคนที่ไม่มีที่ทำกินและได้รับการจัดสรรที่ดินจากรัฐให้มาตั้งรกรากที่ชุมชนนี้ ได้ช่วยกันบุกเบิกพื้นที่ หักร้างถางพง สร้างที่อยู่อาศัย เห็นอกเห็นใจ แบ่งปันช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ร่วมทุกข์ร่วมสุขมาจนถึงปัจจุบัน
- 2) ชุมชนมีวัดเป็นศูนย์กลาง เป็นหน่วยแห่งการแก้ปัญหา (*unit of solution*) โดยธรรมชาติ กล่าวคือสามารถหาทางออกและให้คำตอบที่ยากหรือไม่สามารถจะหาได้จากที่อื่น เช่น กำเนิดของชีวิต ความหมายของความตาย บทบาทการเป็นมนุษย์ ช่วยให้เราสามารถปรับตัวผ่านช่วงเวลาต่าง ๆ ของชีวิต เช่น การเกิด การแต่งงาน การเจ็บป่วย การตาย ช่วยสงเคราะห์แก้ปัญหาทางด้านต่าง ๆ เช่น การศึกษา การฉกฉวยโอกาสแก่ผู้ยากไร้
- 3) ชุมชนเป็นหน่วยแห่งการปฏิบัติการ (*unit of practice*) แก้ปัญหาอย่างเข้มแข็ง เช่น ประวัติการก่อตั้งชุมชน มีการช่วยกันหักร้างถางพง ช่วยกันแก้ปัญหาการคมนาคมในชุมชนที่มีสภาพทรุดโทรมมาก ด้วยการพร้อมใจกันระดมทรัพยากรในชุมชน เช่น กำลังคน เงิน วัตถุดิบฯ จนสามารถสร้างถนนภายในหมู่บ้านขึ้นได้เอง

เนื่องจากการดำเนินงานของชมรมมีลักษณะที่ต้องประสานความร่วมมือกับหลายภาคส่วนรวมทั้งผู้ป่วยจิตเวช บริบทของงานจึงมีพลวัตการเปลี่ยนแปลงสูงและมีทรัพยากรจำกัด จึงจำเป็นต้องอาศัยทักษะการนำสูง องค์การสงฆ์โดยพระครูประโชติสังฆมิกเจ้าอาวาสวัดห้วยพรหมและคณะสงฆ์ ซึ่งเป็นผู้นำชมรมมีทักษะความเป็นผู้นำชุมชน⁸ ดังนี้ 1) *ชุดทักษะการนำสู่การเปลี่ยนแปลง (transformational leadership skills)* ซึ่งประกอบด้วย ทักษะการสนับสนุนส่งเสริมให้ทีมมีความผูกพันแน่นแฟ้น และทักษะในการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของทีม และ 2) *ชุดทักษะการนำเพื่อประสานประโยชน์ (transactional leadership skills)* ซึ่งประกอบด้วย ทักษะการกำหนดเป้าหมายอย่างชัดเจน เข้าใจง่าย ทักษะการให้การตอบแทนผลการปฏิบัติงาน ทักษะการสร้างแรงจูงใจให้เหมาะสมกับสถานการณ์

ชมรมเป็นการรวมกลุ่มคนที่มีความหมายร่วมกันและมีประเด็นการทำงานที่เห็นพ้องต้องกัน มาจากการมีประสบการณ์บางอย่างร่วมกัน ในที่นี้คือการอยู่ในชุมชนที่มีผู้ป่วยจิตเวชร่วมอยู่ด้วยและการทำให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถใช้ชีวิตร่วมอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติสุข ทั้งนี้พบว่าก่อนตั้งชมรมมีผู้ป่วยจิตเวชขาดการรักษาต่อเนื่องทำให้มีอาการกำเริบและกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในร้อยละ 50 ครอบครัวและผู้ป่วยมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและการเดินทางสูงครั้งละมากกว่า 1,000 บาทต่อคนต่อครั้ง ครอบครัวและผู้ป่วยมีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยทางจิตเป็นเรื่องไสยศาสตร์ ผู้ป่วยปฏิเสธการเจ็บป่วยทางจิตจึงไม่รับประทานยาต่อเนื่อง ผู้ป่วยมีอาการกำเริบสร้างความเดือดร้อนให้แก่ครอบครัวและชุมชน ผู้ป่วยและครอบครัวไม่มีโอกาสเข้าร่วมในกิจกรรมทางสังคม

