

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษครั้งนี้ เป็นการศึกษาถึงการปฏิบัติด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสำหรับผู้ที่ เป็นโรคทางจิตเวชของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งผู้ศึกษาได้ค้นคว้าเอกสาร ตำรา บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมหัวข้อต่อไปนี้

1. โรคทางจิตเวช
2. บทบาทในงานสุขภาพจิตของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานที่สถานีอนามัย
3. การปฏิบัติด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

โรคทางจิตเวช

ผู้ที่ เป็นโรคทางจิตเวช เป็นผู้มีอาการทางจิตที่รุนแรงและสูญเสียหน้าที่ไปมาก (มานิตย์ ศรีสุรภานนท์, 2544) จึงทำให้ไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติเหมือนคนทั่วๆ ไป ทั้งนี้ เพราะมีการสูญเสียการทดสอบความเป็นจริง (loss of reality testing) เช่น มีอาการหลงผิด (delusion) ประสาทหลอน (hallucination) (APA, 1994) การสูญเสียการรับรู้ความเป็นจริง เสียการหยั่งรู้ตนเอง และมีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมอย่างชัดเจน (เกษม ต้นติผลาชีวะ, 2541) นอกจากนี้ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2548) ได้กำหนดให้ผู้ป่วยจิตเวชไว้ 8 โรคคือ โรคจิต โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า โรคลมชัก ปัญญาอ่อน ผู้ติดสารเสพติด ปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ และผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหรือฆ่าตัวตาย

อาการของโรคทางจิตเวช

อาการของโรคทางจิตเวช สามารถแบ่งตามความผิดปกติเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูล, 2544; สมภพ เรื่องตระกูล, 2545; APA, 1994; Sadock & Sadock, 2000)

1. ความผิดปกติของพฤติกรรมการณ์เคลื่อนไหว
2. ความผิดปกติของอารมณ์
3. ความผิดปกติของความคิด

4. ความผิดปกติของการรับรู้

1. ความผิดปกติของพฤติกรรมเคลื่อนไหว เช่น การเคลื่อนไหวเพิ่มมากอยู่นิ่งไม่ได้ (agitation) พฤติกรรมเคลื่อนไหวผิดปกติ (catatonia) มีการกระทำหรือพฤติกรรมซ้ำๆ (compulsion) การกระทำตามผู้อื่นโดยไม่ได้ตั้งใจ (echopraxia) เป็นต้น

2. ความผิดปกติของอารมณ์ แบ่งออกได้เป็น 2 ลักษณะ ดังนี้

2.1 ความรู้สึก (affect) หมายถึง การแสดงออกของความรู้สึก อารมณ์ที่อยู่ภายในจิตใจเป็นสิ่งที่บุคคลภายนอกไม่รู้ สังเกตเห็นจากสีหน้าท่าทางที่บ่งบอก คือ อารมณ์ที่ไม่เหมาะสมกับเหตุการณ์ อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ซึ่งในการพิจารณาถึงอารมณ์จะดูในแง่ของขอบเขตและความรุนแรง (range & intensity) ความคงอยู่ของแต่ละอารมณ์ (stability) และดูความเหมาะสมของอารมณ์ที่แสดงออก (appropriateness)

2.2 อารมณ์ (mood) หมายถึง อารมณ์ที่อยู่ภายในจิตใจบุคคลนั้น เป็นภาวะที่คงอยู่นานมักส่งผลกระทบต่อบุคลิกหรือพฤติกรรมแสดงออกของบุคคลนั้น ได้แก่ อารมณ์เศร้า สิ้นหวัง ท้อแท้หรืออารมณ์สนุกสนานมากกว่าปกติ เป็นต้น

3. ความผิดปกติของความคิด มีหลายลักษณะ ดังต่อไปนี้

3.1 ความผิดปกติของกระแสและรูปแบบความคิด (stream and form of thought) ซึ่งได้แก่ พุคน้อย (poverty of speech) การพูดซ้ำคำ (perseveration) ความคิดไม่ต่อเนื่อง (loosening of association) เป็นต้น

3.2 ความผิดปกติในเนื้อหาของความคิด (content of thought) โดยมีลักษณะดังนี้ คือ ความคิดหมกมุ่น (preoccupation) ความเชื่อปราศจากเหตุผล (overvalued idea) ความคิดหลงผิด (delusion) ความคิดหลงผิดที่สอดคล้องกับอารมณ์แปรปรวน (mood-congruent delusion) เป็นต้น

4. ความผิดปกติของการรับรู้ เป็นความผิดปกติ ซึ่งเกิดกับประสาทสัมผัสทั้ง 5 ได้แก่ ประสาทหลอนทางหู (auditory hallucination) หรือที่เราเรียกว่า หูแว่ว ประสาทหลอนทางตา (visual hallucination) หรือเรียกว่า เห็นภาพหลอน ประสาทหลอนทางจมูก (olfactory hallucination) ประสาทหลอนทางลิ้น (gustatory hallucination) เป็นประสาทหลอนรับรู้รสประสาทหลอนทางการสัมผัส (tactile hallucination) เป็นประสาทหลอนทางผิวหนังสัมผัสเช่น รู้สึกว่ามีแมลงไต่ตามตัว

สาเหตุของการเกิดโรคทางจิตเวช

สาเหตุของการเกิดโรคทางจิตเวชนั้นไม่สามารถระบุได้แน่ชัดว่ามาจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่ง จากการทบทวนทางวรรณกรรม พบว่า มีการศึกษาวิจัยทั่วไปเพื่อพยายามค้นหาหรือพิสูจน์ว่าปัจจัยใดมีความเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์ (correlation or association) กับการเกิดโรคนั้นๆ บ้าง แต่มิได้หมายความว่า ปัจจัยที่ได้รับการยืนยันดังกล่าวจะจัดเป็นสาเหตุของโรคได้ทันที ทั้งนี้ต้องขึ้นกับคุณภาพของการศึกษานั้นด้วย นอกจากนี้ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคทางจิตในผู้ป่วยรายหนึ่งอาจจะไม่มีอิทธิพลทำให้เกิดโรคจิตในคนอื่นๆ ทั้งนี้ขึ้นกับพื้นฐานของแต่ละบุคคล ซึ่งมีแนวคิด 2 ประการที่จะช่วยอธิบายถึงสาเหตุการเกิดโรคทางจิตเวช ดังนี้ (ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2544; Kaplan, Sadock, & Grebb, 1995)

