

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การพัฒนารูปแบบประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชไม่ป่วยซ้ำ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
รพ.สต.บ้านหนองบัวสันต ตำบลหนองบัวสันต อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม
Developing a self-care experience model for psychiatric patients to prevent relapse
by community participation Nong Bua Santu Subdistrict Health Promoting Hospital
Nong Bua Santu Subdistrict Yang Si Surat District Maha Sarakham Province

พรนิภา ไมตรีแพน¹, รัธบัณฑิต ไมตรีแพน²
Pornipa Maitreepan¹, Ratthabundit Maitreepan²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน รพ.สต.บ้านหนองบัวสันต ระยะเวลาดำเนินการ เดือน มกราคม 2564 – กันยายน 2565 ดำเนินการพัฒนาโดยวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชไม่ป่วยซ้ำ จากการทบทวนการดูแลผู้ป่วย สัมภาษณ์เชิงลึก ประชุมเตรียมความพร้อมและสร้างความเข้าใจ คั้นข้อมูลสู่ชุมชน นำเสนอข้อมูลสภาพปัญหาการดูแลในพื้นที่รับผิดชอบ ร่วมกันออกแบบแนวทางดำเนินงานติดตามสรุปผล ถอดบทเรียนทุก 2 เดือน เครื่องมือการวิจัย แบบประเมินสภาพจิตของผู้ป่วยจิตเวช แบบสัมภาษณ์คำถามปลายเปิด แบบสัมภาษณ์ แบบสังเกต แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยและแบบบันทึกการเยี่ยมบ้านวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณ : จำนวน ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยวิธีสามเส้า

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย (1) ปรับการทำงานของงานสุขภาพจิตและจิตเวช โดยให้พยาบาลวิชาชีพประจำ รพ.สต. เป็นผู้รับผิดชอบหลัก (2) พัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพให้ผ่านการอบรมสาขาสุขภาพจิตและจิตเวชหลักสูตรระยะสั้น 3 วัน (3) พัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนทั้งในระดับหมู่บ้านให้มีความรู้ ทักษะ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านอย่างมีประสิทธิภาพ (4) คั้นข้อมูลให้กับชุมชนที่มีผู้ป่วยจิตเวชที่มีการกำเริบบ่อยๆ พร้อมกับเสวนา ประชุมระดมสมองเพื่อร่วมกันออกแบบการดูแลเฝ้าระวังโดยชุมชนและกระตุ้นปรับเปลี่ยนทัศนคติของชุมชนให้เกิดความตื่นตัวและตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน (5) ถอดบทเรียนเพื่อจัดทำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน (6) ชุมชนเป็นผู้ค้นหา คัดกรองผู้ป่วย ระบุปัญหาและความต้องการผู้ป่วย (7) ติดตามและประเมินผลใช้ระบบการติดต่อประสานงานหลายช่องทางปรับปรุงกิจกรรมการดำเนินงาน ประเมินผลเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง ประเมินผลพบว่า (1) ประชาชนทั่วไปมีความรู้สึกเป็นเจ้าของมีศักยภาพในการค้นหาคัดกรองให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเกิดเครือข่ายงานสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน (2) ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ได้รับการค้นหา คัดกรอง เพื่อนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษา โดยพยาบาลในพื้นที่และชุมชนมีส่วนร่วม

¹เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน, ²พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ สสอ.ยางสีสุราช

(3) ด้านผลลัพธ์การดูแล พบผู้ป่วยจิตเวช 25 คน ที่ได้รับการดูแลที่บ้านภายหลังสิ้นสุดการดำเนินการพัฒนาระบบบริการส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นอย่างชัดเจนโดยสามารถดูแลตนเองได้ 24 คน ส่วนอีก 1 คน ไม่ดีขึ้น เนื่องจากดื่มสุรา สูบบุหรี่แล้วมีอาการทางจิตกำเริบ 1 คน ไม่มีอุบัติเหตุฆ่าตัวตาย ทำร้ายตนเองและผู้อื่น

คำสำคัญ : เฝาระวัง, จิตเวช, ชุมชน

Abstract

This action research aims to develop and evaluate a model for monitoring symptoms of psychiatric patients with community participation. Nong Bua Santu Subdistrict Health Promoting Processing period: January 2021 - September 2022 Conduct development by analyzing problem situations Self-care experience of psychiatric patients so that they do not get sick again from reviewing patient care In-depth interview Meeting to prepare and create understanding Return information to the community Present information on care problems in area of responsibility Jointly design operational guidelines Follow up on results lesson learned Every 2 months research tools Mental status assessment form for psychiatric patients Interview format with open-ended questions Interview form Observation form Patient record form Home visit record form for data analysis Quantitative data : Quantity of qualitative data Use content analysis and check the reliability of the information by triangular method

