

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน จังหวัดนนทบุรี

Model of Community Care for Persons who Mental Illness in Nontaburi Province

ดร.จิตวันต์ หงษ์กิตติยานนท์¹, ผศ.ลักขณา ยอดกลกิจ², มาลินี ชมชื่น³

^{1,2}อาจารย์พยาบาลวิทยาลัยสุขภาพและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

³ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกาะเกร็ด จังหวัดนนทบุรี

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เป็นงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ทั้งหมด 100 คน ใช้เวลาในการศึกษา 6 เดือน เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม แบบสังเกต ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.88 คือแบบประเมินสมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเวช ส่วนค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach เท่ากับ 0.86 คือแบบสอบถามทัศนคติผู้ป่วยจิตเวช ส่วนค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach เท่ากับ 0.88 คือแบบประเมินการรับรู้ของชุมชนต่อโครงการ และ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach เท่ากับ 0.87 คือแบบประเมินผลความพึงพอใจโครงการ สถิติที่ใช้คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษการวิจัย พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยในชุมชน มี 2 องค์ประกอบคือ การมี อาจารย์/พยาบาลวิชาชีพและนักศึกษาพยาบาลวิชาชีพให้การดูแลที่บ้าน และเพื่อประเมินปัญหาและการจัดทำโครงการ ชีวสถิติและระดมความคิดไม่หัดดื่มแอลกอฮอล์เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงทางสิ่งแวดล้อมในชุมชน

การมีอาจารย์/พยาบาลวิชาชีพและนักศึกษาพยาบาลให้การดูแลที่บ้าน มีผู้ป่วยและครอบครัวเข้าร่วมโครงการ 10 ครอบครัว ผลการดำเนินงานในระยะเวลา 6 เดือน พบว่า ผู้ป่วย 8 คน มีการทำหน้าที่ทั่วไปและสมรรถภาพทางจิตดีขึ้น มีผู้ป่วย 2 คน ดื่มแอลกอฮอล์ซ้ำมีอาการทางจิตต้องส่งรักษาที่โรงพยาบาลศรีธัญญา เนื่องจากสภาพแวดล้อมในชุมชนเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ อันเนื่องจากการดื่มแอลกอฮอล์ ข้อเสนอแนะ คือ รัฐบาลควรรับผิดชอบกำหนดนโยบายคุ้มครองให้ผู้ป่วยได้รับการรักษา โดยจัดให้มีทีมสหสาขาเช่น พยาบาลวิชาชีพ อาจารย์/นักศึกษาหรือให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยพยาบาลวิชาชีพ ควรได้รับค่าตอบแทนจากระบบประกันสุขภาพ ในขณะที่เดียวกันมีมาตรการควบคุมการซื้อ-ขาย ดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชนอย่างเคร่งครัด

คำสำคัญ : การมีส่วนร่วมของชุมชน / ผู้ป่วยจิตเวช / การเยี่ยมบ้าน

Abstract

This aims to develop a Model of Community Care for Persons who Chronic Mental Illness. It is action research. Population are 100 persons but ten families participated in study .A model of community care had two dimension, including having freelance Instructor nurses,study nurse,nurse provide home health care and working with the communities to decrease the environment risk factor related to drinking in the community.

The patients from ten families participated in study .After six months of the project, results show that eight patients decrease their general functioning and mental health.but, Two patient chose to stay in Sirthanya Hospital because he drinking alots in the community. From this study indicated that the government should have health policy to provide health service for the patient living in an environment risk for increasing relapse. Haring freelance Instructor nurses, study nurse ,nurses provide home health care is one intervention.

The second dimension of the community was to decrease the environment risk factor related to drinking in the community. The rest who did not join reasoned that they were too busy from work and nobody in the family drank. About a half of people who drank alcohol remained drinking as usual.

There are some reasons why this project was not successful in getting people involving in caring for the mentally ill people and in changing attitude and behavior related to alcohol drinking in the community First ,the problem was not acknowledged by the community. Secondly ,mental illness is not a contagious illness, for this reason, people did not see how it related to their lives. therefore, they did not view it as a community problem Thirdly, changing attitude and behaviors related to alcohol consumption needs a multidisciplinary team with involvement at various levels and times, and with sensitive communication. The research team was not skillful to run this kind of project.

Keywords: Community participation Chronic mental patients / home health care

บทนำ

เนื่องจากกระแสโลกาภิวัตน์ ก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านความเป็นอยู่ ครอบครัวยุค เศรษฐกิจ สังคม การเมือง ส่งผลให้ประชาชนมีความเครียดมากขึ้น ประกอบกับการใช้สื่อโฆษณา ประชาสัมพันธ์เรื่องเกี่ยวกับสุรา เป็นการกระตุ้นให้มีการบริโภคสุรามากขึ้น ทำให้ประเทศไทยมีอัตราการดื่มสุราเป็นอันดับ 5 ของโลก (บัณฑิต สอนไพศาล, 2555) บุหรี่ สุรา เป็นประตูดูดสารเสพติดตัวอื่น ๆ การใช้สารเสพติดทำให้บุคคลป่วยมีอาการทางจิตได้ การเจ็บป่วยทางจิตเป็นความผิดปกติของความคิด ร่วมกับความผิดปกติของอารมณ์ การรับรู้ พฤติกรรมการตัดสินใจ บุคลิกภาพ และมีความบกพร่องทางหน้าที่การงาน และสังคม จากรายงานจำนวนและอัตราผู้ป่วยทางจิตของประเทศไทยต่อประชากร 100,000 คน ในปีงบประมาณ 2540 – 2544 พบอัตราผู้ป่วยโรคจิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เมื่อจำแนกตามการใช้บริการ ณ สถานบริการสาธารณสุข พบว่า อัตราผู้ป่วยโรคจิตของสถานบริการสาธารณสุขทั่วไป มีแนวโน้ม

