



การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชน*

ศรินทร์น์ จันทพิมพ์ พย.ม.**

ชนิษฐา นันทบุตร PhD***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการให้ความหมายของผู้ป่วยจิตเภท สถานการณ์ปัญหา และสังเคราะห์รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนในบริบทสังคมของชุมชน โดยเชื่อว่าวิธีการศึกษาจะช่วยสะท้อนคิดวิธีการทำงานของผู้เกี่ยวข้องในการพัฒนาการจัดการดูแลที่สอดคล้องความต้องการของผู้ป่วยจิตเภท ระยะเวลาการศึกษาระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ.2558 ถึง มีนาคม พ.ศ.2560 โดยทำการศึกษาในพื้นที่ชนบทแห่งหนึ่งของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผู้ให้ข้อมูล 83 คนประกอบด้วย 1) กลุ่มภาคประชาชน ครอบครัว เพื่อน จำนวน 31 คน 2) กลุ่มแกนนำกลุ่ม/องค์กรในชุมชน จำนวน 23 คน 3) กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชน/ กรรมการชุมชน จำนวน 15 คน และ 4) กลุ่มบุคลากรจากหน่วยงานภาครัฐ จำนวน 14 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม สัมภาษณ์เจาะลึกและสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา มี 5 ประเด็นคือ 1. ความหมายของผู้ป่วยจิตเภทตามมุมมองของชุมชนหมายถึงคือ คนเครียด โรคที่เกี่ยวกับสมอง คนบ้า คนด้อยโอกาส ถูกไสยศาสตร์ และผิดหวังจากการปฏิบัติธรรม 2. วิธีชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทมี วิธีของผู้พึ่งพา วิธีผู้อยู่เพียงลำพัง วิธีผู้ขาดสิทธิและโอกาส และวิธีของคนยากจน 3. ปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยจิตเภท 4. รูปธรรมการดูแลของชุมชน สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ครอบคลุมมิติด้านสุขภาพและมิติทางสังคม ได้แก่ 1) การช่วยเหลือดูแล 2) การจัดบริการเพื่อให้การดูแล 3) การเสริมสร้างความ 4) การพัฒนาศักยภาพ และ 5) การจัดสวัสดิการและการสนับสนุนบริการอื่นๆ และ 5. ปัจจัยเงื่อนไขในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชน

องค์กรในชุมชนที่มีบทบาทร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 4 องค์กรหลัก ได้แก่ ภาคประชาชน กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานภาครัฐ จากสถานการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชน 5 ส่วนได้แก่ 1) หลักการของระบบการดูแลของชุมชน 2) การศึกษาและนำใช้ข้อมูลเป็นฐาน 3) การทำงานร่วมกันของ 4 องค์กรหลัก 4) กระบวนการพัฒนา และ 5) การใช้กลไกชุมชน จากผลการวิจัยครั้งนี้จะเห็นได้ว่าการพัฒนาศักยภาพ และการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อนำสู่กระบวนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับองค์กรชุมชนการปฏิบัติการพยาบาลที่ครอบคลุมมิติสุขภาพและมิติทางสังคม

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเภท การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ชุมชน

* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** นักศึกษาหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



Care of Schizophrenia Patients by the Community*

Sarinrut Juntapim MNS.** Khanitta Nuntaboot PhD***

Abstract

This ethnographic research aimed to study the definitions and situation of the problems of schizophrenia patients, and to synthesize the care of schizophrenia patients by the community based on the community context. It is believed that the study would reflect the working procedure of the persons involved in the development of care to meet the needs of schizophrenia patients. The study was conducted from December 2015 to March 2017 in a rural area of the Northeast. There were 83 keyinformants, including the families and neighbours 31 persons, the public sector 23 persons, the community leaders 15 persons and the government officials 14 persons. The data collection was administered by participatory observation, in-depth interviews and group discussion. Content analysis was employed to analyze the data.

Five main points were obtained from the study. 1. The definitions of schizophrenia patients given by the community included stressing people, people with brain diseases, crazy people, people who were threatened by superstition and disappointed by the Dhamma 2. The lifestyles of schizophrenia patients included relying on others, living alone, not having rights and opportunities and having the poor's way of life. 3. There were the problems and the needs of care of schizophrenia patients. 4. The concrete care of the community for patients with schizophrenia that covered health and social dimensions were as follows: 1) care assistance, 2) care services, 3) strengthening, 4) potential development and 5) welfare and other services. 5) factors affecting care of schizophrenia patients by community.

There were four main community organizations cooperating in the care of schizophrenia patients, namely the public sector, village headmen, local government organizations and government agencies. This situation illustrated the development of schizophrenia patient care system by the community in five aspects: 1) the principles of community care system, 2) the education and the use of information, 3) the cooperation of four main organizations, 4) the development process and 5) the use of community mechanisms. The findings revealed that community empowerment and strengthening the community to develop the model of care of schizophrenia patients by the community that cover the health and social dimension.