และชุมชน ถูกตีตราว่าเป็นคนบ้า “ไร้คุณค่า” เข้าไม่ถึงสิทธิพึงมีพึงได้ และไม่มีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ชุมชนมีความหวาดกลัวและปฏิเสธผู้ป่วยในชุมชน เจ้าอาวาสวัดห้วยพรหมจึงเป็นผู้นำในการพูดคุยและประชุมอย่างเป็นทางการกับหน่วยงานในพื้นที่ ได้แก่ หน่วยงานฝ่ายปกครอง หน่วยงานสาธารณสุข แกนนำในชุมชน เพื่อร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่อประเด็นผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยเฉพาะทัศนคติที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวช การให้ความช่วยเหลือสนับสนุน และความรู้เรื่องโรคจิตเวช และที่ประชุมมีมติให้มีการจัดตั้งชมรมโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ให้ประชาชนได้รับการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และลดอคติแก่ผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว มีการวางแผนด้านการบริหารจัดการและการระดมทุน ประชาสัมพันธ์เชิญชวนให้ผู้ที่สนใจจิตอยากร่วมช่วยเหลือนำอุปกรณ์หรืออาหารมาร่วมกันในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ กิจกรรมที่สนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพให้ผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ การเยี่ยมบ้าน การส่งเคราะห์ค่าเดินทางไปโรงพยาบาล การกระตุ้นและเปิดโอกาสให้เข้าไปมีส่วนร่วมช่วยทำกิจกรรมในงานบุญงานเทศกาลของชุมชน การฝึกทักษะที่สามารถสร้างรายได้ เช่น การเล่นดนตรีพื้นเมือง การทำดอกไม้จันทน์ ดังข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่กล่าวว่า “พระสงฆ์จะเป็นหลักเลย เป็นเรื่องส่วนของจิตใจ การกระทบกระทั่งอะไรมันก็จะเบาลง คนกับพระนี้เวลาพระพูดอะไรมา ศาสนาก็เป็นเรื่องจูงใจ มันก็ไม่รุนแรงมาก มีความเกรงใจ อาศัยบารมีหลวงพ่อดอดผ้าป่าช่วยกัน เพราะว่าเรารวมกลุ่มคน มีการรวมตัวเป็นฐานไว้แล้ว มีพลังอยู่แล้ว...”

นอกจากนั้น การทำงานเป็นในลักษณะประสานความร่วมมือทุกภาคส่วน โดยไม่แบ่งแยกว่า

ใครเป็นสหวิชาชีพด้านใด ใครเป็นผู้ให้หรือผู้รับบริการ ใครมีความสามารถหรือทักษะความถนัดเรื่องใดก็ช่วยทำงานในเรื่องนั้น ๆ ดังข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่กล่าวว่า “แต่ถ้าวันดีคืนดีมีท่านกำหนดไป มีท่านตำรวจไป มีท่านผู้ใหญ่บ้านไป มี อบต.ไป มีพระเจ้าพระสงฆ์ไป รวมกันไปเยี่ยมก็ได้ภาพที่ประทับใจ ก็คือคนใช้ร้องให้ ทำให้เกิดมานะอยากช่วยคนไข้ เราก็เลยกลับ โสเหล่กัน...”

ปัจจัยที่ช่วยให้ชมรมประสบความสำเร็จ

การพัฒนาอัตลักษณ์ทางสังคม (social identity) โดยสมาชิกทั้งในชมรมและในชุมชนร่วมกัน ผู้ป่วยมีประสบการณ์ในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยด้วยกันตามศักยภาพที่มีอยู่ ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยที่อยู่ในชมรมได้ไปมาหาสู่กันและกันโดยมีการเยี่ยมบ้านพูดคุยกันมากขึ้น และแบ่งปันอาหารสิ่งของเครื่องใช้ให้กัน ตลอดจนการให้ข้อมูลที่มีประโยชน์ เป็นต้น

