



การพัฒนาแนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกล่อลวงชิง ในเขตสาธารณสุขที่ 13 ประเทศไทย

เทพินทร์ บุญกระจ่าง ศศ.ม.*

ธีรภา ธาณี ศศ.ม.**

พัสนี ลิทธิคุณ พย.ม.**

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกล่อลวงชิง ในเขตสาธารณสุขที่ 13 ได้แก่ จังหวัดอุบลราชธานี ศรีสะเกษ โขสาร และอำนาจเจริญ ผู้ร่วมวิจัย ประกอบด้วย บุคลากรสาธารณสุข จำนวน 36 คน แกนนำชุมชนและประชาชน จำนวน 72 คน ญาติหรือผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกล่อลวงชิง จำนวน 21 คน และผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกล่อลวงชิง จำนวน 21 รวมทั้งสิ้น 150 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ยและร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า การพัฒนาแนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกล่อลวงชิง มีกระบวนการในดำเนินงาน 5 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นศึกษาบริบทของปัญหาในพื้นที่ 2) ขั้นกำหนดปัญหา/ความต้องการของผู้ที่เกี่ยวข้อง 3) ขั้นวางแผนการปฏิบัติงานวิจัย 4) ขั้นการปฏิบัติ ติดตาม ตรวจสอบ และปรับปรุง และ 5) ขั้นสรุปผลการวิจัย ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกขั้นตอน และนำวิธีการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกล่อลวงชิง จากกระบวนการมาสังเคราะห์ได้แนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกล่อลวงชิง คือ “3 ขั้นบันได 10 กิจกรรม” ประกอบด้วย **บันไดขั้น 1** รักษาแรงบอการอันตรายให้เร็วที่สุด มี 4 กิจกรรม คือ 1) ค้นหาผู้ป่วยที่ถูกล่อลวงชิงในพื้นที่ 2) ประเมินอาการและวิเคราะห์ต้นเหตุของการล่อลวงชิง 3) วางแผนการบำบัดรักษาและแก้ไขปัญหาระยะสั้นและยาว และ 4) บำบัดรักษาโรคและอาการผู้ป่วย **บันไดขั้น 2** สร้างความเชื่อมั่น ปรับเจตคติและสร้างการมีส่วนร่วมของญาติและชุมชน มี 3 กิจกรรม คือ 1) สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติและผู้ใกล้ชิด 2) ประชุมร่วมกับผู้นำชุมชนเพื่อสร้างความเชื่อมั่นในการรักษาโรค และ 3) ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและญาติในชุมชนอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ **บันไดขั้น 3** สร้างอาชีพและการสนับสนุนจากชุมชนและสังคม มี 3 กิจกรรม คือ 1) การประชุมร่วมกับญาติและชุมชนพิจารณาอาชีพและการดำรงชีวิตในชุมชน 2) ฝึกอาชีพแก่ผู้ป่วย และ 3) แสวงหาแหล่งสนับสนุนทั้งในและนอกชุมชน ซึ่งจากการประเมินผล 6 เดือนหลังใช้แนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชสามารถปลดโซ่หรือกักขังได้ตลอด 24 ชั่วโมง ร้อยละ 100 และส่วนใหญ่มีความสามารถในการทักษะด้านต่าง ๆ ดีขึ้น โดยเฉพาะทักษะชีวิตของแต่ละบุคคล ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจต่อการเข้ามีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกล่อลวงชิงโดยภาพรวมอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 96.8 แกนนำชุมชนมีทัศนคติในเชิงบวกต่อผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มขึ้น และจากการประเมินภาระญาติของผู้ป่วยจิตเวช พบว่า ญาติมีวิธีการผ่อนคลายความเครียดได้ดีขึ้น มีความขัดแย้งในตนเองต่อการดูแลผู้ป่วยและความรู้สึกผิดลดลง จากผลการวิจัยครั้งนี้จะเห็นว่า มีการพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายในชุมชน เกิดการมีส่วนร่วมและความร่วมมือของบุคลากร ชุมชนและญาติในพื้นที่สร้างเครือข่ายการทำงานเพื่อดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกล่อลวงชิงให้ได้รับการรักษาและถูกปลดปล่อยจากการล่อลวงชิงได้

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกล่อลวงชิง แนวทางการดูแลช่วยเหลือ

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเวชเป็นโรคที่มีความสำคัญและรุนแรง ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลและครอบครัวเป็นอย่างมาก สภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตของไทยพบว่า สุขภาพจิตคนไทยมีแนวโน้มแย่ลงและเข้ารับการรักษาตัวในแผนกผู้ป่วยนอกมากขึ้น จาก 24.6 ต่อประชากร 1,000 คน ในปี พ.ศ. 2534 เป็น 42.4 ต่อประชากร 1,000 คนใน พ.ศ. 2549 โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคจิตโรคซึมเศร้ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และพบอัตราการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคจิตและความผิดปกติทางจิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 90.74 ต่อประชากร 100,000 คนในปี พ.ศ. 2524 เป็น 227.2 ต่อประชากร 100,000 คนในปี 2549¹ ซึ่งจะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ผู้ป่วยจิตเวชที่รักษามานานส่งผลให้มีอาการเรื้อรัง ด้วยอาการด้านจิตใจหรือพฤติกรรมที่ทำให้บุคคลเหล่านั้นเกิดความทุกข์ทรมานหรือมีความบกพร่องในกิจวัตรต่าง ๆ หรือมีความเสี่ยงสูงที่จะถึงแก่ชีวิต จำเป็นต้องได้รับการรักษาที่ต่อเนื่องเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้

ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังมาก ๆ จะมีความยุ่งยากซับซ้อนในกระบวนการดูแลรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพมากขึ้นกว่าเดิม และบางรายเมื่อกลับบ้านญาติไม่สามารถควบคุมได้เนื่องจากผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ทำร้ายญาติ ทำลายสิ่งของ หรือมีพฤติกรรมที่ควบคุมตนเองไม่ได้ เช่น เดินไปเรื่อย ขโมยข้าวของผู้อื่น นอกจากนี้อาจเกิดจากครอบครัวที่ยังไม่มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจากการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค การรักษาพยาบาล และการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ตลอดจนขาดการสนับสนุนและระดับประคองทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ทำให้ครอบครัวไม่สามารถจัดการกับอาการและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้ สิ่งที่มาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้คือภาระของครอบครัว ซึ่งประกอบด้วย การดูแลไม่ให้เกิดอันตราย ดูแลความเป็นอยู่ ดูแลการรักษา การให้ยา และดูแลความประพฤติที่อาจทำความเดือนร้อนให้กับผู้อื่น ภาระดังกล่าวส่งผลเสียต่อการประกอบอาชีพประจำวัน เสียสุขภาพกายและจิตใจ^{2,3} สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้มีส่วนทำให้ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังโดยทั่วไป

ถูกล่ามซัง ไม่ได้รับอิสรภาพ และขาดคุณภาพชีวิตตามสมควร เช่นเดียวกับประชาชนคนอื่นในชุมชน นอกจากการเป็นภาระต่อครอบครัวแล้ว ยังพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเป็นปัญหาของชุมชนด้วยเช่นกัน เนื่องจากได้ก่อความเดือนร้อนโดยการทำลายข้าวของ ทำร้ายคนอื่น หรือก่อปัญหาให้เรื่อย ๆ บางครั้งเพื่อเป็นการลดปัญหา ทำให้ญาติจำเป็นต้องลั่นโซ่ตรวนหรือกักขังไว้ในสถานที่ที่ทำให้ตนเองและครอบครัวปลอดภัยและยอมรับได้