1. รูปแบบการเกิดความเครียด (stress diathesis model) หมายถึง การเกิดโรคขึ้นอยู่กับความรุนแรงของความเครียด (stress) ที่ซึ่งแปรผกผันกับความเสี่ยงในการเกิดโรคที่บุคคลนั้นมีอยู่ กล่าวคือ หากบุคคลนั้นมีความเสี่ยงในการเกิดโรคสูง ระดับที่ความเครียดไม่รุนแรงก็สามารถกระตุ้นให้เกิดโรคได้ ในทางตรงข้ามหากบุคคลนั้นมีความเสี่ยงในการเกิดโรคต่ำหรือไม่มี การมีความเครียดที่รุนแรงก็ไม่อาจทำให้เกิดโรคขึ้นได้

2. การกำหนดกรณีศึกษา (case formulation) เป็นการขยายภาพมองจากรูปแบบการเกิดความเครียด (stress diathesis model) ให้กว้างขึ้นโดยพิจารณาปัจจัย 4 ประการ (4 P's) คือ ปัจจัยเสี่ยง (predisposing factors) ปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการ (precipitating factors) ปัจจัยที่ทำให้อาการคงอยู่ (perpetuating factors) และปัจจัยปกป้อง (protective factors) จากตัวผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อมรอบตัว ซึ่งอาจเป็นปัจจัยด้านชีวภาพ จิตใจหรือสังคมก็ได้ อันอาจทำให้เข้าใจได้มากขึ้นว่าสิ่งที่เราเคยมองว่าเป็นเหตุของโรคโดยตรงนั้น แท้จริงอาจเป็น 1 ใน 4 ปัจจัยที่กล่าวจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า กลุ่มปัจจัยที่ได้รับการพิสูจน์ว่าน่าจะเป็นสาเหตุของโรคทางจิตเวชมี 3 ปัจจัย ได้แก่ (ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2544; Sadock & Sadock, 2000)

1. ปัจจัยด้านชีวภาพ ซึ่งประกอบไปด้วยปัจจัยที่สำคัญ ดังนี้

1.1 พันธุกรรมโรคทางจิตเวชที่พบว่า พันธุกรรมมีบทบาทในการเกิดโรคอย่างมาก ได้แก่ โรคทางอารมณ์ (mood disorder) โรคจิตเภท (schizophrenia) โรคจิตจากสุรา (alcohol abuse) และ โรคสมองเสื่อม (Alzheimer's disease) แม้ว่าจะยังไม่สามารถพบว่า ดีเอ็นเอ (DNA) ที่ผิดปกติ นั้นอยู่ที่ใด หรือมีวิธีการถ่ายทอดอย่างไร (ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2544) นอกจากนี้ยังมี โรคหวาดกลัว (panic) และ โรคย้ำคิดย้ำทำ (obsessive compulsive disorder) (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545)

1.2 ชีวเคมีของสมอง เป็นการสะท้อนความเชื่อในวงการแพทย์ที่ว่า การทำงานของสมองทำให้เกิดพฤติกรรม ความคิดและอารมณ์ มิใช่เพียงจิตใจ ซึ่งเสมือนนามธรรม มีการศึกษาสมองทั้งในแง่กายวิภาค (neuroanatomy) สรีรวิทยา (neurophysiology) และชีวเคมี (neurobiochemistry) โดยเฉพาะในแง่สุดท้ายได้รับการศึกษาและพิสูจน์จนได้คำตอบ เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงระดับสารสื่อประสาท (neurotransmitters) และรีเซพเตอร์ (receptors) ต่างๆ กัมกับการเกิดโรคหรืออาการทางจิตเวชอย่างมากในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา

2. ปัจจัยด้านสังคม เกิดได้จากสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ สภาพสังคมบีบคั้น มีความขัดแย้งทางวัฒนธรรมและค่านิยมของสังคม ปัจจัยทางสังคมสิ่งแวดล้อมนับเป็นปัจจัยที่คนทั่วไปให้ความสนใจและกล่าวโทษว่าเป็นต้นเหตุของการป่วยทางจิตบ่อยครั้งที่สุด เช่น กล่าวว่าการอยู่ในระดับสังคมที่ต่ำ ฐานะยากจน จะเป็นเหตุให้เป็นโรคทางจิตมากกว่าคนที่อยู่ในระดับความเป็นอยู่ที่ดีกว่า ซึ่งจากการศึกษาที่เป็นระบบแล้วไม่อาจพิสูจน์ได้ อย่างไรก็ตาม พบว่า ปัจจัยทางสังคมนี้มีผลอย่างมากในฐานะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการในผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคอยู่แล้ว ซึ่งความเสี่ยงของแต่ละบุคคลอาจเป็นผลจากทั้งด้านพฤติกรรมหรือจากการเลี้ยงดูก็ได้

3. ปัจจัยด้านจิตใจ เป็นเรื่องของความผิดหวัง ไม่สมหวัง ก่อให้เกิดความทุกข์ ความคับข้องใจ รู้สึกด้อยค่า ถ้าความผิดหวังนั้นรุนแรงและเรื้อรังก็จะทำให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิตใจได้

แม้ว่าความโน้มเอียงในการศึกษาปัจจุบันจะหันไปสู่ปัจจัยทางชีวภาพในตัวผู้ป่วยมากขึ้น แต่การเข้าใจสาเหตุการเกิดโรคทางจิตเวชอื่นๆ ด้วยนั้น จะช่วยให้เราเข้าใจชีวิตของผู้ป่วยมากไปกว่ารู้จักการเจ็บป่วย อันจะนำไปสู่การให้การดูแลรักษาผู้ป่วย รวมทั้งการวางแผนป้องกันต่อไป