The results of the study found that Developed format Developed format together with (1) Adjust the work of mental health and psychiatry By having professional nurses stationed at the Subdistrict Health Promoting Hospital is the main responsible person (2) Develop the potential of professional nurses To undergo training in the field of mental health and psychiatry Short course 3 days (3) Develop the potential of community mental health networks Community mental health at the village level To have knowledge Skills Effective care for psychiatric patients at home (4) Return information to communities with psychiatric patients who frequently relapse Along with a discussion and meeting Brainstorm to jointly design community-based surveillance and stimulate changes in community attitudes to create awareness and realize the importance of caring for psychiatric patients in the community (5) Lessons learned to create a model for caring for psychiatric patients in the community (6) The community is the searcher Screening patients Identify patient problems and needs (7) Monitor and evaluate Use a multi-channel coordination system Improve operational activities Continuous periodic evaluation of operations Evaluation found that (1) The general public has a sense of belonging Has the potential to search and filter Provide assistance to patients A network of mental health and psychiatric work in the community was born (2) Psychiatric patients in the community Get searched filtered To bring patients into care by nurses in the area and the community is involved (3) Results of care Found 25 psychiatric patients receiving care at home After the end of service system development For the most part there have been clear changes for the better 24 people were able to take care of themselves, while another 1 person did not improve Due to drinking alcohol and smoking, 1 person had relapsed psychotic symptoms There were no incidences of suicide. Harm yourself and others

Keywords : surveillance, psychiatry, community

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในประชากรทั่วโลก โดยพบว่าโรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่พบได้มากที่สุด และโรคจิตเภท ก็เป็นโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยที่สุดในประเทศไทย⁽¹⁾ แต่มีเพียงครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่สามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลในประเทศกำลังพัฒนาทั่วโลก มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 10 เท่านั้น ที่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ และผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทั่วโลก 1 ใน 3 มีประวัติการกลับเข้ารับรักษาซ้ำ และมีอาการรุนแรงตลอดชีวิต ที่เหลือ 2 ใน 3 จะมีอาการเรื้อรังตลอดชีวิต ผลกระทบของโรคจิตเภทเกิดขึ้นต่อบุคคล ครอบครัว และชุมชน ส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพของผู้ป่วย ก่อให้เกิดภาวะโรคเรื้อรังและความพิการมีความพร้อมในการปฏิบัติหน้าที่ประจำวัน บกพร่องในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และทักษะการเข้าสังคม ส่งผลต่อครอบครัวที่ต้องแบกรับภาระในการดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานาน เป็นตราบาป (Stigma) ครอบครัว ถูกตีตรา ญาติรู้สึกอับอายที่มีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในครอบครัว ชุมชนได้รับผลกระทบหรือความเสียหาย เตือนร้อนรำคาญ ชุมชนรู้สึกรังเกียจและกลัว รู้สึกไม่ปลอดภัย อีกทั้งยังมีทัศนคติ

กรมสุขภาพจิต ได้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยโดยประยุกต์โครงการลดช่องว่างทางสุขภาพจิตขององค์การอนามัยโลก มาปรับใช้กับบริบทของสังคมไทย ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น จาก ร้อยละ 48.80 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 57.20 หากแต่การดูแลรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนยังต่ำ โดยเฉพาะโรคจิตเภท (Schizophrenia) หากไม่ได้รับการดูแลต่อเนื่องจะทำให้เกิดอาการกำเริบซ้ำ เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล รวมทั้งก่ออาชญากรรม ความรุนแรงในสังคม ปัญหาอีกประการ คือ ปัญหาโรคซึมเศร้าซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในปัจจุบันและ

อนาคต พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁽¹⁾

การดำเนินโรคของผู้ป่วยจิตเภท มี 5 แบบคือ หายขาดไม่กลับเป็นซ้ำ หายโดยกลับเป็นซ้ำ หายแต่ไม่สามารถเข้าสังคมได้ มีความบกพร่องในบุคลิกภาพ เป็นเรื้อรังแต่ไม่มีอาการรุนแรงนาน 2 ปี และเป็นเรื้อรังมีการเสื่อมของบุคลิกภาพ (Sadock and Sadock, 2000) ซึ่งปัญหาการป่วยซ้ำพบว่า มาจากผู้ป่วย ไม่มีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภทและยา มีทัศนคติต่อโรคและยาจิตเวชไม่ดี ตลอดจนสัมพันธภาพครอบครัวและชุมชนไม่ดี ขาดความตระหนักในการรับประทานยา ใช้สารเสพติด ความเครียดของผู้ป่วย ขาดการดูแลตนเองเพื่อป้องกันอาการกำเริบ ญาติหวาดกลัว เบื่อหน่าย ท้อแท้ ในการดูแล ผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจโรคจิตเภทและยา ไม่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วย มีทัศนคติไม่ดีต่อผู้ป่วย ผู้ดูแลที่มาส่งและรับผู้ป่วยไม่ใช่ผู้ดูแลหลัก ชุมชนไม่ยอมรับผู้ป่วยให้ทำงาน ไม่ช่วยเหลือทางสังคมขาดความตระหนักและความรู้เรื่องโรคจิตเภท และพบว่าปัจจัยทำนายอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเอง สถานภาพสมรส การแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม และในชุมชนมีผู้ป่วยจิตเภทบางส่วนสามารถดูแลตนเองได้ดีอยู่ร่วมกันในชุมชนได้โดยไม่มีอาการป่วยซ้ำ

ผู้ป่วยสุขภาพจิตที่มีอาการกำเริบจะส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชนอย่างต่อเนื่องจากการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชในเขตรับผิดชอบ รพ.สต.หนองบัวสันต มกราคม 2564 – กันยายน 2565 มีจำนวน 25 คน ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการทางจิตกำเริบในรอบ 3 ปี ที่ผ่านมามีจำนวน 1 คน มีอาการ 2 - 3 ครั้ง/ปี จากการที่ผู้วิจัยได้ปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยรายกรณี (Case Management) และการดูแลที่บ้าน (Home Care) ในระหว่าง เดือนตุลาคม 2564 – ธันวาคม 2565