Keywords : schizophrenia patients, care of schizophrenia patients, community

*Doctor of Philosophy Nursing Science, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

**Student of Doctor of Philosophy in Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

***Associate Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University



บทนำ

ปัจจุบันปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทั้งประชากรทั่วโลก โดยพบว่าโรคจิตเภทเป็นโรคที่พบได้มากที่สุด โดยจากทั่วโลกมีผู้ป่วยด้วยโรคนี้ถึง 26 ล้านคน ขณะที่ประเทศไทยพบว่าจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุดเป็นอันดับ 1 และมีเพียงครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าถึงบริการบำบัดรักษาได้ โดยร้อยละ 90 ของผู้ป่วยอยู่ในประเทศกำลังพัฒนาไม่สามารถเข้าถึงการบำบัดรักษา และ 1 ใน 3 มีประวัติการกลับเข้ารับรักษาซ้ำและมีอาการรุนแรงตลอดชีวิต และที่เหลือ จะมีอาการเรื้อรังตลอดชีวิต¹

ผลกระทบของโรคจิตเภทต่อบุคคลพบว่าส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทโดยก่อให้เกิดภาวะโรคเรื้อรังและความพิการซึ่งมีความพร้อมในการปฏิบัติหน้าที่ประจำวันพร้อมในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและทักษะการเข้าสังคมส่งต่อครอบครัวที่ต้องแบกรับในการดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานาน เป็นตราบาปสำหรับครอบครัว ญาติรู้สึกอับอายที่มีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในครอบครัว ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นความซับซ้อนที่ทำให้เกิดการสูญเสียพลังอำนาจส่วนผลกระทบต่อสังคมและชุมชนที่มีผู้ป่วยโรคจิตเภท ชุมชนจะรู้สึกเกร็งและกลัวเกิดความรู้สึกไม่ปลอดภัย และยังมีทัศนคติไม่ถูกต้องต่อผู้ป่วย จนกลายเป็นความรังเกียจ ปิดกั้นโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ซึ่งทัศนคติที่สังคมมีต่อผู้ป่วยทางจิตนั้นได้แบ่งประเภทของบุคคลออกจากกลุ่มคนปกติโดยชัดเจนส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทกลายเป็นคนส่วนน้อยของสังคม ถูกละเมิดสิทธิและสถานภาพของพวกเขาไม่ได้รับการยอมรับจากสังคมส่วนใหญ่ กลายเป็นคนชายขอบของสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยถูกโดดเดี่ยว ไม่ได้รับการพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดำเนินชีวิต รวมทั้งการปรับตัวเข้ากับสังคม^{2,4,10}

ปัจจุบันนโยบายของกรมสุขภาพจิตมีแนวคิดให้ผู้ป่วยจิตเวชกลับสู่ชุมชนให้เร็วที่สุด และมุ่งเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน จัดรูปแบบการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน นอกจากนี้ยังมีแนวคิดในการขยายเครือข่ายออกไปสู่ภาคีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ โรงเรียน วัด และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างต่อเนื่อง¹ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาดูแลอย่างต่อเนื่อง และสามารถฟื้นฟูสภาพทั้งร่างกาย จิตใจและสังคมในการอยู่ร่วมกับชุมชนได้อย่างมีคุณภาพ¹ ซึ่งจากการสังเคราะห์งานวิจัยของชนิษฐา นันทบุตร⁹ พบว่าในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชเพื่อให้เกิดความครอบคลุมตาม

ปัญหาและความต้องการการดูแลในระดับพื้นที่นั้นจำเป็นต้องใช้กระบวนการดูแลของชุมชนเพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วนอย่างน้อย 3 ด้าน คือ 1) การทำความเข้าใจปัญหา ความต้องการการดูแล ปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและการแก้ปัญหาการตอบสนองความต้องการ 2) การค้นหาทุนทางสังคมของชุมชนในการร่วมกันทำงานให้เกิดการส่งเสริมการดูแลและคุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตและ 3) การค้นหาแนวทางการดำเนินการเพื่อดูแลและแก้ปัญหาสุขภาพ ครอบคลุมการทำงานเป็นเครือข่าย รวมทั้งมีการพัฒนากติกาหรือข้อตกลงขององค์กรหุ้นส่วน ซึ่งระบบการดูแลของชุมชนที่จำเป็นต้องมีการทำงานร่วมกันของ 3 องค์กรหลักในพื้นที่ ได้แก่ 1) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2) หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และ 3) องค์กรภาคประชาชน โดยระบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีอยู่ในชุมชนนั้นพบว่ามีหลายระดับ ซึ่งกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน ได้แก่ 1) ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตในครอบครัว เช่น สามี ภรรยา บุตร หลาน ญาติ 2) ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่เป็นองค์กรภาคประชาชนในชุมชน ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ทั้งที่เป็นรายบุคคล และรายกลุ่ม เช่น กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน กลุ่มสวัสดิการ ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน 3) ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากหน่วยบริการสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักกายภาพบำบัด และ 4) ผู้ดูแลผู้สูงอายุจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เช่น ผู้บริหาร อปท. เจ้าหน้าที่ของอปท. โดยพบว่าการดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่ศูนย์สุขภาพชุมชนมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสำหรับผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัว ประกอบด้วย 1) การติดตามการรับยาอย่างต่อเนื่อง 2) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและอาการทางจิตเวช การปฏิบัติตัว ความรู้เรื่องยาแผนการรักษาและการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ 3) การทำกลุ่มกิจกรรมบำบัดและ 4) การติดตามเยี่ยมบ้าน