แนวทางการบำบัดรักษาผู้ที่เป็นโรคทางจิตเวช

การบำบัดรักษาผู้ที่เป็นโรคทางจิตเวชนั้น จุดมุ่งหมาย คือ ให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและสามารถปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อม สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขตามอัธยาศัย ซึ่งการบำบัดรักษาโรคจิตมีการแบ่งออกตามระยะของการเจ็บป่วย ดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูล, 2544; Townsend, 2000; APA, 2000)

1. แนวทางการบำบัดรักษาในระยะอาการกำเริบรุนแรงและเฉียบพลัน ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว การรักษาในระยะนี้ได้แก่

1.1 การรักษาด้วยยา เป็นการรักษาหลักทางจิตเวชซึ่งจะเห็นผลชัดเจนประมาณ 2-3 สัปดาห์ ยาที่ใช้รักษาจะเป็นยาซึ่งออกฤทธิ์ที่ส่วนต่างๆ ของสมองและที่เซลล์สมองที่เชื่อว่าเป็นสาเหตุของโรค เช่น ยารักษาโรคจิต ยารักษาอาการซึมเศร้า เป็นต้น

1.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า จะใช้ในกรณีที่รักษาด้วยยาและวิธีอื่นไม่ได้ผลหรือในรายที่มีข้อบ่งชี้อย่างชัดเจน เช่น เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง โดยทำการรักษาด้วยไฟฟ้าประมาณ 6-12 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกันนาน 1-2 วัน

1.3 การบำบัดด้วยสิ่งแวดล้อม หรือ นิเวศน์บำบัด เป็นการจัดสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล เพื่อช่วยส่งเสริมกระบวนการรักษา ประกอบด้วย การจัดกิจกรรมต่างๆ ภายในหอผู้ป่วย การจัดสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยให้น่าอยู่ ระบบการบริหารเป็นแบบให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเป็นบางส่วน ผู้ป่วยต้องช่วยในกิจกรรมต่างๆ เท่าที่พอจะทำได้ เพื่อส่งเสริมความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วย

2. แนวทางการบำบัดรักษาในระยะอาการทุเลา จะอยู่ในช่วง สัปดาห์ที่ 2-3 ของการอยู่โรงพยาบาล ซึ่งในระยะนี้ผู้ป่วยเริ่มควบคุมตัวเองได้ดีขึ้น ดังนั้นการรักษาจะเน้นการบำบัดทางจิตสังคมร่วมกับการรักษาในระยะแรก ซึ่งการบำบัดทางจิตสังคม ประกอบด้วย

2.1 การบำบัดทางจิต มีลักษณะการบำบัดอยู่ 2 แบบ คือ การบำบัดทางจิตรายบุคคล และการบำบัดทางจิตแบบกลุ่ม เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เฉพาะอย่างใดอย่างหนึ่งได้โดยใช้ศักยภาพของตนเองให้มากที่สุดและผู้ป่วยยังได้เรียนรู้ถึงการสร้างสัมพันธภาพและการไว้วางใจผู้อื่นร่วมด้วย

2.2 การบำบัดทางพฤติกรรม โดยมีแนวคิดที่ว่าพฤติกรรมเกิดจากการเรียนรู้ และมีความเชื่อที่ว่าพฤติกรรมที่เป็นปัญหาจะคงอยู่หรือเกิดขึ้นเพราะการเรียนรู้ที่ผิด ดังนั้นการเปลี่ยนพฤติกรรมจะทำให้เกิดผลตอบแทนที่เปลี่ยนไป ทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ได้ เป็นการลดหรือขจัดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย ด้วยวิธีการต่างๆ เช่นการเสริมแรง การเรียนรู้จากตัวแบบ เป็นต้น

2.3 กิจกรรมบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยได้แสดงออก หรือฝึกให้ผู้ป่วยสามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้การบำบัดรายครอบครัว เป็นการสนทนาระหว่างผู้รักษากับสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวของผู้ป่วยร่วมกับผู้ป่วย เป้าหมายในการรักษา คือ การที่ครอบครัวทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม ปรับตัวกับความเครียดและปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ทั้งยังตอบสนองความต้องการของสมาชิกแต่ละคนได้อย่างกลมกลืน ทำให้ครอบครัวมีพัฒนาการมากขึ้น

3. แนวทางการบำบัดรักษาในระยะอาการคงที่ จะอยู่ในช่วงประมาณตั้งแต่ 6 เดือน ถึง 2 ปีหลังการรักษาในโรงพยาบาล เป็นระยะที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลกลับสู่ชุมชน จำเป็นต้อง