จากการสำรวจข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกล่ามซังในเขตสาธารณสุขที่ 13 ปี 2554 พบว่า มีจำนวน 21 คน อุบลราชธานี 10 คน ศรีสะเกษ 2 คน ยโสธร 3 คน อำนาจเจริญ 6 คน และวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น พบว่าทั้ง 21 คน เป็นผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่ญาติ ได้ดูแลและเข้าสู่ระบบการรักษา แต่อาการไม่ดีขึ้น โดยมีข้อจำกัดเรื่องความรู้ การเงิน และระยะทางที่ต้องเดินทางไปรับการรักษาที่ต่อเนื่อง

การที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกล่ามซัง ต้องอาศัยสรรพกำลังมากมายในการมีส่วนร่วมการดูแลรักษาที่ต่อเนื่อง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ เช่น ญาติ แกนนำชุมชน ชาวบ้านในชุมชนที่มีผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกล่ามซัง รวมถึงบุคลากรสาธารณสุขทั้งในพื้นที่และโรงพยาบาลจิตเวช โดยทุกคนต้องมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วย มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย และมีทักษะในการดูแล^{4,5} และทุกภาคส่วนมีความสำคัญ ทุกคนมีส่วนร่วมที่ทำให้สามารถปลดโซ่ผู้ป่วยจิตเวชล่ามซังได้ โดยไม่มีใครสำคัญกว่าใครระหว่างครอบครัว แกนนำชุมชน บุคลากรสาธารณสุข แต่ทุกคนสำคัญเท่ากัน มีการเกื้อหนุนและส่งเสริมตามบทบาทหน้าที่ของตน จนก่อให้เกิดความสำเร็จ⁶ จากประสบการณ์ทำงานของผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจิตเวชที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เป็นพี่เลี้ยงทางวิชาการ ออกนิเทศและติดตามการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชนของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่รับผิดชอบ พบว่าบุคลากรสาธารณสุขและเครือข่ายภาคประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ยังขาดแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกล่ามซังในชุมชน จึงได้มีการพัฒนาแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยใช้กระบวนการ AIC (Appreciation Influence Control) โดยเปิดโอกาสให้บุคลากรสาธารณสุขและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกคนมีส่วนร่วมในการแสดง



ความคิดเห็น ระดมสมอง และร่วมค้นหาวิธีการในการแก้ปัญหาที่เหมาะสมกับสถานการณ์ สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตดีขึ้น ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต และคืนศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์แก่ผู้ป่วยคือ ได้รับการปฏิบัติเช่นเดียวกับสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว ให้สามารถอยู่ในชุมชน หรือสังคมเหมือนบุคคลอื่น ช่วยลดความวิตกกังวลของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย และยังเป็นการนำแหล่งประโยชน์ในชุมชนมาช่วยสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัว โดยการช่วยจัดการกับทรัพยากรที่มีให้เอื้อประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขอีกด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาและทำความเข้าใจในบริบทของปัญหาผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกกลั่นแกล้งในเขตสาธารณสุขที่ 13
2. เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกกลั่นแกล้งในเขตสาธารณสุขที่ 13 ที่สอดคล้องกับสภาพการณ์และสาเหตุที่แท้จริง
3. เพื่อศึกษาผลการใช้แนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกกลั่นแกล้งในเขตสาธารณสุขที่ 13

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research, PAR)⁷ คือการใช้กระบวนการวิจัยและกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้อง (Stakeholder) ในการแก้ไขปัญหาผ่านการปฏิบัติจริง โดยคณะผู้วิจัยจากโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ได้กระตุ้นให้เครือข่ายในชุมชนที่ถือว่าเป็นผู้ร่วมวิจัย ประกอบด้วย 1) บุคลากรสาธารณสุข 2) แกนนำชุมชนและประชาชน 3) ญาติหรือผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกกลั่นแกล้ง ได้เข้ามาร่วมถึงการเห็นความสำคัญของปัญหา ต้องการแก้ไข เปลี่ยนแปลง ปรับปรุงพัฒนา และมีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน โดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมหรือ AIC เพื่อพัฒนาเครือข่ายในชุมชนให้เกิดแนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกกลั่นแกล้งในเขตสาธารณสุขที่ 13 ได้อย่างเหมาะสม

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มผู้ร่วมวิจัย (Participants) คือ เครือข่ายในชุมชน ประกอบด้วย 1) บุคลากรสาธารณสุข ได้แก่ บุคลากรที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตที่โรงพยาบาลชุมชนจำนวน 16 คน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 20 คน 2) ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 21 คน 3) แกนนำชุมชนที่อยู่ในชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข บุคลากรจากองค์การบริหารส่วนตำบล และผู้นำชุมชน จำนวน 72 คน และ 4) ผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกกลั่นแกล้งจำนวน 21 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 150 คน

พื้นที่และระยะเวลาในการศึกษา ดำเนินการวิจัยในชุมชนที่ผู้ป่วยจิตเวชกลั่นแกล้งอาศัยอยู่ จำนวน 21 ชุมชนในเขตสาธารณสุขที่ 13 ระหว่างเดือนมิถุนายน 2554 ถึงธันวาคม 2555 รวม 18 เดือน

ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย มี 5 ระยะ ดังนี้

1) ขั้นศึกษาบริบทของปัญหาในพื้นที่ คณะผู้วิจัยทำการศึกษาโดยการสำรวจข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกกลั่นแกล้งในพื้นที่ ซึ่งได้ประสานงานเครือข่ายชุมชนในพื้นที่ ใช้แบบสำรวจข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกกลั่นแกล้ง และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสนทนากลุ่มผู้ป่วยจิตเวช ครอบครัว บุคลากรสาธารณสุขและชุมชน ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้องกับปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกกลั่นแกล้งในพื้นที่

2) ขั้นกำหนดปัญหาหรือความต้องการของผู้ที่เกี่ยวข้อง คณะผู้วิจัยและเครือข่ายในชุมชน ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา/ความต้องการของผู้ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกกลั่นแกล้ง และให้ผู้ที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการมองปัญหาวางแผนและกำหนดเป้าหมายร่วมกัน เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนในการแก้ไขปัญหา

3) ขั้นวางแผนการปฏิบัติงานวิจัย คณะผู้วิจัย ได้นำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ มานำเสนอและร่วมประชุมกับผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อวางแผนการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมโดยใช้เทคนิค AIC คือ 3.1) การให้บริการผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกกลั่นแกล้ง โดยให้ประสานหน่วยบริการในพื้นที่ให้ผู้ป่วยได้รับการรักษา ตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย 3.2) การเตรียมความพร้อมเครือข่ายในชุมชนเป็นการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายในชุมชน โดย 2 กิจกรรม คือ