การทบทวนองค์ความรู้ที่ผ่านมาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นการอธิบายความหมาย ความต้องการของผู้ดูแล ประสิทธิภาพของผู้ดูแล และรูปแบบการดูแลซึ่งส่วนใหญ่เป็นการศึกษาที่อยู่นบนฐานคิดชีวการแพทย์ซึ่งมองว่าโรคจิตเภทเป็นความผิดปกติทางร่างกาย⁹ ขาดการอธิบายการรับรู้ถึงปัญหาและความต้องการจากเจ้าของประสบการณ์ของผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การจัดการดูแลโดยใช้ศักยภาพของชุมชนทำให้เกิดการพึ่งพาตนเองของ



แต่ละชุมชน ซึ่งการจัดการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่สอดคล้องกับความต้องการจำเป็นต้องมีหุ้นส่วนจากภาคประชาชน กลุ่มทางสังคม หน่วยงาน องค์กรหลักในพื้นที่ที่มีความเข้าใจ ปัญหาความต้องการในพื้นที่ตนโดยใช้หลักการดูแลสุขภาพชุมชนที่ใช้ศักยภาพของชุมชนเป็นฐานในการจัดการกับ ปัญหาความต้องการดูแล มีการออกแบบวิธีการทำงานอยู่บนฐานของหลักวิชาการภายใต้บริบททางสังคมวัฒนธรรมที่เป็นความเฉพาะของพื้นที่ ดังนั้นในการศึกษาคั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดูแลสำหรับผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชน ผ่านกระบวนการทำงานร่วมกันของภาคส่วนที่เกี่ยวข้องตามบริบทสังคมวัฒนธรรมเพื่อนำไปสู่การพัฒนาองค์ความรู้และข้อเสนอเชิงนโยบายสำหรับองค์กรหลักในพื้นที่ เพื่อออกแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยจิตเภท

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการให้ความหมายของผู้ป่วยจิตเภท วิถีชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ปัญหาและความต้องการ และรูปธรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนในบริบทสังคมวัฒนธรรมของพื้นที่

วิธีดำเนินการวิจัย

การออกแบบวิจัย การศึกษาคั้งนี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพแบบชาติพันธุ์วรรณา (Ethnographic research) ผู้วิจัยเชื่อว่าจะทำให้สามารถเรียนรู้วิถีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่เกิดขึ้นภายใต้บริบทสังคมวัฒนธรรมที่ผู้ป่วยจิตเภทอาศัยอยู่ซึ่งทำการศึกษาด้านแหล่งหนึ่งของภาคตะวันออกเฉียงเหนือเนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีลักษณะเฉพาะและมีกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชน มีชมรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยมีพระสงฆ์เป็นแกนนำ อีกทั้งเป็นพื้นที่ที่มีวิถีความเป็นอยู่แบบสังคมชนบทที่มีลักษณะของความเอื้อเฟื้อและช่วยเหลือซึ่งกันและกันและประชาชนในชุมชนมีความยึดมั่นในการปฏิบัติตามหลักของศาสนาพุทธและขนบธรรมเนียมประเพณีอย่างต่อเนื่อง

ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 83 คนประกอบด้วย 1) กลุ่มภาคประชาชน ครอบครัว เพื่อน จำนวน 31 คน 2) กลุ่มแกนนำกลุ่ม/องค์กรในชุมชน ประกอบด้วย อสม. พระสงฆ์ จิตอาสา

แกนนำแหล่งเรียนรู้ต่างๆจำนวน 23 คน 3) กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชน/ กรรมการชุมชน จำนวน 15 คน และ 4) กลุ่มบุคลากรจากหน่วยงานภาครัฐ ได้แก่เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่จาก อปท. เจ้าหน้าที่ตำรวจจำนวน 14 คน

เครื่องมือการวิจัย ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือหลักของการศึกษาในคั้งนี้ มีการพัฒนาทักษะการเป็นนักวิจัยเชิงคุณภาพโดยเรียนรู้ในโครงการวิจัยของอาจารย์ที่ปรึกษาทั้งการฝึกทักษะการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสังเกต การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม เรียนรู้การเข้าถึงข้อมูลด้วยวิธีการต่างๆ ฝึกกระบวนการคิดวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ การวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล และการเขียนรายงานการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยผู้วิจัยแบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ระยะ คือระยะแรกเป็นการศึกษาบริบทชุมชน ระยะที่สองศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชน และระยะที่สามเป็นระยะสังเคราะห์ปัจจัยเงื่อนไขและข้อเสนอแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของชุมชน

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยใช้เทคนิคการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ 1) การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม ผู้วิจัยได้เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน โดยการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้ป่วยจิตเภท เป็นต้น 2) การสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยมีแนวคำถามในการสัมภาษณ์ เป็นแนวคำถามทั่วไปและแนวคำถามเจาะลึก และ 3) การสนทนากลุ่ม โดยผู้วิจัยทำการสนทนากลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในสถาบันที่ข้อมูลผู้วิจัยใช้วิธีการจดบันทึกภาคสนามและการบันทึกเสียง

ความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล ผู้ศึกษาใช้หลักการตรวจสอบแบบสามเส้า (triangulation technique) ด้วยการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่มีความแตกต่างตามช่วงเวลา สถานที่ และบุคคล (data triangulation) และการตรวจสอบข้อมูลจากวิธีการเก็บข้อมูลที่แตกต่างกัน (methodological triangulation) โดยการศึกษาข้อมูลด้วยวิธีการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การตรวจสอบเอกสารต่างๆที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เช่น ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท แผนชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จริยธรรมการวิจัย การศึกษาคั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้ร่วมวิจัยจะได้รับการบอกจุด



มุ่งหมายของการศึกษาและสิทธิในการเข้าร่วมหรือถอนตัว ออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยผู้วิจัยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ การปกป้องอันตรายของผู้ให้ข้อมูล

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 การให้ความหมายของผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชน ตามการรับรู้ของภาคประชาชน ครอบครัว เพื่อน กลุ่มแกนนำกลุ่ม/องค์กรในชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชน/ กรรมการชุมชน และ กลุ่มบุคลากรจากหน่วยงานภาครัฐ พบว่า มีการให้ความหมายของผู้ป่วยจิตเภทอยู่หลายความหมายด้วยกัน ดังนี้ 1) คนเครียด เป็นคนที่มีลักษณะเครียด อยู่ในตัว ไม่ว่าจะแสดงออกทางสีหน้าที่บ่งชี้ถึงท่าทางที่เคร่งขรึม ครุ่นคิดตลอดเวลา แสดงออกทางคำพูดที่ไม่เหมาะสม 2) คนเป็นโรคที่เกี่ยวกับสมอง อาการทางสติปัญญา การเรียนรู้ เป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรม อาการ การรับรู้ การเรียนรู้ที่แตกต่างกับผู้ที่อยู่ในวัยเดียวกัน มีความคิดจินตนาการอยู่ในโลกส่วนตัว 3) คนบ้า เป็นกลุ่มคนที่มีปัญหาในเรื่องความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมือนคนทั่วไป 4) ถูกไสยศาสตร์ เชื่อว่าเป็นโรคที่เกี่ยวกับสิ่งเหนือธรรมชาติ ซึ่งเป็นการเจ็บป่วยที่หาสาเหตุไม่ได้ ทำให้มีความคิด อารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปจากเดิม ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ 5) ผู้มีกรรมเก่า ซึ่งเชื่อว่าเป็นการที่บุคคลได้กระทำสิ่งที่ไม่เหมาะสมหรือผิดหลักศีลธรรม จารีตประเพณีของชุมชน และ 6) ผู้ผิดหวังจากการปฏิบัติธรรม เกิดจากความเสียใจ ไม่สมหวังในการปฏิบัติธรรม บางคนบวชแล้วเกิดอาการเครียดและปรับตัวไม่ได้ ขณะปฏิบัติธรรม

ส่วนที่ 2 วิถีชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท วิถีชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทสะท้อนจากการดำเนินชีวิตที่มีความหลากหลายตามสถานการณ์ปัจจัยด้านบุคคล สิ่งแวดล้อม การจัดบริการของรัฐ ภายใต้บริบททางสังคม วัฒนธรรมในพื้นที่ ได้แก่ 1) **วิถีที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น** เป็นวิถีชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ต้องได้รับการช่วยเหลือครอบคลุมปัจจัยพื้นฐานการดำรงชีวิตจากครอบครัวและเพื่อนบ้าน 2) **วิถีชีวิตของผู้ที่อยู่ตามลำพังเพียงผู้เดียว** แสดงให้เห็นการใช้ชีวิตของการมีเพื่อนบ้านให้การช่วยเหลือดูแลและชีวิตที่ต้องต่อสู้อย่างโดดเดี่ยวกับการหากิน หาอยู่เพื่อปากท้องและความไม่ปลอดภัยที่อยู่รอบตัว 3) **วิถีชีวิตของคนที่มีขาดสิทธิและโอกาส** เป็นการขาดหลักฐานรับรองสถานะบุคคลที่ส่งผลต่อการเข้าถึงสิทธิ

ที่พึงได้จากบริการของรัฐ และโอกาสอื่นๆ ทางสังคม เช่น การศึกษา และ 4) **วิถีชีวิตของคนยากจน** มีความเป็นอยู่อย่างลำบาก ขาดปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต ถูกตีตราเป็นผู้ไม่มีความน่าเชื่อถือ ไม่ได้รับการยอมรับในการมีส่วนร่วมพัฒนาสังคม

ส่วนที่ 3 ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ขาดผู้ดูแลและผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะอาศัยกับผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุ ผู้ป่วยจิตเภทบางคนญาติพี่น้องไม่ยอมรับ ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องและขาดผู้ดูแลในเรื่องอาการของโรคและการช่วยเหลือในด้านต่างๆ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องเผชิญชะตากรรมอยู่คนเดียวตามลำพังเสมือนไม่มีญาติ

เป็นผู้พึ่งพา สะท้อนภาพของความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลช่วยเหลือเกื้อกูลจากครอบครัว เพื่อนบ้านและชุมชนในรูปแบบต่างๆ กัน ผู้ป่วยจิตเภทที่พอช่วยเหลือตัวเองได้ต้องการพึ่งพาผู้อื่นเพื่อให้สามารถทำกิจวัตรประจำวันของตนเอง การช่วยเหลือดูแลในเรื่องการรับประทานยา การพาไปตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาล การพาเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ทางสังคม เป็นต้น “... แกดล้ายคนคนไม่สมประกอบ ชาวบ้านเรียกว่าคนใบ้เต็มบาท พูดคุยรู้เรื่อง แต่ทำมาหากินไม่ได้เดินไปเดินมาตามหมู่บ้าน ไปไหนมาไหนต้องมีคนช่วยเหลือพาไป ...” (เจ้าหน้าที่ รพ.สต.)