การพัฒนาความสัมพันธ์ในลักษณะต่างตอบแทนกันช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในชมรมทั้งที่เป็นและไม่เป็นผู้ป่วย ก่อให้เกิดสัมพันธภาพต่างตอบแทนทั้งสองฝ่ายสามารถผลัดกันเป็นผู้ให้และผู้รับอย่างเท่าเทียมกัน มีประสบการณ์การอยู่ร่วมกันในชมรม เกิดความเห็นอกเห็นใจ ความเคารพในศักดิ์ศรีความเข้าใจอย่างลึกซึ้งและครอบคลุมความหมายของชีวิต สถานภาพ ศักยภาพ และข้อจำกัดของแต่ละฝ่าย ผู้ป่วยสามารถก้าวข้ามสถานภาพของการเป็นผู้ป่วย สมาชิกที่มาเป็นจิตอาสาช่วยเหลือผู้ป่วยในชมรมหรือทำกิจกรรมร่วมกับชมรม จะได้รับการยอมรับจากคนในชุมชนในการทำความดีมีความเสียสละ และบางครั้งได้รับตอบแทนเป็นค่าจ้างเครื่องอุปโภคบริโภค

สภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยโดยชมรม ได้เลือกวัดเป็นสถานที่ตั้งของชมรม เพราะวัดเป็น ศูนย์กลางที่ประชาชนไปพบปะกันโดยสะดวก เพื่อประกอบพิธีทางศาสนา กรณีมีการขยายผลการ จัดตั้งชมรมจะเลือกสถานที่ตามความเหมาะสม หรือบริบทของพื้นที่ เช่น ที่ทำการองค์การบริหาร ส่วนตำบลหรือท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล ศาลาประชาคมหมู่บ้าน ซึ่งเป็นสถานที่ที่มี สิ่งอำนวยความสะดวกต่อการทำกิจกรรมด้วยเช่น อาคารสถานที่ที่มีขนาดเหมาะสม มีอุปกรณ์ที่จำเป็น ได้แก่ โต๊ะ เก้าอี้ มีการแบ่งพื้นที่สำหรับกิจกรรม ที่ต้องการความเป็นส่วนตัว การรักษาความลับ ของสมาชิกทั้งที่เป็นและไม่เป็นผู้ป่วย

การสื่อสารที่ดีด้วยการพูดคำศัพท์ทางจิตเวช ใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายช่วยให้คนในชุมชนเข้าใจได้ตรงกัน ตามวัฒนธรรมของชุมชนนั้น ตัวอย่างเช่น การวินิจฉัย ชื่อโรคต่าง ๆ ต้องยกตัวอย่างให้เห็นชัด เช่น ความ ผิดปกติทางความคิดเป็นอย่างไร การรักษาหายเป็น อย่างไร การฝึกทักษะผู้ป่วยในชีวิตประจำวันการดูแล ตัวเองต่าง ๆ ได้ต้องทำทีละอย่างทีละเรื่อง และ ทำซ้ำ ๆ อย่างไม่รู้เบื่อ ดังเช่นพระสงฆ์พูดว่า “พูดอย่างไร ให้ชาวบ้านถึงบางอ้อไปพร้อม ๆ กันได้” จึงจะเป็น การสื่อสารที่ดี

ปัจจัยที่ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชฟื้นคืนสู่ความเป็นปกติ

การมีส่วนร่วมในสังคมและความเท่าเทียมกัน แกนนำชุมชน สมาชิกในชมรม ครอบครัวตลอดจน ผู้ที่อยู่ในชุมชนจะมีการสื่อสารด้วยรูปแบบต่าง ๆ เพื่อร่วมกันคิดแก้ไขปัญหาหรือวางแผนการทำงาน ต่าง ๆ ร่วมกันโดยยึดปัญหาความต้องการของผู้ป่วย เป็นหลัก ตัวอย่างเช่น ชมรมมีการจัดเวทีประชุม

