



การศึกษาความพร้อมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิต ขณะอยู่ที่บ้าน

โดย

นางศิริวรรณ	ฤกษ์ธนะขจร
นางวัชณี	หัตถพนม
นางสุวดี	ศรีวิเศษ
น.ส.ระพีพร	แก้วคอนไทย
นายพงษ์ศักดิ์	ปัญญาประชุม
นางสุภาณี	กิตติสารพงษ์

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น จ.ขอนแก่น

15 กุมภาพันธ์ 2544

ISBN974-296-022-4

รายงานการวิจัย
เจ้าของ
คณะผู้วิจัย

การศึกษาความพร้อมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตขณะอยู่ที่บ้าน
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
นางศิริวรรณ ฤกษ์ธนะขจร
นางวัชณี หัตถพนม
นางสุวดี ศรีวิเศษ
น.ส.ระพีพร แก้วคอนไทย
นายพงษ์ศักดิ์ ปัญญาประชุม
นางสุภาณี กิตติสารพงษ์

ISBN

974-296-022-4

สงวนลิขสิทธิ์ ตามกฎหมาย

พิมพ์ครั้งที่ 1

15 กุมภาพันธ์ 2544

จำนวน

150 เล่ม

พิมพ์ที่

โรงพิมพ์พระธรรมขันธ์ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

โทร (043) 321765 , 224836

คำนำ

สืบเนื่องกรมสุขภาพจิต มีนโยบายในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยแบบครบวงจร โดยมีการวางแผนการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่เริ่มรับรักษาเป็นผู้ป่วยใน จนกระทั่งจำหน่ายกลับเข้าสู่ชุมชน และให้เครือข่ายดูแลต่อไป และโรงพยาบาลจิตเวชก็ได้พัฒนา การดูแลผู้ป่วยเป็นแบบ Zone ward เพื่อให้ได้ให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับพื้นที่ได้รู้ปัญหาที่แท้จริง และให้คำแนะนำถูกต้อง เพื่อแก้ปัญหของผู้ป่วยและญาติที่อยู่ในชุมชน ให้อยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข และตัวผู้ป่วยเองก็มีความรู้สึกที่ดีต่อครอบครัวและชุมชน จึงจัดให้มีการศึกษาความพร้อมของชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตขณะอยู่ที่บ้าน เพื่อนำผลไปพัฒนางาน และความต้องการให้ตรงกับปัญหาในชุมชนต่อไป

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ จึงเป็นการศึกษาเพื่อเตรียมชุมชน ให้เอื้ออำนวยต่อการส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนได้นาน โดยใช้ทักษะและความสามารถในการดูแลตนเองให้พึ่งตนเอง ครอบครัว และชุมชนของตนเองก่อน เพื่อป้องกันการเจ็บป่วยซ้ำ และให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตในชุมชนได้อย่างปกติสุขตามอัตภาพ ได้นานที่สุด

คณะผู้วิจัย

กุมภาพันธ์ 2544

เลขทะเบียน	๕๐ 010905
วันที่	10 ก.ย. 2544
เลขเรียกหนังสือ	ท. ก. ๓๑
	๑๖๕๐ ๑๑,๒๒ ค. ๗

10 ก.ย. 2544

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัย เรื่อง การศึกษาความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนนี้ ได้รับความร่วมมือ และ การสนับสนุนจากบุคลากรหลายท่าน ที่ช่วยให้การดำเนินงานวิจัยประสบความสำเร็จ ลุล่วงด้วยดี

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์พิเชษฐ์ ถีละพันธ์เมธา นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด นายแพทย์ปรเมศร์ กิ่งโก้ ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชกรรม สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร งานสุขภาพจิต ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ตำบลไร่ อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร ที่ให้การสนับสนุน และการประสานงานในการเก็บข้อมูล ในการศึกษาวิจัย ครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดในเขตพื้นที่ บ้านไฮ่ ตำบลไร่ อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยผู้อำนวยการ โชน จังหวัดสกลนคร โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ที่ ให้ทั้งความรู้ คำแนะนำด้านทฤษฎี งานวิจัย และข้อคิดเห็นต่างๆที่มีประโยชน์อย่างยิ่ง ทำให้คณะผู้วิจัย ได้รับความรู้และประสบการณ์ที่มีคุณค่า ในการนำมาพัฒนางานวิจัยให้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ท้ายที่สุดนี้ ขอขอบพระคุณ นพ.อภิชัย มงคล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ที่ ให้การสนับสนุนรายงานวิจัยในครั้งนี้

คณะผู้วิจัย

กุมภาพันธ์ 2544

บทคัดย่อ

การศึกษาความพร้อมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิต ขณะอยู่ที่บ้าน เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตขณะอยู่ที่บ้าน และศึกษาความคาดหวังของชุมชน ที่มีต่อสถานพยาบาลของรัฐ ในการเอื้ออำนวยให้ชุมชนมีความพร้อม ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิต กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคจิต ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิต เพื่อนบ้าน และ อสม. จำนวน 15 ราย ซึ่งคัดเลือกจากชุมชนที่มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตและทำการศึกษาโดยการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-dept Interview) ร่วมกับการสังเกต (Observation) และเก็บรวบรวมตั้งแต่เดือน มิถุนายน-สิงหาคม 2542 และวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการศึกษาพบว่า

ปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมที่ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนได้นาน แบ่งออกเป็น 3 ด้าน

1. ปัจจัยด้านความรู้โรคจิต พบว่า กลุ่มผู้ป่วยและญาติมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายของโรคจิตยังไม่ถูกต้อง ส่วนใหญ่คิดว่าเป็นโรคประสาท ซึ่งต่างกับกลุ่มเพื่อนบ้าน และ อสม. มีความรู้ค่อนข้างดี สามารถบอกความหมายได้ถูกต้อง ด้านสาเหตุ ทุกกลุ่มมีความรู้ บอกได้ถูกต้องเนื่องจากมีประสบการณ์ตรงที่เกิดขึ้นในชุมชน โดยบอกว่าเกิดจาก คิดมาก เครียด วิตกกังวล ยาเสพติด และกรรมพันธุ์ ด้านอาการ กลุ่มตัวอย่างตอบได้ถูกต้อง เพราะเป็นอาการที่แสดงออกในชุมชน เช่น ยิ้ม พูดคนเดียว ชิม หวาดกลัว อาละวาด ด้านการรักษา ทุกกลุ่มตัวอย่างบอกได้ตรงกันว่า ต้องกินยาอย่างต่อเนื่อง แต่จะมีปัญหา คือ ด้านเศรษฐกิจ และการเดินทางมารับยา ด้านการดูแลกลุ่มตัวอย่างบอกได้ถูกต้อง คือ ดูแลให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ไม่เครียดหรือคิดมาก งดยาเสพติด พาผู้ป่วยไปพบแพทย์ ดูแลให้ทำงานบ้าน ไม่ให้อยู่ว่าง
2. ปัจจัยด้านทัศนคติ พบว่า ในกลุ่มผู้ป่วย มีทัศนคติด้านบวกต่อตนเอง คิดว่าตนมีโอกาสรักษา มีความหวัง และตั้งเป้าหมายในการดำเนินชีวิต และอยากได้กำลังใจจากคนรอบข้าง แต่มีบางรายยังมีทัศนคติในแง่ลบ คือ น้อยใจ กลัวไม่หาย คิดว่าตนต่ำต้อย และอึดอัดที่ญาติบังคับให้กินยา ในกลุ่มญาติ พบว่า มีทัศนคติทั้งบวกและลบในขณะเดียวกัน คือ ทั้งสงสาร อยากให้หาย แต่บางครั้งที่ไม่ร่วมมือในการรักษา ทำให้เกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ ส่วนกลุ่มเพื่อนบ้านและ อสม.มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยและญาติ

3. ปัจจัยด้านการปฏิบัติ ทุกกลุ่มตัวอย่าง บอกได้ตรงกัน คือ รับประทานยาตามแพทย์สั่ง ไม่คิดมาก
หางานทำ ดยาเสพติด ถ้ามีปัญหา ก็พาไปพบแพทย์

การศึกษาความคาดหวังของชุมชนที่มีต่อสถานพยาบาลของรัฐ

1. ระดับสถานีนอนมัย : คาดหวังจะให้ชี้แนะเรื่อง อาการผู้ป่วย และประสานงานไปโรงพยาบาล
ชุมชน
2. ระดับโรงพยาบาล : คาดหวังจะให้ช่วยเหลือเรื่องยา สงเคราะห์ค่ารักษา และการส่งต่อ
3. ระดับโรงพยาบาลทั่วไป : อยากให้ให้เทศงาน การให้ความรู้ และให้ความช่วยเหลือกรณีฉุกเฉิน
4. ระดับโรงพยาบาลจิตเวช : อยากให้รับผู้ป่วยไว้รักษาเมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรง และช่วย
สงเคราะห์ค่ายา ค่ารักษา ส่งยาทางไปรษณีย์ รวมทั้งการติดตามเยี่ยมด้วย

Abstract

The Objectives of this Qualitative research were to study factors which influenced the readiness (ability and willing) of the community to take care of psychiatric patient at home , and to study expectation of the community about Supporting from government institute. The sample site was 15 cases, composed of the patients, The patient's relatives, The patients neighbours, and the public health volunteers, which selected from the studied community. The data were collected by Indept interview and (palicipatory or nonpalicipatory) Observetion and were analysis by frequency and content analysed method.

The findings revealed there aspectest the influenced the readiness of community as follows.

1. Knowledge

Interm of definition : The peticnts and relatives defined the illness a neurosis instead of psychosis. In different to the neighbour and the public health volunteers, both defined the illness correctly as neurosis

Interm of causes : All group had correct knowledge about the causes of the illness including obcessive , stress anxiety , drug addict , and genetic factors. This may be because they had direct experiences in the community.

Inferms of symptoms : All group were able to answer correctly about the symptoms because they had seen them. The symptoms in the community such as purposeless smiling , depression , aggression or viorient behavior.

Interms of treatment : All group believed that continue taking medication could because (or control) , the symptoms . Howerer they had problem in finare and transportation to the hospital.

Interm of care : All group had correct knowledge about caring the patients These included encouraging the pts. to compliance with medication , relax or stop thinks too much , refrain from all kinds of addicts , keep medical follow up , and work occasionally.

2. Attitude

In the Patients group , the Patients had positive attitude about themselves. They believed that they would recover from the illness. They had hope and was able to set a goal of life. They needed support from people who were around. However few of them had negative add false about themselves . these included inferiority hopelessness , and feeling uncomfortable by being forced from the relative to taking medication.

In the relative group, they had both positive and negative attitude simultaneously. For example them felt pity to patients and wanted the patients be cured , however they felt boring and hopeless when the patient was not compliance with treatment.

In the neighbour and the public health volunteer group , all of they had positive attitude to the patients and the relative.

3. Practical

All groups had similar beliefs . They believed that the Patients should comply with treatments , relax , keep working , quit addicts , and seek medical Consultation.

The Expectation of the Community from the government institute The community had expectation from the government as the following.

1. Local health care center : they wanted Local health care center to educate them about the psychiatric symptoms and to coordinated with the distric hospital

2. Distric hospital : They wanted the distric hospital to help them interms of medication, medical welfare are referral system.

3. Province hospital : they wanted the distric hospital to supervise, provide knowledge and support them in care of emergency.

4. Psychiatric hospital : they wanted the psychiatric hospital to admit the severe cases provide medical welfare mail medication to the patient homes , and provide home visit.