ขาดสิทธิและโอกาส ผู้ป่วยจิตเภทบางคนต้องใช้ชีวิตอย่างปิดบังกลัวสังคมไม่ยอมรับทำให้ไม่ได้รับสิทธิการช่วยเหลือ บางคนขาดหลักฐานรับรองสถานะบุคคลที่ส่งผลต่อการเข้าถึงสิทธิที่พึงได้จากบริการของรัฐ และการยอมรับจากสังคม คนยากจนมีความเป็นอยู่อย่างลำบาก ขาดปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต ถูกตีตราเป็นผู้ไม่มีความน่าเชื่อถือ ไม่ได้รับการยอมรับในการมีส่วนร่วมพัฒนาสังคม “...เวลาทำประชาคมในหมู่บ้าน ส่วนใหญ่ก็จะมีกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน ไม่ค่อยมีผู้ป่วยจิตเวชเข้าร่วมหรอก ...” (อสม.)

ปัญหาเศรษฐกิจ ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีฐานะความเป็นอยู่ยากจน อาศัยอยู่กับครอบครัวซึ่งสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ในวัยแรงงานมีอาชีพทำนา ทำไร่ต่างๆ เช่น ข้าวโพด มันสำปะหลัง อ้อย บางส่วนมีอาชีพรับจ้างทั่วไป สภาพที่อยู่อาศัยส่วนใหญ่มีสภาพทรุดโทรม ไม่คงทนถาวรและไม่



ปลอดภัย ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุซึ่งมีรายได้ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายในครอบครัว “...ผู้ป่วยจิตเวชที่ส่วนใหญ่เป็นคนยากจน บางคนไม่มีนาทำกิน ไม่มีคนเลี้ยงดูลำบากต้องรับจ้างเลี้ยงลูก ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ไม่มีค่าเดินทางโดยสารรถ มีโอกาสเข้าสู่สังคมน้อย...” (จิตอาสา)

ถูกตีตราจากสังคม พบว่าภาพลักษณ์ของผู้ป่วยจิตเพทยังถูกตีตราและถูกมองว่าเป็นคนไร้ความสามารถ ทำอะไรไม่ได้ มองว่าไม่เหมือนคนทั่วไปทั้งในเรื่องบทบาทและสถานภาพทางสังคม “...เค้าก็บอกลูกบอกหลานว่าอย่าเข้าใกล้ครอบครัวนี้ อย่าเข้าใกล้คนไข้อย่าเข้าใกล้ผู้ป่วยจิตเวชอย่าเข้าใกล้ครอบครัวนี้ ตีตราว่าครอบครัวนี้เป็นครอบครัวของคนบ้าไปเลย เป็นลักษณะนั้นเดินอยู่กลางถนนก็เกิดอาการรังเกียจ...” (แกนนำชุมชน)

ส่วนที่ 4 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของชุมชน
ผู้วิจัยได้สังเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของชุมชนแสดงให้เห็นทุนทางสังคมภาคประชาชน กลุ่ม องค์กร หน่วยงานในพื้นที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องดังนี้

1. การช่วยเหลือดูแล เป็นการดูแลความเป็นอยู่ที่เป็นพื้นฐานในชีวิตประจำวัน ตลอดจนเมื่อมีภาวะเจ็บป่วยดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการรักษาต่อเนื่อง ดูแลช่วยเหลือในการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม การช่วยเหลือในการกิจกรรมต่างๆและส่งเสริมทักษะในการเข้าสังคม เป็นการดูแลที่ยังไม่ต้องพึ่งการบริการจากองค์กรใด เป็นการดูแลตนเอง การดูแลภายในครอบครัว เครือญาติ/เพื่อนบ้าน จิตอาสาที่ตอบสนองตามปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยจิตเภทที่แตกต่างกันตามภาวะสุขภาพได้แก่ 1) กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองและประกอบอาชีพได้ 2) กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้แต่ประกอบอาชีพไม่ได้ 3) กลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง ดังที่ผู้ดูแลเล่าให้ฟังว่า “...เสื้อผ้าก็ไม่ซัก ไม่สะอาดเหมือนคนอื่น บ้านเรือนไม่ทำความสะอาด เวลาเขาเป็นแมนส์เขาไม่อยากอายุใคร บอกให้ไปใส่ผ้าอนามัย เขาใช้ไม่เป็น เขาปล่อยให้มันเปื้อนไปเลยใครจะเหลียวมอง จะว่ายยังไงก็ช่าง...” (ผู้ดูแล)