ได้รับยา และได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตในระยะนี้จึงเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตในชุมชน ซึ่ง พหล วงศาโรจน์ (2540) กล่าวว่าไว้ว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตในชุมชน เป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยอาศัยหลักการของชุมชนในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข โดยเน้นการฝึกทักษะการใช้ชีวิตในชุมชนคือการสอนและการฝึกฝนให้ผู้ป่วยในเรื่องของการเคลื่อนไหว การเดินทางในชุมชนด้วยยานพาหนะต่างๆ ตลอดจนฝึกให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการใช้ทรัพยากรในชุมชน การจัดการเรื่องถิ่นที่อยู่หรือบ้านพักสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน คือการจัดให้มีสถานบริการเพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าไปรับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตในชุมชน และสามารถดำรงชีวิตในชุมชนได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาไม่สามารถกลับเข้าไปใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวได้ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน เป็นการมุ่งให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาดูแลบำบัดเบื้องต้นในครอบครัวที่บ้าน โดยทีมผู้รักษาคิดตามเยี่ยมเป็นระยะๆ เพื่อติดตามความก้าวหน้าในการดูแลผู้ป่วยและให้คำแนะนำในการจัดการรักษาดูแลผู้ป่วยด้วยตนเองและครอบครัว นอกจากนี้ยังมีการผสมผสานการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตในชุมชนเข้ากับการสาธารณสุข ทีมผู้รักษา ทีมสุขภาพจิตหรือทีมฟื้นฟูสมรรถภาพ ต้องประสานงานกับหน่วยงานสาธารณสุขในชุมชนให้ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน นอกจากนี้รัสเซล (Russel, 2000) กล่าวว่าไว้ว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตในระยะนี้มีวัตถุประสงค์ในการจัดหาอาชีพเป็นหลัก แต่เนื่องจากการทำงานต้องอาศัยทักษะด้านความรู้ ความเข้าใจ เช่น การจัดลำดับงาน การจัดการเรื่องงาน การแก้ไขปัญหา การตัดสินใจ ซึ่งผู้ป่วยโรคทางจิตเวชมักมีความบกพร่องในทักษะดังกล่าว และมักมีความวิตกกังวล ต่อความคาดหวังในการทำงาน จากจุดเน้นของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตในชุมชนที่กล่าวมาข้างต้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรจะต้องติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อประเมินความก้าวหน้าเป็นระยะและช่วยเหลือผู้ป่วยในการใช้ชีวิตในชุมชนตลอดจนประสานงานหรือเตรียมชุมชนให้ยอมรับผู้ป่วย ทั้งนี้จะต้องมีการปรึกษากับทีมสุขภาพจิตหรือทีมฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง และควรให้ความรู้แก่ครอบครัว ชุมชน ตลอดจนกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้รู้จักใช้ทรัพยากรที่มีในท้องถิ่นนั้นให้เกิดประโยชน์มากที่สุด กระตุ้นให้มีกิจกรรมกลุ่มที่มีประโยชน์สำหรับผู้ป่วย

ทั้งนี้กรมสุขภาพจิต (2548) ได้กำหนดให้การฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นหน้าที่หนึ่งของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยกำหนดให้มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชทั้ง 8 โรค (โรคจิต โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า โรคลมชัก ปัญญาอ่อน ผู้คิดสารเสพติด ปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ และผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหรือฆ่าตัวตาย) โดยการติดตามการดูแลรักษาและการกินยาที่ต่อเนื่อง ประเมินภาวะสุขภาพจิตญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตและผู้ป่วยเรื้อรัง ค้นหา ติดตามผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนด้วยโอกาสที่ได้รับ

การดูแลอย่างเหมาะสม การทำกลุ่มเมทริกซ์ โปรแกรมในผู้ติดสารเสพติด และการจัดกิจกรรมฟื้นฟูในกลุ่มเสี่ยง เป็นต้น

บทบาทในงานสุขภาพจิตของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานที่สถานีนอนามัย

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หมายถึง ข้าราชการผู้ปฏิบัติหน้าที่อยู่ที่สถานีนอนามัย ซึ่งดำรงตำแหน่ง เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน พยาบาลหรือผู้ที่ดำรงตำแหน่งอื่นใดที่ปฏิบัติหน้าที่อยู่ที่สถานีนอนามัย โดยตำแหน่งต่างๆ ในสถานีนอนามัย ได้แก่

เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชนและพยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานีนอนามัย ทั้งสองตำแหน่งมีหน้าที่ความรับผิดชอบหลายอย่าง ดังต่อไปนี้ (กรมสุขภาพจิต, 2548)

1. ให้บริการพยาบาลแก่บุคคล ครอบครัว ในเขตชุมชนที่อยู่ในความรับผิดชอบของสถานบริการนั้นๆ โดยการเฝ้าระวัง ค้นหาผู้ป่วย ผู้พิการ ผู้มีปัญหาด้านสุขภาพ ตรวจวินิจฉัย บำบัดรักษา ภายใต้อบรมเขตกระทรวงสาธารณสุข ติดตามให้การรักษาพยาบาล ฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ผู้พิการหรือผู้มีปัญหาด้านสุขภาพที่บ้าน ให้การปรึกษาสุขภาพแก่ผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพ อบรมการรักษาการปฐมพยาบาลขั้นพื้นฐานและการใช้ยาสมุนไพร แก้อาสาสมัครสาธารณสุขและประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ

2. รับผิดชอบงานบริการด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตชุมชน ซึ่งครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านการส่งเสริม ด้านการป้องกัน ด้านการบำบัดรักษาและด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพงานบริการสุขภาพจิตเป็นงานที่สำคัญ เพราะต้องผสมผสานเข้าไปในการพัฒนาสาธารณสุขควบคู่กับการพัฒนาด้านอื่นๆ การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชในสถานีนอนามัย ให้มีความสามารถในการให้บริการที่ครอบคลุม ตอบสนองนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อลดค่าใช้จ่ายโดยรวมของประชาชนและของประเทศ พร้อมทั้งยังสร้างโอกาสในการเข้าหาบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน

3. การดำเนินงานสุขภาพจิตและจิตเวชด้านบริหาร โดยมีนโยบายและแผนการดำเนินงานสุขภาพจิตและจิตเวช มีบุคลากรรับผิดชอบงานอย่างชัดเจน ได้รับการสนับสนุนงบประมาณการดำเนินงาน มีระบบเครือข่ายการประสานงาน อีกทั้งยังมีฐานข้อมูลด้านสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างครอบคลุมและครบถ้วน

4. การดำเนินงานสุขภาพจิตและจิตเวชด้านวิชาการ ได้มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการทำงานด้านสุขภาพจิตโดยมีการประชุม อบรม สัมมนา มีส่วนร่วมในโครงการ งานวิจัย รวมทั้งการนำผลงานวิจัยด้านสุขภาพจิตและการนำเครื่องชี้วัดสุขภาพจิตมาใช้ในการพัฒนางาน

ด้านสุขภาพจิต มีนวัตกรรมด้านสุขภาพจิตและมีการดำเนินงาน โครงการพิเศษต่างๆ ที่เกี่ยวกับงานด้านสุขภาพจิต