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
กิตติกรรมประกาศ	ข
บทคัดย่อ	ก-ง
Abstract	จ-ฉ
สารบัญ	ซ-ฅ
สารบัญตาราง	ณ
บทที่ 1 บทนำ	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 คำถามการวิจัย	3
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
1.4 ขอบเขตการวิจัย	3
1.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย	4
1.6 นิยามศัพท์	5
1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
2.1 ความหมายของโรคจิต	6
2.2 แนวความคิดเกี่ยวกับความพร้อม	7
2.3 การดูแลตนเอง	7
2.4 แนวความคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่บ้าน	8
2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	18
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	21
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	22
3.3 การหาคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	22
3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล	23
3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล	25
3.6 ความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่น	25

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล	
4.1 ผลการวิจัย	27
4.2 การอภิปรายผล	38
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	
5.1 สรุปผลการวิจัย	76
5.2 ข้อเสนอแนะ	79
บรรณานุกรม	82
ภาคผนวก	85

สารบัญตาราง

		หน้า
ตารางที่ 1	แสดงลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่เกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ การศึกษา รายได้ของ ครอบครัว	28
ตารางที่ 2	แสดงลักษณะข้อมูลผู้ป่วยโรคจิตที่เกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย การเคยและไม่เคย รับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน	30
ตารางที่ 3	แสดงลักษณะข้อมูลของญาติผู้ป่วยโรคจิตที่เกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้	32
ตารางที่ 4	แสดงลักษณะข้อมูลของเพื่อนบ้านของผู้ป่วยโรคจิตที่เกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้	34
ตารางที่ 5	แสดงลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของ อสม. ในหมู่บ้านที่เกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้	36
ตารางที่ 6	ข้อมูลแสดงความรู้เกี่ยวกับโรคจิตของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มีทั้ง ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย เพื่อนบ้าน และ อสม.	39
ตารางที่ 7	ข้อมูลเกี่ยวกับทัศนคติของกลุ่มผู้ป่วยที่มีต่อการเจ็บป่วยของตนเองต่อ ญาติและชุมชน	47
ตารางที่ 8	ข้อมูลเกี่ยวกับทัศนคติของกลุ่มญาติผู้ป่วยที่มีต่อการเจ็บป่วยของ ผู้ป่วยโรคจิต	50
ตารางที่ 9	ข้อมูลเกี่ยวกับทัศนคติของกลุ่มเพื่อนบ้านและ อสม. ที่มีต่อการ เจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคจิต	54
ตารางที่ 10	ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของกลุ่มผู้ป่วย	59
ตารางที่ 11	ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติของกลุ่มญาติผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยโรคจิต ขณะอยู่ที่บ้าน	62
ตารางที่ 12	ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของกลุ่มเพื่อนบ้าน และ อสม. ที่มีต่อ ผู้ป่วยโรคจิต ขณะอยู่ที่บ้าน	67
ตารางที่ 13	ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งให้ความช่วยเหลือ และความคาดหวังของกลุ่ม เพื่อนบ้าน และ อสม.	71

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สืบเนื่องจากกรมสุขภาพจิตมีนโยบายให้มีการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชแบบครบวงจร โดย การวางแผนให้การดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่อยู่รักษาเป็นผู้ป่วยใน จนกระทั่งจำหน่ายกลับสู่ชุมชน และให้ เครือข่ายในชุมชนได้ดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ต่อไป ในปีงบประมาณ 2542 โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น จึงได้จัดให้มีงานสุขภาพจิตที่รับผิดชอบในเขต จ.สกลนคร ทั้งนี้เพื่อพัฒนาเครือข่ายผู้ปฏิบัติงาน สุขภาพจิตตั้งแต่ระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล เพื่อร่วมแก้ไขปัญหาลุ่บหลุมในการดำเนินงาน ของพื้นที่ใน จ.สกลนคร และการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของงานสุขภาพจิตที่ได้ปฏิบัติงาน ในพื้นที่

จากรายงานปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ และจากสถิติของโรคจิต มีอัตราค่อนข้างสูง คือ 1 เปอร์เซ็นต์ของประชากรทั่วโลก (Kaplan & Sadoek, 1998. อ้างใน รัชนิกร อุปเสน, 2541) โรคจิตเป็นโรคทางจิตเวชชนิดรุนแรง ซึ่งอาจมีสาเหตุจากจิตใจ (Psychological or Functional) หรือสาเหตุจากร่างกาย (Organic) และมีผลทำให้มีความผิดปกติใน ความคิด การตอบสนองทางอารมณ์ การสื่อสาร การเข้าใจสถานะความเป็นจริงและพฤติกรรม อย่างมาก จนเป็นอุปสรรคต่อการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของชีวิตตามธรรมดา มักจะแสดง ออกโดยมีพฤติกรรม หรืออารมณ์เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมอย่างมาก ความสามารถในการควบคุม อารมณ์ต่ำลง มีความหลงผิด และประสาทหลอน (ศักดิ์ กาญจนวิโรจน์กุล, 2537) สำหรับ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ปีงบประมาณ 2542 มีผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการถึง 18,331 คน จาก จำนวน 72,260 คน คิดเป็นร้อยละ 25.37 และมารับบริการรักษาเป็นผู้ป่วยใน จำนวน 1,130 คน จากทั้งหมด 2,369 คน คิดเป็นร้อยละ 47.70 จากจำนวนที่กล่าวมานี้ ผู้ป่วยโรคจิตมักทำให้เกิด ปัญหาสำหรับญาติในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน จึงมีการวางแผนส่งเสริม และรักษาฟื้นฟู เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะเรื้อรัง และฟื้นฟูสภาพจิตใจ สังคมมิให้เสื่อมลงไปกว่าเดิม ซึ่งจะช่วย ป้องกันการกำเริบทำให้ลดภาระครอบครัว และสังคมได้ (วิวัฒน์ ยถาภูษานนท์และคณะ, 2536)

ในปัจจุบัน การรับผู้ป่วยจิตเวชเข้ารักษาในโรงพยาบาล หรือหน่วยงานจิตเวช มักจะใช้เวลา สั้นกว่าสมัยก่อน เนื่องจากปัจจัยที่สำคัญคือ

1. แนวคิด เพื่อการรักษาผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนได้รับการยอมรับมากขึ้น
2. ผลการรักษาด้วยยาได้ผลมากขึ้น จนไม่จำเป็นต้องให้ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล

3. ความจำเป็นเรื่องสถานที่ และบุคลากร ที่มีอยู่อย่างจำกัด จำเป็นจะต้องมีการหมุนเวียนผู้ป่วยในโรงพยาบาลให้เร็วขึ้น (ขนาน หัสศิริ และคณะ, 2537)

ฉะนั้น แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคจิตในปัจจุบัน จึงมีจุดมุ่งหมายให้ผู้ป่วยกลับไปอยู่ในชุมชนให้มากที่สุด โดยการรักษายาในโรงพยาบาลในรูปแบบผู้ป่วยนอกมากกว่าจะให้ผู้ป่วยอยู่รักษาในโรงพยาบาล (ชะฤทธิ พงษ์อนุตริ และคณะ, 2530) ดังนั้น โรงพยาบาลจะรับผู้ป่วยไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในเฉพาะรายที่มีอาการรุนแรง หรืออาการที่เด่นชัด (Active Psychosis) และให้การรักษาในระยะสั้น ๆ เท่านั้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้ปรับตัวเข้ากับสังคมเดิมของผู้ป่วยได้เร็วที่สุด การที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลนานเกินไป ไม่ก่อให้เกิดผลดีแก่ผู้ป่วย แต่อาจเป็นผลเสียต่อการปรับตัวในด้านการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นในสังคมมากยิ่งขึ้น (นันทนา รัตนกร, 2536)

ส่วนแนวทางการรักษาพบว่า โรคจิตส่วนใหญ่ต้องใช้เวลาในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน ประกอบกับยาที่ใช้รักษาอาการทางจิตส่วนใหญ่มีอาการข้างเคียงของยา เช่น ตัวแข็ง ลิ้นแข็ง ตาเหลือกค้าง คอแห้ง วิงเวียน หน้ามืด เมื่อเปลี่ยนท่า หรือง่วงนอนมาก เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับความช่วยเหลือในการรับประทานยา ทำให้มีการกำเริบซ้ำ นอกจากนี้ ครอบครัว และชุมชนก็มีส่วนช่วยเหลือหนุนให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติสุข โดยมุ่งเน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการรักษา และรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย แต่การดูแลผู้ป่วยที่บ้านมีผลกระทบต่อญาติ ซึ่งจัดเป็นบุคคลแวดล้อมมีผลกระทบอันแรก คือ ความวิตกกังวลต่อความเจ็บป่วย (บุญวดี เพชรรัตน์ และพิไลรัตน์ ทองอุไร, 2532) ซึ่งตามปกติความเจ็บป่วยของสมาชิกคนใดคนหนึ่งภายในครอบครัว นับเป็นประสบการณ์ที่ไม่น่าพึงพอใจ อันนำไปสู่ความเครียดได้ (Darley, Gluckaberg and Kinchla, 1985)

ดังนั้น จากการที่ผู้ป่วยจิตเวชกลับไปรักษาตัวอยู่ที่บ้าน ทำให้สมาชิกของครอบครัวต้องรับบทบาทของการเป็นญาติผู้ดูแล ซึ่งได้รับผลโดยตรง เกิดการเปลี่ยนแปลงในหน้าที่ของตนเองจากเดิมที่เคยดำรงอยู่ ได้แก่ การที่ต้องปรับตัวให้ตอบสนองต่อความต้องการของสมาชิกที่เจ็บป่วยตลอดเวลา เปรียบกับความรู้สึกเป็นตราบาปกับการมีผู้ป่วยโรคจิตในครอบครัว (Gray & Kavanagh, 1991) นอกจากนี้ญาติยังเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทุกวัน เกิดความรู้สึกกังวล สูญเสียพลังงานเหนื่อยหน่ายจากงานที่ทำ อับอาย รู้สึกผิด และวิตกกังวลกับภาวะเศรษฐกิจที่ตกต่ำลงเรื่อย ๆ (Elenor Smith, 1988 อ้างใน รัชนิกร อุปเสน, 2541) และในบางครั้ง ญาติต้องเผชิญกับปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ไม่สามารถล่วงรู้ก่อนได้ เช่น อาจมีพฤติกรรมรุนแรง เอะอะอาละวาด ก้าวร้าว ทำลายข้าวของ เป็นต้น ในกรณีเช่นนี้ อาจเกิดขึ้นได้เสมอ ดังนั้น ญาติผู้ดูแล จึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและอาการของผู้ป่วย เพื่อจะได้สังเกตอาการและเรียนรู้กลวิธีเผชิญปัญหาเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมเบี่ยงเบนไป เช่น ญาติผู้ดูแลอาจต้องขอความร่วมมือจาก

เพื่อนบ้าน ดำรง มาช่วยควบคุมพฤติกรรม หรือแสวงหาแหล่งสนับสนุนจากองค์กรวิชาชีพอื่น ๆ พุดคุย ขอคำปรึกษากับบุคคลอื่นอยู่เสมอ และหาเวลาพักผ่อน จากการให้การดูแล (Basolo-Kunger, 1994)

การศึกษาครั้งนี้จึงเป็นการศึกษาความพร้อมของชุมชนที่มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิต ในการเตรียมสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยให้เอื้ออำนวยต่อการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ใช้ความสามารถของตนเองในการดูแลตนเอง และสามารถพัฒนาทักษะให้พึ่งตัวเองได้ ความพร้อมในชุมชนในที่นี้หมายถึง ความพร้อมของญาติผู้ป่วย เพื่อนบ้าน และ อสม. ผู้นำหมู่บ้าน ตั้งแต่ระดับตำบลถึงอำเภอเพื่อนำผลที่ได้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนา และปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านให้มีความเหมาะสมและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น และเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตระดับชุมชน ซึ่งจะช่วยป้องกันการเจ็บป่วยซ้ำ และต้องเข้ารับการรักษากลายเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชบ่อย ๆ และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขอยู่ในชุมชนได้นานที่สุดอีกด้วย

1.2 คำถามในการวิจัย

- 1.2.1 ความพร้อมที่ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนได้นานที่สุดต้องอาศัยปัจจัยอะไรบ้าง
- 1.2.2 ความคาดหวังของชุมชนที่มีต่อสถานพยาบาลของรัฐ เพื่อเอื้ออำนวยให้ชุมชนมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิต มีอะไรบ้าง

1.3 วัตถุประสงค์

- 1.3.1 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตขณะอยู่ที่บ้าน
- 1.3.2 เพื่อศึกษาความคาดหวังของชุมชนที่มีต่อสถานพยาบาลของรัฐในการเอื้ออำนวยให้ชุมชนมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิต

1.4 ขอบเขตการวิจัย

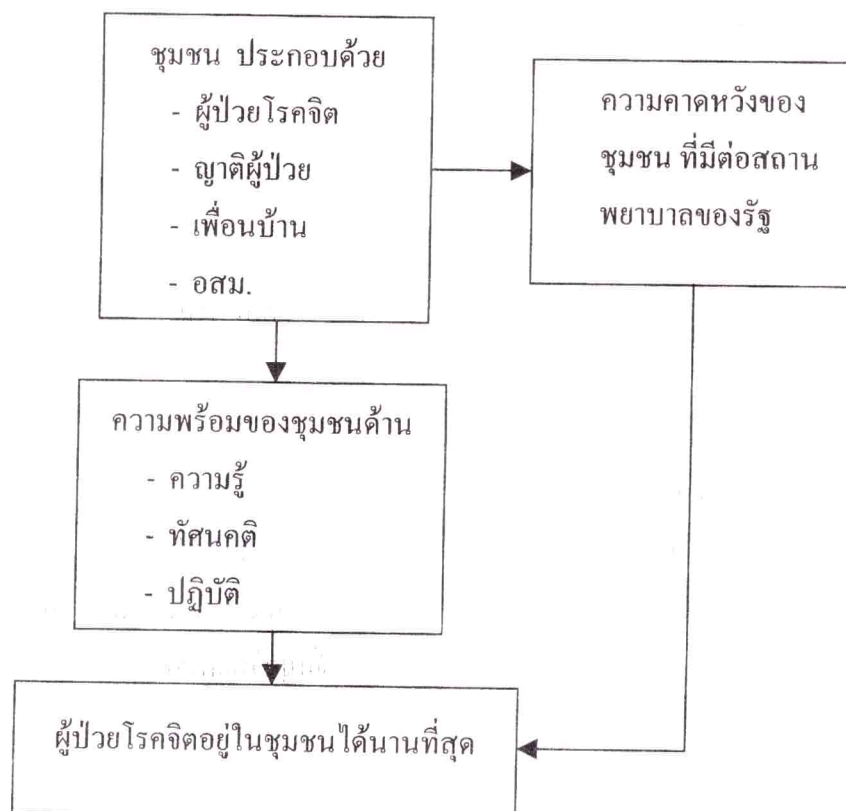
การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคจิต ญาติผู้ป่วย เพื่อนบ้าน และ อสม. ที่อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านไฮ้ ต.ไร่ อ.พรรณานิคม จ.สกลนคร ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-dept Interview) ร่วมกับการสังเกต (observation)