2. การจัดการบริการด้านสุขภาพ การบริการมุ่งเน้นตอบสนองปัญหาและความต้องการครอบคลุมผู้ป่วยจิตเภททุกกลุ่ม โดยคำนึงถึง ภาวะเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และการเมืองการปกครอง มีรูปแบบบริการสุขภาพ ได้แก่ 1) การรักษาพยาบาลเบื้องต้น 2) การดูแลรักษาต่อเนื่อง 3) การเยี่ยมบ้าน 4) การจัดกิจกรรมกลุ่มบำบัด 5) การจัด

บริการส่งต่อการดูแลรักษา 6) การตรวจสุขภาพประจำปี 7) การจัดบริการนัดพบไทย และ 8) การออกแบบบริการอย่างมีส่วนร่วม

3. การเสริมสร้างความเข้มแข็ง เป็นการทำงานที่เกิดขึ้นจากการหนุนเสริมกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท ที่มีความสามารถ มีศักยภาพอยู่เดิมมีช่องทางนำใช้ศักยภาพของผู้ป่วยจิตเภทเพื่อทำประโยชน์ให้ตนเองและผู้อื่นสำหรับการดูแล โดยมีรูปธรรมที่ก่อให้เกิดความเข้มแข็งจากการปฏิบัติ การและมืองค์กรอื่นๆในชุมชนเข้ามาร่วมทำงานด้วย ดังคำกล่าว “...เวลามีกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยจิตเภท ทางอบต.ของเราที่สนับสนุนทุกครั้งครับ เช่น งบประมาณ การจัดสถานที่ การประสานหน่วยงานต่างๆ ให้ในการดำเนินกิจกรรมไปได้อย่างราบรื่น...” (เจ้าหน้าที่ อบต.)

4. การพัฒนาศักยภาพ เป็นการสนับสนุนและส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยมีการค้นหาและใช้ทุนทางสังคม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การจัดหาแหล่งทุนหนุนเสริมสร้างความร่วมมือให้เกิดการพัฒนาต่อยอดสำหรับองค์กรในพื้นที่ให้ได้รับโอกาสการพัฒนาจากองค์กรนอกพื้นที่ในด้านงบประมาณ และวิชาการเพื่อพัฒนากลุ่มภาคประชาชน ดังคำกล่าวว่า “...มีเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมาช่วยให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เช่น ความรู้เกี่ยวกับยาและผลข้างเคียง การจัดการกับความเครียด เป็นต้น” (ผู้ดูแลในครอบครัว)

5. การจัดสวัสดิการและการสนับสนุนบริการอื่น ๆ เป็นการจัดการดูแลสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลด้านสังคมที่มีความหลากหลาย คือ 1) รัฐสวัสดิการ ที่มีแนวคิดในการเกื้อกูลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นวัยที่ต้องได้รับการดูแลอย่างเท่าเทียม 2) ชุมชนจัดสวัสดิการ ที่มีแนวคิดการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและสร้างความเป็นเจ้าของจากองค์กรในพื้นที่เน้นที่ 3 องค์กรหลัก คือ องค์กรการบริหารส่วนตำบล (อบต.) องค์กรท้องถิ่น และภาคประชาชน

ดังคำกล่าวของผู้ใหญ่บ้านว่า “...ที่หมู่ 11 ของเรามีกองทุนหมู่บ้าน ซึ่งทุกคนในตำบลเราสามารถเข้าร่วมเป็นสมาชิกของกองทุนได้และมีสิทธิในการกู้ยืมซึ่งต้องผ่านความเห็นของคณะกรรมการของกองทุน เราให้ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชกู้ยืมได้...” (แกนนำชุมชน)

ส่วนที่ 5 ปัจจัยเงื่อนไขในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของชุมชน

ปัจจัยเงื่อนไขในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนนั้น



เป็นปัจจัยที่จำให้กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำเนินไปได้อย่างครอบคลุมตามสภาพปัญหาและความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งสามารถสังเคราะห์ได้จากข้อค้นพบได้ดังนี้ 1) **การพัฒนาที่ใช้ปัญหาและความต้องการของพื้นที่เป็นตัวตั้ง** คำนึงถึงปัญหาและความต้องการมากกว่าการดำเนินการตามนโยบายของรัฐ โดยสร้างทีมศึกษาข้อมูลร่วมกันจากภาคประชาชน หน่วยงาน องค์กรหลักในพื้นที่ 2) **ความศรัทธาในตัวผู้นำ** จำเป็นต้องอาศัยผู้นำที่มีแนวคิดการพัฒนาโครงสร้างทางสังคมมีความคิดสร้างสรรค์ให้ชุมชนมีเวทีการเรียนรู้ร่วมกัน สนับสนุนให้เกิดชุมชนมีความเข้มแข็งมีการพึ่งพาตนเอง 3) **สร้างการมีส่วนร่วมการดูแลกับกลุ่มทางสังคม** ดำเนินการให้ครอบคลุมความต้องการดูแลทั้งมิติทางสุขภาพและมิติทางสังคม 4) **ให้คุณค่าและการเปิดโอกาสทางสังคม** การยอมรับและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยจิตเภทได้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน อีกทั้งการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทได้มีเวทีแสดงความสามารถเปิดโอกาสให้เข้าร่วมพัฒนาทักษะร่วมกิจกรรมกับเครือข่าย 5) **การนำใช้คุณค่าของภูมิปัญญา** ประเพณีท้องถิ่น การดูแลเอาใจใส่ ภูมิปัญญา ประเพณีของชุมชนมาประยุกต์ในการส่งเสริมป้องกันและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเภท 6) **การพัฒนาใช้ระบบข้อมูลชุมชน** รวมทั้งการเรียนรู้ การนำใช้ และแผนการพัฒนาข้อมูลชุมชนและจัดการกับปัจจัยเงื่อนไขที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานชีวิตของผู้นั้น และ 7) **การจัดการสื่อสารชุมชน** เพื่อสร้างความเข้าใจในการทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วนในชุมชนเป็นการเปิดโอกาสให้ทุกคนสามารถเข้าถึงข้อมูลเพื่อการพัฒนาการเรียนรู้ของตนเองและชุมชน