ระหว่างสมาชิกเป็นประจำ การทำกิจกรรมใด ๆ ต้อง มีการสอบถามความคิดเห็นจากสมาชิกเพื่อได้มา ซึ่งมติของกลุ่มจึงจะดำเนินการ หากมีปัญหาเกี่ยวกับ ผู้ป่วยแม้เรื่องการกินยาของผู้ป่วยในชมรม จะไม่ใช่ การบังคับแต่ให้ผู้ป่วยได้คิดได้เรียนรู้ เช่น เมื่อญาติ มาเล่าให้พระสงฆ์ฟังว่า “ผู้ป่วยไม่กินยา” พระสงฆ์ ไปเยี่ยมที่บ้านพร้อมสมาชิกชมรมจะถามผู้ป่วยว่า “เพราะอะไรผู้ป่วยจึงไม่กินยา” ผู้ป่วยมักตอบว่า “กินแล้วตัวแข็ง ลื่นแข็ง ไม่สบายตัว” พระสงฆ์จะถาม ต่อว่า “แล้วถ้าไม่กินยาจะมีอาการอย่างไร” ผู้ป่วย ก็จะตอบตามที่เขารับรู้จึงพบสาเหตุแห่งความทุกข์ของ ผู้ป่วย การมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องส่งผลให้ ชุมชนเกิดความเข้าใจและยอมรับผู้ป่วยจิตเวชมากขึ้น ดังข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่กล่าวว่า “บางคนเขารู้ว่าป่วย แต่คนเขาก็ยังคลุกคลีกันอยู่ ก็ถือว่าเป็น การลดการตีตรา ผมคิดว่าน่าจะเกี่ยวกับการพิทักษ์ สิทธิเขาด้วยเช่นกัน” “เรื่องของดนตรีบำบัด ก็เรื่อย ๆ ไป เริ่มหนึ่งไปเพราะผู้ป่วยเริ่มเบื่อ เริ่มเหนื่อย ก็เลยหยุดไป มีแต่ญาติผู้ป่วยมาทำแทน น่าจะเพราะญาติเริ่มสนุก กับกิจกรรมมากขึ้น ส่วนหนึ่งเป็นเพราะเราเวลารวมตัว ผู้ป่วยแล้ว ทำให้เรารู้ว่า เวลาเรารวมตัวกันระหว่าง ญาติกับผู้ป่วยแล้ว มันมีพลังมากขึ้น”

การได้รับการยอมรับเข้าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมช่วยเชื่อมโยงให้เกิดความต่อเนื่องของ กระบวนการเติบโตอย่างมีคุณภาพ ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสมได้ด้วยตัวเอง สามารถเข้าถึงกิจกรรมทางสังคมของการดำเนินชีวิต ตามปกติ ได้แก่ กิจกรรมทางวัฒนธรรม เช่น ดนตรี พื้นบ้าน กิจกรรมการรวมกลุ่มทางสังคม การทำ ธุรกรรมทางการเงิน เช่น การได้งานทำมีรายได้ มีทรัพย์สินเป็นของตนเอง การเที่ยวพักผ่อนหย่อนใจ

เป็นต้น ดังข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่กล่าวว่า “เรื่องของคนที่ผู้ป่วยออกไปทำบัตรทอง หรือบัตรอะไรก็เพิ่มมากขึ้นด้วย คนอื่นเวลาเขามีปัญหาอะไร เขากล้าที่จะขอคำแนะนำจากหน่วยงานมากยิ่งขึ้น” “บางคนเขามาช่วยเดินข้าวที่วัด เขาก็ได้พูดคุยกับคนที่วัดบ้าง คนที่เดินตามพระบิณฑบาตก็ได้พบปะคนนั้น คนนี้ คนในชุมชนเขาก็ไม่ได้รังเกียจอะไร เสื้อผ้าเขาก็ฝากให้ ซนมนมเนยเขาก็มีมาฝากให้ นี่ก็ลดการตีตรา ลดอคติ เพราะว่าเขาก็ได้ช่วยชุมชนได้บ้าง”

ปัจจัยที่ช่วยในการพัฒนาของชมรมดำเนินการไปอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