การวิจัยครั้งนี้ได้คัดเลือกชุมชนเพื่อการศึกษาวิจัยตามคุณสมบัติคือ มีผู้ป่วยโรคจิตอยู่ในชุมชน ครอบครัวยินดีให้การศึกษา ผู้ป่วยโรคจิตสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ประกอบอาชีพหรือทำงานช่วยเหลือครอบครัวได้ ญาติให้การสนับสนุนดูแลผู้ป่วยให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ผู้ป่วยไม่เคยเข้ารับการรักษาก่อนเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา และชุมชนที่รับคัดเลือกคือ บ้านไส่ ต.ไร่ อ.พรรณานิคม จ.สกลนคร และกลุ่มที่ทำการศึกษามีทั้งหมด 4 กลุ่มคือ

1. กลุ่มผู้ป่วยโรคจิต หมายถึง ผู้ป่วยโรคจิตที่อยู่ในบ้านไส่ ต.ไร่ อ.พรรณานิคม จ.สกลนคร
2. กลุ่มญาติผู้ป่วย หมายถึง ญาติผู้ป่วยโรคจิตที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย และอยู่ในครอบครัวเดียวกัน
3. กลุ่มเพื่อนบ้าน หมายถึง ครอบครัวเพื่อนบ้านที่อาศัยอยู่ใกล้กันกับครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตอาศัยอยู่
4. กลุ่ม อสม. หมายถึง อสม. ที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่ทำการศึกษาและรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย

1.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย

เรื่อง การศึกษาความพร้อมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตขณะอยู่ที่บ้าน



จากกรอบแนวความคิดในการวิจัย ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิด และทฤษฎีการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาตนเอง ตามแนวความคิดของโอเรม และจะเน้นครอบครัวเป็นหลัก แต่เมื่อครอบครัวอยู่ในสังคม หรือชุมชน เพราะฉะนั้น ชุมชนก็น่าจะมีส่วนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเช่นกัน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาโดยมีผู้ป่วยเป็นหลัก ญาติที่ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว เพื่อนบ้านใกล้เคียง และ อสม. ที่อยู่ในชุมชนนั้น โดยจากการสัมภาษณ์ทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติ ทั้งนี้จากการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัจจัยด้านความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตัวของคนในชุมชน มีผลกระทบต่อการเกิดเจ็บป่วยซ้ำของผู้ป่วยมาก ดังกรอบแนวความคิดในการวิจัยข้างต้น

1.6 นิยามศัพท์

1.6.1 ผู้ป่วยโรคจิต หมายถึง ผู้ป่วยที่แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิต และเป็นผู้ที่ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย ในขณะที่ทำการศึกษาอาศัยอยู่ในบ้านโฮ่ ต.ไร่ อ.พรรณานิคม จ.สกลนคร

1.6.2 ความพร้อมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตขณะอยู่ที่บ้าน หมายถึง ความพร้อมในด้านความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตัวของคนในชุมชนตลอดจนความคาดหวังของชุมชนที่มีต่อสถานบริการของรัฐ ในการช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตในชุมชนได้อย่างปกติสุข ทั้งในด้านการรักษา เศรษฐกิจและอื่นๆ

1.6.3 ชุมชนในที่นี้ประกอบด้วย ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย เพื่อนบ้าน อสม.

1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.7.1 ทราบถึงปัจจัยที่เอื้อต่อความพร้อมของคนในชุมชนที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตขณะอยู่ที่บ้าน

1.7.2 เป็นแนวทางในการขยายผลความรู้จากการศึกษาที่ได้รับสู่เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในระดับเขต จังหวัด อำเภอ ตำบล เมื่อทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตขณะอยู่ที่บ้านตลอดจนเป็นแนวทางในการพัฒนาสถานพยาบาลของรัฐตามความคาดหวังของชุมชนเพื่อเอื้ออำนวยให้ชุมชนมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย และจะได้นำความรู้ไปใช้สนับสนุนความพร้อมของชุมชน ช่วยให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนได้นาน

1.7.3 ป้องกันผู้ป่วยโรคจิตกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลบ่อย ๆ

1.7.4 เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัยครั้งต่อไป

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ ได้ศึกษาถึงความพร้อมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตขณะอยู่ที่บ้าน ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิดโดยอาศัยการศึกษาจากเอกสารต่าง ๆ ตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้นำเสนอตามลำดับดังนี้

2.1 ความหมายของโรคจิต

2.2 แนวความคิดเกี่ยวกับความพร้อม

2.3 การดูแลตนเอง

2.4 แนวความคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตขณะอยู่ที่บ้านในด้าน

2.4.1 ความรู้

2.4.2 ทักษะ

2.4.3 การปฏิบัติ

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 ความหมายของโรคจิต

คณะผู้เชี่ยวชาญแห่งชาติ สุขภาพจิต (ม.ป.ป.) ได้ให้ความหมายของโรคจิตว่า เป็นโรคจิตเวชที่รุนแรง เกิดจากสาเหตุทางร่างกาย หรือสาเหตุทางอารมณ์โดยแสดงลักษณะของความผิดปกติทางด้านความคิด พฤติกรรม ไม่สามารถเข้าใจสถานะต่างๆ ตามความเป็นจริง อาจจะมีอาการหลงผิดและประสาทหลอน ขาดความรู้จักตนเอง (no insight) ความผิดปกติดังกล่าวทำให้การตัดสินใจของผู้ป่วยเสียไป

ศักดิ์ กาญจนวิโรจน์กุล (2537) ได้ให้ความหมายของโรคจิตว่า เป็นโรคทางจิตเวชชนิดรุนแรงอย่างหนึ่ง ซึ่งอาจมีสาเหตุจากจิตใจ (Psychological or Functional) หรือสาเหตุจากร่างกาย (Organic) และมีผลทำให้มีความผิดปกติในความคิด การตอบสนองทางอารมณ์ การสื่อสาร การเข้าใจสถานะความเป็นจริง และพฤติกรรมอย่างมากจนเป็นอุปสรรคต่อการตอบสนองความต้องการของชีวิตตามธรรมดา มักจะแสดงออกโดยมีพฤติกรรมหรืออารมณ์เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมมาก ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ต่ำลง มีความหลงผิด (delusion) และประสาทหลอน (hallucination)

Kaplan and Sadock (1995) ได้ให้ความหมายของโรคจิตว่า เป็นการสูญเสียความสามารถในการทดสอบความเป็นจริง และการสูญเสียหน้าที่การทำงานของจิตใจ แสดงออกให้เห็นด้วยอาการหลงผิด ประสาทหลอน สับสน ความจำเสื่อม

สรุป โรคจิต หมายถึง โรคทางจิตเวชที่รุนแรง เกิดจากสาเหตุทางร่างกาย หรือทางจิตใจ ทำให้มีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และไม่เข้าใจถึงสถานะความเป็นจริง อาจจะมีการแสดงออกด้วยอาการหลงผิด ประสาทหลอน ไม่รู้จักตนเอง ความจำเสื่อม

2.2 แนวความคิดเกี่ยวกับความพร้อม

ความพร้อมเป็นสภาพที่บุคคลพร้อมหรือเต็มใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความพร้อมจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการทำนายผลที่จะเกิดขึ้นในการปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ ว่า จะสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้น ได้อย่างมีประสิทธิภาพเพียงใด

ความพร้อม (Readiness) มีผู้ให้ความหมายความพร้อมไว้ว่า เป็นสถานะของบุคคลที่จะเรียนรู้สิ่งใดสิ่งหนึ่งอย่างบังเกิดผล ทั้งนี้ขึ้นกับวุฒิภาวะ การได้รับการฝึกฝน การเตรียมตัว และความสนใจหรือแรงจูงใจ

นันทนา รัตนกร (2536) ได้ให้นิยามความพร้อมไว้ว่า ความพร้อมเป็นสภาพที่ต้องการเตรียมการ ในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ให้สามารถสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี โดยมีความตั้งใจ และพึงพอใจจะทำกิจกรรมนั้น ๆ ด้วย

สรุปได้ว่า ความพร้อมเป็นความสามารถในการที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ให้สามารถลุล่วงไปได้อย่างมีประสิทธิภาพอันเป็นผลมาจากการเตรียมการไว้แล้วอย่างพร้อมมูลสำหรับกิจกรรมนั้น ๆ โดยมีความตั้งใจและพึงพอใจที่จะกระทำเพื่อให้กิจกรรมนั้นบรรลุถึงผลสำเร็จ

ดังนั้น ความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่บ้าน จึงเป็นความสามารถของครอบครัวในการที่จะดูแลผู้ป่วย อันเป็นผลมาจากการเตรียมการของครอบครัวไว้อย่างพร้อมมูลในการดูแลผู้ป่วย โดยมีความตั้งใจและพึงพอใจของครอบครัวที่จะกระทำเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

2.3 การดูแลตนเอง

องค์การอนามัยโลก (อ้างถึงใน อุทัย สุขสุข, 2535) ได้ให้ความหมายในการดูแลตนเองว่า หมายถึง การดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อน กลุ่มผู้ร่วมงานและชุมชน โดยรวมความถึงการตัดสินใจในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ (รวมทั้งการใช้ยา) และการปฏิบัติตนหลังรับบริการ

Orem (1995) กล่าวถึงการดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และกระทำเพื่อดำรงชีวิตไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุกของตน

จะเห็นได้ว่า การดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม กระทำเพื่อดำรงชีวิต โดยรวมถึง การตัดสินใจในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ การใช้จ่าย การปฏิบัติตน เพื่อชีวิต สุขภาพ และความผาสุกของตน

2.4 แนวความคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตขณะอยู่ที่บ้าน

ปัจจุบัน กรมสุขภาพจิตได้เน้นให้ผู้ป่วยกลับไปอยู่ในชุมชน สามารถเข้ากับสังคมได้อย่างปกติสุข โดยมีแนวความคิดว่า ครอบครัวเป็นสถาบันที่เหมาะสมที่สุดในการดูแลผู้ป่วย การดำเนินนโยบายจึงเน้นการผลักดันให้ครอบครัวเป็นแกนหลักในการจัดการผู้ป่วยที่บ้าน ดังนั้นการบำบัดรักษาในชุมชน จึงจำเป็นต้องเตรียมการดูแลให้เพียงพอ (Johnson, 1990 cited in Provencher, 1996) เป็นผลให้ความสำคัญของครอบครัวมีความเด่นชัดมากขึ้น

ชะฤทธิ พงศ์อนุตริ (2530) กล่าวว่า การที่ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจต่อชีวิต มีความหวัง รู้สึกอบอุ่น มีคุณค่า มีคนต้องการ มีคนห่วงใย เข้าใจ มีความเชื่อมั่นในตนเองมากยิ่งขึ้น ญาติผู้ทำหน้าที่หลักในการดูแล (Primary-Caregiver) จึงต้องมีความสามารถที่จะตอบสนองความต้องการ การดูแลของผู้ป่วยทั้งหมด เพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตมีการดำรงชีวิตที่ดีขึ้น

การให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่บ้านเป็นการให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ที่รักษาไม่หายขาด ญาติผู้ดูแลจะต้องให้การดูแลในฐานะญาติผู้ดูแลตามบทบาทและหน้าที่ของการเป็นสมาชิกในครอบครัวที่ว่า เมื่อใดที่สมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งมีภาวะของการเจ็บป่วยเกิดขึ้น สมาชิกคนอื่น ๆ จะต้องให้การช่วยเหลือสมาชิกที่เจ็บป่วยนั้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ นั่นย่อมหมายถึงว่า ญาติผู้ดูแลจะต้องรับรู้ และเข้าใจว่า บทบาทของตนเองในการให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อที่จะตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย

รุจา ภูโพนุลย์ (2538) กล่าวว่า ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะปกติที่บ้าน การดูแลสุขภาพที่บ้านได้รับการยอมรับทั่วไปว่า มีประสิทธิภาพและประหยัด เมื่อเทียบกับการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล แต่การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่บ้านยังได้รับความสนใจน้อยกว่าผู้ป่วยประเภทอื่น ๆ ซึ่งแนวความคิดในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนมีมาช้านานแล้ว โดยญาติผู้ดูแลให้การดูแลตามบทบาทการดูแลที่จำเป็น ดังนี้

1. บทบาทการดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไป หมายถึง บทบาทการดูแลที่ญาติผู้ดูแลกระทำให้กับผู้ป่วย เพื่อคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี และสวัสดิภาพของผู้ป่วย โดยมีบทบาทการดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไปดังนี้

1.1 ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับอาหาร น้ำ อากาศ ให้เพียงพอกับหน้าที่ของร่างกายที่ปกติ และคอยปรับตามการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอก

1.2 ดูแลให้ผู้ป่วยได้มีการขับถ่าย และการระบายให้เป็นไปตามปกติ รวมทั้งการดูแลสุขภาพจิตส่วนบุคคล และการดูแลสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม และถูกสุขลักษณะ

1.3 ดูแลให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมและการพักผ่อนอย่างเพียงพอ โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกาย ได้มีการพักผ่อนในแต่ละวันอย่างเพียงพอ