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า การให้นิยามผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนหมายถึง คนเครียด โรคที่เกี่ยวกับสมอง คนบ้า คนด้อยโอกาส ถูกไสยศาสตร์ และผิดหวังจากการปฏิบัติธรรม ซึ่งมีความหลากหลาย แตกต่างกันในแต่ละบุคคลซึ่งมีความแตกต่างทาง ความเชื่อ ค่านิยม วัย เพศ ฐานะเศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และประสบการณ์ชีวิตที่แตกต่างกันและมีปรับเปลี่ยนไปตามการเปลี่ยนแปลงของเวลาและความสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งการให้ความหมายของผู้ป่วยจิตเภทดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงโครงสร้างทางสังคม แบบแผนความ

สัมพันธ์ทางสังคม ประเพณี วัฒนธรรมและระบบการให้คุณค่าในสิ่งต่างๆ โดยสะท้อนผ่านระบบสัญลักษณ์ทางวัฒนธรรมของสังคมที่มีความเป็นชุมชนชนบท ช่วยเหลือเกื้อกูล ซึ่งมีผลต่อกระบวนการตัดสินใจรักษาและความเข้าใจในสภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งบทบาทการจัดการกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทในบริบททางสังคมและวัฒนธรรมนั้นๆ ดังนั้นระบบวัฒนธรรมจะเป็นตัวกำหนดความเชื่อเกี่ยวกับการให้ความหมายสาเหตุ ของการเจ็บป่วยและวิธีการบำบัดรักษา^{4,5,10}

สถานการณ์ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเป็นสภาวะการดำรงที่ยากลำบากทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกกล่าวคือปัจจัยแวดล้อมภายในเกิดจากสถานะสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ทำให้เป็นภาระของครอบครัวที่ต้องดูแลด้านร่างกาย จิตใจของผู้ป่วยจิตเภท ส่วนความยากลำบากจากปัจจัยแวดล้อมภายนอกเป็นการตีความ ให้คุณค่าและเจตคติจากสังคมที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทถูกแบ่งเขตแดนของการเข้าถึงสิทธิและโอกาสทางสังคม ถูกตีตราจากสังคม ถูกมองว่าเป็นบุคคลด้อยความสามารถ อยู่ในสภาวะการไร้คุณค่าแห่งตน ไม่ได้รับการยอมรับ ไม่ได้รับความเข้าใจ เห็นใจจากสังคม ส่งผลให้กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทมีแนวโน้มแยกตัวดำรงชีวิตอย่างโดดเดี่ยวตามลำพัง ขาดโอกาสได้รับความช่วยเหลือดูแลจากสังคม ตอกย้ำความรู้สึกเดิมที่กล่าวถึงคุณลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทที่สำคัญ 3 ประการ คือ 1) เสมือนคนไร้ความสามารถ 2) อยู่ในสภาวะไร้อำนาจ และ 3) มีความเสี่ยงหรือความเปราะบางเสี่ยงต่อเป็นผู้ประสบปัญหาทางสังคม¹¹

จากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนมีอยู่ด้วยกันหลายลักษณะได้แก่ 1) การช่วยเหลือดูแล 2) การจัดบริการเพื่อให้การดูแล 3) การเสริมสร้างความเข้มแข็ง 4) การพัฒนาศักยภาพ และ 5) การจัดสวัสดิการ และการสนับสนุนบริการอื่นๆ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงลักษณะชุมชนในบริบทสังคมวัฒนธรรมชนบทอีสานซึ่งเป็นสังคมแห่งความเอื้ออาทร ความเป็นญาติพี่น้องที่ดูแลช่วยเหลือไม่ทอดทิ้งกันแม้อยู่ในสภาวะของความเจ็บป่วยทางจิตที่เรื้อรัง เป็นชุมชนที่มีการนำขนบธรรมเนียมประเพณีตามหลักของศาสนาพุทธมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยมีพระสงฆ์เป็นศูนย์กลางของการทำกิจกรรมต่างๆ ของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ครอบคลุมถึงมิติทางสุขภาพและมิติทางสังคม ประกอบ