ในเขตรับผิดชอบ รพ.สต.หนองบัวสันตุ โดยดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง 1 คน ที่มีอาการทางจิตกำเริบ นำส่งโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โดยเจ้าหน้าที่ตำรวจ เคยเข้ารับการรักษาซ้ำ 2 ครั้ง ภายในระยะเวลา 4 เดือน ผลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชพบว่าหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลจิตเวช ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพจากหน่วยงาน สาธารณสุข จากชุมชน มีการสนับสนุนทางสังคม มีพยาบาลติดตามให้การดูแลที่บ้านผู้ป่วย ผู้ป่วยรับยาต่อเนื่อง สามารถดำเนินชีวิตประจำวันประกอบอาชีพได้ และอยู่ในชุมชนได้นานขึ้น ประสพการณ์นี้ชี้ให้เห็นว่า การดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยใช้วิธีการการดูแลผู้ป่วยรายกรณี และการดูแลที่บ้านและการมีส่วนร่วมของชุมชน ช่วยเหลือผู้ป่วยได้จริง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงขยายการดำเนินงานจากระดับบุคคลมาเป็นองค์กรภาคี เครือข่ายการมีส่วนร่วม โดยพัฒนาให้มีระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ที่บ้านขึ้นในชุมชน ซึ่งการพัฒนานี้สอดคล้องกับเป้าหมายของการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต มุ่งเน้นการทำงานเชิงรุก โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อการพัฒนารูปแบบประสพการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชไม่ป่วยซ้ำ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน รพ.สต.บ้านหนองบัวสันตุ ตำบลหนองบัวสันตุ อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต สามารถเกิดอาการป่วยกำเริบซ้ำได้ ทำให้การทำหน้าที่ต่างๆ ลดลง ประกอบกับนโยบายกรมสุขภาพจิตให้ผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบรักษาตัวในโรงพยาบาลระยะสั้นลง และส่งเสริมให้กลับไปอยู่ในชุมชนร่วมกับครอบครัวมากขึ้น ในบางรายอาจยังมีความบกพร่องในการดูแลตนเองจนเกิดการกำเริบซ้ำ แต่ก็มีไม่น้อยที่สามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติในชุมชนโดยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี โดยผู้ป่วยจิตเภทมีการดูแลเพื่อป้องกันอาการกำเริบ โดยการรับประทานยา ใช้สารเสพติดหลายชนิด และการ

ทะเลาะวิวาทที่รุนแรงกับครอบครัว เป็นสาเหตุให้เกิดอาการกำเริบ การประกอบอาชีพมีรายได้เป็นของตนเอง และมีกิจกรรมร่วมกับคนในครอบครัว ชุมชนทำให้ผู้ป่วยภาคภูมิใจที่สุด

การดูแลตนเอง เป็นพฤติกรรมดูแลตนเองทั้งคนอย่างเป็นองค์รวม โดยรวมทั้งกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองด้านร่างกายและด้านจิตใจของ Hill and Smith (1990) และแนวคิดการดูแลตนเองของ Orem (2001) ร่วมกับแนวคิดของพฤติกรรมดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิต ประกอบด้วย การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีคุณภาพ การใช้เวลาว่างอย่างมีประสิทธิภาพ การเตรียมเผชิญปัญหา การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเอง ด้านร่างกาย การปฏิบัติศาสนกิจ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่ในกลุ่มจิตเภทไม่ป่วยซ้ำมีไม่มาก การใช้งานวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา ซึ่งเป็นระเบียบวิธีการวิจัยรูปแบบหนึ่งของวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อทำความเข้าใจประสพการณ์ของแต่ละบุคคล และศึกษาโลกของการดำเนินชีวิตอยู่ เป็นทั้งปรัชญาและวิธีการสืบค้นและอธิบายโดยตรง จากปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งหมด รวมตลอดถึงประสพการณ์ของมนุษย์ ตามสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้น โดยไม่คำนึงถึงทฤษฎีหรือคำอธิบาย อีสรระจากแนวคิดเดิมและการคาดการณ์ต่างๆ มากที่สุด จะทำให้เราเข้าใจการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทไม่ป่วยซ้ำมากที่สุด

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบประสพการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชไม่ป่วยซ้ำ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน รพ.สต.หนองบัวสันตุ อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

วิธีดำเนินการวิจัย

วิธีการศึกษา ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้แนวคิดของ Kemmis & Mc Taggart ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ วางแผน ปฏิบัติการ สังเกตการณ์ ประเมินผล และแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) ดำเนินการ 2 วนรอบ ระยะเวลา ดำเนินการวิจัย เดือน ตุลาคม 2565 - กรกฎาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา : การศึกษาคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มที่ร่วมพัฒนารูปแบบประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชไม่ป่วยซ้ำ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน คือ แพทย์เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ภาศึเครือข่าย นายยก อบต. ส.อบต. ผู้นำชุมชน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อสม. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 65 คน