การขยายขอบเขตความกว้างขวางของการประสานเครือข่าย ได้แก่ การประสานงานสร้างเครือข่ายกับชมรมอื่น ๆ ที่หลากหลายประเภททั้งที่เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช และชมรมที่ไม่เกี่ยวข้องกับการสุขภาพจิตและจิตเวช เช่น ชมรมศิลปะการแสดง ชมรมเกี่ยวกับการจัดนิทรรศการภาพวาด ชมรมจิตอาสาเพื่อสาธารณประโยชน์ ทั้งนี้ช่วยให้ชมรมได้เรียนรู้วิธีการดำเนินงานของชมรมอื่นที่หลากหลายออกไป ตลอดจนช่วยเพิ่มการตระหนักรู้และความเข้าใจของสังคมในวงกว้างออกไปในเรื่องต่าง ๆ เกี่ยวกับชมรมผู้ป่วยจิตเวช ศักยภาพผู้ป่วยจิตเวช ตัวอย่างเช่น พระสงฆ์ได้มีการเผยแพร่กิจกรรมของชมรมควบคู่ไปกับการทำงานของหน่วยงานของภาครัฐ ทำให้หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องรับรู้งานของชมรม

วิจารณ์

การดำเนินการของพระสงฆ์และชุมชนวัดห้วยพรหม ตำบลอุดมทรัพย์ อำเภอมัญจาคีรี จังหวัดนครราชสีมา ร่วมกับนักสังคมสงเคราะห์ใน

การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชให้ได้รับการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง เป็นการจัดระเบียบชุมชนเพื่อการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยพระสงฆ์ กล่าวคือ สนับสนุนให้ชุมชนเป็นผู้กำหนดความต้องการ จัดลำดับความต้องการ กำหนดวัตถุประสงค์ของตนเอง และชุมชนต้องดำเนินการเหล่านั้นด้วยตนเอง ตลอดจนพัฒนาและขยายความร่วมมือร่วมใจและการประสานงานให้เกิดขึ้นทั้งในและนอกชุมชน⁶ ชุมชนวัดห้วยพรหมมีความเหมาะสมต่อการเป็นชุมชนเป้าหมายในการดำเนินงานโครงการสาธารณสุขชุมชนอย่างยั่งยืนทั้งนี้เนื่องจากมีคุณสมบัติ 3 ประการ คือ การเป็นหน่วยแห่งอัตลักษณ์ร่วม หน่วยแห่งการแก้ปัญหา และหน่วยปฏิบัติการ⁷ ชุมชนวัดห้วยพรหมมีอัตลักษณ์ร่วมคือ ความเป็นพุทธศาสนิกชนที่เคารพศรัทธาในพระพุทธศาสนา มีวัดห้วยพรหมโดยพระครูประดิษฐ์สังฆกิจเจ้าอาวาสและคณะสงฆ์ในวัดเป็นศูนย์รวมจิตใจของชุมชน อีกทั้งคนในชุมชนเคยประสบกับสภาพการณ์ปัญหาต่าง ๆ และแก้ไขปัญหาร่วมกัน เมื่อคนในชุมชนรับรู้ถึงสภาพการณ์ปัญหาร่วมกันแล้ว จึงทำให้มีความตระหนักรู้ร่วมกันในฐานะที่เป็นสมาชิกของชุมชน นำมาสู่การแก้ไขปัญหาร่วมกันในชุมชน โดยมีวัดเป็นพื้นที่ปฏิบัติการอาจกล่าวได้ว่าวัดเป็นสื่อกลางเชื่อมโยงชุมชนเข้ากับแหล่งทรัพยากรหรือภาคส่วนต่าง ๆ ของสังคม เมื่อถูกเลือกเป็นชุมชนเป้าหมายในการจัดตั้งชมรม ประกอบกับมีองค์กรสงฆ์ที่มีชุดทักษะการนำ⁸ เป็นผู้นำในการดำเนินการ จึงสามารถดำเนินการชมรมให้ประสบความสำเร็จอย่างยั่งยืน สอดคล้องกับระบบบริการด้านสุขภาพของหลายประเทศทั่วโลกในปัจจุบัน ที่หันมาให้ความสำคัญกับองค์การทางศาสนาเพิ่มมากขึ้น ตัวอย่างเช่น