1) การอบรมตามหลักสูตรการมีส่วนร่วมของบุคลากร สาธารณสุข แก่นำและญาติ ตามแนวคิด AIC เครือข่าย ในชุมชน ตระหนักและเห็นความสำคัญของปัญหา ร่วมกันหาวิถีในการแก้ไขปัญหา ร่วมจัดทำแผน/ กิจกรรม/โครงการ และร่วมรับผิดชอบในการดำเนิน กิจกรรม และ 2) หลักสูตรอบรมญาติในการฝึกทักษะ การดูแลผู้ป่วยเป็นรายกรณี ประกอบด้วย การปรับทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ให้ความรู้เรื่องโรค อารมณ์ การรักษา การดูแลจัดการกับกลุ่มอาการของ ผู้ป่วยจิตเวช การจัดการกับความเครียดของตนเอง การสื่อสารอย่างสร้างสรรค์กับผู้ป่วย และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช

4) **ขั้นการปฏิบัติ ติดตาม ตรวจสอบ และปรับปรุง** ประกอบไปด้วยกิจกรรมต่างๆ ดังนี้ 4.1) การปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้เป็นการให้เครือข่าย ในชุมชนได้นำวิธีการ โครงการหรือกิจกรรมต่างๆที่ได้ วางแผนไว้จากการเตรียมความพร้อมของเครือข่ายใน ชุมชนสู่การปฏิบัติจริง 4.2) การสังเกตและประเมินการ ปฏิบัติของเครือข่ายในชุมชน ในประเด็น การมีส่วนร่วม ในกระบวนการหรือกิจกรรม การดำเนินกิจกรรมตาม แผน การบรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายรวมถึงปัญหา และอุปสรรคที่พบในการดำเนินงาน 4.3) การสะท้อน การปฏิบัติ เป็นการนำข้อมูลที่ได้อากการสังเกตและ ประเมินการปฏิบัติ สะท้อนกลับให้เครือข่ายในชุมชน ว่าได้ดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่ เรียนรู้หรือเข้าใจจุดอ่อนและจุดแข็งของแผน ปัญหาและ อุปสรรคต่างๆ เพื่อปรับแผนการดำเนินงานในขั้นตอน ต่อไป 4.4) การปรับปรุงแผน วางแผนพัฒนาและ ปฏิบัติครั้งที่ 2 โดยผู้วิจัยและเครือข่ายในชุมชนมา ร่วมกันปรับปรุงแผนที่ยังไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์หรือ เป้าหมาย วางแผนพัฒนาและดำเนินการปฏิบัติครั้งที่ 2 4.5) การสังเกตและประเมินผลการปฏิบัติครั้งที่ 2 เป็นการ ประเมินผลหลังปรับปรุงแผน ว่าบรรลุตามวัตถุประสงค์ หรือเป้าหมายหรือไม่ หากยังไม่บรรลุเป้าหมาย อาจต้องปรับปรุงแผน หรือวางแผนพัฒนาหรือปฏิบัติ ครั้งที่ 3 หรือครั้งต่อไป อีก

5) **ขั้นการสรุปผลการวิจัย** ซึ่งประกอบด้วย กิจกรรมต่างๆ ดังนี้ 5.1) การนำผลที่ได้จากการดำเนินงาน

ตามโครงการหรือกิจกรรมของเครือข่ายในชุมชน มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและเครือข่ายในชุมชน โดยจัดเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยทำการสนทนา กลุ่ม และเรื่องเล่าในผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกล่ำมขัง ญาติ/ ครอบครัวผู้ป่วย แก่นำชุมชน/เพื่อนบ้าน บุคลากร สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล และโรงพยาบาลชุมชน 5.2) นำข้อมูลที่ได้มาสังเคราะห์ เป็นแนวทางในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกล่ำมขัง ในเขตสาธารณสุขที่ 13 และกำหนดเป็นแนวทางในการ ดำเนินงานเพื่อดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกล่ำม ขังในเขตสาธารณสุขที่ 13 เพื่อทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมี ส่วนร่วมในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกล่ำมขัง อย่างเป็นระบบยิ่งขึ้น 5.3) ติดตามประเมินผลการใช้ แนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกล่ำมขังใน เขตสาธารณสุขที่ 13

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1) แบบประเมินทัศนคติการมีส่วนร่วม ของชุมชนที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวชล่ำมขัง ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ตามแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนของ Cohen and Unhoff⁸ ประกอบด้วย ข้อคำถาม 10 ข้อ เป็นการ ให้คะแนนแบบ Rating scale ผ่านตรวจสอบความตรง ด้านเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน หลังจากนั้นนำข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะจาก ผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือ นำไปทดสอบ ความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) โดยใช้สูตร สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .78

2) แบบวัดภาวะญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ที่ถูกล่ำมขัง เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจาก แบบสอบถามภาวะในการดูแลของผู้ดูแลของเฟื่องลดา เคนไชยวงศ์⁹ ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 12 ข้อ เป็นการให้คะแนนแบบ Rating scale นำไปทดสอบ ความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) โดยใช้สูตร สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .80

3) แบบประเมินความสามารถเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ซึ่งปรับมาจากแบบ ประเมินเพื่อการพัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพบ้านกึ่งวิถี



ของกรมสุขภาพจิต¹⁰ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 64 ข้อ เป็นการให้คะแนนแบบ Rating scale นำไปทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .82

4) เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา ได้แก่

4.1) หลักสูตรการอบรมการมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุข แกนนำและญาติ ตามแนวคิด AIC และ 4.2) หลักสูตรอบรมญาติในการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยเป็นรายกรณี ซึ่งคณะผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและรายงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง กับแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยใช้เทคนิค AIC และการสร้างหลักสูตร^{11,12} และผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity index) เท่ากับ .80 และ .75 ตามลำดับ

5) แบบประเมินความพึงพอใจของญาติ/แกนนำ/บุคลากรสาธารณสุขในการมีส่วนร่วม และการประเมินความพึงพอใจของครอบครัวของผู้ป่วยหลังการปลดโซ่ตรวน คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง และผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity index) เท่ากับ .90 และ .86 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วย สถิติเชิงพรรณนา ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาโดยการจำแนกชนิดข้อมูล (Typological Analysis) และตีความ (Interpretation)

จริยธรรมการวิจัย งานวิจัยนี้ยึดหลักการที่สำคัญของจริยธรรมบนพื้นฐานของการปกป้องสิทธิมนุษยชน ความปลอดภัย และศักดิ์ศรีเป็นมนุษย์ของแต่ละบุคคล โดยที่บุคคลนั้นไม่ควรได้รับการบาดเจ็บทั้งร่างกายและจิตใจจากการทำวิจัย มีอิสระในการตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย โดยได้ผ่านการพิจารณาและรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