5. การดำเนินงานสุขภาพจิตและจิตเวชด้านบริการ ซึ่งประกอบไปด้วยบริการหลัก 3 กลุ่มคือ การส่งเสริมป้องกัน ประกอบไปด้วยงานบริการหลักทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านการคัดกรอง ประเมินปัญหาสุขภาพจิต ด้านการให้ความรู้สุขภาพจิต ด้านการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการประเมินภาวะสุขภาพจิตและสนับสนุนงานสุขภาพจิตในชุมชน การบำบัดรักษา ประกอบด้วยบริการหลัก 5 ด้าน คือ การให้การปรึกษา โปรแกรมจิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ติดยาเสพติด การส่งต่อแหล่งประสานช่วยเหลือกลุ่มช่วยเหลือตนเองและบริการคลายเครียด และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งประกอบด้วย การดูแลต่อเนื่องในกลุ่มเสี่ยง การเยี่ยมบ้าน การจัดกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิต โดยมีวัตถุประสงค์หลักคือ เพื่อติดตามการดูแลรักษาและการกินยาที่ต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข นอกจากนี้ยังให้ผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนที่ค้อยโอกาส ได้รับการดูแลที่เหมาะสม สอดคล้องกับกิจกรรมที่ทำ คือ ติดตามการรักษาและการกินยาอย่างต่อเนื่อง การประเมินสุขภาพจิตญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตและผู้ป่วยเรื้อรัง ค้นหาติดตามผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนที่ค้อยโอกาสให้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม โดยการทำการกลุ่มเมทริกซ์ (matrix program) ในผู้ที่ติดยาเสพติด การจัดกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพจิตใจในกลุ่มเสี่ยง และการจัดกิจกรรมติดตามดูแลกลุ่มเสี่ยง เป็นต้น

นอกจากงานด้านบริการแล้วเจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังต้องรับผิดชอบงานด้านอื่นๆอีกคือ หัวหน้าสถานีอนามัย มีสายการบังคับบัญชา ขึ้นตรงต่อสาธารณสุขอำเภอส่วนสายงานทางวิชาการ มีลักษณะเช่นเดียวกับสาธารณสุขอำเภอซึ่งมีหน้าที่และความรับผิดชอบ ดังต่อไปนี้ (สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2540)

1. เป็นเจ้าพนักงานสาธารณสุขตามที่บัญญัติไว้ในพระราชบัญญัติหรือกฎหมายสาธารณสุขต่างๆ
2. บริหารงานสถานีอนามัยในด้านการเงิน การบัญชี การเบิกจ่ายและการเก็บรักษาเงินทุกประเภทของสถานีอนามัย ตลอดจนบริหารงานพัสดุ ครุภัณฑ์ เวชภัณฑ์ ภายใต้การอำนวยการควบคุม แนะนำและสั่งการของสาธารณสุขอำเภอ ให้เป็นไปตามระเบียบแบบแผนของทางราชการ
3. จัดให้มีการบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานในรูปแบบผสมผสานแก่ประชาชนในเขตรับผิดชอบทั้งในและนอกสถานีอนามัย ตลอดจนการรับส่งผู้ป่วยเพื่อการตรวจรักษาต่ออย่างมีประสิทธิภาพ
4. ปฏิบัติหน้าที่ในฐานะสาธารณสุขตำบล ซึ่งจัดเป็นองค์กรทางการประสานงานเฉพาะสถานีอนามัยที่ได้รับมอบหมาย ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

- 4.1 เป็นกรรมการคณะทำงานสนับสนุนการปฏิบัติงานพัฒนาชนบทระดับตำบล
- 4.2 เป็นที่ปรึกษาแก่นันและสภาตำบล ในการจัดทำแผนพัฒนาตำบล
- 4.3 จัดทำโครงการพัฒนาสาธารณสุข เสนอสภาตำบล เพื่อนำเข้าแผนพัฒนาตำบล
- 4.4 จัดทำแผนพัฒนาสาธารณสุขระดับอำเภอ ในส่วนของสถานบริการสาธารณสุขระดับตำบล
- 4.5 ประสานงานกับหน่วยงานระดับตำบลอื่นๆ ในการพัฒนาตำบล
5. จัดรูปงานอำนวยการควบคุม กำกับ ประเมินผลการจัดบริการและพัฒนางานสาธารณสุขในเขตรับผิดชอบให้เป็นไปตามแผนงาน โครงการและเป้าหมายทั้งของจังหวัดและอำเภอ ตลอดจนรายงานผลการปฏิบัติงานให้อำเภอและจังหวัดทราบโดยสม่ำเสมอ
6. ดูแลรับผิดชอบการปฏิบัติงานและบังคับบัญชาเจ้าหน้าที่ในสถานีอนามัย โดยกรมอบหมายงานให้สอดคล้องกับความรู้ ความสามารถ ให้ได้สัดส่วนกับปัญหาและขนาดของประชากรที่รับผิดชอบ
7. ฝึกอบรมนักศึกษา และอาสาสมัครสาธารณสุขประเภทต่างๆ ตลอดจนดูแลแนะนำนิเทศ สนับสนุน ช่วยเหลือการปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุขต่างๆ และผดุงครรภ์โบราณ
8. ควบคุม ดูแลการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุขชุมชนในเขตรับผิดชอบ
9. ศึกษาวิเคราะห์ข้อมูล สถิติ และ ประเมินผลงานเพื่อพัฒนางาน

การปฏิบัติด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ความหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิต

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมพบว่า กรมสุขภาพจิต ไม่ได้ให้ความหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตไว้อย่างชัดเจน แต่กรมสุขภาพจิตได้มอบหมายให้โรงพยาบาลศรีธัญญา ซึ่งมีภารกิจหลักในการมุ่งไปสู่สถาบันระดับประเทศในการพัฒนาวิชาการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตให้เป็นสถาบันหลัก (โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2547)