1.4 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น รู้จักติดต่อขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในเครือข่ายสังคมเมื่อจำเป็น

1.5 ดูแลและป้องกันอันตรายต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพของผู้ป่วย

2. บทบาทการดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ หมายถึง บทบาทการดูแลที่ญาติผู้ดูแลกระทำให้กับผู้ป่วยเพื่อเป็นการส่งเสริมพัฒนาการของผู้ป่วยตามกระบวนการของชีวิต เช่น สังเกตพัฒนาการของผู้ป่วยว่าเข้าสู่หรือเหมาะสมกับวุฒิภาวะในวัยต่าง ๆ หรือไม่ ป้องกันผลเสียที่อาจจะเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีพัฒนาการไม่เหมาะสม พร้อมทั้งหาวิธีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพัฒนาการที่เหมาะสมตามวุฒิภาวะ ตลอดจนช่วยให้ผู้ป่วยเกิดทักษะทางสังคม และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

3. บทบาทการดูแลที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ หมายถึง บทบาทการดูแลที่ญาติผู้ดูแลกระทำให้กับผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านสุขภาพ ซึ่งมีกิจกรรมการดูแลดังนี้

3.1 แสวงหา หรือขอความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น บุคลากรทางด้านสุขภาพอนามัย เพื่อนบ้าน เป็นต้น

3.2 ให้ความสนใจ และรับรู้ผลของพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย รวมทั้งการพูดคุยแนะนำผู้ป่วยในเรื่องต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอ

3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

3.4 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับภาวะการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น

3.5 รับรู้และสนใจที่จะดูแล และป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษา หรือจากโรคที่เป็นอยู่ รวมทั้งสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง หรือพฤติกรรมที่ผิดปกติ (Drem 1991 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล) ที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างไม่คาดคิด เช่น วุ่นวายมากขึ้น หงุดหงิดง่าย

อารมณ์เปลี่ยนแปลง นอนไม่หลับ แยกตัวเองมากขึ้น ไม่สนใจตนเอง และสิ่งแวดล้อม (สุวดี ศรีวิเศษ และคณะ, 2538)

Minister of Supply and Services Canada (1991) กล่าวถึงคำแนะนำสำหรับครอบครัวในการเผชิญกับผู้ป่วยโรคจิตเภทขณะอยู่บ้าน โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. คำแนะนำในระยะแรก (Early Stage)

1.1 พุดคุยกับผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงต่ำ ช้า และชัดเจน หรือเป็นประโยคสั้น ๆ ง่าย ๆ เพื่อป้องกันการสับสนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ในบางครั้งอาจจำเป็นต้องพูดซ้ำ และถามย้ำกับผู้ป่วย

1.2 การกระทำต่าง ๆ ของญาติ ควรอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจอย่างชัดเจน เช่น ฉันกำลังเก็บเสื้อผ้าของคุณที่ซักแล้วไว้ในตู้ คุณสามารถที่จะเลือกมาสวมใส่ได้ในวันนี้ตามความต้องการ

1.3 ญาติควรสร้างตารางการทำกิจกรรมต่าง ๆ สำหรับผู้ป่วยว่าในแต่ละวันจะทำอะไรบ้าง

1.4 ให้คำชมเชยยกย่อง เมื่อผู้ป่วยกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ดีขึ้น เช่น ผู้ป่วยเริ่มหิวผมของตนเองมาแล้ว 3 วัน และญาติควรให้ข้อเสนอแนะ และสาธิตว่าทำอะไร การหิวผมจึงจะทำให้ได้ดี และสวยงาม

1.5 หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่เร้ามากเกินไป และพยายามลดความเครียด ความตึงเครียดต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น ครอบครัวควรเปิดโอกาส และเต็มใจยอมรับผู้ป่วยให้ร่วมรับประทานอาหาร

1.6 ให้คำแนะนำผู้ป่วยให้รับประทานอาหารอย่างต่อเนื่อง แต่ไม่ใช่การบังคับ

2. คำแนะนำในระยะการปรับตัว (Period of adjustment)

2.1 พุดคุยซักถามเกี่ยวกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยอยู่เสมอ

2.2 เริ่มให้ผู้ป่วยดูแลกิจวัตรประจำวันของตนเอง เช่น การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลของตนเอง การแต่งตัว และการรับประทานอาหาร

2.3 มอบหมายงานบ้านให้ผู้ป่วยรับผิดชอบตามความสามารถ เช่น การทำความสะอาดถ้วยชาม แต่อาจจะไม่สามารถเช็ดถ้วยชามนั้นให้แห้งได้

2.4 กระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าไปมีส่วนร่วมในสังคมอย่างเหมาะสม แต่ไม่ใช่การผลักดันหรือบังคับ เช่น การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารเย็นกับเพื่อน 1-2 คน หรือ กลุ่มเพื่อนหลาย ๆ คนหรือเท่าที่ญาติจัดหาให้

2.5 วางแผนที่จะนำผู้ป่วยออกไปเที่ยวพักผ่อนหย่อนใจนอกบ้านในแต่ละสัปดาห์ เช่น การไปขับรถเที่ยว เดินเล่นในสวนสาธารณะ เป็นต้น

2.6 ไม่ควรใช้คำถามกับผู้ป่วยมากเกินไป เช่น “คุณกำลังคิดเกี่ยวกับอะไร” “ทำไมคุณทำอย่างนั้น” แต่ควรจะมีการพูดคุยง่าย ๆ สบาย ๆ

2.7 การสนทนา หรือการทำกิจกรรมกับผู้ป่วย ควรเป็นเรื่องที่สนุกสนาน ง่าย ๆ สบาย ๆ เช่น พูดคุยเกี่ยวกับชีวิตในวัยเด็ก การให้ดูโทรทัศน์ การฟังเพลง เป็นต้น

2.8 หลีกเลี่ยงการวิพากษ์-วิจารณ์ พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย เช่น วิพากษ์-วิจารณ์ ผู้ป่วยไม่อาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกาย เป็นต้น ซึ่งญาติควรหาแนวทางช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยให้มีพฤติกรรมเหมาะสม

2.9 กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบในการกระทำต่าง ๆ เช่น การมารับประทานอาหารให้ตรงเวลา

2.10 สอนและให้คำแนะนำให้สามารถเผชิญกับความเครียด ตลอดจนวิธีการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเองที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้

2.11 สมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ ควรมีการพูดคุยให้ความเป็นเพื่อนกับผู้ป่วย เช่น ชักชวนผู้ป่วยไปดูภาพยนตร์ด้วยกัน

2.12 ให้ความใส่ใจในความรู้สึกของผู้ป่วยเสมอ ตลอดจนตระหนักถึงภาวะการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งหาแนวทางช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

2.13 การฝึกทักษะทางสังคม และการฟื้นฟูในด้านอาชีพของผู้ป่วยเป็นกิจกรรมอย่างหนึ่งที่สำคัญที่ญาติควรให้ความสำคัญ และตระหนักอยู่เสมอ โดยการค้นหาข้อมูลว่าผู้ป่วยเคยได้รับประสบการณ์ การฝึกทักษะทางสังคม และการฟื้นฟูอาชีพอะไรบ้างจากโรงพยาบาล ระดับความสามารถของผู้ป่วยในการฝึกทักษะ และฟื้นฟูอาชีพนั้น ๆ มีมากน้อยเพียงใด จากนั้นจัดสรรงานอาชีพหรือกิจกรรมทางด้านสังคมที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วย เช่น ค้นหาศูนย์ฝึกอาชีพในชุมชนว่ามีเพียงพอและเหมาะสมในการที่จะนำผู้ป่วยไปฝึกอาชีพหรือไม่อย่างไร และควรให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสพิจารณาคัดเลือกงานที่จะทำด้วยตนเอง ไม่ใช่การผลักดันหรือบังคับผู้ป่วยทำตามความต้องการของญาติ

3. คำแนะนำเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ผิดปกติ หรืออยู่ในภาวะวิกฤต

3.1 เมื่อผู้ป่วยปฏิเสธยา เป็นปัญหาที่สำคัญที่พบบ่อยสำหรับครอบครัวผู้ป่วยโรคจิต ดังนั้น สิ่งแรกที่ญาติควรปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาคือ ฝ้าสังเกตพฤติกรรม การรับประทานยาของผู้ป่วยว่า ผู้ป่วยมีการแอบทิ้งยาหรือไม่ ควรมีการควบคุมกำกับ ให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง รับรู้ สนใจ เกี่ยวกับผลดี ผลเสียของการรับประทาน ตลอดจนอาการข้างเคียงของยาที่อาจจะเกิดขึ้น อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงผลเสียของการขาดยา แต่ถ้าเมื่อใดผู้ป่วยยืนยันที่จะปฏิเสธหรือลืมรับประทานยา ญาติอาจช่วยผู้ป่วยได้โดยจัดทำกล่องสำหรับเก็บยาในแต่ละ

ละมื่อ หรือในแต่ละสัปดาห์ ญาติไม่ควรที่จะบดยาสีในอาหารของผู้ป่วย เพราะเป็นการสร้างความไม่ไว้วางใจให้เกิดขึ้นในตัวญาติเอง และญาติอาจตัดสินใจปรึกษาแพทย์ หรือนำผู้ป่วยไปพบแพทย์ เพื่อรับการฉีดยาแทน

3.2 เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่สร้างความอับอายให้กับครอบครัว เช่น พุดหัวเราะคนเดียว แต่งตัวไม่เหมาะสม หรือไม่สวมใส่เสื้อผ้าเดินออกนอกบ้าน พุดเสียงดัง สูบบุหรี่ในที่ห้ามสูบ เป็นต้น ญาติควรพูดคุยเตือนแนะนำให้ผู้ป่วยหยุด หรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น ไม่แสดงท่าทีหัวเราะ ขบขันผู้ป่วย แต่ควรที่จะเข้าใจในพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกมานั้น พร้อมทั้งบอกความจริงให้ผู้ป่วยทราบถึงพฤติกรรมที่แสดงออกมาว่ามีผลเสียอย่างไร และควรจะแสดงพฤติกรรมให้เหมาะสมอย่างไร

3.3 เมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบเฉียบพลัน ที่อาจพบได้ในผู้ป่วยจิตเภท เช่น ไม่นอน แยกตัวจากสังคมมากขึ้น บกพร่องในการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล มีความผิดปกติในด้านคำพูด หูแว่ว ภาพหลอน ก้าวร้าว เป็นต้น อาการเหล่านี้อาจส่งผลให้ครอบครัวพบกับความยุ่งยากในหลายๆ ด้าน เช่น การจัดการกับพฤติกรรมรุนแรง กิจกรรม หรืองานประจำของสมาชิกในครอบครัว การไปทำธุระนอกบ้าน การเลี้ยงดูทารก สัมพันธภาพในครอบครัว สุขภาพของสมาชิกในครอบครัว และภาวะเศรษฐกิจ เป็นต้น ดังนั้น ครอบครัวควรรู้จักวิธีเผชิญปัญหา เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบเฉียบพลัน คือ ควรมีการจดบันทึกเบอร์โทรศัพท์ของตำรวจ ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช ศูนย์ช่วยเหลือจิตเวชฉุกเฉิน หรือบุคคลที่สามารถติดต่อขอความช่วยเหลือได้ เพื่อขอความช่วยเหลือและควบคุมผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล สอบถามแพทย์ พยาบาล บุคลากรทางจิตเวชเกี่ยวกับเวลาที่จะนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษาก่อน เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน ตลอดจนเป็นผู้ให้ข้อมูลผู้ป่วยแก่แพทย์ พยาบาล ตำรวจ และผู้ที่เกี่ยวข้องอย่างถูกต้อง และเป็นจริง นอกจากนี้สิ่งที่ญาติไม่ควรกระทำคือ การวิพากษ์วิจารณ์โต้เถียงผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงที่ดัง เพราะการแสดงออกดังกล่าวอาจทำให้เป็นการกระตุ้นเร้าผู้ป่วยให้มีอาการรุนแรงมากขึ้น

จะเห็นได้ว่า บทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท เป็นเรื่องที่น่าสนใจ และให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะการที่จะให้ญาติผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หลังจากผู้ป่วยกลับเข้าสู่ครอบครัวแล้ว ญาติผู้ดูแลจำเป็นต้องทราบบทบาทของการเป็นญาติผู้ดูแล เพื่อให้การมีส่วนร่วมนั้นเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันปัญหาหรือความยุ่งยาก ที่อาจเกิดขึ้นในการดูแล ดังคำกล่าวที่ว่า การดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระแก่ญาติผู้ดูแล หรือครอบครัว (Fox, 1979 cited in Reinhard, 1994)

แนวความคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตขณะอยู่ที่บ้าน

2.4.1 ปัจจัยด้านความรู้ จากการศึกษาของ จารูวรรณ ค.สกุล (2524) พบว่า ญาติที่ขาดความรู้เกี่ยวกับยาทางจิต เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยขาดยาจนต้องกำเริบซ้ำ และพบว่าร้อยละ 82 ของผู้ป่วยจิตเภท ยังขาดความรู้ ความเข้าใจ และญาติส่วนใหญ่ยอมรับว่ายาทางจิตสามารถรักษาผู้ป่วยให้หายขาดได้ อีกอย่างคือ ญาติมักเข้าใจไม่ถูกต้องอยู่เสมอก็คือ เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบ ญาติจะคิดว่าผู้ป่วยหายขาดจากการเป็นโรคจิตแล้ว จึงทำให้ผู้ป่วยหยุดยาเอง โดยไม่ปรึกษาแพทย์ และเข้าใจผิดว่า ยานั้นไม่ถูกกับโรคผู้ป่วย พบมากในรายที่ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงของยาหรือรักษาด้วยยาทางจิตเวชชุดนั้นมานานแล้ว แต่อาการไม่ดีขึ้น เป็นผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลไม่ถูกต้องในที่สุดก็กำเริบมาโรงพยาบาลอีก

2.4.2 ปัจจัยด้านทัศนคติ

ทัศนคติมืองค์ประกอบ 3 ประการ ได้แก่

1. ความคิด (Cognitive Component) เป็นการตอบสนองของบุคคลในลักษณะการรับรู้อันสืบเนื่องมาจากความคิด ความเชื่อที่มีต่อสิ่งของหรือปรากฏการณ์ต่าง ๆ ทัศนคติจึงแสดงออกมาในลักษณะตัดสินว่าอะไรผิด อะไรถูก
2. ความรู้สึก (Affective Component) เป็นลักษณะทางอารมณ์ของบุคคลที่คล้อยตามความคิด ความเชื่อ ถ้าบุคคลคิดในแง่ดีต่อสิ่งใด ก็จะมีความรู้สึกที่ดีต่อสิ่งนั้น ทัศนคติด้านนี้จะแสดงออกมาในรูปของความรัก โกรธ ชอบ พอใจเกลียด เป็นต้น
3. พฤติกรรม (Behavioral Component) คือ ความพร้อมที่จะกระทำอันเป็นความคิด และความรู้สึก ซึ่งออกมาในรูปแบบของการประพฤติปฏิบัติโดยการยอมรับหรือปฏิเสธ และเป็นการกระทำที่สามารถสังเกตได้

ทัศนคติของญาติที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวช ส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับอาการหรือการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ดังเช่นนักวิชาการหลายท่านได้กล่าวไว้ว่า ผลจากการเจ็บป่วยทางจิตทำให้ผู้ป่วยมีการเสื่อมถอย และบกพร่องในการดูแลตนเอง โดยเฉพาะในรายที่เจ็บป่วยเรื้อรัง จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ครอบครัวจะเข้ามามีบทบาทในการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล ทำให้เกิดผลกระทบต่าง ๆ ต่อครอบครัวอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ Leffey (1987) กล่าวว่าภาระการดูแลญาติผู้ป่วยจิตเภท หมายความว่าภาระที่มาจากความเสื่อมของผู้ป่วย ในการทำหน้าที่ของตนตามบทบาทที่สังคมคาดหวัง ค่าใช้จ่ายในการรักษาทำให้ฐานะครอบครัวยากจนลง การรบกวนกิจวัตรประจำวันของสมาชิกในครอบครัว การทำให้สมาชิกครอบครัวไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการการเสียเวลาและแรงงานในการนำผู้ป่วยไปรับการรักษา การถูกเพื่อนบ้านต่อต้านหรือรังเกียจ การไม่ได้รับความเห็นใจจากโลกภายนอก การได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยลง สิ่งเหล่านี้เป็นผลให้ญาติรู้สึกอับอาย

เบื่อน่าย กังวล กลัว หรือรู้สึกโกรธ และโทษผู้ป่วยว่าเป็นสาเหตุทำให้ครอบครัวเดือดร้อน Hatfield (1987) ได้สำรวจครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ส่วนใหญ่รู้สึกถูกรบกวนจากพฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งเป็นสาเหตุให้เขารู้สึกเครียด

จะเห็นว่าผลการเจ็บป่วยมีผลต่อด้านครอบครัวโดยตรง ซึ่งทำให้ครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลง ดังที่นักวิชาการกล่าวถึงภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทไว้ดังนี้ โดยทั่วไปแล้ว ครอบครัวจะมีหน้าที่รับผิดชอบช่วยเหลือดูแลซึ่งกันและกัน ระหว่างสมาชิกแต่ละคน เช่น บิดา มารดา มีหน้าที่จะต้องดูแลลูกหลาน สามี-ภรรยา จะต้องรับผิดชอบดูแลความสุขสบายซึ่งกันและกัน ปกปักรักษาหรือและช่วยเหลือในทุก ๆ ด้าน และเมื่อมีสมาชิกคนใดคนหนึ่งเจ็บป่วยไม่สบายด้วยสาเหตุใดก็ตาม สมาชิกในครอบครัวก็ต้องร่วมกันรับผิดชอบช่วยเหลือดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วยนั้น (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537) โดยเฉพาะภรรยาส่วนมากจะเป็นผู้ดูแลสามีที่เจ็บป่วยเรื้อรัง (สายพิน เกษมกิจวัฒนา, 2536) เนื่องจากผู้หญิงจะถูกคาดหวังจากสังคมว่าต้องรับผิดชอบดูแลต่อสมาชิกทุกคนหรือจัดการทุก ๆ สิ่งในบ้าน ทั้งในยามปกติ และยามเจ็บป่วย บุตรสาวต้องรับผิดชอบดูแลบิดา-มารดาที่เจ็บป่วยเรื้อรัง (Soldo and Mythylvoma, 1983 อ้างใน สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537) จากการศึกษาของ (Keltner, 1995) พบว่า ในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ทำหน้าที่ดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยจิตเภทส่วนมากจะเป็นมารดามากกว่าสมาชิกคนอื่นในครอบครัว บุคคลที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยเฉพาะญาติเป็นผู้ดูแลที่บ้าน (Primary Caregiver) ต้องรับภาระดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านนับว่าเป็นภาระกิจที่ยาวนาน ที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงและยังเป็นเรื่องที่ต้องกระทำด้วยความเข้าใจ ตั้งใจ ต้องการทักษะความชำนาญในการให้การดูแลผู้ป่วย สามารถวางแผนให้การช่วยเหลืออย่างเป็นระบบ ด้วยเหตุนี้ญาติผู้ดูแลจึงต้องเป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบ มีทักษะในการบริหารจัดการเกี่ยวกับการให้การดูแล การบริหารเวลา รอบรู้ข้อมูลข่าวสาร และสามารถจัดการกับภาวะวิกฤตที่อาจเกิดขึ้นได้โดยไม่สามารถคาดคะเนได้ (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537) และที่สำคัญที่สุด ญาติผู้ดูแลจะต้องประเมินได้ว่า การให้การดูแลส่งผลให้ตนเองเกิดความรู้สึกอย่างไรบ้าง ซึ่งการประเมินเกี่ยวกับภาระที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแล สามารถประเมินได้ 4 ลักษณะ คือ 1. ไม่รู้สึกอะไรต่อการรับภาระการเป็นญาติผู้ดูแล นั้นหมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่บ้านไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อญาติผู้ป่วย 2. เกิดความรู้สึกในทางลบ หมายถึง การรับบทบาทญาติผู้ดูแลทำให้เกิดประสบการณ์ที่ไม่ดีต่อญาติผู้ดูแล เกิดความเครียดในการดำเนินชีวิต 3. เกิดความรู้สึกในทางบวก หมายถึง การเป็นญาติผู้ดูแลทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีที่ได้ช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และช่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข 4. เกิดความรู้สึกหลายด้านรวมกัน เนื่องจากสถานการณ์สิ่งแวดล้อม และระยะเวลาที่แตกต่างกัน อาจทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความรู้สึกที่หลากหลายได้ (Klien, 1989)

2.4.3 ปัจจัยด้านการปฏิบัติ

ชะฤทธิ พงษ์อนุตรี และคณะ (2530) กล่าวถึงการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ว่าเป็นงานหนักยิ่งสำหรับญาติ แต่เป็นภาระที่จำเป็นต้องทำ ถ้าญาติรู้วิธีการดูแล และปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมก็จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยหายดียิ่งขึ้น วิธีการดูแลผู้ป่วยได้แบ่งตามพฤติกรรม และปัญหาที่พบบ่อยดังนี้ คือ

1. ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยาวิธีการดูแลขึ้นกับลักษณะของผู้ป่วย เช่น

1.1 หากผู้ป่วยยังพอพูดให้เข้าใจได้ ญาติควรพูดกับผู้ป่วยถึงสาเหตุของการปฏิเสธยา พยายามเกลี้ยกล่อมให้รับประทานยา โดยอาจบอกเหตุผลว่า เพื่อรักษาอาการที่ทำให้เป็นทุกข์ เช่น ทำให้หลับสบายขึ้น เพื่อให้หายหวาดกลัว หายกังวล เป็นต้น

1.2 หากผู้ป่วยไม่เชื่อฟัง ยืนยันจะไม่รับประทานยา ญาติอาจบดยาผสมในอาหารหรือเครื่องดื่ม

1.3 หากใช้ 2 วิธีข้างต้นไม่ได้ผล ญาติควรพาผู้ป่วยไปพบแพทย์เพื่อฉีดยาที่ออกฤทธิ์ได้นาน ซึ่งสามารถฉีดได้ทุก 2-4 สัปดาห์

2. ผู้ป่วยทำร้ายผู้อื่น ทำร้ายตนเอง หรือทำลายทรัพย์สิน ญาติควรพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ แพทย์จะพิจารณาให้การช่วยเหลือตามความเหมาะสม ซึ่งในช่วงรอนำส่งโรงพยาบาล ญาติสามารถให้รับประทานแก่ผู้ป่วยไปก่อน เพื่อช่วยให้อาการสงบลงบ้าง จะได้สะดวกในการนำส่งยิ่งขึ้น หากผู้ป่วยมีอาการหวาดระแวง และจะทำร้ายผู้อื่นต้องจับสิ่งที่จะกลายเป็นอาวุธไปให้ผู้ป่วยทำร้ายคนอื่นได้ เช่น มีด ปืน เชือก เป็นต้น

3. ผู้ป่วยวุ่นวายมาก และไม่ยอมมาโรงพยาบาล ญาติอาจใช้วิธีดังต่อไปนี้

3.1 ให้ผู้ป่วยรับประทานยาไปก่อน ถ้าไม่ร่วมมืออาจบดยาผสมในอาหารหรือน้ำ

3.2 โทรศัพท์ปรึกษาแพทย์ถ้าทำได้ ญาติควรโทรศัพท์ถามแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลเพื่อทราบแนวทางการช่วยเหลือเบื้องต้น

3.3 ให้เจ้าหน้าที่ตำรวจช่วยนำส่งโรงพยาบาล

4. ผู้ป่วยซึม เฉื่อยชา แยกตัว ก่อนที่ญาติจะช่วยเหลือใด ๆ ญาติควรยอมรับสภาพ หากผู้ป่วยมีอาการไม่รุนแรงนัก ควรเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยอยู่คนเดียวบ้าง เพราะผู้ป่วยจะรู้สึกปลอดภัย และมีความสุขมากกว่าต้องการเข้าสังคม แต่ถ้าแยกตัวเองมากไปควรกระตุ้นช่วยเหลือให้ผู้ผู้ป่วยได้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ซึ่งต้องยืดหยุ่นผ่อนปรนให้ผู้ผู้ป่วยบ้าง การกระตุ้นอาจทำได้โดยมอบหมายงานให้ทำ ควรเป็นงานที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ ไม่หักโหม อาจพาผู้ป่วยไปเยี่ยมญาติ

หรือเยี่ยมเพื่อนที่ผู้ป่วยชอบพอ ฝึกให้ผู้ป่วยช่วยต้อนรับแขก เมื่อผู้ป่วยสามารถทำได้ ควรให้คำชมเชย หรือให้รางวัลตามสมควร

5 ผู้ป่วยมีพฤติกรรมแปลก ๆ เช่น หัวเราะคนเดียว พูดคนเดียว ญาติอาจแนะนำให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมดังกล่าวขณะที่เขาอยู่ตามลำพัง เนื่องจากหากผู้อื่น (ที่ไม่เข้าใจ) พบเห็น อาจจะล้อเลียนผู้ป่วยได้ที่สำคัญคือ ญาติต้องไม่ดำเนินพฤติกรรมผู้ป่วย

6 ผู้ป่วยมีอาการหลงผิด ถ้าไม่รุนแรง และไม่อันตรายต่อบุคคลอื่น หรือต่อตัวผู้ป่วย ญาติควรแสดงท่าทีสงบ ไม่ได้โต้แย้ง ดำเนิน หรือขบขันผู้ป่วย ควรถามเหตุผลที่ผู้ป่วยคิดและทำเช่นนั้น พยายามอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความเป็นจริงถ้าทำได้ นอกจากนี้ญาติไม่ควรให้ผู้ป่วยอยู่ว่างมากเกินไป ควรให้ทำกิจกรรมที่เพลิดเพลินเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยหมกมุ่นอยู่กับความคิดหลงผิดของตนเองมากเกินไป

ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยทั่ว ๆ ไป ควรปฏิบัติ ดังนี้