เพิ่มขึ้น โดยในปีงบประมาณ 2540 พบว่า มีอัตราผู้ป่วยโรคจิตเท่ากับ 298.70 ต่อประชากร 100,000 คน และในปีงบประมาณ 2544 ลดลงเหลือเพียง 228.2 ต่อประชากร 100,000 คน(ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์, 2546) ถึงอย่างไรก็ดี 10 ปีต่อมาถึงปัจจุบันก็ยังมีอัตราผู้ป่วยโรคจิตเพิ่มขึ้น ความชุกของโรคจิตในประเทศไทยว่า ความชุกของโรคจิต 3 อันดับแรกที่พบขณะนี้คือ โรคจิตที่เกิดจากการดื่มสุรา ร้อยละ 28.52 รองลงมาคือ โรคซึมเศร้า ร้อยละ 3.2 และโรคจิตชนิดต่างๆ เช่น โรคซึมเศร้าเรื้อรัง ร้อยละ 1.18 โรคตื่นกลัว ร้อยละ 0.89 โรควิตกกังวลรุนแรง ร้อยละ 0.7 (www.dmh.go.th)สอดคล้องกับสถิติของกรมสุขภาพจิตเรื่องผู้มาเข้ารับบริการผู้ป่วยใหม่ของภาครัฐคือในโรงพยาบาลจิตเวชนั้น ในช่วงปี 2553-2554 เพิ่มขึ้นร้อยละ 25 (จากตัวเลข 70,717 ราย เป็น 88,432 ราย) นั้นหมายถึงว่าเกิดจากโรคทางจิตเวชที่เพิ่มขึ้น (<http://www.thaihealth.or.th>) ซึ่งแนวโน้มของสังคมไทยเริ่มมีปัญหาโรคทางจิตเวชจากสารเสพติดเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ควรต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษ ส่วนใหญ่แล้วการเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรงจะทำให้เกิดการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาและช่วยเหลือดูแลตลอดช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ การเจ็บป่วยทางจิตเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือและมีอัตราการกลับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลสูงได้แก่โรคจิตเภท โรคความผิดปกติทางอารมณ์ โรคซึมเศร้าอย่างรุนแรง โรคสมองเสื่อม รวมถึงผู้ป่วยโรคจิตที่เกิดจากการใช้สารเสพติดประเภทต่าง ๆ เช่น เหล้า ยาบ้า สารระเหย ดังนั้นหลังการออกจากโรงพยาบาลจะต้องนำผู้ป่วยทางจิตเวชเหล่านี้กลับมาดูแลรักษา ฟื้นฟูที่บ้าน

กรองจิต วลัยศรี (2551) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชชุมชนที่มีปัญหาซับซ้อน ว่าสามารถดูแลใช้กระบวนการมีส่วนร่วม AIC ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสำหรับญาติ พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้เพิ่มมากขึ้น มีทัศนคติทางบวกต่อผู้ป่วยโรคจิต และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลที่บ้าน รวมทั้งเจ้าหน้าที่ที่มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลที่บ้านเห็นด้วยต่อการดำเนินโครงการการมีส่วนร่วม AIC ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสำหรับญาติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมพร รุ่งเรืองกลกิจ และกฤตยา แสวงเจริญ (2538) ที่พบว่า ญาติผู้ป่วยจิตเวช ถึงแม้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน มีการวางแผนรับผู้ป่วยกลับบ้านอย่างถูกต้อง แต่ญาติก็ยังไม่พร้อมในการรับผู้ป่วยกลับบ้าน และต้องการให้มีบุคลากรทางการแพทย์ไปเยี่ยมและสอนการจัดการกับอาการผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมีอาการกลับซ้ำที่บ้าน

ในปัจจุบันพบว่าปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชนับวันจะเพิ่มมากขึ้น โดยผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2552 พบประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป มีปัญหาสุขภาพจิตร้อยละ 12 หรือประมาณ 5 ล้านคน ซึ่งคนกลุ่มนี้ยังไม่ช้คนป่วย เพราะหากได้รับการดูแลส่งเสริมสุขภาพจิตก็สามารถจะทุเลาและหายเป็นปกติได้ สำหรับสถิติผู้ป่วยทางจิตที่ได้รับการดูแลรักษาในปี 2551 ทั่วประเทศมี 1,668,041 ราย แบ่งเป็นโรคจิตเภทมากที่สุดจำนวน 445,840 ราย รองลงมาได้แก่ โรควิตกกังวลมีจำนวน 375,035 ราย โรคซึมเศร้ามี 199,667 ราย ที่เหลือเป็น โรคอื่น ๆ เช่น ดิศาจสารเสพติด โรคลมชัก ปัญญาอ่อน โดยเฉลี่ยแล้วผู้ป่วยทางจิตจะใช้เวลารักษาในโรงพยาบาลประมาณ 41 วัน ซึ่งถือว่าสูงกว่าผู้ป่วยโรคทางกาย 5-6 เท่าตัว (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2554) และส่งผลกระทบต่อการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศทำให้กรมสุขภาพจิตต้องหากลไกในการทำให้ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและกลุ่มเสี่ยงดังกล่าวได้รับการดูแลป้องกันได้อย่างเหมาะสม