2. ผู้ป่วยจิตเวชไม่ป่วยซ้ำ จำนวน 25 คน ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 20 คน รวมกลุ่ม ตัวอย่างทั้งหมด 110 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบประเมินสภาพจิตของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย และแบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน แบบสัมภาษณ์คำถามปลายเปิด แบบสัมภาษณ์ แบบสังเกตแบบบันทึกข้อมูล และแบบประเมินการมีส่วนร่วม

ความสำคัญของปัญหา

ด้านผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล	ด้านชุมชน	ด้านเจ้าหน้าที่
(ผู้ป่วยจิตเวชไม่ป่วยซ้ำ 25 คน) 1. ผู้ป่วยกระจายอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ทั้ง 7 หมู่บ้าน ทำให้มีการดูแลไม่ครอบคลุม 2. ผู้ป่วยมีพฤติกรรมใช้สารเสพติด ดื่มสุรา กาแฟ และสูบบุหรี่เป็นประจำทุกวัน 3. ญาติผู้ดูแลขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพราะอายุเมื่อเพื่อนบ้านไม่ให้การยอมรับ 4. ผู้ป่วยบางรายไม่มีญาติคอยช่วยเหลือดูแลอาศัยอยู่เพียงคนเดียวตามลำพัง	1. ชุมชนไม่ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยจิตเวช 2. คนในชุมชนคิดว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเวชไม่ใช่หน้าที่ของตนเองแต่เป็นหน้าที่ของ จนท.สาธารณสุข เพียงฝ่ายเดียว 3. ชุมชนยังขาดทักษะการเฝ้าระวังอาการของผู้ป่วยจิตเวชเมื่อมีอาการกำเริบ 4. สิ่งแวดล้อมในชุมชนที่เป็นปัจจัยกระตุ้น 4.1 คนในชุมชนตั้งวงดื่มเหล้าสูบบุหรี่เป็นประจำทุกวัน 4.2 ชุมชนมีแหล่งมั่วสุมยาเสพติด	1. เจ้าหน้าที่บางคนยังขาดทักษะการเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยจิตเวช 2. หน่วยงานมีนโยบายการดำเนินงานสุขภาพจิตและจิตเวชตามโครงการของจังหวัดไม่ได้ดำเนินการต่อเนื่องไม่ได้กำหนดผู้รับผิดชอบโดยตรงไม่มีแนวทางการดำเนินงานระหว่างองค์กรที่เกี่ยวข้องในชุมชน

ขั้นตอนการวิจัย วงรอบที่ 1 เดือนตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566

1. ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชในเขตรับผิดชอบ รพ.สต.หนองบัวสั่นตุ
2. วิเคราะห์สถานการณ์/สภาพปัญหาของผู้ป่วยจิตเวช
3. ทบทวน Case ความรู้ แนวคิด ทฤษฎี รายงานผลการวิจัยบทความวิชาการ นโยบายต่างๆ
4. สัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มร่วมพัฒนาเพื่อสรุปปัญหาและจัดรูปแบบการเข้าถึงการรักษาผู้ป่วยจิตเวช
5. คั้นข้อมูลประชุมเชิงปฏิบัติการระดมสมอง และกำหนดกิจกรรม

1. ถ่ายทอดนโยบายผ่านเวทีประจำเดือน สร้างเครือข่ายการดูแล ผู้ป่วยจิตเวช **“ทีมแบ่งปันรอยยิ้มในชุมชน”**
2. อบรมบุคลากรสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ ให้ผ่านการอบรมสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช หลักสูตรระยะสั้น
3. พัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน ทั้งในระดับหมู่บ้านให้มีความรู้ทักษะ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านอย่างมีประสิทธิภาพ
4. กำหนดบทบาทร่วมกันถึงหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช
5. ติดตามเยี่ยมบ้านแบบทีมสหวิชาชีพ แบ่งเป็น 2

ระยะ ดังนี้

- ระยะเยี่ยมที่บ้าน สัปดาห์ที่ 1
- ระยะดูแลต่อเนื่องสัปดาห์ที่ 3



- หลังการการนำรูปแบบการเข้าถึงผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านไปทดลองใช้แล้ว พบว่า ปัญหาและอุปสรรค คือ

1. ผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่ทั้งสิ้น 25 คน โดยกระจายอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ทั้ง 7 หมู่บ้าน ทำให้มีการดูแลไม่ครอบคลุม
2. ผู้ป่วยบางรายไม่มีญาติคอยช่วยเหลือดูแลอาศัยอยู่เพียงคนเดียวตามลำพัง
3. หน่วยงานมีนโยบายการดำเนินาสุขภาพจิตและจิตเวชตามโครงการของจังหวัดเป็นครั้งคราว ไม่ได้ดำเนินการต่อเนื่องไม่ได้กำหนดผู้รับผิดชอบโดยตรง
4. ชุมชนมีความเข้าใจว่า รพ.สต. ไม่มีหน้าที่ดูแลสุขภาพจิตเวชโดยตรง ไม่มีแนวทางการดำเนินงานระหว่างองค์กรที่เกี่ยวข้องในชุมชน

ติดตาม สังเกตการณ์ปฏิบัติงานจริงในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช 25 คน โดย **“ทีมแบ่งปันรอยยิ้มใน**

ชุมชน”