โรงพยาบาลศรีธัญญา (2547) ได้ให้ความหมายการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิต ว่าเป็นกระบวนการที่เอื้ออำนวยให้บุคลากรที่มีความผิดปกติทางจิตและพัฒนาการบกพร่อง มีโอกาสที่จะปรับตัวและพัฒนาศักยภาพเพื่ออยู่ในสังคมได้อย่างอิสระ โดยมุ่งเน้นให้มีความสามารถในการดูแลตนเอง นำไปสู่การยอมรับของครอบครัวและสังคมทำให้เขามีชีวิตอยู่ได้อย่างภาคภูมิใจ

ปีทมา สิริเวช (2545) ได้ให้ความหมายการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิต ไว้ว่า คือ กระบวนการที่ใช้ทีมจิตเวชกับครอบครัว ชุมชน และ องค์กรที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาผู้ที่มีความบกพร่องหรือพิการทางจิต เพื่อให้เขาเหล่านั้นสามารถใช้ศักยภาพที่ตนเองมีอยู่ให้มากที่สุดหรือลดความบกพร่องหรือพิการให้เหลือน้อยที่สุดหรือหมดไป

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ (2543) ได้ให้ความหมายการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิต ว่า หมายถึง กระบวนการที่พัฒนาร่างกาย จิตใจ อารมณ์ หรือการเรียนรู้ รวมทั้งพัฒนาการเดิมเพื่อใช้ความสามารถที่มีอยู่อย่างเต็มที่เพื่อการปรับตัวเข้าสู่สังคม การดำเนินชีวิตประจำวัน รวมถึงการประกอบอาชีพอย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยมากที่สุด

พิทักษ์พล บุญยมลิก และ สุนีย์ เอกวัฒนพันธ์ (2542) ได้ให้ความหมายการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิต ไว้ว่า เป็นกระบวนการที่เอื้ออำนวยให้บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตใจมีโอกาสที่จะปรับตัวและพัฒนาศักยภาพเพื่อให้อยู่ในสังคมได้อย่างอิสระ โดยมุ่งเน้นให้บุคคลที่ผิดปกติทางจิตใจมีความสามารถในการดูแลตนเองและการทำงาน ซึ่งจะนำไปสู่การยอมรับของครอบครัว ชุมชนและสังคม

สุชาดา สาครเสถียร (2541) ได้ให้ความหมายการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตไว้ว่า เป็นการช่วยให้บุคคล จากการที่ไม่มีความสามารถ หรือความสามารถบกพร่อง ให้มีความสามารถอยู่ร่วมกับคนอื่นในสังคม กระบวนการจะเริ่มตั้งแต่แยกตัวเอง ฟังพาคคนอื่น ไร้ค่า จนกระทั่งสามารถอยู่ร่วมกับคนอื่นในชุมชน มีทักษะทางสังคม สามารถพึ่งตนเองและเป็นคนทำประโยชน์ให้แก่ชุมชน

อโนนิมัส (Anonymous, 2005) ได้ให้ความหมายว่า เป็นการบูรณะรูปแบบและการทำหน้าที่ของบุคคลนั้นๆ ตามความเจ็บป่วย หรือการบาดเจ็บ บูรณะความสามารถของแต่ละบุคคล เพื่อให้ประสบความสำเร็จสูงสุดในชีวิต เท่าที่เป็นไปได้ตามความสามารถของแต่ละบุคคล ภายใต้อาชีพ งานอดิเรก และการศึกษา ให้สอดคล้องกับข้อจำกัดด้านสรีระหรือกายวิภาคและสิ่งแวดล้อม

บาร์ตัน (Barton, 1998) ได้ให้ความหมายว่า เป็นการให้บริการและเป็นเทคโนโลยีเพื่อสร้างโอกาสสำหรับผู้ที่ปัญหา ทำให้สามารถเรียนรู้และนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้ความหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิต ว่าเป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้เป็นโรคจิตหรือผู้พิการทางจิตใจ สามารถกลับไปทำงานใช้ชีวิตอยู่ในสังคมหรือชุมชนได้อย่างมีเกียรติและมีศักดิ์ศรี ซึ่งเป็นกระบวนการที่ริเริ่มโดยบุคลากรสาธารณสุขหรือด้านสุขภาพจิต โดยการฟื้นฟูสมรรถภาพจะมุ่งเน้นไปที่การพัฒนาและทำให้บุคคลใช้ความสามารถอย่างเต็มที่ พยายามลดความบกพร่องความรู้สมรรถภาพ ความเสียเปรียบให้เหลือน้อยที่สุด ซึ่งจะ

ครอบคลุมทั้งด้านสังคม อาชีพ โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดคุณค่าอย่างเต็มที่และกระจายสู่ชุมชน โดยมีเป้าหมายสุดท้ายคือผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

จากความหมายดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิต หมายถึง การกระทำ กิจกรรมหรือลักษณะที่แสดงออกของบุคคลที่สังเกตเห็นได้ ในลักษณะกระบวนการที่เอื้ออำนวยให้บุคคล ที่มีความผิดปกติทางจิตและพัฒนาการบกพร่อง โดยการปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพ ดังนี้คือ 1) การดูแลผู้ป่วยจิตเวช 8 โรค โดยการติดตามดูแลการรักษาและการกินยาที่ต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขและติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่สามารถอยู่ในชุมชนได้เกิน 3 เดือน 2) กิจกรรมฟื้นฟูกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ติดสารเสพติด ผู้ติดเชื้อเอดส์และในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต โดยการทำการกลุ่มเมทริกซ์ โปรแกรมในผู้ที่ติดสารเสพติด การจัดกิจกรรมฟื้นฟูสภาพจิตใจในกลุ่มเสี่ยงและการจัดกิจกรรมติดตามดูแลกลุ่มเสี่ยง