จากการสัมภาษณ์และการสำรวจการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนนนทบุรี พบว่าผู้ป่วยมีทักษะการดูแลตนเองต่ำ มีความเครียดระดับปานกลาง ร้อยละ 60.00 ความเครียดสูง ร้อยละ 40.00 มีอุปสรรค

ในการดูแลผู้ป่วย คือไม่ทราบอาการผิดปกติ ร้อยละ 25 การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ คิดเป็นร้อยละ 20.00 ผู้ป่วย ญาติ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านขาดความรู้เรื่องโรคทางจิตเวช คิดเป็นร้อยละ 60.00 อาการข้างเคียงจากยาจิตเวช และการมาตรวจตามนัด ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาไม่ต่อเนื่อง คณะผู้วิจัยได้เยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชชุมชน พบว่า ทั้งผู้ป่วย ครอบครัว ขาดความรู้ในเรื่องโรคจิตเวชที่เป็น และที่สำคัญไม่การยอมรับผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน จึงเห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตและมีความเชื่อว่าการที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนได้ ถ้าครอบครัวมีความเข้มแข็ง ญาติมีความรู้ความสามารถ มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ตลอดจนลดปัญหาความเครียดอันเนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วยและเศรษฐกิจ โดยมีรูปแบบการช่วยเหลือควรใช้กลวิธีการมีส่วนร่วมของชุมชนในการวางแผนดำเนินงานภายใต้การสนับสนุนของภาครัฐ และแกนนำกลุ่มต่าง ๆ ที่อยู่ในชุมชน โดยเริ่มต้นที่ตัวญาติและผู้ป่วยเอง และได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากชุมชนที่ผู้ป่วยและญาติอยู่และบุคลากรในทีมงานสุขภาพ เช่น สาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล นนทบุรี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลนนทบุรี อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ที่จะเป็นแหล่งสนับสนุนให้กับผู้ป่วยและญาติ การศึกษาในครั้งนี้ เพื่อพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยทางจิตเรื้อรังที่บ้านโดยความร่วมมือกันระหว่างครอบครัว ชุมชน และสถานบริการ ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ในการพัฒนารูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติเพราะเป้าหมายหลักของกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ การมีส่วนร่วมระหว่างนักวิจัยและสมาชิกในกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการศึกษา คือ ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาที่ศึกษา มาร่วมคิดวิเคราะห์และวางแผนดำเนินการร่วมกัน (Stringer, 1996) เพื่อให้ได้รูปแบบที่เหมาะสม ในการดูแลผู้ป่วยทางจิตเรื้อรังที่บ้านโดยความร่วมมือกันระหว่างครอบครัว ชุมชน และสถานบริการ ในจังหวัดนนทบุรี ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบที่เหมาะสม ในการดูแลผู้ป่วยทางจิตที่บ้านโดยความร่วมมือกันระหว่างครอบครัว ชุมชน และสถานบริการในชุมชน

ขอบเขตการวิจัย

1. ขอบเขตประชากร

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ดูแลและประชาชนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี จำนวน 100 คนเจ้าหน้าที่จำนวน 20 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ดูแลจำนวน 50 คน เจ้าหน้าที่จำนวน 20 คน และผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 10 คน ได้มาโดยการสุ่มเลือกหมู่บ้าน(หมู่ที่ 1, 5, 18, 19) และเลือกเฉพาะเจาะจงในรายที่มีปัญหาการดูแลรับยาไม่ต่อเนื่อง

2. กรอบแนวคิด

ผู้ป่วยเป็นสมาชิกที่อยู่ในครอบครัว ใช้ทฤษฎีระบบศึกษา (Focal system) ซึ่งมีระบบย่อย (Sub system) ของครอบครัว เมื่อสมาชิกในครอบครัวมีการเจ็บป่วย ย่อมส่งผลกระทบต่อครอบครัวทั้งหมด และในทางตรงกันข้ามตัวระบบครอบครัวก็สามารถเป็นทั้งปัจจัยเกื้อหนุนในการหาย หรือปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของที่อยู่ภายใต้ระบบสิ่งแวดล้อม (Supra system) เช่น เครือญาติ เพื่อนบ้าน ชุมชน

3. ขอบเขตเวลา ระยะเวลาที่ศึกษา 2 มกราคม 2557 – 1 มิถุนายน 2557
4. การทบทวนวรรณกรรม
 - 4.1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับโรคจิตที่พบในชุมชน
 - 4.2 การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจิตและการดูแลบุคคลที่ป่วยเป็นโรคจิตเรื้อรังโดยครอบครัวและชุมชน
 - 4.3 รูปแบบการดำเนินการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน
 - 4.4 แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชนและตัวอย่างงานวิจัย