ด้านดำเนินงาน : การส่งต่อข้อมูลล่าช้า
ด้านผู้ป่วย : พบผู้ป่วยมีอาการกำเริบ (เป็นผู้ป่วยจิตเวชอยู่เพียงลำพัง 2 ราย ครอบครัวยุติกัน) ทำให้ขาดผู้ดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยไม่ต่อเนื่อง

วงรอบที่ 2 มีนาคม 2566 - กรกฎาคม 2566

นำปัญหาจากวงรอบที่ 1 มาวิเคราะห์ ช่วยกันสรุป พบปัญหา คือ

ด้านชุมชน : ไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพราะถือว่าไม่ใช่หน้าที่ของตนเอง ไม่เห็นความสำคัญของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

ด้านผู้ป่วย/ญาติผู้ดูแล : ขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพราะอายุเมื่อเพื่อนบ้านไม่ให้การยอมรับ

ด้านบุคลากร : ไม่มีการแบ่งหน้าที่ที่ชัดเจน เจ้าหน้าที่บางท่านยังขาด ทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

1. จัดทำคู่มือ สื่อความรู้เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยจิตเวชการดูแลและเข้าถึงการรักษาที่ถูกต้อง
2. ให้คำปรึกษาในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยทีมสหวิชาชีพ
3. พัฒนาศักยภาพ จนท. ให้ผ่านการอบรมสุขภาพจิตและจิตเวชหลักสูตรระยะสั้นเพื่อให้มีองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นและเป็นผู้ประสานการดูแล
4. สร้างนวัตกรรม “กล่องปันสุข” เก็บยาจิตเวชและใบบันทึกการให้ยาใช้ในการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยจิตเวช ญาติ และ จนท. เบิกยาตามใบนัดของ รพ.
5. สร้างเครือข่ายดูแลจาก รพ.แม่ข่าย สู่ รพ.สต./ชุมชนกำหนดบทบาทที่ชัดเจน
6. ถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทบทวน ประชุมทุก 2 เดือน



1. ประชาชนทั่วไปรู้สึกเป็นเจ้าของมีศักยภาพในการค้นหา คัดกรองให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเกิดเครือข่ายงานสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน
2. ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ได้รับการค้นหา คัดกรอง เพื่อนำผู้ป่วยเข้ารับการดูแลรักษาโดยพยาบาลในพื้นที่และชุมชนมีส่วนร่วม
3. ด้านผลลัพธ์การดูแล พบผู้ป่วย จำนวน 25 คน ที่ได้รับการดูแลที่บ้านภายหลังสิ้นสุดการดำเนินการพัฒนาระบบบริการ ส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน โดยสามารถดูแลตนเองได้ จำนวน 24 คน อีก 1 คน ไม่ดีขึ้น
4. เนื่องจากดื่มสุราสูบบุหรี่แล้วมีอาการทางจิตกำเริบ 1 คนอุบัติเหตุการฆ่าตัวตาย ทำร้ายตนเองและผู้อื่น

ติดตาม สังเกตจากการปฏิบัติงานจริง ในสัปดาห์ที่ 1 และ 3 ในการเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จำนวน 25 ราย และญาติผู้ดูแลโดย “ทีมแบ่งปันรอยยิ้มในชุมชน”

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ประสบการณ์การดูแลตนเอง
ของผู้ป่วยจิตเวชไม่ซ้ำ

1. การพัฒนาการรู้จักตนเอง
2. การติดต่อสื่อสารที่มี
ประสิทธิภาพ
3. การใช้เวลาอย่างมี
ประสิทธิภาพ
4. การเตรียมการเผชิญกับ
ปัญหา
5. การพัฒนาระบบสนับสนุน
ทางสังคม
6. การดูแลตนเอง
ด้านร่างกาย
7. การปฏิบัติกิจกรรม
ทางศาสนา

การไม่ป่วยซ้ำ
ของผู้ป่วยจิต

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช
ไม่ป่วยซ้ำในชุมชนโดยการมีส่วนร่วม