1 ดูแลให้รับประทานอาหารอย่างเพียงพอ และถูกสุขลักษณะ
2 ดูแลให้นอนหลับพักผ่อนอย่างเหมาะสม หากสังเกตว่าผู้ป่วยเริ่มนอนไม่หลับ 2-3 วัน ควรพาไปพบแพทย์เสียแต่เนิ่น ๆ เพราะการอดนอนเป็นสาเหตุให้เกิดอาการประสาทหลอน หรือมีอาการทางจิตกำเริบได้

3 ดูแลให้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ร่างกายแข็งแรง ระบบไหลเวียนโลหิตทำงานดี ซึ่งจะช่วยป้องกัน และลดอาการข้างเคียงของยาทางจิต เช่น อาการวิงเวียนศีรษะได้ นอกจากนั้นการออกกำลังกายยังทำให้สาร Endorphin หลังเพิ่มขึ้น เป็นผลให้เกิดการผ่อนคลาย (Lego, 1984)

4 ดูแลให้ได้รับการพักผ่อนหย่อนใจ เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง ท่องเที่ยวตามสถานที่ต่าง ๆ ร่วมกิจกรรมสังสรรค์กับสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย และรู้สึกมีคุณค่า

5 ฝึกให้ทำงาน ซึ่งเป้าหมายสำคัญมิได้อยู่ที่ความต้องการให้ผู้ป่วยสามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตัวเองได้ แต่อยู่ที่การเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยอีกทั้งช่วยให้ผู้ป่วยใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยไม่คิดหมกมุ่นอยู่กับโลกของตนเอง สุกผล และคณะ (2528) ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่กำเริบซ้ำนั้น ขณะอยู่บ้านมักอยู่เฉย ๆ ไม่ช่วยงาน หรือทำได้เพียงเล็กน้อย ผู้ป่วยประเภทนี้มีอยู่ถึงร้อยละ 71 ทั้งนี้ เพราะญาติเข้าใจว่าผู้ป่วยไม่มีศักยภาพพอที่จะทำได้ ส่วนจารุวรรณ ต.สกุล (2524) กล่าวว่า การที่ญาติไม่ให้ผู้ป่วยทำงานก็เพราะเกรงว่า

พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยอาจทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ร่วมงาน และตัวผู้ป่วยเอง ตลอดจนอาจเกิด ความเสียหายต่อผลผลิตของงาน จึงไม่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำงานใด ๆ

6 คู่มือให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่อง ยาทางจิตจะช่วยควบคุมอาการผิดปกติทาง จิตของผู้ป่วย จึงจำเป็นต้องได้รับยาทางจิตอย่างต่อเนื่องภายใต้การดูแลของแพทย์ ผู้ป่วยที่หยุดยา หลังการรักษาติดต่อกันมานาน 3-4 ปี มีอัตรากำเริบซ้ำสูง (Johnson, 1979) ถึงแม้ผู้ป่วยจะมีการ ทางจิตสงบก็ยังคงจำเป็นต้องได้รับยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำ (Kung, K.U, 1981) ดังนั้นญาติจึงต้องดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนั้นต้องหมั่นสังเกตอาการผิดปกติ จากฤทธิ์ข้างเคียงของยาด้วย

7 การประทับประคองด้านจิตใจ ผู้ป่วยจิตเภทมักสูญเสียความมั่นใจ โดยเฉพาะ เรื่องการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยจะมีความบกพร่องด้านการสื่อสาร การปรับตัว ทักษะการเข้าสังคม ครอบครัวต้องช่วยสนับสนุนให้เขามีความมั่นใจที่จะเข้าสังคม โดยการให้ โอกาส ช่วยฝึกทักษะและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย นอกจากนั้นญาติยังต้องรู้จักสังเกตว่าผู้ป่วยมีความ คับข้องใจ ใด ๆ หรือไม่ ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้พูดคุยระบายความรู้สึก เพราะผู้ป่วยมักจะเก็บความ รู้สึกไม่กล้าระบายปรึกษาใคร ญาติควรวางตัวให้อ่อน เป็นมิตร พร้อมเสมอที่จะช่วยเหลือ ประคับประคองจิตใจผู้ป่วย

ดังกล่าวแล้วว่า โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง และแหล่งประโยชน์ที่สำคัญที่สุดของผู้ป่วยก็คือ ญาติ ดังนั้นญาติจึงต้องมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี ซึ่งทักษะการดูแลจะเกิดขึ้นได้ย่อมมี พื้นฐานจากการมีความรู้ และทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย Creer & Wing (1974) กล่าวว่าญาติจำนวนไม่ น้อยที่ไม่มั่นใจว่าจะช่วยเหลือผู้ป่วยได้ อีกทั้งรู้สึกกังวลว่าจะไม่สามารถจัดการกับพฤติกรรม รุนแรงของผู้ป่วยได้ Kane (1984) ศึกษาพบว่าความลำบากที่ญาติต้องประสบปัญหาในการดูแล ผู้ป่วยจิตเภท ส่วนหนึ่งมาจากการที่ญาติขาดทักษะในการดูแลโดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องการดูแลให้ ผู้ป่วยรับประทานยา ส่วนจรรยาบรรณ ศ.สกุล(2524) ได้ศึกษาการปฏิบัติตัวของญาติต่อผู้ป่วยจิตเภท ขณะอยู่บ้านพบว่า ญาติให้ความเอาใจใส่ปกป้องดูแลผู้ป่วยเหมือนเด็ก ๆ คือคอยติดตามผู้ป่วยอยู่ เสมอ มีการกักบริเวณให้อยู่ ช่วยทำงานหรือทำกิจวัตรประจำวันให้ทุกอย่าง มาโนชและปราโมทย์ (2539) กล่าวว่า การแสดงอารมณ์ของญาติต่อผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบซ้ำได้ และการที่ ญาติแสดงอารมณ์มากเกินไปต่อผู้ป่วย (High Emotional Express : High EE) ส่วนหนึ่งเกิดจาก ความเครียดในการแบกรับภาระเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั่นเอง

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ภัทรา ธีรลาภ (2529) ได้ศึกษา “ผลของการให้สงเคราะห์ยาฟรีต่อการรักษาผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลศรีธัญญา” พบว่า การได้รับสงเคราะห์ยาฟรีมีความสัมพันธ์กับภาระของญาติในการดูแลผู้ป่วย แต่ไม่ได้ช่วยลดภาระของญาติผู้ป่วย เช่นเดียวกับระยะเวลาที่ป่วยนานกับรายได้ของญาติก็ไม่มีผลต่อภาระของญาติในการดูแลผู้ป่วยเช่นเดียวกัน

นิตยา ตากวิริยะนันท์ (2535) ได้ศึกษา “พฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทที่ก่อให้เกิดความยุ่งยากลำบากใจแก่ญาติขณะอยู่บ้าน” พบว่า พฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความยุ่งยากลำบากใจแก่ญาติที่พบได้บ่อยเรียงตามลำดับคือ ไม่ยอมทำงานหาเลี้ยงชีพ ไม่ยอมช่วยงานบ้าน ไม่ดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง และมีพฤติกรรมงุ่มง่ามซุกซน ญาติผู้ป่วยที่มีการศึกษาคิดจะรู้สึกยุ่งยากลำบากใจในพฤติกรรมเกือบทุกด้านของผู้ป่วยตั้งแต่การไม่ทำงานหาเลี้ยงชีพ ไม่ดูแลตนเอง แยกตัวเอง ไม่พูด และพฤติกรรมซึมเศร้า แต่ไม่รู้สึกรู้ยากลำบากใจกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วย

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และ กฤตยา แสงวงเจริญ (2535) ศึกษาเรื่อง “ความต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือ และการเตรียมตัวรับผู้ป่วยของญาติเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช” พบว่า ญาติที่ดูแลและมารับผู้ป่วยกลับ เป็นญาติที่มีความสัมพันธ์สายตรง เป็นญาติที่ใกล้ชิดที่สุดมักเป็นผู้รับผิดชอบดูแลและนั่นคือ คู่ชีวิตจะต้องเป็นคนดูแลอีกฝ่าย เมื่อไม่มีคู่ก็มักเป็นหน้าที่ของพ่อแม่ และถ้าพ่อแม่ป่วยลูกจะเป็นผู้ดูแลเสมอ แม้ว่าญาติเหล่านี้จะมีความขัดแย้งในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยทางจิตใจด้วยลักษณะบังคับทางสังคมจึงทำให้ญาติใกล้ชิดต้องมารับผิดชอบดูแลอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ส่วนใหญ่ญาติมีการวางแผนในการรับผู้ป่วยกลับบ้านเหมาะสม แต่ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้เมื่อมีอาการ คือ พุดมาก เดินไปมา ก้าวร้าวทั้งคำพูด ทำทางซึมเศร้าไม่อยากมีชีวิตอยู่ นอนไม่หลับ และมีอุปสรรคที่เกิดขึ้นคือ ไม่มีเวลา ไม่มีประสบการณ์ ไม่มีความรู้ มีปัญหาเศรษฐกิจ และเกิดความรู้สึกลัว หงุดหงิด เบื่อหน่าย อายเพื่อนบ้าน ครอบครัวต้องเผชิญกับการถูกสังคมตราหน้าว่ามีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยทางจิต และยังพบว่า ญาติต้องการความช่วยเหลือที่บ้านร่วมด้วย โดยยังต้องการความรู้เพิ่มขึ้น ต้องการให้เจ้าหน้าที่ให้ความรู้เพื่อเตรียมเพื่อนบ้าน ต้องการให้เจ้าหน้าที่ติดตามเยี่ยมบ้าน และดูแลอย่างต่อเนื่องด้วย

นันทนา รัตนกร (2536) ได้ศึกษา “ลักษณะโครงสร้างทางเศรษฐกิจของครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน เขต จ.นนทบุรี” พบว่า ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย มีความห่วงใยรักใคร่ในครอบครัว และยังพบว่าผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน คือ มารดาของผู้ป่วย ครอบครัวส่วนใหญ่มีสถานะเศรษฐกิจในระดับปานกลาง และพบว่า

จำนวนสมาชิกในครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว ลักษณะที่อยู่อาศัย มีความสัมพันธ์กับระดับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

กระจำจ แวนใหญ่ (2538) ได้ศึกษา “การติดตามประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ศึกษาเฉพาะกรณีอำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด” พบว่า ด้านผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ร้อยละ 82.1 ด้านญาติ พบว่า ได้ให้ความเคารพนับถือรักใคร่ผู้ป่วยจิตเวช ร้อยละ 69.55 พอใจที่จะบอกเพื่อนบ้านว่ามีญาติเป็นผู้ป่วยจิตเวช ร้อยละ 65.20 และมีความเห็นใจในความเจ็บป่วย ร้อยละ 78.25 ส่วนด้านชุมชนมีความเห็นใจในความเจ็บป่วย และพร้อมที่จะช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถที่จะอยู่ร่วมในชุมชนและยังถือว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลที่น่าเห็นใจ สำหรับสถานบริการสาธารณสุข ได้จัดกิจกรรมดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยการเยี่ยมบ้าน และให้คำแนะนำโดยใช้แนวทางตามคู่มือ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่า ญาติ ชุมชน และเจ้าหน้าที่ มีส่วนที่จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถที่จะดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติ ถ้าได้รับการดูแลที่ถูกต้อง

Montgomery et al., (1985) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการให้การดูแลและประสบการณ์ของภาระในเชิงนามธรรม (Subjective burden) และภาระในเชิงรูปธรรม (Objective burden) โดยศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างการให้การดูแล ผลการวิจัยพบว่า การให้การดูแลในด้านการอาบน้ำ แต่งตัว การให้การพยาบาล การหัดเดิน การเดินทาง และการทำธุระต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับภาระที่เกิดขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษายังพบว่าภาระในเชิงรูปธรรม (Objective burden) มีความสัมพันธ์กับภาระในเชิงนามธรรม (Subjective burden) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.34$)

Pellitier L. (1988) ได้ศึกษาผลของการจัดทำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Psychiatric Home Care Program) ที่ลอสแอนเจลิส สหรัฐอเมริกา พบว่า

1. เป็นการเพิ่มความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว
2. เป็นการขยายงานการให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ (Comprehensive care)
3. เป็นการขยายงานให้บริการโดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน
4. เป็นการให้สุขศึกษาแก่ครอบครัวและผู้ป่วย
5. เป็นการเตรียมชุมชนเพื่อเตรียมพร้อมในการรับผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล
6. เป็นการขยายงานการสอนแก่นักศึกษาฝึกงาน

Greenberg et al. (1993) ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลของภาระในเชิงนามธรรม (Subjective burden) ต่อภาวะสุขภาพของมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคจิตเภท พบว่า ความรู้สึกเป็นตราบาป (Stigma) และความรู้สึกเป็นกังวล (Worry) มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพร่างกายของมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความรู้สึกกลัว (Fear) และความรู้สึกสูญเสีย (Loss) ไม่มีความสัมพันธ์กับปัญหาด้านสุขภาพของมารดา