จิตวันต์ หงษ์กิตติยานนท์ (2551) ได้ศึกษา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชชุมชนโดยชุมชนมีส่วนร่วมมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชชุมชนที่มีปัญหาซับซ้อนจำนวน 4 ตำบล ใช้กระบวนการมีส่วนร่วม AIC เป็นกลวิธีในการดำเนินการ ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชชุมชนโดยชุมชนมีดังนี้ การคัดกรองผู้ป่วยในพื้นที่เป้าหมาย โดยพยาบาลวิชาชีพ แกนนำอสม โดยใช้แบบประเมินสมรรถภาพทางจิต โดยผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตและสมรรถภาพทางจิตระดับที่ 1 ให้การดูแลโดยพยาบาลจิตเวช ส่วนผู้ป่วยที่อาการไม่ซับซ้อน เป็นผู้ป่วยที่มีสมรรถภาพทางจิตระดับที่ 2 และ 3 โดยเจ้าหน้าที่ในศูนย์สุขภาพชุมชน จากการติดตามหลังสิ้นสุดโครงการ พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการซับซ้อนทั้งหมด 10 คน มีอาการทางจิตในระดับทุเลามาก 9 คน อีก 2 คน ยังมีอาการทางจิต ได้ส่งต่อที่โรงพยาบาลชัยภูมิ สำหรับญาติพบว่าส่วนใหญ่มีความรู้เพิ่มมากขึ้น มีทัศนคติทางบวกต่อผู้ป่วยโรคจิต และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลที่บ้าน รวมทั้งเจ้าหน้าที่ที่มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลที่บ้านเห็นด้วยต่อการดำเนินโครงการ

กรองจิต วลัยศรี (2551) ได้ศึกษา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชชุมชนโดยชุมชนมีส่วนร่วมมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชชุมชนที่มีปัญหาซับซ้อนจำนวน 3 ตำบล โดยใช้ทฤษฎีระบบเป็นกรอบแนวคิด การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านเป็นแนวคิดแก้ปัญหาและใช้กระบวนการมีส่วนร่วม AIC เป็นกลวิธีในการดำเนินการ ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชชุมชนโดยชุมชนมีดังนี้ การคัดกรองผู้ป่วยในพื้นที่เป้าหมาย โดยพยาบาลวิชาชีพ แกนนำอสม โดยใช้แบบประเมินสมรรถภาพทางจิต โดยผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตและสมรรถภาพทางจิตระดับที่ 1 ให้การดูแลโดยพยาบาลจิตเวช ส่วนผู้ป่วยที่อาการไม่ซับซ้อน เป็นผู้ป่วยที่มีสมรรถภาพทางจิตระดับที่ 2 และ 3 โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน จากการติดตามหลังสิ้นสุดโครงการ พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการซับซ้อนทั้งหมด 12 คน มีอาการทางจิตในระดับทุเลามาก 3 คน ทุเลาปานกลางอีก 8 คน อีก 1 คน ยังมีอาการทางจิต ได้ส่งต่อที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

สมพร รุ่งเรืองกิจและคณะ (2547) ได้ศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน เป็นงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโดยให้พยาบาลวิชาชีพให้การดูแลที่บ้าน ผลการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ 10 คน จาก 9 ครอบครัว ผลการดำเนินงานในระยะเวลา 5 เดือน พบว่า ผู้ป่วย 9 คน มีการทำหน้าที่หน้าที่ทั่วไปและสมรรถภาพทางจิตดีขึ้น จำนวนนี้มีผู้ป่วย 4 คน ที่มีงานทำและมีรายได้เนื่องจากสภาพแวดล้อมในชุมชนเอื้อต่อการกลับเป็นซ้ำ ผู้ป่วย 1 คน ขอกลับเข้าสู่ศูนย์บำบัด ฯ เพราะไม่ต้องการกลับไปค้ำสุรา

ไพรวลัย รมชัยและคณะ (2544) ได้ศึกษาการประเมินผลโครงการพัฒนารูปแบบการดูแล

ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนแบบครบวงจรในอำเภวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่เข้าร่วมโครงการจำนวน 66 คน พบว่า ไม่มีผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำในช่วงดำเนินการเลย ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับช่วงเดียวกันเมื่อก่อนเริ่มดำเนินการโครงการ พบว่า มีผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำจำนวน 4 ราย ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วย ญาติ อสมและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เข้าร่วมโครงการได้รับความรู้โดยการอบรมความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตและครอบครัว

จันทรา ธีระสมบุรณ์ (2543) ได้ประเมินโครงการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในอำเภอท่ามาง ใช้รูปแบบการประเมิน CIPP Model ติดตามด้านบริบทของผู้ป่วยในชุมชน ปัจจัยเบื้องต้น กระบวนการดูแลและผลลัพธ์ของการดูแล ติดตามด้านบริบทของผู้ป่วยที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลสราญรมย์ ในปี 2541 จำนวน 52 ราย ญาติผู้ป่วย 52 ราย ผู้ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยจิตเวช 26 ราย โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกร่วมกับแบบสอบถาม พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 90.4 มีความรู้ในการดูแลตนเองร้อยละ 73.1 มีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับสูง ส่วนญาติพบว่าร้อยละ 95.1 มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในระดับสูง ร้อยละ 80.8 มีทัศนคติทางบวกในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ร้อยละ 76.9 มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระดับสูง

จากงานวิจัยข้างต้นจะเห็นได้ว่า งานวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโดยให้พยาบาลวิชาชีพหรือสาธารณสุขให้การดูแลที่บ้านและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชชุมชนโดยชุมชนมีส่วนร่วม เป็นสิ่งที่สำคัญในการดูแลจิตเวชชุมชนอย่างต่อเนื่องในพื้นที่

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ศึกษาข้อมูลเบื้องต้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2. สร้างเครื่องมือและให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัยมี 4 ชุด ได้แก่ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.88 คือแบบประเมินสมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเวช ส่วนค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.86 คือแบบสอบถามทัศนคติผู้ป่วยจิตเวช ส่วนค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.88 คือ แบบประเมินการรับรู้ของชุมชนต่อโครงการ และ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.87 คือ แบบประเมินผลความพึงพอใจโครงการ
3. ทดลองใช้เครื่องมือกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำไปเก็บจริง
4. การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยคณะวิจัยทำหน้าที่ถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาฝาย และผู้นำชุมชนเพื่อลงพื้นที่วิจัย เดือนมิถุนายนและประเมินผลโครงการในวันที่ 2 มิถุนายน 2557
5. การวิเคราะห์ข้อมูลคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows 19 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ เชิงคุณภาพใช้สนทนา กลุ่มย่อย วิเคราะห์เนื้อหา

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยจะชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงรายละเอียดและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้ โดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธ การเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ นำมาใช้ในการรายงานผลการวิจัยในภาพรวม

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้เข้าร่วมโครงการพบว่ามีผู้ป่วยจิตเวช มีจำนวนทั้งสิ้น 100 คน มีผู้ป่วยจิตเวชอยู่ตามหมู่บ้าน แต่มีผู้ป่วยจิตเวชตั้งนี้ หมู่ 1,5,15 แบ่งเป็นผู้ป่วยจิตเภท คิดเป็นร้อยละ 84.62 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 7.69 และผู้ป่วยโรควิตกกังวล คิดเป็นร้อยละ 7.69 พบว่าผู้ป่วยมีทักษะการดูแลตนเองต่ำ มีความเครียดระดับปานกลาง ร้อยละ 58.34 ความเครียดสูง ร้อยละ 33.33 มีอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย คือไม่ทราบอาการผิดปกติ ร้อยละ 25 การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ คิดเป็นร้อยละ 18.75 ผู้ป่วย ญาติ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านขาดความรู้เรื่องโรคทางจิตเวช อาการข้างเคียงจากยาจิตเวช และการมาตรวจตามนัด ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาไม่ต่อเนื่อง

ผลการศึกษา พบว่า

ตารางที่ 1 แสดงค่าคะแนนสมรรถภาพทางจิตและการทำหน้าที่ทั่วไปของผู้ป่วยรายบุคคลก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ 10 ราย (6 เดือน)

หมายเลข	ค่าคะแนนสมรรถภาพทางจิตของผู้ป่วยจิตเวช		GAF		พฤติกรรมผู้ป่วยในระหว่างและขณะสิ้นสุดโครงการ
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	
1	2.23 ระดับ 1	2.69 ระดับ 2	30	80	ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง สามารถทำกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ดี มีสัมพันธภาพทางสังคมเหมาะสม มีความคิดหวาดระแวง บางครั้งแต่สามารถควบคุมความคิดและอารมณ์ของตนได้ สับสนหวั่นไหว 10-15 มวนต่อวัน ไม่ได้ทำงานแต่ช่วยทำงานบ้านได้ ส่วนใหญ่จะอยู่บ้านคนเดียวทั้งวัน
2	2.07 ระดับ 1	9.46 ระดับ 3	50	90	ก่อนเข้าโครงการมีหิวแหว่ รับประทานต่อเนื่อง แม่ดูแลดี แม่ของผู้ป่วยพาผู้ป่วยมารับการรักษาตามแผนการรักษาต่อเนื่อง แพทย์ลดปริมาณของยาลง รับประทานเฉพาะก่อนนอน สามารถทำกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ดี ดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลได้ดี ผู้ป่วยมีงานประจำทำเป็นพนักงานรักษาความปลอดภัย
3	3.77 ระดับ 3	4.38 ระดับ 3	90	100	ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องไปรับการรักษาด้วยตนเอง แพทย์ลดปริมาณของยาลง รับประทานเฉพาะก่อนนอน มีสัมพันธภาพทางสังคมและแสดงอารมณ์ได้เหมาะสม พุดประโยคที่ยาวขึ้น มีงานทำคือปลูกข้าวโพด ออกจากบ้านไปคอยดูแลแปลงข้าวโพดทุกวัน สามารถขายข้าวโพดในตลาดในหมู่บ้านได้