ไปด้วย 4 องค์การ คือ 1) ครอบครัว เพื่อนบ้าน และผู้นำชุมชน 2) กลุ่มทางสังคม 3) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และ 4) หน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ โดยรูปแบบการดำเนินงานเป็นการจัดการตามสภาพปัญหาและความต้องการการดูแลของพื้นที่สอดคล้องกับนโยบายการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของรัฐที่เน้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแล โดยเน้นความเข้มแข็งและนำใช้ทุนทางสังคมรวมทั้งศักยภาพของชุมชนให้สามารถจัดการตนเองได้ในการมีส่วนร่วมสนับสนุนกระบวนการสร้างคุณภาพชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถอยู่ร่วมกับชุมชนได้อย่างมีคุณภาพ รวมถึงสอดคล้องกับงานวิจัยของเกษร วงศ์มณีและณรงค์ศักดิ์ หนูสอน¹⁰ และงานวิจัยของจินตนา ลีละไกรวรรณ³ ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนทุกภาคส่วนและการมีนโยบายที่ชัดเจน ผู้นำทุกระดับเห็นความสำคัญและการมีอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีศักยภาพเป็นปัจจัยที่นำไปสู่การดูแลผู้ป่วยจิตเวช และสอดคล้องกับการศึกษาของเทพินทร์ บุญกระจ่าง ธีรภา ธาณี และพัสนี สิทธิคุณ² ที่ศึกษาการพัฒนาแนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกกลั่นแกล้ง ในเขตสาธารณสุขที่ 13 ที่พบว่ามีการพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายในชุมชน เกิดการมีส่วนร่วมและความร่วมมือของบุคลากร ชุมชนและญาติในพื้นที่ สร้างเครือข่ายการทำงานเพื่อการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกกลั่นแกล้งให้ได้รับการรักษา ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำการพัฒนากระบวนการสุขภาพชุมชนและขยายแนวคิดสู่พื้นที่อื่นที่มีปรากฏการณ์และบริบทที่ใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้ โดยการทำความเข้าใจกับวิถีชีวิตของผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและบริบทสิ่งแวดล้อมให้มีระบบการดูแลในชุมชนที่เหมาะสมกับแต่ละพื้นที่

ข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนาปฏิบัติการพยาบาล สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางปรับเปลี่ยนวิธีคิดกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับองค์กรชุมชนการปฏิบัติการพยาบาลที่ครอบคลุมมิติสุขภาพและมิติทางสังคม
2. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น นำไปสู่การออกแบบบริการโดยการใช้ฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้เหมาะสมตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยจิตเภทแต่ละกลุ่ม
3. องค์การชุมชน โดยประสานงานกับเครือข่ายในชุมชนในการสนับสนุนด้านวิชาการและงบประมาณเพื่อพัฒนาศักยภาพเสริมความเข้มแข็งในการบูรณาการงาน

และวางแผนการพัฒนางานในเชิงระบบอย่างต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

4. การขยายผลการนำใช้วัฒนธรรมแบบจิตอาสา และการประยุกต์ใช้ขนบธรรมเนียมประเพณีและหลักของศาสนาพุทธในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทไปปรับใช้กับพื้นที่อื่น ๆ ที่มีปรากฏการณ์และบริบทที่ใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้

5. การนำข้อความรู้ไปพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนและขยายแนวคิดสู่พื้นที่อื่นที่มีปรากฏการณ์และบริบทที่ใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้ โดยการทำความเข้าใจกับวิถีชีวิตของผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและบริบทสิ่งแวดล้อมให้มีระบบการดูแลในชุมชนที่เหมาะสมกับแต่ละพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่านในการศึกษาครั้งนี้ ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.ชนิษฐา นันทบุตร อาจารย์ที่ปรึกษาที่ช่วยแนะนำให้คำปรึกษา และปรับแก้ข้อบกพร่องต่างๆ และขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่นที่สนับสนุนทุนบางส่วนในการทำวิจัยในครั้งนี้

References

1. Department of Mental Health. Mental Health of Thailand from 2012- to 2013 Bangkok. Office of Mental Health ; 2014.
2. Bungkrachang T, Thanee T, Sithikun P, Development of Guideline for Alleviating among Psychiatric Patients with Chain in Pulic Health Region 13, Thailand. Journal of Nursing and Health Care Devision 2014; 35 (1) :115-126.
3. Chintana LeeLakraiwan. 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; 2007.
4. Helman CG. Culture Health and Illness. (4th ed.). New York: Oxford University Press Inc; 2000.
5. Kleinman A. Patients and Healers in the Context of Cultures. Berkeley California : University of California Press; 1980.



6. Louthagul M, Sukhanit P. Rama Psychiatry. (4th Edition). Bangkok : 2015.
7. Mechanic D, Mcalpine, D, Rochefort, A. Mental Health and Social Policy Beyond Managed Care. (6th d.) New York. The Free Press ; 2014.
8. Nuntaboot K. Cultural Perception of Illness in Rural Northeastern Thailand. Ph.D. Thesis, Massey University, New Zealand; 1994.
9. Nuntaboot. The Health Care Community Concept and Design Tools. Bangkok. Aurora printing ; 2008.
10. Nuntaboot. Community Health Systems. The Collaboration of Three Systems in the Community. Bangkok. The graffiticompany Global Systems Limited; 2010.
11. Pilgrim D. Rogers AA Sociology of Mental Health and Illness. (6th ed.), London: Macmillan ;1999.
12. Vongmanee K, Noosorn N. Lessons Learned District Health System Model for Health Promotion District in Mental Health Lomsak District Phetchaboon Province. Journal of Nursing and Health Care Devision 2017; 35: (3)232-241.