ในประเทศสหรัฐอเมริกาที่นักบวชในชุมชนมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิต และผู้ป่วยหลายคนพอใจจะมาพบนักบวชมากกว่าบุคลากรจิตเวช¹³ เช่นเดียวกันกับชุมชนศาสนิกชนแอฟริกันอเมริกันที่มีภักยาภจนและชาวโอกาลาในการเข้าถึงบริการทางสังคมที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต เช่น การรักษาพยาบาล การนันทนาการ การช่วยเหลือด้านอาชีพ ศาสนสถานจึงเป็นศูนย์กลางในการจัดโครงการเพื่อกระจายความช่วยเหลือดังกล่าว และถือว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการดำรงชีวิตของชุมชนศาสนิกชนแอฟริกันอเมริกัน และเมื่องบประมาณในการช่วยเหลือผู้มีรายได้น้อยลดลง จึงได้มีการให้ความสนใจบทบาทดังกล่าวของศาสนสถานมากขึ้น¹⁴ นักบวชมีบทบาทสำคัญและเป็นด่านแรกในการป้องกันและช่วยเหลือผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิต โดยการให้การประคับประคองจิตใจ การประกอบศาสนพิธี การให้คำแนะนำปรึกษาเบื้องต้น การนำคำสอนทางศาสนามาเตือนสติ จึงมีโอกาสและความเป็นไปได้ที่จะพัฒนางานสุขภาพจิตโดยบุคลากรทางสุขภาพจิตทำงานร่วมกับนักบวชในการค้นหาและช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชเป็นในลักษณะจัดทำโครงการขยายขอบเขตงานสุขภาพจิตเข้าไปในชุมชนที่มีศาสนสถานเป็นศูนย์กลาง¹⁵

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในชุมชนโดยชุมชนเป็นงานที่ต้องทำงานร่วมกันระหว่างสหวิชาชีพและบุคคลจากหลายภาคส่วนในชุมชน ทั้งนี้จะมีลักษณะเฉพาะตัว คือ มีการทำงานด้วยปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอย่างซึ่งหน้า สมาชิกทุกคนในทีมรวมถึงผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการปรึกษาวางแผนงานและปฏิบัติงานตามแผน สมาชิกทุกคนในทีมรับรู้หรือสัมผัสรู้ว่าตนและทุกคนในทีมมีสมาชิกภาพร่วมกัน มีอัตลักษณ์ร่วม ซึ่งทำให้เกิดสัมพันธภาพที่แน่นแฟ้น

สนิทยสัมพันธ์อย่างยั่งยืนภายในทีม และสมาชิกในทีมมีเป้าหมายและการดำเนินงานไปในทิศทางเดียวกัน⁸ เช่นเดียวกับที่พบในปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการจัดระเบียบชุมชนเพื่อการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยจิตเวชของชุมชนวัดห้วยพรหม

สำหรับระบบหลักของการจัดระเบียบชุมชนเพื่อการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยจิตเวชของชุมชนวัดห้วยพรหม คือ กิจกรรมของชมรม กิจกรรมของครอบครัว/ชุมชน กิจกรรมช่วยเหลือกันเองของผู้ป่วย กิจกรรมต่าง ๆ เหล่านี้จัดเป็นการช่วยลดอคติต่อผู้ป่วยจิตเวชเป็นการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยด้วย ทั้งนี้การที่ผู้ป่วยจิตเวชไม่ได้รับโอกาสเข้าถึงบริการรักษา การศึกษา การประกอบอาชีพ การร่วมกิจกรรมหรือการใช้ชีวิตในสังคม^{5,9,16} รวมทั้งเจตคติทางลบของญาติและชุมชนที่มีต่อผู้ป่วย (public stigma)⁹ เช่น ความรังเกียจ ความกลัว นับเป็นการละเมิดสิทธิผู้ป่วยจิตเวช มีข้อค้นพบว่า การให้ข้อมูลความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชแก่ชุมชน การส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเวชมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน ยอมรับให้เข้ามาดำเนินกิจกรรมในสังคมร่วมกัน สามารถช่วยลดอคติที่คนในสังคมมีต่อผู้ป่วยจิตเวชประเภทต่าง ๆ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{9,10,16}