ผลการวิจัย

1. สภาพปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกล่อลวงชิงในเขตสาธารณสุขที่ 13 พบว่า พื้นที่ที่มีผู้ป่วยมากที่สุดคือ จังหวัดอุบลราชธานี 10 คน จาก 7 อำเภอ รองลงมาคือ จังหวัดอำนาจเจริญ 6 คน จาก 4 อำเภอ จากจังหวัดยโสธร 3 คน จาก 3 อำเภอ และจากจังหวัดศรีสะเกษ 2 คน จาก 2 อำเภอ พบปัญหาล่าช้าไ้ตลอดเวลามากที่สุด 13 คน (ร้อยละ 61.9) และล่าช้าบางเวลาและชั่งตัวเอง จำนวนประเภทละ 4 คน (ร้อยละ 19.1) เกิดจากสาเหตุ ผู้ป่วยขาดการรักษาต่อเนื่อง ไม่รับประทานยา ใช้สารเสพติด และญาติผู้ดูแลหลักและแกนนำชุมชนยังไม่มีความรู้เรื่องโรคทางจิตเวช คิดว่าการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นภาระกลัวผู้ป่วยเป็นอันตรายหรือสร้างความเดือดร้อนแก่ตนเอง ผู้อื่นและชุมชน ส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ยังขาดความมั่นใจในองค์ความรู้เรื่องโรคทางจิต และยังไม่มีความสามารถในการดูแลช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรมชัดเจน ดังจะเห็นได้จากคำพูดของผู้ที่เกี่ยวข้องดังนี้

“ถ้าผมปล่อยวันนี้...เค้าก็ไปหาเหล้ามากินโลดคุณหมอ...” (บิดาของผู้ป่วยที่ถูกกักขังไว้ในกรงขัง)

“ไม่ล่าช้าไม่ได้หรอกค่ะ...จะเดินไปเรื่อยเปื่อยหวังเค้าเดียวได้รับอันตราย.....” (มารดาของผู้ป่วยที่ถูกล่าช้าเชือกที่ขา)

“ปล่อยมันก็ไปหาไล่กอดผู้สาวเด็กน้อย...ชาวบ้านกลัว...ถ้าไปทำอย่างงั้นแล้วชาวบ้านทำร้ายได้...จับขังอยู่นี่ปลอดภัยทั้งตัวมันกับชาวบ้าน....” (บิดาผู้ป่วยจิตเวชที่ล่าช้าโซ่ที่ข้อเท้า)

“เดินไปเรื่อย ๆ ไปหาตมทินเนอร์...ไม่มีเงินซื้อ ก็ไปขโมยของเอาเงินไปซื้อตมตมอีก...สร้างความเดือดร้อนสำหรับคนในชุมชน...หนักใจหลาย” (แกนนำชุมชนในหมู่บ้านที่ผู้ป่วยอาศัย)

“มาดูแลอยู่..แต่ไม่รู้จักช่วยเหลืออย่างไรได้แต่ปลอบใจญาติ....พูดตรง ๆ ถ้าปล่อยเราก็ก้าวคนในชุมชนได้รับอันตราย” (บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่)

“กลัว...เวลาไปเยี่ยมต้องไปกินเยอะ ๆ เพราะแต่ก่อนผู้ป่วยอาละวาด ทำร้ายข้าวของ จะพาไปรักษาก็จับไปไม่ได้.....กลัวมากไม่กล้าพาไป” (บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่)



2. การพัฒนาแนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกล่อลวงขัง คณะผู้วิจัยและเครือข่ายในชุมชน ประกอบด้วย ญาติ แกนนำชุมชน และบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ ได้ร่วมกันวางแผนปฏิบัติงานแก้ไขปัญหาร่วมกันโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมตามแนวคิด AIC และได้กำหนดวิธีการในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกล่อลวงขัง ดังนี้

2.1 นำผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกล่อลวงขังเข้าสู่ระบบบริการ หลังจากที่ได้คณะผู้วิจัยและเครือข่ายในชุมชนได้ลงประเมินผู้ป่วยที่ถูกล่อลวงขังในพื้นที่แล้วได้ประสานหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่รับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาระบบบริการสาธารณสุข ดังนี้ 1) ได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลชุมชนและฟื้นฟูในชุมชน 11 คน (ร้อยละ 52.4) 2) ได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน 4 คน (ร้อยละ 19.1) เนื่องจากมีโรคทางกายแทรกซ้อน และ 3) ได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ 6 คน (ร้อยละ 28.6)

2.2 การเตรียมความพร้อมเครือข่ายในชุมชน โดย 2 กิจกรรม คือ 1) การอบรมตามหลักสูตรการมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุข แกนนำและญาติ ตามแนวคิด AIC ทำให้เครือข่ายในชุมชนเข้าใจสถานการณ์ สภาพความเป็นจริงของปัญหาผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกล่อลวงขังในพื้นที่ ร่วมกันหาวิธีการในการแก้ไขปัญหาร่วมกันจัดทำแผน/กิจกรรม/โครงการ และร่วมรับผิดชอบในการดำเนินกิจกรรม และ 2) หลักสูตรอบรมญาติในการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยเป็นรายกรณี ประกอบด้วย การปรับทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ให้ความรู้เรื่องโรค อาการ การรักษา การดูแลจัดการกับกลุ่มอาการของผู้ป่วยจิตเวช การจัดการกับความเครียดของตนเอง การสื่อสารอย่างสร้างสรรค์กับผู้ป่วย และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช ทำให้ญาติมีความมั่นใจในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชมากขึ้น

2.3 การดำเนินการตามแผนโครงการหรือกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชหลังปลดโซ่หรือกำขัง หลังจากการเตรียมความพร้อมเครือข่ายในชุมชนโดยการอบรมตามหลักสูตรการมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุข แกนนำและญาติ ตามแนวคิด AIC เครือข่ายในชุมชนแต่ละพื้นที่ได้จัดทำโครงการดำเนินการทั้ง 20

พื้นที่ ดังนี้ 1) การจัดทำประชาคมหมู่บ้าน เรื่อง การดูแลผู้ป่วยไม่ให้ใช้สารเสพติด โดยให้ทุกคนในหมู่บ้าน ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยไม่ให้ใช้สารเสพติดโดยไม่ชักชวนผู้ป่วยไม่ให้หรือไม่ให้ขายบุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน และสารเสพติดต่าง ๆ แก่ผู้ป่วย รวมทั้งช่วยแนะนำและห้ามปรามเมื่อพบผู้ป่วยจะใช้สารเสพติดต่าง ๆ 2) การฝึกทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ในเรื่อง การเดิน การสื่อสาร การทำกิจวัตรประจำวัน โดยญาติ เพื่อนบ้าน และแกนนำชุมชนช่วยกันฝึกทักษะในการดูแลตนเองให้แก่ผู้ป่วยให้สามารถช่วยเหลือตนเองและพึ่งตนเองให้ได้มากที่สุด 3) การจัดกิจกรรมการรับประทายยาและรับการรักษาต่อเนื่อง การจัดทีมประกอบด้วย บุคลากรสาธารณสุข และแกนนำชุมชนติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและญาติอย่างต่อเนื่องและการสร้างความเชื่อมั่นแก่ญาติในการปล่อยผู้ป่วย 4) ให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไปเกี่ยวกับเรื่องโรคทางจิตเวช การดูแลโดยการอบรม เสี่ยงตามสาย แผ่นพับ เพื่อให้ประชาชนอื่นๆ ในชุมชนมีความรู้ความเข้าใจ และมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเวชและญาติผู้ป่วย 5) การจัดกิจกรรมนำผู้ป่วยสู่ชุมชน เช่น มีพี่เลี้ยง บัดดี้ โกด้า พาผู้ป่วยเข้าร่วมงานหรือกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน เพื่อช่วยฟื้นฟูและฝึกทักษะทางสังคมและทักษะการใช้ชีวิตในชุมชนแก่ผู้ป่วยจิตเวช 6) การจัดหาสวัสดิการสำหรับผู้ป่วยและญาติที่มีความสามารถในการประกอบอาชีพ แต่ไม่มีงานทำ หรือไม่มีรายได้เลี้ยงชีพในครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้รับการฝึกทักษะทางด้านการทำงาาน มีอาชีพและมีงานทำ