จุดมุ่งหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิต

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตจึงมีจุดมุ่งหมายเพื่อ ทำให้ตัวผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองสามารถอยู่ในสังคมได้ด้วยตนเอง ครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้านได้ ชุมชนเข้าใจและยอมรับ ซึ่งจะช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ และดูแลกันเองได้ในครอบครัวและชุมชนอย่างมีความสุข ปัทมา ศิริเวช (2545) กล่าวว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเป็นการเพิ่มคุณค่าชีวิตของผู้พิการทางจิต โดยช่วยเหลือให้เขาเหล่านั้นมีความรับผิดชอบชีวิต และปฏิบัติหน้าที่ของตนเอง เพื่อให้สามารถอยู่ได้ด้วยตนเองในสังคม และยังพบว่า การเจ็บป่วยทางจิตก่อให้เกิดผลกระทบตามมา 3 ประการคือ การถูกทำลายหรือการเสื่อมสภาพ (impairment) การไร้ความสามารถหรือเกิดข้อบกพร่อง (disability) และความพิการ (handicap) ซึ่งจากผลกระทบดังกล่าวทำให้เกิดมีแนวคิดของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตขึ้น โดยมีเป้าหมายหลัก 2 ประการ (อนงค์ ธรรมโรจน์, เทพนิมิตร บางแสง, และ สิรินาฏ มั่นคง, 2542) คือ

1. การป้องกัน (prevention) เป็นการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะเสื่อมสลายหรือการไร้ความสามารถมากขึ้นกว่าเดิม โดยการรักษาส่วนที่ติไว้ให้ผู้ป่วยมากที่สุด เพื่อให้ได้ใช้ความสามารถที่หลงเหลืออยู่อย่างเต็มศักยภาพ คงไว้ซึ่งหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวันให้สามารถปฏิบัติได้เหมือนเดิมมากที่สุด ป้องกันไม่ให้สภาพจิตใจและร่างกายสูญเสียหรือเสื่อมถอยมากขึ้น

2. การปรับคืนสู่สภาพเดิม (restoration) เป็นการเสริมสร้างความสามารถในการกระทำหน้าที่ของผู้ป่วยให้กลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนป่วยมากที่สุด เพื่อช่วยให้อาการเกิดทักษะการ

ดำเนินชีวิตและทักษะทางสังคม จากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มและสามารถกลับไปอยู่ในชุมชนได้ รวมทั้งทำประโยชน์ต่อตนเองและผู้อื่นได้

จากที่กล่าวมาแล้วจะเห็นได้ว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิต มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ตัวผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและสามารถอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข ลดปัญหาต่างๆ ในครอบครัว ชุมชน เข้าใจและยอมรับผู้ป่วย

ประเภทของการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิต

กรมสุขภาพจิต ในฐานะหน่วยงานวิชาการและแกนหลักในการสนับสนุนวิชาการ ให้กับเครือข่าย จึงเป็นผู้นำในการพัฒนาวิชาการและองค์ความรู้ ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิต เนื่องจากมีประสบการณ์ในการให้บริการ โดยมีวิวัฒนาการและบูรณาการ ได้อย่างเหมาะสมกับศักยภาพในบริบทของสังคมไทย กรมสุขภาพจิต ได้กล่าวถึงประเภทของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิต 5 ประเภท ได้แก่ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ และการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (ปีทมา ศิริเวช, 2545)

1. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ (medical rehabilitation) หมายถึง การบำบัดตามหลักการแพทย์สำหรับผู้ป่วยทางจิต กระตุ้นผู้ป่วยออกจากโลกส่วนตัวหรือป้องกันความบกพร่องหรือความพิการทางจิตที่จะเกิดขึ้นรวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการรักษา ตัวอย่างกิจกรรม เช่น อาชีวบำบัด กายภาพบำบัด ดนตรีบำบัด อรรถบำบัด ฯลฯ

2. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม (social rehabilitation) หมายถึง การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยในทักษะที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิตและการบริการที่เหมาะสมตามความจำเป็น เช่น ที่อยู่อาศัย จุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยทางจิตสามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มีทักษะการจัดการกับปัญหาและสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคม

3. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา (education rehabilitation) หมายถึง การจัดการศึกษาตามความต้องการของผู้ป่วย หรือการบริการศึกษาซ่อมเสริมในปัญหาการเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องกับการพูด การเขียน การอ่านตามหลักสูตรการศึกษาที่ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าเรียนได้

4. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ (occupation rehabilitation) หมายถึง การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยให้มีทักษะพื้นฐานการทำงาน เช่น การฝึกนิสัยการทำงาน การตรงต่อเวลา ความรับผิดชอบ ฯลฯ จากนั้นมีการฝึกอาชีพตามศักยภาพของผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง มีคุณค่า มีรายได้จากการประกอบอาชีพ ลดภาระต่อครอบครัวและเป็นบุคคลที่มีประโยชน์ในสังคม

5. การฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน (community rehabilitation) เป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยอาศัยหลักการของชุมชนในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข เช่นเดียวกันกับบุคคลทั่วไปในชุมชน โดยมีกิจกรรมที่สำคัญ คือ

5.1 การฝึกทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน (training in community living) คือ การสอนและการฝึกฝนให้ผู้ป่วยในเรื่องของการเคลื่อนไหว การเดินทางในชุมชนด้วยยานพาหนะต่าง ๆ (use of transport) ตลอดจนความปลอดภัยบนท้องถนน นอกจากนี้ยังรวมถึงการช่วยให้ผู้ป่วยรู้จักและเข้าใจท้องถิ่นที่เขาจะต้องเข้าไปพักอาศัยอยู่ ตลอดจนการช่วยฝึกให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการใช้ทรัพยากรในชุมชนอันได้แก่ ห้องสมุด วัดและสถานบริการสาธารณสุข เป็นต้น

5.2 การจัดการเรื่องถิ่นที่อยู่หรือบ้านพักสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน (residential of housing) นั่นคือ การจัดหาสถานบริการเพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าไปรับการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน และสามารถดำรงชีวิตในชุมชนได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาไม่สามารถกลับเข้าไปใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวได้ (homelessness) ซึ่งสถานบริการนี้อาจเป็นสถานสงเคราะห์ที่มีอยู่เดิมแล้ว ประสานงานเพื่อคัดเลือกผู้ป่วยจิตเวชที่หายแล้วเข้าไปพักอาศัย ในลักษณะจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชขึ้นในชุมชน ในลักษณะของครอบครัวอาสาหรือครอบครัวบุญธรรมที่เต็มใจรับผู้ป่วยเข้าไปไว้ในความดูแล