ตารางที่ 1 (ต่อ)

หมายเลข	ค่าคะแนนสมรรถภาพทางจิตของผู้ป่วยจิตเวช		GAF		พฤติกรรมผู้ป่วยในระหว่างและขณะสิ้นสุดโครงการ
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	
4	3.46 ระดับ 3	4.15 ระดับ 3	70	80	ผู้ป่วยไปสมัครงาน แต่ไม่ได้งานทำ อยู่บ้าน ช่วยทำงานบ้านทั่วไปได้ ปัจจุบันไม่ได้ดื่มเหล้า ไม่มีแรงจูงใจในการทำงาน และครอบครัวสนับสนุนเรื่องการเงิน ทานยาสม่ำเสมอ อาการทางจิตปกติ มีหัวเราะบางครั้งนานๆครั้ง
5	3.5 ระดับ 3	3.67 ระดับ 3	70	80	ไม่ได้งานทำ อยู่บ้าน ช่วยทำงานบ้านทั่วไปได้ ปัจจุบันไม่ได้ดื่มเหล้า ไม่มีแรงจูงใจในการทำงาน และครอบครัวสนับสนุนเรื่องการเงิน ทานยาสม่ำเสมอ อาการทางจิตปกติ ไม่มีหูแว่ว
6	2.85 ระดับ 2	4.46 ระดับ 3	60	60	ผู้ป่วยเข้ารับยาต่อที่โรงพยาบาลชัยภูมิ ทานยาสม่ำเสมอ อาการทางจิตปกติ ไม่มีหูแว่ว
7	1.54 ระดับ 1	2.92 ระดับ 2	40	40	ผู้ป่วยเข้ารับยาต่อที่โรงพยาบาลชัยภูมิเมื่อออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยรับประทานยาต่อเนื่อง แต่ก็กลับไปดื่มสุราและสูบบุหรี่เช่นเดิม ไม่มีความสนใจที่จะทำงาน ปฏิเสธที่จะพบกับอาจารย์/พยาบาลที่ตามไปเยี่ยมที่บ้านในระหว่างอยู่ในโครงการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล 1 ครั้ง และได้รับการรักษาด้วยกระแสไฟฟ้า ปัจจุบันรับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ยังมีอาการหูแว่วเป็นบางครั้ง ไม่ยอมรับประทานยา ได้รับการรักษาด้วยยาจิต ทุก 1 เดือน
8	1.61 ระดับ 1	3.38 ระดับ 2	30	70	ผู้ป่วยยังคงสูบบุหรี่วันละ 1 ซองทุกวัน แต่ไม่ดื่มสุรา ให้ความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อมดี ออกกำลังกายด้วยการเล่นฟุตบอลกับเพื่อน ๆ ทุกวัน และช่วยมารดาขายของที่ตลาดทุกวัน
9	1.75 ระดับ 1	2.31 ระดับ 1	20	40	ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีธัญญา ดื่มสุราช่วงสงกรานต์ มีหูแว่ว
10	2.85 ระดับ 2	5.00 ระดับ 3	80	80	ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีธัญญา เป็นการเข้ารับการรักษาครั้งแรกผู้ป่วยมีความตั้งใจที่จะเลิกดื่มสุราขณะรักษาตัวในโรงพยาบาลฯ ขยัน อาสาช่วยทำงานดี ระหว่างเข้ารับการรักษาได้ออกมาเยี่ยมบ้าน 2 ครั้ง ทุกครั้งที่เยี่ยมบ้านก็จะกลับไปดื่มสุรา ผู้ป่วยเห็นด้วยต่อการอยู่ในโรงพยาบาลฯ

ตารางที่ 2 การรับรู้ของชุมชนต่อโครงการเกาะเกร็ดร่วมใจฯ

การรับรู้	จำนวน	ร้อยละ
1. การรับรู้ว่ามีโครงการฯ		
รู้	78	78.0
ไม่รู้	20	20.0
จำไม่ได้	2	2.0
รวม	100	100.0
2. คิดว่าโครงการฯมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและครอบครัว		
มีประโยชน์	95	95
ไม่มีประโยชน์	5	5
รวม	100	100.0
3. ท่านหรือคนในครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวช		
ดูอยู่ห่าง ๆ	24	24.00
ให้กำลังใจ	56	56.00
เข้าร่วมกิจกรรมที่ชุมชนจัด	7	7.00
ไม่เคยสนใจ	1	1.0
ไม่รู้ว่ามีผู้ป่วยจิตเวช	2	2.0
แนะนำให้ไปหาหมอ	5	5.0
กลัว	4	4.0
คิดว่าช่วยอะไรไม่ได้ให้ญาติดูแล	1	1.0
รวม	100	100.0

อภิปรายผลการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ไม่สามารถนำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการ ได้ทุกกระบวนการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการได้ ผู้ร่วมวิจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงคือ ผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มหนึ่งในระหว่างดำเนินการวิจัยยังมีความบกพร่องในความคิดและการตัดสินใจ เพราะกลับไปใช้สารเสพติด ทำให้ไม่สามารถตระหนักในปัญหาของตน สำหรับกลุ่มที่มีความสามารถในการดูแลตนเองได้ เนื่องจากได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว ผู้นำชุมชนและเครือข่ายในการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ทดลองงานและจ้างงานเป็นพนักงาน