2.4 การติดตามตรวจสอบและปรับปรุงจากการติดตาม ตรวจสอบของทีมผู้วิจัยและเครือข่ายในชุมชน พบว่า

1) การปลดโซ่ผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกล่อลวงขัง สามารถปลดโซ่หรือกำขังได้ตลอด 24 ชั่วโมง ร้อยละ 90.5 และสามารถปลดโซ่หรือกำขังได้บางเวลา (ช่วงเช้าและเย็น) ร้อยละ 9.5 เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่บกพร่องทางปัญญาและเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาทางกายที่ญาติต้องดูแลตลอด 24 ชั่วโมงแต่มีความจำเป็นที่ผู้ดูแลหลักต้องทำงานหาเลี้ยงครอบครัว จึงสามารถปลดโซ่หรือกำขังได้บางเวลา



2) การประเมินทัศนคติของแกนนำชุมชน การเปรียบเทียบความแตกต่างด้านทัศนคติของชุมชนต่อผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกล่ำม้าง ก่อน และหลังดำเนินการโครงการ พบว่า ทัศนคติในเชิงบวกดีขึ้นหลังการอบรม โดยเฉพาะการลดการตีตราบาปในผู้ป่วยลดลง แกนนำชุมชนเห็นความสำคัญต่อการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกล่ำม้างอย่างชัดเจน

3) การประเมินภาระของญาติ การเปรียบเทียบความแตกต่างด้านการเป็นภาระของญาติต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกล่ำม้างก่อนและหลังดำเนินการโครงการ พบว่า ด้านความตึงเครียดส่วนบุคคลหลังเข้าอบรมญาติมีวิธีการผ่อนคลายความเครียดได้ดีกว่าก่อนเข้าอบรม ด้านความขัดแย้งในตนเองที่จะดูแลผู้ป่วยลดลงหลังจากเข้าอบรมตามหลักสูตร ด้านความรู้สึกลดลงและด้านเจตคติที่ไม่แน่นอน ก็เปลี่ยนไปในทิศทางที่ดีขึ้นหลังผ่านการอบรม

4) การปรับปรุงแผน จากการทำเนินโครงการหรือกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชหลังปลดโซ่กักขังในระยะแรก พบว่า ยังมีประเด็นที่ยังเป็นปัญหาอุปสรรคในการดำเนินกิจกรรมคือ 4.1) ญาติและแกนนำชุมชน ยังขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และขาดช่องทางในการปรึกษาเมื่อเกิดปัญหาการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวช และ 4.2) ขาดการฝึกทักษะทางอาชีพแก่ผู้ป่วยจิตเวชอย่างต่อเนื่อง คณะผู้วิจัยและเครือข่ายในชุมชนได้ร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขและปรับปรุงแผนดังกล่าวโดย 1) ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและญาติในชุมชน กำหนดให้มีการออกติดตามโดย อาสาสมัครสาธารณสุข ติดตามเยี่ยมทุก 2 สัปดาห์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ติดตามเยี่ยมทุก 1 เดือน และมีช่องทางการประสานงานที่ชัดเจน โดยระบุหมายเลขโทรศัพท์ที่ญาติสามารถติดต่อขอคำปรึกษาและขอความช่วยเหลือได้เมื่อเกิดปัญหาในการดูแลผู้ป่วย และ 2) ได้ประสานหน่วยงานในการฝึกอาชีพ คือ สถาบันฝีมือแรงงาน ศูนย์ฟื้นฟูอาชีพคนพิการ เข้ามาร่วมกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มนี้ โดยส่งผู้ป่วยที่อาการดี สามารถฝึกทักษะด้านอาชีพได้ เข้าฝึกอาชีพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นการช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย ลดภาระการพึ่งพิงจากครอบครัว และยังเป็นการช่วยส่งเสริมรายได้ของครอบครัว

5) การสังเกตและประเมินผลการปฏิบัติครั้งที่ 2 พบว่า ญาติและแกนนำชุมชน มีความมั่นใจในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชมากขึ้น เมื่อมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยสามารถโทรศัพท์ติดต่อและขอความช่วยเหลือจากบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ได้ ผู้ป่วยจำนวน 2 คน และญาติจำนวน 2 คนที่ไม่มีอาชีพไม่มีงานทำ ได้รับการฝึกอาชีพจากสถาบันพัฒนาฝีมือแรงงานจังหวัด และองค์การบริหารส่วนตำบล ทำให้มีรายได้ช่วยเหลือครอบครัว

2.5 สรุปผลการวิจัย คณะผู้วิจัยและเครือข่ายชุมชน ได้จัดทำผลการสรุปผลการวิจัยโดยจัดให้มีเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีการสนทนากลุ่มในผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกล่ำม้าง ญาติหรือครอบครัวผู้ป่วย แกนนำชุมชนหรือเพื่อนบ้าน บุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลและโรงพยาบาลชุมชน และนำข้อมูลที่ได้มาสังเคราะห์และสรุปเป็นแนวทางในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกล่ำม้างสำหรับพื้นที่เขตสาธารณสุขที่ 13 คือ “3 ชันบันได 10 กิจกรรม” ซึ่งประกอบด้วย

บันไดขั้น 1 รักษาอนามัยการอันตรายให้เร็วที่สุด มี 4 กิจกรรม คือ 1) ค้นหาผู้ป่วยล่ำม้างหรือกักขังในพื้นที่ โดยญาติหรือแกนนำ และประชาชนในพื้นที่ให้ข้อมูลแก่บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ 2) ประเมินอาการและวิเคราะห์ต้นเหตุของการล่ำม้าง โดยลงพื้นที่เพื่อประเมินอาการของผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกล่ำม้าง ประเมินทัศนคติของชุมชนต่อผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกล่ำม้าง และประเมินความรู้สึกรับภาระการดูแลจิตเวชที่ถูกล่ำม้างของญาติ และให้การช่วยเหลือเบื้องต้น ก่อนที่จะนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการดูแลรักษาในสถานบริการสาธารณสุข 3) วางแผนการบำบัดรักษาและแก้ไขปัญหาระยะสั้นและยาว ให้การช่วยเหลือเบื้องต้น เช่น การตรวจสุขภาพร่างกายทั่วไป และส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ (CBC, E'lyte, BUN, Cr, LFT, VDRL, CXR และ EKG) 4) บำบัดรักษาโรคและอาการผู้ป่วย การให้การช่วยเหลือและฟื้นฟูผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพเพื่อสามารถช่วยเหลือตนเองได้