รูปแบบการจัดระเบียบชุมชนเพื่อการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยจิตเวชโดยพระสงฆ์ของชุมชนวัดห้วยพรหม มีลักษณะเป็นชมรมทำกิจกรรมหลากหลายนั้น สอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่รายงานว่า การดำเนินงานในลักษณะผสมผสานการแก้ปัญหาการละเมิดสิทธิผู้ป่วยจิตเวชไว้ด้วยกัน เช่น การแก้อคติ การเข้าถึงบริการตรวจรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพใน/โดยชุมชนทางด้านอาชีพ ด้านสังคม ในรูปแบบชมรมที่มีองค์กรสงฆ์เป็นแกนนำ

ร่วมกับกลุ่มแกนนำจากทุกภาคส่วน รวมทั้งชาวชุมชน และที่สำคัญคือผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนและครอบครัว มีความเป็นไปได้ที่จะมีความยั่งยืนมากกว่ารูปแบบโครงการ¹⁵ อาจะกล่าวเพิ่มเติมได้อีกว่าการจัดระเบียบชุมชนเพื่อการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยจิตเวชโดยพระสงฆ์ของชุมชนวัดห้วยพรหมเป็นการดำเนินงานที่ช่วยลดประเด็นที่เป็นปัญหาอุปสรรคของการพัฒนางานสุขภาพจิตของกลุ่มประเทศที่มีรายได้ระดับต่ำถึงปานกลาง ได้แก่ ความขาดแคลนทรัพยากร การกระจายทรัพยากรอย่างไม่ทั่วถึง ไม่เท่าเทียม และการขาดประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด โดยที่ชมรมของชุมชนวัดห้วยพรหมสามารถระดมทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนมาใช้ได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนเป็นรูปแบบที่สะท้อนถึงการจัดการสุขภาพจิตในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ การเพิ่มการเข้าถึงยาจิตเวชในกลุ่มที่จำเป็น การจัดการบริการในชุมชน การสื่อสารให้ความรู้ความตระหนักแก่สาธารณชน การมีส่วนร่วมของชุมชน ครอบครัว ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอื่น ๆ การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ การทำงานและประสานงานกับทุกภาคส่วน การบริหารจัดการงานสุขภาพจิตชุมชน ประเด็นเหล่านี้คือ ข้อเสนอแนะที่องค์การอนามัยโลกได้จัดทำขึ้นและเสนอต่อกลุ่มประเทศที่มีรายได้ระดับต่ำถึงปานกลาง ในการพัฒนางานสุขภาพจิต ซึ่งเป็นการปรับเปลี่ยนแนวคิดของงานสุขภาพจิตโดยให้ครอบครัวมีทิศทางภูมิศาสตร์ ประชากรศาสตร์ ภาษา วัฒนธรรม สิทธิมนุษยชน สิทธิผู้ป่วย การเมือง ประชาสังคม ประวัติศาสตร์ อนาคต การตื่นตัวของสาธารณชน ภาวะโรค ภาวะสมองไหล เหล่านี้ล้วนมีความสำคัญในการพัฒนางานสุขภาพจิตโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ระดับต่ำถึงปานกลาง¹⁷

สรุป

รูปแบบการจัดระเบียบชุมชนเพื่อการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยจิตเวชโดยพระสงฆ์ของชุมชน วัดห้วยพรหม ใช้ชมรมโดยมีวัดเป็นฐานในการดำเนินงาน มีระบบหลักสำคัญประกอบด้วยกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมการลดอคติ การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย มีระบบสนับสนุนที่เอื้อให้เกิดการดำเนินของกิจกรรมหลักจนประสบผลลัพท์ทั้งต่อผู้ป่วยจิตเวช ชมรม และชุมชน รูปแบบนี้นำไปขยายผลในพื้นที่อื่นที่สนใจเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนได้รับการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนโดยชุมชนด้วยการปฏิบัติตามแนวทางที่รวบรวมไว้ในคู่มือการจัดตั้งชมรมเพื่อการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยมีพระสงฆ์เป็นแกนนำ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณชมรมส่งเสริมดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยพระสงฆ์ตำบลอุดมทรัพย์ อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา และตัวแทนชมรมฯ ที่ให้ข้อมูลในการศึกษาค้างนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Empowerment of Persons with Disabilities. Situational report on the disability in Thailand [Internet]. [cited 2017 Mar 31]. Available from: https://www.m-society.go.th/article_attach/19324/20678.pdf. (in Thai)
2. Strategy and Planning Division. Mid-year population report 2016. [Internet]. Nonthaburi: Strategy and Planning Division. Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health; 2017. [cited 2017 Jul 30]. Available from: http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/Mid%20Population%202559.pdf. (in Thai)