รักษาความปลอดภัย(รปภ)ในมหาวิทยาลัยราชภัฏ การที่ชุมชนจะยอมรับและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยจิตเวชใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้เช่นปกติ ขึ้นอยู่กับพฤติกรรม อาการของผู้ป่วย และทัศนคติของชุมชนที่มีต่อผู้ป่วย (กรองจิต วลัยศรี ,2551)

การทำงานร่วมกับชุมชน ทีมวิจัยพยายามที่จะยึดแนวคิดการทำงานที่เท่าเทียมกันระหว่างนักวิจัยและผู้ที่เกี่ยวข้อง คือ ครอบครัว และชุมชน แต่ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายได้ เนื่องจากชุมชนมองไม่เห็นว่าการที่ผู้ป่วยจิตเวชกลับไปดื่มสุรา หรือใช้สารเสพติดเป็นปัญหาที่สำคัญของชุมชนในขณะนี้ อีกทั้งมองว่าเป็นเรื่องส่วนตัวของผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ที่มีความรับผิดชอบหลัก คือ ครอบครัว เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้กำหนดนโยบายระดับประเทศ บทบาทของนักวิจัยในการเฝ้าระวัง และรอคอยให้ชุมชนตระหนักในปัญหาได้รับประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นต่อชุมชน และเกิดความรับผิดชอบในการแก้ปัญหา เป็นหัวใจของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (United National Development Program, UNDP,2547)นักวิจัยพยายามเฝ้าระวังให้ชุมชนตระหนักในปัญหาการดื่มเหล้าในชุมชนจะทำให้เป็นตัวกระตุ้นทำให้ผู้ป่วยจิตเวชเสพติดเป็นซ้ำ แต่ก็ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายได้ เพราะค่านิยมเรื่องการดื่มเหล้าเป็นค่านิยมว่าเป็นเรื่องปกติธรรมดาของสังคมไทย ดังนั้นเป็นเรื่องที่ต้องใช้เวลานานในการปรับเปลี่ยนทัศนคติให้ชุมชนตระหนักในปัญหาดังกล่าวได้ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่จะเป็นปัจจัยปกป้องผู้ป่วยไม่ให้ผู้ป่วยกลับไปใช้สารเสพติด อยากรู้ก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ทางทีมวิจัยได้พยายามแสวงหาเครือข่ายพันธมิตรในชุมชนที่ตระหนักในปัญหาเข้ามาช่วยเหลือ (พรทิพย์ สุประดิษฐ์ และคณะ, 2546) คือ โรงพยาบาลชัยภูมิ กลุ่มงานยาเสพติดและ ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น ซึ่งมีความรับผิดชอบในการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด โดยผู้ป่วยที่มีอาการมากได้ส่งเข้าศูนย์บำบัดฯใช้สิ่งแวดล้อมใหม่ให้ผู้ป่วยอยู่เพื่อป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ และเป็นสถานที่ที่ฝึกอาชีพให้กับผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมศักยภาพความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย ตามความต้องการของผู้ป่วย

เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยอื่น ๆ ที่ผู้วิจัยสามารถนำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช (ไพรวลัย รมช้าย และคณะ, 2544,สมพร รุ่งเรืองกลกิจ,2547,กรองจิต วลัยศรี. (2551) ซึ่งอาจเป็นเพราะโครงการดังกล่าว นักวิจัยเป็นบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ที่มีการประสานงานดำเนินงาน เป็นเครือข่ายระหว่างโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (โรงพยาบาลจิตเวช) โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ (โรงพยาบาลชัยภูมิ)และปฐมภูมิ มีระบบที่เฝ้าระวังในการประสานงานร่วมกันภายในกระทรวงสาธารณสุข ในขณะที่พื้นที่ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นพื้นที่ที่ขึ้นอยู่กับสถานบริการปฐมภูมิของกระทรวงสาธารณสุข และผู้วิจัยเป็นบุคลากรภายนอก การพยายามทำความเข้าใจเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนที่ศึกษา เป็นหัวใจสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (UNPD; 2547)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้งาน
 - 1.1 สิ่งแวดล้อมในชุมชนที่ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังอยู่ เป็นปัจจัยสำคัญอย่างมากต่อการกลับเป็นซ้ำ งานวิจัยเพื่อนำไปสู่นโยบายเรื่องการซื้อ ขยาย และดื่มเหล้าในชุมชนเป็นสิ่งสำคัญ
 - 1.2 ในขณะที่ชุมชนที่ผู้ป่วยอยู่เป็นสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ การบริการสุขภาพจิตในชุมชน ควรสร้างชุมชนเฉพาะให้กับผู้ป่วย โดยส่งเสริมเพิ่มศักยภาพทักษะการดำเนินชีวิตให้กับ

ผู้ป่วย เสริมสร้างโอกาสการทำงานให้กับผู้ป่วย ก่อนที่จะให้ผู้ป่วยกลับไปอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยง และผู้ป่วยยังไม่มีความเข้มแข็งของจิตใจ ตลอดจนทักษะการแก้ไขปัญหาที่เพียงพอ