บันไดขั้น 2 สร้างความเชื่อมั่น ปรับเจตคติและสร้างการมีส่วนร่วมของญาติและชุมชน มี 3 กิจกรรม คือ 1) สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติและผู้ใกล้ชิด การเตรียมความพร้อมครอบครัว และผู้ใกล้ชิด ให้มีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการดูแลผู้ป่วย โดยเน้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและให้ญาติมีทักษะในการดูแลผู้ป่วย เป็นหลักสูตร 2 วัน มุ่งเน้นให้ญาติ ผู้ดูแลหลักมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ลุ่มโซ่ตรวน/กักขังเป็นรายกรณี 2) ประชุมร่วมกับผู้นำชุมชน เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในการรักษาโรค สร้างความเข้าใจ ที่ถูกต้องและแสวงหาการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน การประชุมเชิงปฏิบัติการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ลุ่มโซ่ตรวน/กักขัง เป้าหมายประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบสุขภาพจิตที่โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แกนนำชุมชน และญาติ โดยใช้กระบวนการ AIC เป็นหลักสูตร 2 วัน เน้นให้ผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการได้วิเคราะห์ปัญหา หาแนวทางช่วยเหลือ จัดทำโครงการแก้ไขปัญหเป็นรายกรณี 3) ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและญาติในชุมชนอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ คณะผู้วิจัยออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วย และติดตามการดำเนินงานโครงการแก้ไขปัญหเป็นรายกรณี เพื่อให้ญาติและผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลและเชื่อมั่นในการปลดโซ่/กักขังผู้ป่วย

บันไดขั้น 3 สร้างอาชีพและการสนับสนุนจากชุมชนและสังคม มี 3 กิจกรรม คือ 1) การประชุมร่วมกับญาติและชุมชนพิจารณาอาชีพและการดำรงชีวิตในชุมชน 2) ฝึกอาชีพแก่ผู้ป่วย 3) แสวงหาแหล่งสนับสนุนทั้งในและนอกชุมชนเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านอาชีพและการดำรงชีวิต

จากการพัฒนาแนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกลุ่มโซ่ในชุมชน “3 ขั้นบันได 10 กิจกรรม” นำมาสู่การกำหนดแนวทางในการดำเนินงานเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่ถูกลุ่มโซ่ในเขตสาธารณสุขที่ 13 ขึ้น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องและมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกลุ่มโซ่

3. การประเมินผลการใช้แนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกลุ่มโซ่ในเขตสาธารณสุขที่ 13

หลังจากได้กำหนดแนวทางในการดำเนินงานเพื่อดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกลุ่มโซ่ในเขตบริการสาธารณสุขที่ 13 ขึ้น และทดลองนำแนวทางดังกล่าวไปใช้แล้วเป็นระยะเวลา 6 เดือน คณะผู้วิจัยได้ติดตามประเมินผลการใช้แนวทางฯ ดังกล่าว คือ

- 1) การประเมินความพึงพอใจของญาติ/แกนนำ/บุคลากรสาธารณสุข พบว่า ระดับความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมพัฒนาและใช้แนวทางในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกลุ่มโซ่ในเขตสาธารณสุขที่ 13 ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 96.8 ความรู้ที่ได้รับในการดูแลผู้ป่วยในระดับมากที่สุด ร้อยละ 92.1 การได้สนับสนุนสื่อ เอกสารให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ในระดับมาก ถึงมากที่สุด ร้อยละ 92 รูปแบบและวิธีการในการส่งเสริมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวช ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 93.6 การเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมหรือแสดงความคิดเห็น ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 95.2 และการนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ประโยชน์ในชีวิตประจำวัน ระดับมากที่สุด ร้อยละ 95.3
- 2) ประเมินความพึงพอใจของครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชหลังปลดโซ่/กักขัง จากการใช้แนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวช พบว่า ครอบครัวของผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือโดยภาพรวมในระดับมากที่สุดถึงมากที่สุด ร้อยละ 96 ความรู้ที่ได้รับในการดูแลผู้ป่วยในระดับมากที่สุดถึงมากที่สุด ร้อยละ 96 การได้สนับสนุนและช่วยเหลือต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วย ในระดับมากที่สุดถึงมากที่สุด ร้อยละ 96 รูปแบบ/วิธีการในการส่งเสริมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวช ในระดับมากที่สุดถึงมากที่สุด ร้อยละ 96 การเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมหรือแสดงความคิดเห็นในการดูแลผู้ป่วย ระดับมากที่สุดถึงมากที่สุด ร้อยละ 92 และการนำความรู้ในการดูแลช่วยเหลือไปใช้ประโยชน์ในชีวิตประจำวัน ในระดับมากที่สุดถึงมากที่สุด ร้อยละ 96
- 3) ผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยจิตเวช จากการติดตามประเมินผลพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชสามารถปลดโซ่ได้ตลอดเวลา ร้อยละ 100 (จากเดิมที่มีลุ่มโซ่ตลอดเวลา มากที่สุด 13 คน (ร้อยละ 61.9) ลุ่มโซ่บางเวลา 4 คน (ร้อยละ 19) และขังตัวเอง 4 คน (ร้อยละ 19) และจากการประเมินความสามารถเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเวช พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความสามารถด้าน



ทักษะต่าง ๆ ดีขึ้น โดยเฉพาะทักษะการใช้ชีวิตของแต่ละบุคคล การทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง

4) ผลกระทบอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาแนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกล่อลวงในเขตสาธารณสุขที่ 13 นี้ มีดังนี้ 4.1) เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ทำงานในการดูแลผู้ป่วย จนเกิดเทคนิคการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่บ้าน การช่วยเหลือด้านการรักษาต่อเนื่องทั้งเรื่องยาและการรับยาที่โรงพยาบาล และการฟื้นฟูด้านร่างกายจิตใจและสังคม 4.2) การดูแลเรื่องสวัสดิการผู้ป่วย มีผู้ป่วยที่ต้องดูแลเรื่องการสร้างส้วม การปรับที่อยู่อาศัย/ปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม โดยได้รับการช่วยเหลือจากองค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและชาวบ้านแกนนำชุมชน 2 คนคือที่จังหวัดอำนาจเจริญ 1 คน และอุบลราชธานี 1 คน 4.3) เกิดช่องทางการประสานงานเกี่ยวกับการส่งเสริมอาชีพสำหรับผู้ป่วยและญาติโดยการประสานงานผ่านสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ในแต่ละจังหวัด สถาบันฝีมือแรงงานจังหวัดและองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ทำให้ผู้ป่วยมีอาชีพ 2 คน (อุบลราชธานี,อำนาจเจริญ) ญาติผู้ป่วย 2 คน (อุบลราชธานี) 4.4) สำนักงานหลักประกันสุขภาพเขต 10 อุบลราชธานีสนับสนุนงบประมาณเป็นค่าตอบแทนรายเดือนสำหรับผู้ดูแลหลัก 500 บาทต่อเดือน ทั้ง 21 คนเฉพาะปีงบประมาณ 2555 เนื่องจากได้เสนอเป็นโครงการพัฒนาระบบการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกล่อลวง

การอภิปรายผล

จากการพัฒนาแนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกล่อลวงในชุมชน มีสาระสำคัญในการอภิปรายผลการวิจัยดังนี้

1. สภาพปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกล่อลวงในเขตสาธารณสุขที่ 13 จากการศึกษาพบว่าสาเหตุที่ผู้ป่วยจิตเวชถูกล่อลวง เนื่องจากผู้ป่วยขาดการรักษาต่อเนื่อง ไม่รับประทานยา ใช้สารเสพติด และญาติผู้ดูแลหลักและแกนนำชุมชน ยังไม่มีองค์ความรู้เรื่องโรคทางจิตเวชยังคิดว่าการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นภาระ กล่าวว่าเป็นอันตรายหรือสร้างความเดือดร้อนแก่ตนเอง

ผู้อื่นและชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังหลาย ๆ เรื่องที่ผ่านมา ที่กล่าวถึงการเจ็บป่วยทางจิตเป็นโรคที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง และมีผลกระทบมากต่อผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจของประเทศ และมีโอกาสกลับเป็นซ้ำโดยอัตรากลับเป็นซ้ำสูงถึงร้อยละ 70-82 ส่วนใหญ่จะตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาไม่ดี การทำหน้าที่ทางสังคมบกพร่องนำไปสู่การดำเนินโรคที่เรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดำเนินชีวิตประจำวัน¹³⁻¹⁵ ญาติและครอบครัวรู้สึกเครียดและเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช^{2,3,16-17} กลัวผู้ป่วยจะเป็นอันตรายหรือสร้างความเดือดร้อนต่อตนเองและผู้อื่นไม่เข้าใจเกี่ยวกับการรักษาทำให้ผู้ป่วยขาดยาและมีการกำเริบ และนำไปสู่การล่อลวงทั้งแบบชั่วคราวและล่อลวงตลอดเวลา

2. การพัฒนาแนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกล่อลวง จากการพัฒนาที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องโดยใช้การใช้เทคนิค AIC มาช่วยในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชล่อลวงครั้งนี้ พบว่า แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกล่อลวงในชุมชน โดยใช้บันได 3 ขั้น 10 กิจกรรม และส่งผลให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกล่อลวงซึ่งพบว่า ญาติแกนนำชุมชน มีทัศนคติที่ดี เข้าใจยอมรับเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น¹ และจากการเปรียบเทียบผลการประเมินความรู้สึกเป็นภาระของญาติในการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังเข้าโครงการ พบว่า ญาติมีความรู้สึกเป็นภาระลดลงจากเดิมเล็กน้อย โดยเฉพาะความรู้สึกกดดันของญาติที่ต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชลดลงมากอย่างเห็นได้ชัดเจน และยังพบว่าหากญาติมีความรู้เรื่องโรคและการดูแลรักษาที่ถูกต้องมีเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วยโรคจิต และได้ให้การดูแลด้วยตนเอง ญาติจะเห็นการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยไปในทางที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน จึงทำให้เกิดความมั่นใจที่จะเอาใจออกและไม่กักขังผู้ป่วย¹⁻³ และที่สำคัญการที่บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ได้ติดตามดูแลเยี่ยมผู้ป่วยและญาติเป็นระยะ ๆ ประกอบกับมีช่องทางในการติดต่อขอคำปรึกษาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย สิ่งเหล่านี้ช่วยสร้างความมั่นใจให้แก่ญาติและผู้ดูแลที่จะปลดข้อ



และปล่อยให้ผู้ป่วยได้รับอิสรภาพได้ตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งในระยะแรกมีผู้ป่วยจิตเวชสามารถปลดโซ่หรือกักขังได้เพียง 17 คน (ร้อยละ 81) แต่สุดท้ายก็สามารถปลดโซ่หรือกักขังได้ทุกคน (ร้อยละ 100)

3. การประเมินผลการใช้แนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกล่ำมขังในเขตสาธารณสุขที่ 13 จากการประเมินผลการใช้แนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกล่ำมขังในชุมชน พบว่า ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช คือ ญาติหรือผู้ดูแล แกนนำชุมชน บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ที่มีความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและใช้แนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกล่ำมขังในระดับมากถึงมากที่สุด ภาระของญาติในการดูแลผู้ป่วยหลังใช้แนวทางการดูแลช่วยเหลือลดลง สามารถปลดโซ่ผู้ป่วยจิตเวชได้ ร้อยละ 100 ผู้ป่วยจิตเวชมีความสามารถด้านต่าง ๆ ดีขึ้น ทั้งนี้เป็นผลจากการผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ทั้งญาติหรือผู้ดูแล แกนนำชุมชน บุคลากรสาธารณสุขทั้งในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลจิตเวช ทุกคนต่างมีบทบาทหน้าที่และมีความสำคัญเท่ากัน มีการเกื้อหนุนและส่งเสริมตามบทบาทหน้าที่ของตน⁵⁻⁸ ช่วยให้กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกล่ำมขังในชุมชนได้ขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายสุดท้ายคือสามารถปลดโซ่และปล่อยคืนอิสรภาพให้ผู้ป่วยอย่างถาวรให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิต ประกอบอาชีพได้ตามศักยภาพของตน และใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับคนอื่น ๆ ในชุมชนและสังคม นับเป็นการคืนศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ให้กับผู้ป่วยจิตเวช ดังนั้นการสร้างการมีส่วนร่วมเป็นกลวิธีสำคัญที่ทำให้เกิดการพัฒนายั่งยืน ซึ่งการมีส่วนร่วม จึงเป็นการสร้างพลังอำนาจ (Participation as empowerment) หมายถึง การมีอำนาจที่จะเข้าถึงและตัดสินใจใช้ทรัพยากรในการแก้ปัญหา¹⁸ และการใช้ PAR ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนตั้งแต่ในการวิเคราะห์ปัญหา การวางแผนและร่วมวิเคราะห์หาวิธีการแก้ไขปัญหาก็เหมาะสมกับบริบทและวิถีชีวิตของคนในชุมชน^{19,20} ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Whyte⁷ ที่กล่าวถึง PAR ว่า เป็นการเรียนรู้ร่วมกันเก็บข้อมูลระหว่างนักวิจัย

และผู้ที่อยู่กับปัญหา โดยการเริ่มต้นจากคนที่อยู่กับปัญหาเป็นศูนย์กลาง ร่วมกันค้นหาศึกษาปัญหา เรียนรู้เก็บข้อมูลร่วมกันผ่านกระบวนการวิจัยตั้งแต่ต้นจนกระทั่งเสร็จสิ้นโครงการเสนอและอภิปรายผลการวิจัย จึงเป็นกระบวนการที่ผู้คนในองค์กรหรือชุมชนไม่ใช่ผู้ถูกระงับแต่เป็นผู้กระทำ การที่มีส่วนร่วมกระตือรือร้นและมีอำนาจร่วมกันในการวิจัย อีกทั้งเป็นวิธีการที่เหมาะสมที่จะประยุกต์ใช้กับการปัญหาและสถานการณ์ที่แตกต่างกัน โดยนักวิจัยกลายเป็นเพียงผู้ให้คำปรึกษา กระตุ้น แนะนำให้เกิดความคิดใหม่ (Rethinking) และการปรับโครงสร้าง (Restructuring) ของความสัมพันธ์ในชุมชน/องค์กรด้วย