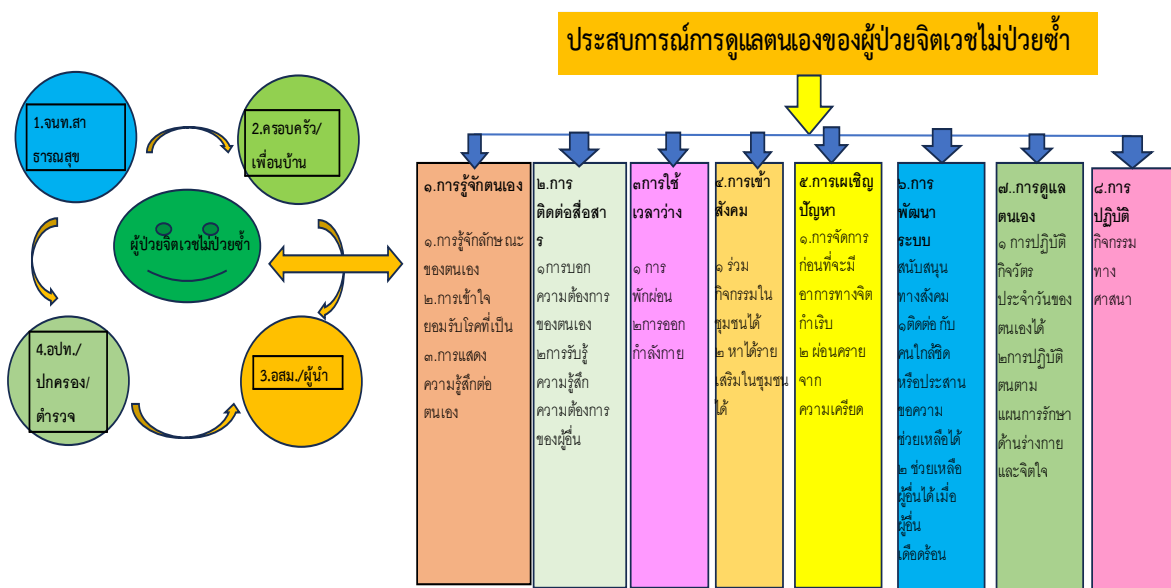
- ของชุมชน รพ.สต.บ้านหนองบัวสันตุ
1. ปรับการทำงานของงานสุขภาพจิต
และจิตเวช โดยให้พยาบาลวิชาชีพ
ประจำ รพ.สต. เป็นผู้รับผิดชอบหลัก
 2. พัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพ
ให้ผ่านการอบรมสาขาสุขภาพจิตและ
จิตเวชหลักสูตรระยะสั้น 3 วัน
 3. พัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพจิต
ชุมชนทั้งในระดับหมู่บ้านให้มีความรู้
ทักษะ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน
อย่างมีประสิทธิภาพ
 4. คัดข้อมูลให้กับชุมชนที่มีผู้ป่วยจิตเวช
ที่มีการกำเริบบ่อยๆ พร้อมกับเสวนา
ประชุมระดมสมอง เพื่อร่วมกันออกแบบ
แนวทางการดูแลเฝ้าระวังโดยชุมชนและ
กระตุ้นปรับเปลี่ยนทัศนคติของชุมชน
ให้เกิดความตื่นตัวและตระหนักถึง
ความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยจิตเวช
ในชุมชน
 5. ถอดบทเรียนเพื่อจัดทำรูปแบบการ
ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน
 6. ชุมชนเป็นผู้ค้นหาปัญหา ระบุปัญหา
และความต้องการผู้ป่วย/ครอบครัว
 7. แบ่งบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย
 8. ติดตามและประเมินผลใช้ระบบการ
ติดต่อประสานงานหลายช่องทาง
ปรับปรุงกิจกรรมการดำเนินงาน
ประเมินผลเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง

ภาคีเครือข่ายเกิดการกำหนดบทบาทที่ชัดเจนในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ซึ่งเรียกว่า “การพัฒนารูปแบบประสบการณ์การ

ดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชไม่ป่วยซ้ำ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน” สามารถสรุป ได้ดังตาราง

บทบาทและระดับการมีส่วนร่วม	จนท. สาธารณสุข	ครอบครัว/เพื่อนบ้าน	อสม./ผู้นำ	อปท./ปกครอง/ตำรวจ
การดูแลผู้ป่วยจิตเวชไม่ป่วยซ้ำ	<ul style="list-style-type: none"> - ให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยแก่ชุมชน - ประชาคมค้นหาปัญหาสู่การพัฒนาการดูแล - ดูแลยาผิด - ประสานข้อมูลกับ รพช./ชุมชน - พี่เลี้ยงชุมชน 	<ul style="list-style-type: none"> - ดูแลการกินยา, อาหาร, สิ่งแวดล้อม - ติดตาม, ฝึกระวังการหลบหนีต่างถิ่น - ส่งเสริมกิจกรรมในชุมชน 	<ul style="list-style-type: none"> - ฝึกระวังการหลบหนี - ดูแลติดตามการกินยา - ส่งเสริมอาชีพในชุมชนกิจกรรมสาธารณสุข - ประสานงานเจ้าหน้าที่ 	<ul style="list-style-type: none"> - สนับสนุนและนำส่งโรงพยาบาล - สนับสนุนค่าใช้จ่ายการเดินทาง - เข้าระงับเหตุการณ์นำตัวส่ง รพ. มีผู้ป่วยมีอาการกำเริบ - อาละวาด ทำลายตนเอง หรือทำร้ายผู้อื่น

แนวทางการพัฒนารูปแบบประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชไม่ป่วยซ้ำ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน รพ.สต.หนองบัวสันต อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม



ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช ไม่ป่วยซ้ำ พบว่า

ผู้ป่วยจิตเวชไม่ป่วยซ้ำ ได้ให้ความหมายของการดูแลตนเองไว้ 2 ประการ คือ การไม่ป่วยซ้ำ อาการกำเริบและการมีร่างกายแข็งแรง รวมถึงยังสามารถมีคำแนะนำให้กับเพื่อนผู้ป่วยจิตเวชคนอื่นได้ การถ่ายทอดประสบการณ์ผ่านการเรียนรู้ของผู้ป่วยที่ให้ข้อมูลแสดงให้เห็นว่า การที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง โดยมีการส่งเสริม ป้องกัน และรักษาสุขภาพของตนเอง เพื่อไม่เป็นภาระใคร ส่งผลให้ไม่เกิดการป่วยซ้ำที่ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับ Orem (1991) กล่าวว่า การดูแลตนเอง เป็นกิจกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้อย่างมีเป้าหมายของบุคคล เป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยบุคคลจะจัดการกับตนเองหรือสิ่งแวดล้อม เพื่อควบคุมปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพัฒนาการ การดำเนินชีวิต หรือความผาสุกของบุคคลนอกจากนี้ Hill and Smith กล่าวว่า การดูแลตนเอง เป็นความตั้งใจของบุคคลที่จะรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตน เพื่อป้องกันโรค ควบคุมโรค หรือรักษาโรค ซึ่งเกิดจากร่างกายในตัวเองของบุคคล ดังนั้นจากการให้ความหมายดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงความสำคัญที่ผู้ป่วยให้ข้อมูลรับรู้และคงไว้ซึ่งการดูแลตนเองที่ดี