Provencher (1996) ได้ศึกษาเกี่ยวกับภาระเชิงรูปธรรม (Objective burden) กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง หลังจากที่ทำนายออกจากโรงพยาบาลนาน 1 เดือน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ Objective Burden Questionnaire (OBQ) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัด Social Behavioral Assessment Schedule (SBAS) ผลพบว่า ผลในด้านลบที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลที่พบมากที่สุด คือ สัมพันธภาพที่ตึงเครียดในบ้านถึงร้อยละ 74 ภาวะอารมณ์ที่เป็นปัญหาร้อยละ 57 และปัญหาด้านสุขภาพร้อยละ 53 นอกจากนี้ยังพบว่า ญาติผู้ดูแลเกิดปัญหาด้านเศรษฐกิจ การทำงานประจำ ไม่มีเวลาพักผ่อน การดำเนินชีวิตทั้งญาติผู้ดูแล และสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวถูกขัดขวาง

จากการวิจัยดังกล่าว จะเห็นได้ว่า งานวิจัยเกี่ยวกับการศึกษาความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่อยู่ในชุมชน ทั้งในและต่างประเทศ ยังมีปรากฏไม่มากนัก และงานวิจัยส่วนมากพูดถึงญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านว่ามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยอะไรบ้าง ส่วนบทบาทอื่นเช่น บทบาทของเพื่อนบ้าน ชุมชน มีการศึกษาไว้ค่อนข้างน้อย และยังไม่ชัดเจน และการศึกษาส่วนมากจะศึกษาโดยเก็บข้อมูลเป็นเชิงปริมาณ ทำให้ขาดความเข้าใจในสภาพการณ์ที่เป็นจริง และไม่เข้าใจถึงบทบาทของบุคคลที่อยู่แวดล้อมผู้ป่วยในแต่ละบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตขณะอยู่ที่บ้าน ว่าต้องมีความพร้อมอะไรบ้าง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจอยากจะศึกษาถึง ความพร้อมของชุมชนและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตขณะอยู่บ้าน เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตรายอื่นๆต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เพื่อศึกษาความพร้อมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตขณะอยู่ที่บ้าน โดยศึกษาจากบ้านไส่ ต.ไร่ อ.พรรณานิคม จ.สกลนคร โดยมีวิธีดำเนินงานวิจัยดังนี้

3.1 ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นประชากรที่อยู่ในบ้านไส่ ต.ไร่ อ.พรรณานิคม จ.สกลนคร โดยศึกษาจากผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย เพื่อนบ้าน และผู้นำชุมชน การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคจิต 4 ราย ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิต 4 ราย เพื่อนบ้าน 3 ราย ผู้นำชุมชน 4 ราย ที่อยู่ในชุมชนนั้น โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้ (inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยโรคจิต เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตและรับยาจากโรงพยาบาลจิตเวช

2. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิต เป็นบุคคลที่อยู่ในครัวเรือนเดียวกันกับผู้ป่วย และทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยโรคจิต

3. เพื่อนบ้าน คือ บุคคลที่มีครอบครัวอยู่อาศัยใกล้ชิดกับครอบครัวผู้ป่วย

4. ผู้นำชุมชน หมายถึง อสม. ที่อาศัยรับผิดชอบพื้นที่บ้านไส่ อ.พรรณานิคม จ.สกลนคร

5. เป็นผู้ที่อยู่อาศัยในบ้านไส่ ต.ไร่ อ.พรรณานิคม จ.สกลนคร ขณะทำการศึกษา

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่คัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria)

1. มีปัญหาในการสื่อสาร เช่น หูหนวก เป็นใบ้ ไม่สามารถให้ข้อมูล หรือตอบคำถามได้

2. สำหรับผู้ป่วยโรคจิตต้องไม่มีอาการมากจนมีปัญหาในการสื่อสาร

3. ไม่ให้ความร่วมมือในการวิจัย

การคัดเลือกชุมชน

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ทำการคัดเลือกชุมชนที่ขอเข้าร่วมศึกษาวิจัยจากจำนวน 4 อำเภอ ได้แก่ อ.สว่างแดนดิน อ.เจริญศิลป์ อ.พรรณานิคม และ อ.ภูพาน โดยเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น และระดับจังหวัดสกลนครได้ลงไปคัดเลือกชุมชน

เพื่อเลือกศึกษาวิจัย ชุมชนที่คัดเลือกว่าเหมาะสมในการศึกษา ได้แก่ บ้านไฮ่ ต.ไร่ อ.พรรณานิคม จ.สกลนคร ตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

1. มีผู้ป่วยโรคจิต และครอบครัวยินดีให้ทำการศึกษาอยู่ในชุมชน
2. ผู้ป่วยโรคจิต สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ประกอบอาชีพ หรือทำงานช่วยเหลือครอบครัวได้
3. ญาติให้การสนับสนุนดูแลผู้ป่วยให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้
4. ผู้ป่วยไม่เคยกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-dept interview) และแบบสังเกตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีทั้งหมด 3 ฉบับ

1. แบบสัมภาษณ์ของผู้ป่วยโรคจิต
2. แบบสัมภาษณ์ของญาติผู้ป่วยโรคจิต
3. แบบสัมภาษณ์ของเพื่อนบ้าน และ อสม.

ในแต่ละฉบับแบ่งออกเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนตัว เช่น อายุ เพศ การศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ภาวะสุขภาพ ระยะเวลาที่ป่วย จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสัมภาษณ์ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตขณะอยู่ที่บ้าน โดยแบ่งออกเป็น 3 ด้านคือ ด้านความรู้ ด้านทัศนคติ และด้านการปฏิบัติ

3.3 การสร้างเครื่องมือ และการหาคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การสร้างเครื่องมือในการวิจัย โดยการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และจากการสนทนากลุ่ม (Focus group) กับผู้ป่วย ญาติและผู้นำชุมชน โดยให้บอกถึงรายละเอียดว่ามีปัจจัยอะไรบ้างที่ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนได้นาน จากนั้นนำข้อมูลทั้ง 2 ส่วน มาสร้างแบบสอบถามฉบับร่าง

การหาความตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่สร้างขึ้นทั้งหมดไปหาความตรงตามเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 4 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง และความตรงของเนื้อหา ประกอบด้วย พยาบาลจิตเวช 2 ท่าน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญทฤษฎีการดูแลตนเอง 1 ท่าน และพยาบาลจิตเวชชุมชน 1 ท่าน หลังจากให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของ

เนื้อหาของเครื่องมือแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการแก้ไข ปรับปรุงด้านภาษา และเนื้อหา เพื่อให้มีความเหมาะสมทางด้านภาษา ความชัดเจน และความครอบคลุมด้านเนื้อหาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามทั้งหมด ได้ทดลองกับผู้ป่วยและญาติที่มีคุณสมบัติ เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา จำนวน 4 ราย ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่น และผู้ป่วยโรคจิตที่มีอาการทางจิตดีขึ้นรอกลับบ้าน เพื่อให้เกิดความเข้าใจในข้อคำถาม ระหว่างผู้สัมภาษณ์ และกลุ่มตัวอย่าง ตลอดจนปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น ก่อนที่จะนำไปใช้จริง

3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกต ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2542 – สิงหาคม 2542 เป็นเวลา 3 เดือน ซึ่งมีขั้นตอนการเก็บข้อมูลดังนี้

3.4.1 ติดต่อกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับงานสุขภาพจิตที่อยู่ในบ้านโฮ่ ค.ไร้อ.พรรณานิคม จ.สกลนคร เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่จะเก็บ ประโยชน์ที่คิดว่าจะได้รับ รวมทั้งค้นหากลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้

3.4.2 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้วิธีแบบสัมภาษณ์เชิงลึก ร่วมกับการสังเกตตามแนวคำถามที่ได้ชี้แจงไว้ในเบื้องต้น และได้ตรวจสอบข้อมูลเพื่อดำเนินการเก็บเพิ่มเติม

3.4.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการติดตามเยี่ยม เพื่อรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีแบบสัมภาษณ์เชิงลึกร่วมกับการสังเกต เพื่อให้การรวบรวมข้อมูลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพได้ข้อมูลครบถ้วนและเป็นจริงมากที่สุด

การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-dept Interview) มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามความหมายโดยละเอียดเกี่ยวกับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน ขณะที่อยู่บ้านในแต่ละบทบาท เพื่อนำแนวคิดที่สำคัญมารวมกันและนำเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตรายอื่นต่อไป และมีขั้นตอนการสัมภาษณ์ ดังนี้

ก. การเตรียมตัวการสัมภาษณ์

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ไปสัมภาษณ์ ได้แก่ ผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อนบ้าน และผู้นำชุมชน
2. เตรียมรายชื่อ ที่อยู่ ลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้

3. วางแผนการสัมภาษณ์ โดยมีแนวทางการสัมภาษณ์ไว้ล่วงหน้า พร้อมทั้งฝึกทักษะในการสัมภาษณ์ เพื่อหาแนวทางแก้ไขปรับปรุงวิธีการสัมภาษณ์

4. เตรียมอุปกรณ์ในการจดบันทึก และการบันทึกเสียง

5. ติดต่อกับผู้ถูกสัมภาษณ์โดยนัดหมายเวลาไว้ล่วงหน้า

ข. ขั้นเริ่มการสัมภาษณ์

1. แนะนำตนเองต่อผู้ถูกสัมภาษณ์

2. สร้างบรรยากาศให้รู้สึกเป็นกันเอง โดยการทักทายสนทนาด้วยอัธยาศัยอันดี

3. บอกวัตถุประสงค์ในการมาสัมภาษณ์ พร้อมทั้งให้คำรับรองว่าจะเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับ

4. ขออนุญาตผู้ถูกสัมภาษณ์ทราบว่า จะใช้วิธีจดบันทึกร่วมกับการบันทึกเทปเสียง เมื่อกลุ่มตัวอย่างแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงเริ่มทำการศึกษา

5. พูดยุทธศาสตร์ถามในเรื่องทั่วไปก่อนที่จะเริ่มต้นสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์

ค. ขั้นสัมภาษณ์

1. ใช้คำถามที่เตรียมไว้ล่วงหน้า เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์

2. ตั้งใจฟัง ติดตามคำตอบผู้ถูกสัมภาษณ์

3. ใช้คำถามให้เหมาะสม ไม่กระตุ้นหรือเร่งในการตอบคำถาม

4. ใช้ภาษาพื้นบ้าน เพื่อให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เข้าใจตรงกัน

5. ให้ความสนใจในคำตอบ และสังเกตกิริยาท่าทางของผู้ถูกสัมภาษณ์ และพยายามสร้างบรรยากาศของการสัมภาษณ์ ให้รู้สึกว่าเป็นการสนทนาพูดคุยกันเอง ส่วนหัวข้อที่ใช้ในการสัมภาษณ์อาจไม่เรียงลำดับตามแบบสัมภาษณ์ก็ได้ ใช้เวลาประมาณ 45-60 นาทีต่อ 1 ครั้ง

6. เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ครั้งที่ 1 ให้ผู้วิจัยถอดข้อความจากแถบบันทึกเสียงสำรวจข้อมูลและวิเคราะห์ในส่วนที่สัมภาษณ์มาเพื่อเตรียมสัมภาษณ์ในครั้งที่ 2 ต่อไป

7. เริ่มสัมภาษณ์ครั้งที่ 2, 3 หรือ 4 ถ้าผู้วิจัยได้บางหัวข้อที่ยังเข้าใจไม่ตรงกันกับผู้ถูกสัมภาษณ์ โดยการถามซ้ำ และยืนยันตรวจสอบความเข้าใจที่ตรงกันจากนั้นจึงเริ่มสัมภาษณ์ต่อจนได้การถามครบถ้วน

ง. ขั้นบันทึกและสิ้นสุดการสัมภาษณ์

1. จดบันทึกข้อมูลตามความจริง ในส่วนที่สังเกตได้ทั้งกิริยาอาการของผู้ถูกสัมภาษณ์ และสิ่งแวดล้อม เฉพาะใจความสำคัญ ส่วนใหญ่ข้อมูลสัมภาษณ์จะถูกบันทึกเทป



2. บันทึกการสัมภาษณ์จากข้อมูลที่ได้ทั้งการจดบันทึก และจากการบันทึกเสียงหลังการสัมภาษณ์เสร็จสิ้นในแต่ละคน
3. รวบรวมข้อมูลและเอกสารต่าง ๆ ที่ได้จากการสัมภาษณ์
4. เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ ได้ครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลที่ได้ก่อนจะนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

อุปกรณ์ที่ใช้ประกอบการสัมภาษณ์

1. เครื่องบันทึกเสียง
2. ม้วนเทปเปล่า
3. สมุดจดบันทึก
4. ปากกา

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกต ผู้วิจัยนำมาจำแนกและจัดกลุ่มประเภทข้อมูล โดยยึดหลักตามคำถามการวิจัย และผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์ดังนี้

3.5.1 ข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่

3.5.2 ข้อมูลเกี่ยวกับความพร้อมของแต่ละกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยวิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ดังนี้

1) วิเคราะห์ข้อความหรือประโยคจากข้อมูลการสัมภาษณ์เกี่ยวกับความพร้อมในแต่ละกลุ่มตัวอย่าง ถึงความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิต และการจัดหมวดหมู่ของข้อความ หรือประโยคตามลักษณะข้อความที่ปรากฏ (Manifest Content) โดยการบรรยาย พร้อมยกตัวอย่างคำพูดของกลุ่มตัวอย่างประกอบ และสรุปในตาราง