ความรู้เดิม: ความรู้และมุมมองด้านการสังคมสงเคราะห์จิตเวชและการแพทย์ (medical model) ที่มองความพิการว่าเป็นปัญหาของผู้ป่วย และให้การดูแลรักษาโดยบุคลากรสาธารณสุข

ความรู้ใหม่: รูปแบบการจัดระเบียบชุมชนเพื่อการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยองค์กรสงฆ์ เป็นการผสมผสานมุมมองทางโดยองค์กรสงฆ์ เป็นการผสมผสานมุมมองทางสังคม (social model) ว่าเป็นสภาพสังคมที่ต้องจัดการ โดยอาศัยการเลือกผู้นำและชุมชนที่เหมาะสม มีประสบการณ์ร่วมกันและประสานความร่วมมือจากทุกภาคส่วน

ประโยชน์ในการนำไปใช้: การจัดระเบียบชุมชนฯ โดยองค์กรสงฆ์ เป็นการขับเคลื่อนงานการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนด้วยการสังคมสงเคราะห์และการพัฒนาสังคมที่มีแนวคิดบนพื้นฐานสิทธิมนุษยชน สามารถนำไปขยายผลในพื้นที่อื่นได้

3. Saxena S, Thornicroft G, Knapp M, Whiteford H. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *Global Mental Health* 2007;370:878-89. Doi: 10.1016/S0140-6736(07)61239-2.
4. Khasnabis C, Heinicke Motsch K, editors. *Community-based rehabilitation: CBR guidelines*. Geneva: World Health Organization; 2010.
5. World Health Organization. *Mental health action plan: 2013-2020*. Geneva: World Health Organization; 2013.
6. Luckkanapichonchach T. *Community work*. Bangkok: Thammasat University; 1990. (in Thai)
7. Eng E, Hatch J, Callan A. Institutionalizing social support through the church and into the community. *Health Educ Q* 1985;12:81-92.
8. Corrigan PW, Garman AN. Transformational and transactional leadership skills for mental health teams. *Community Mental Health J* 1999;35:301-12.
9. Rsch N, Angermeyer MC, Corrigan PW. Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *Eur Psychiatry* 2005;20:529-39.
10. Griffiths KM, Carron-Arthur B, Parsons A, Reid R. Effectiveness of programs for reducing the stigma associated with mental disorders. A meta-analysis of randomized controlled trials. *World Psychiatry* 2014;13: 161-175. doi:10.1002/wps.20129.
11. Lancet Global Mental Health Group, Chisholm D, Flisher AJ, Lund V, Patel V, Saxena S, et al. Scale up services for mental disorders: a call for action. *Lancet* 2007;370: 1241-52. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61242-2.
12. Drew N, Funk M, Tang S, Lamichhane J, Chávez E, Katontoka S, et al. Human rights violations of people with mental and psychosocial disabilities: an unresolved global crisis. *Lancet* 2011; 378: 1664-75. doi: 10.1016/S0140-6736(11)61458-X.
13. Leavey G, Loewenthal K, King M. Challenges to sanctuary: The clergy as a resource for mental health care in the community. *Soc Sci Med* 2007;65:548-59.
14. Taylor RJ, Ellison CG, Chatters LM, Levin JS, Lincoln KD. Mental health services in faith communities: The role of clergy in black church. *Soc Work* 2000;45:73-87.
15. Singh H, Shah AA, Gupta V, Coverdale J, Harris TB. the efficacy of mental health outreach programs to religious settings: a systematic review. *Am J Psychiatr Rehabil* 2012;15:290-8. doi: 10.1080/15487768.2012.703557.
16. Sartorius N, Schulze H. *Reducing the stigma of mental illness: a report from a global programme of the World Psychiatric Association*. Cambridge: Cambridge University Press;2005.
17. Jacob KS, Sharan P, Mirza I, Garrido-Cumbrera M, Seedat S, Mari J, et al. Mental health systems in countries: where are we now? *Lancet* 2007;370:1061-77.