1. ด้านชุมชน : ประชาชนทั่วไปมีความรู้สึกเป็นเจ้าของศักยภาพในการให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย เกิดเครือข่ายการดูแลงานจิตเวชในชุมชน เกิดการแบ่งบทบาทหน้าที่รับผิดชอบร่วมกัน เช่น การควบคุมการกินยาจัดหาอาหารให้ผู้ป่วยที่ขาดการดูแล

2. ด้านการดูแล : ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนได้รับการดูแล ติดตามการกินยา ฉีดยา โดยการมีส่วนร่วมทำให้ผู้ป่วยไม่กลับมาป่วยซ้ำ

3. ด้านผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย : ผู้ป่วยจิตเวช 25 คน ได้รับการดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยสามารถดูแลตนเองได้ 24 คน

เป็นผู้ป่วยไม่กลับมาป่วยซ้ำ (ร้อยละ 90 %) ได้รับความรู้จิตเวชอย่างต่อเนื่อง 100% ไม่มีอุบัติเหตุ ฆ่าตัวตาย ทำร้ายตนเอง และผู้อื่น พบผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบทางจิต 1 ราย เนื่องจากดื่มสุราแล้ว จึงมีอาการซึ่งปัจจุบันอยู่ระหว่างขั้นตอนการบำบัดสุราในคลินิกยาเสพติด รพ.ยางสีสุราช

เรื่องเล่าแห่งความสำเร็จ จากกรณีผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการทางจิตกำเริบในรายที่ไม่มีญาติคอยดูแล ชุมชนไม่ใส่ใจทำให้เกิดปัญหาผู้ป่วยขาดยามีอาการทางจิตกำเริบ มีพฤติกรรมชอบไปอาละวาดในเขตโรงพยาบาลต่างถิ่น มีปัญหาเกิดขึ้นในชุมชนตามมาหลายอย่าง หลังจากดำเนินการประชาคมวางแผนแบ่งบทบาทการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและภาคีเครือข่ายชุมชน พบว่า ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น เนื่องจากมีการแบ่งหน้าที่กันอย่างชัดเจนชุมชนให้ความใส่ใจดูแล ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาอาการทางจิตดีขึ้น ทำให้ไม่มีปัญหาผู้ป่วยจิตเวชไปอาละวาดในเขตโรงพยาบาลต่างถิ่นและชุมชนอีกเหมือนอย่างที่ผ่านมา

ผลงานที่ภาคภูมิใจ จากงานวิจัยการพัฒนาแบบแผนการเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยจิตเวช โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน รพ.สต.บ้านหนองบัวสันต อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม ได้ผ่านการคัดเลือกให้เป็นผลงานวิชาการดีเด่นกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2565 และได้ต่อยอดมาเป็นผลงานวิชาการดีเด่นในเรื่องการพัฒนาแบบแผนประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชไม่ป่วยซ้ำ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน รพ.สต.บ้านหนองบัวสันต ตำบลหนองบัวสันต อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม ประจำปี 2566

การขยายผลและความยั่งยืน

1. จากการพัฒนาเครือข่ายชุมชนของ รพ.สต.หนองบัวสันต ได้มีการขยายผลสู่ รพ.สต. อื่นๆ ในพื้นที่อำเภอยางสีสุราช

2. ปัจจุบันการดำเนินการดูแล/เฝ้าระวังโดยเครือข่ายชุมชนยังดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

ได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก อบต. ทุกปีในการเสริมความรู้ให้ชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและใช้ชีวิตในชุมชนได้อย่างปกติสุขที่สำคัญไม่กลับไปป่วยซ้ำ

ข้อเสนอแนะ

1. การดำเนินงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน จะทำให้ประสบความสำเร็จได้เพราะอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและครอบครัวมากที่สุด
2. ผลการวิจัยดังกล่าวสามารถนำมาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เพื่อป้องกัน การป่วยซ้ำได้

อภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนาแบบประสิทธิผลการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชไม่ป่วยซ้ำโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่ปรับประยุกต์ตาม แนวทางการดำเนินงานมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต ให้สอดคล้องสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ช่วยให้การเฝ้าระวัง คัดกรองภาวะสุขภาพจิตประชาชน มีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการทางจิตเวชได้อย่างเป็นรูปธรรม ค้นพบกลุ่มเสี่ยง สามารถส่งต่อเพื่อรับบริการที่เหมาะสม ส่วนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนก็มีประสิทธิภาพมากขึ้น ผู้ป่วยไม่ขาดยา ได้รับการดูแลที่เหมาะสมเป็นรายกรณี และการมีส่วนร่วมของภาคี เครือข่ายในชุมชน เป็นคำตอบสำคัญ ซึ่งจะช่วยให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน โดยพบสภาพปัญหาการดำเนินงานจิตเวชชุมชนที่สำคัญ คือ อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยจิตเวชายังอยู่ในระดับต่ำในขณะที่รูปแบบการดำเนินงานยังคงดำเนินการในลักษณะตั้งรับในสถานบริการ และการแก้ไขปัญหารายกรณี การดำเนินงานตามผังการดำเนินงานของกรมสุขภาพจิต (Algorithm) ไม่ได้นำไปสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่อย่างจริงจัง โดยการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