ข้อเสนอแนะ

1. แนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกล่ำมขังในชุมชนที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ได้พัฒนาขึ้นจากกระบวนการวิจัย PAR และเทคนิค AIC จนสามารถปลดโซ่หรือกักขังผู้ป่วยจิตเวชได้ จำเป็นจะต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) ในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ของปัญหา การกำหนดปัญหาและความต้องการแก้ปัญหาของพื้นที่ การวางแผนและกำหนดวิธีการแก้ไข ปัญหา การปฏิบัติการแก้ไข และประเมินผลร่วมกัน ดังนั้นแนวทางที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำไปเป็นตัวอย่างในขั้นตอนการดำเนินงาน แต่วิธีการในแก้ไขปัญหานั้นอาจมีแตกต่างกันไปตามบริบทของแต่ละพื้นที่

2. ควรมีการขยายผลการพัฒนาการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกล่ำมขังในชุมชนไปปรับใช้กับการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชอื่น ๆ ที่มีความยุ่งยากในการดูแล หรือปรับใช้ในพื้นที่อื่นที่มีปรากฏการณ์และบริบทที่ใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้ รวมทั้งนำรูปแบบขั้นตอนการดำเนินการวิจัยแบบมีส่วนร่วม ไปปรับใช้ตามความเหมาะสมต่อไป

References

1. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2554. กรุงเทพฯ: หจก. บางกอกบล็อก; 2554.



2. Bull MJ. Factors influencing family caregiver burden and health. *Western Journal of Nursing Research* 1990; 12(6): 758-770.
3. Montgomery R., Stull DE., & Borgatta EF. Measurement and the analysis of burden. *Research on Aging* 1985; 7(1): 137-152.
4. วรารัตน์ ทะมั่งกลาง. รูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกล่อลวง: กรณีศึกษา. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น กรมสุขภาพจิต: ขอนแก่น; 2544.
5. วลี เปาโรหิตย์. อีสรภาพของผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกล่อลวง: กรณีศึกษาผู้ป่วย 7 ราย. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข: นนทบุรี; 2545.
6. สู้ ตั้งกุ. จากโชครวน....สู่จิตใจ: กรณีศึกษา. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข: นนทบุรี; 2543.
7. Whyte WF. (editor). Participatory action research. Newbury Park: SAGE Publications; 1991.
8. Cohen JM. & Uphoff NT. Rural development participation: concept and measures for project design, implementation and evaluation. New York: Rural Development Committee, Center for International Studies, Cornell University; 1981.
9. Kenchaiwong F. Relationships among patient dependency social support and burden of stroke patient caregivers. [Thesis] Thailand: Chiang Mai University; 1996.
10. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดำเนินงานบ้านกึ่งวิถี. กรุงเทพฯ; บริษัททงษ์กมล; 2544.
11. วิชัย ตีสสระ. การพัฒนาหลักสูตรและการสอน. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สุวีริยาสาส์น; 2535.
12. กริช อัมโภชน. การสร้างหลักสูตรและโครงการฝึกอบรม. เอกสารประกอบการบรรยายในการฝึกอบรมหลักสูตรการบริหารงาน ฝึกอบรม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์; 2534.
13. Pearson GS. The client with thought disorder. In WK. Mohr ed. *Psychiatric mental health Nursing*. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2006; 619-658.
14. Lieberman JA. Evidence for sensitization in the early stage of schizophrenia. *European Neuropsychopharmacology* 1999; 6: 155.
15. McGurk SR, Morriarty PJ, Harvey PD, Parrella M, White L, Davis KL. The longitudinal relationship of clinical symptom, cognitive functioning and adaptive life in geriatric schizophrenia. *Schizophrenia Research* 2000; 42: 47-55.
16. Bubphasung T. Burden and caring capabilities among caregivers among readmissions of persons with schizophrenia. Unpublished master's [Thesis] Thailand: Chiang Mai University; 2002.
17. Laidlaw TM, Coverdale JH, Falloon IR, & Kydd RR. Caregivers' stresses when living together or apart from patients with chronic schizophrenia. *Community Mental Health Journal* 2002; 38(4): 303-310.
18. นิตย ทัศนัยม. เอกสารประกอบการสอนวิชา 253747 การพยาบาลชุมชนชั้นสูง 2 เรื่อง การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพชุมชนแนวคิดและกลวิธี. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2546.
19. Palangrit S, Ratanatawan A, Amatyakul C. Empowering by community participation in creating an empowerment health promotion team at Moo 3 Kukot Subdistrict, Lumlooka District, Prathum-Thani. *Journal of Nurses' Association of Thailand North-Eastern Division* 2011; 29(4): 23-32.
20. Chaisiri L, Somjit D. Community Participation in Analyzing Strategies to Enhance the Quality of Life of Working Age People with HIV/AIDS. *Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division* 2011; 29(4): 79-89.



Development of Guideline for Alleviating among Psychiatric Patients with Chain in Public Health Region 13, Thailand

Thepin bunkrachang M.A.*

Teerapa Thanee M.Ed.**

Passani Sithikun M.N.S.**

Abstract

This participatory action research [PAR] aimed to develop guideline for alleviating psychiatric patients with chain in Public Health Region 13 including Ubon Ratchathani, Sisaket, Yasothorn and Amnatchareon. One hundred and fifty researchers and co-researchers consisted of thirty-six health personnel, seventy-two key persons in community, twenty-one caregivers of psychiatric patients with chain and also twenty-one psychiatric patients with chain. Both quantitative and qualitative data were collected during the study period. Descriptive statistics were used to analyze quantitative data by descriptive statistic: frequencies, percentages, and means. Qualitative data were examined using content analysis.

The result revealed that development of guideline for alleviating among psychiatric patients with chain was performed through participatory process of stake holder in 5 steps: 1) studying context, 2) Needs and problem identification, 3) planning and implementing a research study, 4) monitoring and adjusting and 5. summarizing research results. After that, synthesis process was conducted for developing guideline for alleviating among psychiatric patients with chain in “**3 Steps 10 Activities**” including: **Step 1** psychiatric patients with chain must be treated as soon as possible: 1) finding psychiatric patients with chain in community, 2) assessing symptoms and analyzing reasons of using chain, 3) planning and problem solving for short and long treatment, 4) treating psychiatric symptoms, **Step 2** strengthening trust, changing attitude and strengthening participation of caregivers and community were encouraged: 1) providing psycho-education for caregivers, 2) meeting community leaders for strengthening confidence of treatments, 3) regularly home visit psychiatric patients with chain and caregivers, **Step 3** strengthening occupation and supporting community were promoted: 1) meeting caregivers and community for considering occupation and daily living, 2) training occupation, and 3) searching for social support on both inner and outer communities. Outcome after guideline implementation and follow-up 6 months found that all psychiatric patients with chain were unchained for whole day (100 %), most of them had skills for improved particularly personal life skills, stakeholders had overall satisfaction in high to highest level for participation to develop guideline (96.8 %), positive attitude increased in key man of community. For assessment of burden among caregivers of psychiatric patients with chain demonstrated that they enhanced relaxation technique and decreased personal conflict in caring and guilt. The results suggested that potentials of community network and participation and collaboration of health personnel, community and caregivers were strengthened. Finally, it helps network for alleviating among psychiatric patients with chain obtain treatment and unlock from chain.

Keywords: psychiatric patients with chain, guideline for alleviating

* Registered Nurse, (Senior Professional Level), Prasrimahabhodi Psychiatric Hospital

**Registered Nurse, (Professional Level), Prasrimahabhodi Psychiatric Hospital