5.3 การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน (home care) แนวคิดนี้มุ่งให้ผู้ป่วยได้รับการรักษา ดูแลบำบัดเบื้องต้นในครอบครัวที่บ้าน โดยทีมผู้รักษาจะติดตามเยี่ยมเป็นระยะๆ เพื่อติดตามความก้าวหน้าในการดูแลผู้ป่วยและให้คำแนะนำในการจัดการรักษาดูแลผู้ป่วยแก่ครอบครัว

5.4 การผสมผสานการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในชุมชนเข้ากับสาธารณสุข (integration of psychiatric community rehabilitation with public health) กิจกรรมนี้ที่ทีมผู้รักษา ทีมสุขภาพจิตหรือทีมฟื้นฟูสมรรถภาพ ต้องประสานงานกับหน่วยงานสาธารณสุขในชุมชนให้ร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อประเมินความก้าวหน้าเป็นระยะ และช่วยเหลือผู้ป่วยในการใช้ชีวิตในชุมชน ตลอดจนประสานงาน หรือเตรียมชุมชนให้ยอมรับผู้ป่วย ทั้งนี้จะต้องมีการปรึกษาหารือกับทีมสุขภาพจิตหรือทีมฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้มีการปฏิบัติด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตในประเภท การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพและการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตในระดับศูนย์สุขภาพชุมชนและสถานอนามัยของกรมสุขภาพจิต

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2548) ได้กำหนดมาตรฐานงานสุขภาพจิตและจิตเวชของหน่วยงานระดับศูนย์สุขภาพชุมชนและสถานอนามัย ในงานบริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิต ดังนี้คือ

1. การดูแลผู้ป่วยจิตเวช 8 โรค (โรคจิต โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า โรคลมชัก ปัญญาอ่อน ผู้ติดสารเสพติด ปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ และผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหรือฆ่าตัวตาย) วัตถุประสงค์ของบริการคือ เพื่อติดตามดูแลการรักษาและการกินยาที่ต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข เพื่อให้ผู้ป่วยทางจิตสามารถอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคมได้ และเพื่อให้ผู้ป่วยทางจิตในชุมชนที่ด้อยโอกาสได้รับการดูแลที่เหมาะสม กิจกรรมที่ต้องการทำคือ ติดตามการรักษาการกินยาอย่างต่อเนื่อง การประเมินสุขภาพจิตญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตและผู้ป่วยเรื้อรัง การให้ความรู้แก่ญาติและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยทางจิตและผู้ป่วยเรื้อรัง การค้นหาติดตามผู้ป่วยทางจิตในชุมชนที่ด้อยโอกาสให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม สำหรับตัวชี้วัดความสำเร็จคือ ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการติดตามเยี่ยม ร้อยละ 80 ของญาติหรือผู้ดูแลที่ได้รับการประเมินภาวะสุขภาพจิต และร้อยละ 60 ของผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการติดตามเยี่ยมที่สามารถอยู่ในชุมชนได้เกิน 3 เดือน

2. กิจกรรมฟื้นฟูกลุ่มเสี่ยงเช่น ผู้ติดสารเสพติด ผู้ติดเชื้อเอดส์และในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต วัตถุประสงค์ของบริการ คือ เพื่อติดตามการดูแลรักษาและการรับยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อฟื้นฟูสภาพจิตใจในกลุ่มเสี่ยงและเพื่อสร้างเครือข่ายการช่วยเหลือในชุมชน กิจกรรมที่ต้องการคือ การทำกลุ่มมทรักษ์โปรแกรมในผู้ติดสารเสพติด การจัดกิจกรรมฟื้นฟูสภาพจิตใจในกลุ่มเสี่ยง และการจัดกิจกรรมติดตามดูแลกลุ่มเสี่ยง ตัวชี้วัดความสำเร็จ คือ ร้อยละ 80 ของกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการติดตามเยี่ยม และจำนวนกิจกรรมของเครือข่าย

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การปฏิบัติด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิต หมายถึง การกระทำ กิจกรรม หรือลักษณะที่แสดงออกของบุคคลที่สังเกตเห็นได้ในลักษณะของกระบวนการที่เอื้ออำนวยให้บุคคล ที่มีความผิดปกติทางจิตและพัฒนาการบกพร่อง โดยการปฏิบัติการณ์ฟื้นฟูสมรรถภาพ ดังนี้คือ 1) การดูแลผู้ป่วยจิตเวช 8 โรค (โรคจิต โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า โรคลมชัก ปัญญาอ่อน ผู้ติดสารเสพติด ปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ และผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหรือฆ่าตัวตาย) โดยการติดตามดูแลการรักษาและการกินยาที่ต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขและติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่สามารถอยู่ในชุมชนได้เกิน 3 เดือน 2) กิจกรรมฟื้นฟูกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ติดสารเสพติด ผู้ติดเชื้อเอดส์ และในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต โดยการทำการกลุ่มเมทริกซ์ โปรแกรมในผู้ที่ติดสารเสพติด การจัดกิจกรรมฟื้นฟูสภาพจิตใจในกลุ่มเสี่ยงและการจัดกิจกรรมติดตามดูแลกลุ่มเสี่ยง การศึกษาการปฏิบัติด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิต สามารถประเมินได้จากแบบสอบถามการปฏิบัติด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสำหรับผู้ที่เป็นโรคทางจิตเวชที่ผู้ศึกษาพัฒนามาจากกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ตามมาตรฐานงานสุขภาพจิตและจิตเวชในระบบบริการสาธารณสุข ของกรมสุขภาพจิต สำหรับบุคลากรสาธารณสุข (2548) ครอบคลุมงานบริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชทั้ง 8 โรคและกิจกรรมการฟื้นฟูกลุ่มเสี่ยง