องค์กรชุมชนและภาคประชาสังคม รวมถึงภาครัฐที่เกี่ยวข้องภายใต้บริบทและวิถีของพื้นที่ ปัญหาอีกประการหนึ่ง พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทในระดับต่ำ ยังคงเป็นปัญหาสำคัญ จริญญา สุรารักษ์⁽¹⁾ ที่ได้ศึกษาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายสุขภาพจิตในโรงพยาบาลปากคาด จังหวัดบึงกาฬ จากการศึกษาพบว่าในภาพรวมแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิต มีการส่งเสริมและให้ความรู้เรื่อง โรคจิตแก่ชุมชน ใส่ใจดูแล ออกเยี่ยมบ้านพบปะ พูดคุยให้กำลังใจกับผู้ป่วยด้านจิตเวชโดยออกร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งจากโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีบุคลากรทางสาธารณสุขในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีระบบคัดกรอง ใช้แบบคัดกรองโรคจิต การรักษาเน้นการให้สุขศึกษา คำปรึกษาแก่กลุ่มเสี่ยงและครอบครัวมีการส่งต่อจิตแพทย์และการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ของเครือข่ายสุขภาพจิตในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลปากคาด จังหวัดบึงกาฬ มีปัญหา 3 ด้าน คือ ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ และด้านการให้บริการ สอดคล้องกับการศึกษาของหทัยกาญจน์ เสียงเพราะ⁽⁸⁾ ที่ได้ศึกษาวิจัยการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมารักษาซ้ำโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและเพื่อศึกษาผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมารักษาซ้ำ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตำบลพระแก้ว ผลภายหลังการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช พบว่าทำให้ผู้ป่วยมีการกินยาสม่ำเสมอและความสามารถโดยรวมดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยปัจจัยความสำเร็จในการวิจัยครั้งนี้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการออกมาตรการ และใช้มาตรการนั้นภายในชุมชน นอกจากนั้นยังมีการสร้างและดำเนินงานเครือข่าย ดูแลผู้ป่วยร่วมกัน รวมถึงการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องและมีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนในการดำเนินงานในชุมชนอย่างจริงจัง

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต. คู่มือผู้เข้าอบรมหลักสูตร การเข้าถึงบริการและดูแลผู้ป่วยโรคจิต สำหรับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข ฉบับปรับปรุง 2560. พิมพ์ครั้งที่ 5. บริษัท ดีนาคูมีเดียพลัสจำกัด; 2560.
2. จรุง สุรารักษ์. การดูแลผู้ป่วยจิตเวชของ เครือข่ายสุขภาพจิตในโรงพยาบาลปากคาด จังหวัดบึงกาฬ. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกัน แห่งประเทศไทย 2558; 5(3); 282- 290.
3. ทนงค์ดี ราชเจริญ และพรรษ โนนจ้อย. ความรู้ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้เกี่ยวกับ โรคจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขต คลินิกหมอครอบครัวแก้วโนนคานาสุข จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนา ระบบสุขภาพ 2564; 14(2) พฤษภาคม – สิงหาคม 2564: 247-255.
4. จิตวันต์ หงส์กิตติยานนท์, ลักษณะ ยอดกลกิจ และมาลินี ชมชื่น. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ในชุมชน จังหวัดนนทบุรี. วารสารบทความย่อ กลุ่มวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีในการ ประชุมวิชาการและนำเสนอผลการวิจัย ระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 6. 2562; 212-223.
5. พัฒนี ศรีโอษฐ์ และภาสินี ไทอินทร์. ผลของ กิจกรรมการสอนสุขภาพจิตที่เน้นการฝึก ทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย จิตเภทในชุมชน. วารสารวิจัยและพัฒนา ระบบสุขภาพ 2564; 14(2) พฤษภาคม – สิงหาคม 2564: 310-319.
6. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. คู่มือการจัด กิจกรรมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการ ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน. อุบลราชธานี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2545.
7. ศรีนรัตน์ จันทพิมพ์ และชนิษฐา นันทบุตร. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชน. วารสาร การพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2561; 36(2) เมษายน-มิถุนายน 2561.
8. ศิริพร จิรวัดน์กุล และคณะ. สมรรถนะ ที่จำเป็นของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช. วารสารวิจัยทางการ พยาบาล 2540; 1(1): 13-18.
9. หทัยกาญจน์ เสี่ยงเพราะ. การพัฒนารูปแบบ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมารักษาซ้ำ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. วารสาร การแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2564; 36(2); 413-426.
10. ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1-13 และ 15 กรมสุขภาพจิต. รูปแบบการดำเนินงานทางการดำเนินงานและ พัฒนาสุขภาพจิตในชุมชนสำหรับองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นไปใช้ในชุมชน. มปป.