1.3 ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง เป็นผู้ที่ต้องการการดูแลเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง ต้องช่วยฝึกฝนทักษะการดำเนินชีวิตประจำวัน หากสถานบริการสาธารณสุขมีข้อจำกัดในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน การประกันสุขภาพควรมีนโยบายครอบคลุมค่าใช้จ่ายนี้ และมีการจ้างพยาบาลที่มีความรู้เรื่องการเยี่ยมบ้านทำงานอิสระ เพื่อให้การดูแลที่มีคุณภาพ

1.4 ควรมีความร่วมมือระหว่างสหสถาบันด้านสุขภาพในชุมชนเช่น มหาวิทยาลัยราชภัฏฯ ได้แก่อาจารย์พยาบาล นักศึกษาพยาบาลที่อยู่ใกล้เป็นทีมพันธมิตรที่จะช่วยปฏิบัติงานร่วมกับสถานบริการสาธารณสุขทำให้เข้มแข็งและทั่วถึงมากขึ้น ตลอดจนนักศึกษาพยาบาลซึ่งเป็นคนในชุมชนมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเวช เกิดเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วย ตั้งแต่เป็นนักศึกษาพยาบาลเมื่อจบเป็นพยาบาลได้สร้างพยาบาลที่ดีในชุมชนต่อไป

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยต่อไป

ควรศึกษา รูปแบบที่เหมาะสมแต่ละชุมชนเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชนแต่ละชุมชน ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ Suan Sunandha Rajabhat งบประมาณโครงการU Ranking

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2555). รายงานประจำปี.

กรองจิต วลัยศรี. (2551). รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชชุมชนโดยชุมชนมีส่วนร่วม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลชัยภูมิ. (2554). รายงานประจำปี. ชัยภูมิ : ชัยภูมิการพิมพ์.

ไกรวรรณ เจริญกุล. (2539). การจัดกลุ่มบำบัดประคับประคองและให้สุศึกษาแก่ญาติ. วารสารโรงพยาบาลศรีรัชัญญา, 4(3), 167 - 169.

จันทร์ธา ธีระสมบุญ. (2543). การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน : การประชุมวิชาการประจำปี กระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ 8 การปฏิรูประบบสาธารณสุข วันที่ 23 – 25 สิงหาคม 2543. สงขลา : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุ.

จินตนา ลีละไกรวรรณ . (2542). โรคจิตเภทคู่มือสำหรับครอบครัว. ขอนแก่น : ศิริภรณ์ออฟเซ็ท.

ชวลีวรรณ เพียรทอง. (2539). การให้การปรึกษาทางการพยาบาลแก่ญาติผู้ป่วยจิตเวช. รายงานการวิจัย. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

จิตวันต์ หงส์กิตติยานนท์. (2551). รูปแบบการพึ่งตนเองของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน. รายงานการวิจัย. โรงพยาบาลชัยภูมิ. ชัยภูมิ.

ไพรวลัย รัมซ่ายและคณะ. (2544). รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนแบบครบวงจรในอำเภวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร.

- วิชณี หัตถพนม. (2532). การดูแลผู้มีปัญหาทางจิตที่บ้าน. วารสารจิตเวชขอนแก่น, 3(10),595-600.
- วิชณี หัตถพนม. (2535). การศึกษาเปรียบเทียบผลการให้ความรู้แก่ญาติผู้ป่วยโรคจิตแบบปกติและแบบประชุมสัมมนา. รายงานการวิจัย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2544). พยาบาลกับกระบวนการกลุ่ม. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 24 (1), 1-12.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2533). คู่มือจิตเวชศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: เรือนแก้ว.
- สมพร รุ่งเรืองกิจและคณะ. (2547). รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และกฤตยา แสงวงเจริญ. (2538). ความต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือและเตรียมตัวรับผู้ป่วยของญาติเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต.9(1) :10-18.
- สมจิต แคนสีแก้ว. (2548). การขับเคลื่อนชุมชนเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันยาเสพติดแก่สังคม. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุวดี ศรีวิเศษ และคณะ. (2538). ผลของการให้ความรู้แก่ญาติของผู้ป่วยจิตเภทกับญาติผู้ป่วยที่นำผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น. ขอนแก่น : โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น.
- Grero,B.& Worley,K.N. (2001). **Community psychiatric nursing care**. In M.T.Laraia & G.W. Stuart. (Eds.). **Principles and practice of psychiatric nursing** (seven edition). pp (728-743). St.Louis: Mosby.
- Mueser, K.T., Bond, G.R., Drake, R.E., & Resnick, S.G. (1998). **Model of community care for severs mental illness : A review of research on case management**. Schizophrenia Bulletin, 24 (1) , 37- 74.
- Stringer.T. (1996). **Action research :A handbook for practitioners**. New Delhi: Sage.
- http://www.dmh.go.th/sty_libnews/news/view.asp?id=169 เข้าถึงวันที่ 3 เมษายน 2557
- <http://www.thaihealth.or.th/healthcontent/article/28254> เข้าถึงวันที่ 3 เมษายน2557