2) จัดหมวดหมู่ของข้อความตามความหมายที่ซ่อนอยู่ (Latent Content) แสดงถึงความยุ่งยากใจ รู้สึกเป็นภาระ ความวิตกกังวลหรือความตึงเครียดทางอารมณ์ต่าง ๆ พร้อมยกตัวอย่างคำพูดของกลุ่มตัวอย่างประกอบ จากนั้นสรุปโดยตารางแจกแจงความถี่

3.6 ความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่น

ความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของการวิจัย เป็นที่เชื่อกันว่าสามารถบ่งบอกถึงคุณภาพหรือความน่าเชื่อถือของงานวิจัยได้ สิ่งสำคัญคือ ความเป็นจริงของการแสดงถึงความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนขณะอยู่บ้าน และความรู้สึกนึกคิดที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง ตลอดจนความ



สมบูรณ์ครบถ้วนของข้อมูล ซึ่งปัจจัยสนับสนุนได้แก่ ความพร้อมและทักษะของกลุ่มตัวอย่าง ความสามารถของผู้เก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยควบคุมโดย

3.6.1 การวางแผนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในการวิจัยนี้ เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนของข้อมูลที่อาจเกิดขณะสัมภาษณ์ คือ

(1) ผู้วิจัยได้ฝึกทักษะของผู้สัมภาษณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลโดยไม่ถูกชักนำจากความคิดเห็นของผู้วิจัย และพยายามนำเทคนิคการสนทนาต่าง ๆ มาใช้ในการสัมภาษณ์ ทำให้กลุ่มตัวอย่างเปิดเผยได้มากขึ้น

(2) สร้างแนวทางการสัมภาษณ์เพื่อให้ข้อคำถามครอบคลุม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตอบคำถามการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

(3) สํารวจกลุ่มตัวอย่าง เพื่อกำหนดช่วงเวลาในการสัมภาษณ์ที่เหมาะสม

3.6.2 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง

3.6.3 ใช้เครื่องบันทึกเสียงเพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลและป้องกันความคลาดเคลื่อนของข้อมูล

3.6.4 ใช้คำถามรองที่มีความหมายคล้ายคลึงกับคำถามหลัก ให้เหมาะสมในแต่ละกลุ่มตัวอย่าง

3.6.5 ใช้ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นและให้ข้อมูลตามความจริงอย่างครอบคลุม

3.6.6 ขณะสัมภาษณ์ ผู้วิจัยใช้หลักการสังเกตร่วมด้วยในการสังเกตกิริยาท่าทาง และบันทึกพฤติกรรมที่พบเห็น

3.6.7 ตรวจสอบการวิเคราะห์ข้อมูลโดยมีผู้วิเคราะห์ร่วม

บทที่ 4

ผลการวิจัย และการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาความพร้อมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตขณะอยู่ที่บ้าน ตัวอย่างที่ศึกษา เป็นผู้ป่วยโรคจิตที่อยู่ในชุมชน ญาติผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อนบ้าน อสม. จำนวนทั้งหมด 15 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกต และสัมภาษณ์เชิงรุก ผลการศึกษานำเสนอข้อมูลในลักษณะของข้อมูลเชิงคุณภาพ และข้อมูลเชิงปริมาณ ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอด้วยการอภิปรายประกอบตารางแจกแจงความถี่

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตขณะอยู่ที่บ้านเกี่ยวกับด้านความรู้ ด้านทัศนคติ ด้านการปฏิบัติ นำเสนอข้อมูลโดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพแบบวิเคราะห์เนื้อหา โดยจัดและรวบรวมเป็นหมวดหมู่ และมีข้อมูลในการสัมภาษณ์ แสดงให้เห็นถึงที่มาของหมวดหมู่นั้น ๆ และนำเสนอสรุปเป็นตารางแจกแจงความถี่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่เกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ การศึกษา รายได้ของครอบครัว (N=15)

ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน
เพศ		
ชาย		10
หญิง		5
อายุ		
18-30 ปี		3
31-40 ปี		6
41-50 ปี		4
51-60 ปี		2
61 ปีขึ้นไป		-
อายุสูงสุด 55 ปี อายุต่ำสุด 18 ปี อายุเฉลี่ย 36 ปี (S.D. = 11.34)		
สถานภาพสมรส		
โสด		3
คู่		11
หม้าย ร้าง		1
ศาสนา		
พุทธ		15
อื่นๆ		-
อาชีพ		
งานบ้าน		-
ทำนา/ทำสวน		13
รับจ้าง		1
ค้าขาย		-
รับราชการ		1

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ การศึกษา รายได้ของครอบครัว (N=15) (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน
การศึกษา	
- ประถมศึกษาปีที่ 1-6	11
- มัธยมศึกษาปีที่ 1-3	1
- มัธยมศึกษาปีที่ 4-6	2
- อนุปริญญา	1
- ปริญญาตรี	-
รายได้ของครอบครัว (บาท/เดือน)	
- 1,000-3,000 บาท	8
- 3,001-5,000 บาท	3
- 5,001-7,000 บาท	1
- ไม่แน่นอน	3
ค่าสูงสุด 7,000 บาท/เดือน ค่าต่ำสุด 1,000 บาท/เดือน	

จากการศึกษาลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (ตารางที่ 1) พบว่าตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 31-40 ปี ค่าเฉลี่ยอายุ 36 ปี (SD 11.34) อายุสูงสุด 55 ปี อายุต่ำสุด 18 ปี สถานภาพสมรสส่วนใหญ่ คู่ อยู่กับครอบครัว ศาสนาพุทธ และอาชีพที่พบมากที่สุดคือ ทำนา/ทำสวน การศึกษาส่วนมากจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 รายได้ครอบครัวอยู่ในฐานะยากจน รายได้ที่พบส่วนมาก 1,000-3,000 บาท รายได้สูงสุด 7,000 บาท/เดือน และต่ำสุด 1,000 บาท/เดือน

ตารางที่ 2 แสดงลักษณะข้อมูลของผู้ป่วยโรคจิตที่เกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย การเคยและไม่เคยได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน (N=4)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน
เพศ	
ชาย	2
หญิง	2
อายุ	
20-25 ปี	2
26-30 ปี	1
31-35 ปี	-
36-40 ปี	1
อายุสูงสุด 37 ปี อายุต่ำสุด 20 ปี	
อายุเฉลี่ย = 26.75 ปี (S.D. = 7.63)	
สถานภาพสมรส	
โสด	2
คู่	1
หม้าย, ว่าง	1
ศาสนา	
พุทธ	4
การศึกษา	
- ประถมศึกษาปีที่ 1-6	3
- มัธยมศึกษาปีที่ 1-3	-
- มัธยมศึกษาปีที่ 4-6	1
- อนุปริญญา	-
- ปริญญาตรี	-

ตารางที่ 2 แสดงลักษณะข้อมูลของผู้ป่วยโรคจิตที่เกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย การเคยและไม่เคยได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน (N=4) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน
อาชีพ	
ทำนา/ทำสวน	3
รับจ้างทั่วไป	1
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย	
1-5 ปี	3
6 ปีขึ้นไป	1
ค่าสูงสุด 7 ปี ค่าต่ำสุด 2 ปี	
ค่าเฉลี่ย 4 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D. = 2.16)	
เคยได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน	
เคย	1
ไม่เคย	3

ลักษณะผู้ป่วย (ตารางที่ 2) พบว่า ข้อมูลผู้ป่วยโรคจิต 4 ราย เป็นเพศชาย 2 ราย และเพศหญิง 2 ราย ส่วนอายุเฉลี่ยเท่ากับ 26.75 ปี อายุสูงสุด 37 ปี อายุต่ำสุด 20 ปี สถานภาพสมรสโสด จำนวน 2 ราย ส่วนสถานภาพสมรสคู่ และหม้าย/ร้าง อย่างละเท่ากันคือ 1 ราย ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาปีที่ 1-6 จำนวน 3 ราย มีเพียง 1 รายเท่านั้นที่จบมัธยมศึกษาปีที่ 6 อาชีพส่วนใหญ่ทำนาควบคู่ไปกับทำสวนไปด้วยถึง 3 ราย ระยะเวลาที่เจ็บป่วยส่วนมากยังไม่ถึง 5 ปี ค่าสูงสุด 7 ปี และค่าต่ำสุด 2 ปี และไม่เคยได้รับการรักษาในโรงพยาบาลจากการซักถามส่วนมากจะรับยาจากโรงพยาบาลใกล้บ้าน

ตารางที่ 3 แสดงลักษณะข้อมูลของญาติผู้ป่วยโรคจิตที่เกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ (N=4)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน
เพศ	
ชาย	1
หญิง	3
อายุ	
18-30 ปี	1
31-40 ปี	-
41-50 ปี	2
51 ปีขึ้นไป	1
อายุสูงสุด 52 ปี อายุต่ำสุด 18 ปี	
อายุเฉลี่ย 40.5 ปี (S.D. = 15.35)	
สถานภาพสมรส	
โสด	-
คู่	4
หม้าย ร้าง	-
ศาสนา	
พุทธ	4
อื่น ๆ	-
การศึกษา	
- ประถมศึกษาปีที่ 1-6	4
- มัธยมศึกษาปีที่ 1-3	-
- มัธยมศึกษาปีที่ 4-6	-
- อนุปริญญา	-
- ปริญญาตรี	-

ตารางที่ 3 แสดงลักษณะข้อมูลของญาติผู้ป่วยโรคจิตที่เกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ (N=4) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน
อาชีพ	
ทำนา/ทำสวน	4
อื่น ๆ	-
รายได้	
1,000-3,000 บาท	2
3,001-5,000 บาท	-
- ไม่แน่นอน	2

ลักษณะของญาติผู้ป่วย (ตารางที่ 3) ข้อมูลญาติผู้ป่วย 4 ราย เป็นหญิง 3 ราย ชาย 1 ราย เกี่ยวข้องเป็นมารดา 2 ราย บิดาผู้ป่วยอีก 1 ราย ภรรยาผู้ป่วย 1 ราย อายุสูงสุด 52 ปี และต่ำสุด 18 ปี และเฉลี่ยอายุ 40.5 ปี (SD 15.35) สถานภาพสมรสทั้งหมดคู่ ศาสนาพุทธ ระดับการศึกษาทั้งหมดจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 (จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ทั้งหมด 3 ราย และจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 เพียง 1 ราย) ทั้งหมดมีอาชีพทำนา/ทำสวน รายได้ 1,000-3,000 บาท และรายได้ไม่แน่นอนอย่างละเท่าๆ กันคือ 2 ราย

ตารางที่ 4 แสดงลักษณะข้อมูลของเพื่อนบ้านผู้ป่วยโรคจิตที่เกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ (N=3)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน
เพศ	
ชาย	3
หญิง	-
อายุ	
18-30 ปี	-
31-40 ปี	1
41-50 ปี	1
51 ปีขึ้นไป	1
อายุสูงสุด 55 ปี อายุต่ำสุด 31 ปี	
อายุเฉลี่ย 40.5 ปี (S.D. = 11.00)	
สถานภาพสมรส	
โสด	-
คู่	3
หม้าย ร้าง	-
ศาสนา	
พุทธ	3
อื่น ๆ	-
การศึกษา	
- ประถมศึกษาปีที่ 1-6	1
- มัธยมศึกษาปีที่ 1-3	1
- มัธยมศึกษาปีที่ 4-6	-
- อนุปริญญา	1
- ปริญญาตรี	-

ตารางที่ 4 แสดงลักษณะข้อมูลของเพื่อนบ้านผู้ป่วยโรคจิตที่เกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ (N=3) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน
อาชีพ	
ทำนา/ทำสวน	2
รับราชการ	1
อื่น ๆ	-
รายได้	
1,000-3,000 บาท	2
3,001-5,000 บาท	-
5,001-7,000 บาท	1
7,001 ขึ้นไป	-
รายได้ต่ำสุด 2,000 บาท/เดือน รายได้สูงสุด 7,000 บาท/เดือน	

ลักษณะของเพื่อนบ้าน (ตารางที่ 4) ข้อมูลของเพื่อนบ้าน 3 ราย เป็นชายทั้งหมด อายุที่ สัมภาษณ์สูงสุดคือ 55 ปี และต่ำสุด 31 ปี สถานภาพสมรสคู่ นับถือศาสนาพุทธ ระดับการ ศึกษาจะแตกต่างกันคือ ประถมศึกษาปีที่ 6 มัธยมศึกษาปีที่ 3 และอนุปริญญา อาชีพทำนา 2 ราย และรับราชการ 1 ราย รายได้อยู่ในช่วง 1,000-3,000 บาท 2 ราย และ 7,000 บาท 1 ราย

ตารางที่ 5 แสดงลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของ อสม. ในหมู่บ้านเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ (N=4)

ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน
เพศ	
ชาย	4
หญิง	-
อายุ	
18-30 ปี	-
31-40 ปี	3
41-50 ปี	1
51 ปีขึ้นไป	-
อายุสูงสุด 42 ปี อายุต่ำสุด 32 ปี	
อายุเฉลี่ย 35.75 ปี (S.D. = 4.50)	
สถานภาพสมรส	
โสด	-
คู่	4
หม้าย ร้าง	-
ศาสนา	
พุทธ	4
การศึกษา	
ประถมศึกษาปีที่ 1-6	3
มัธยมศึกษาปีที่ 1-3	-
มัธยมศึกษาปีที่ 4-6	1
อนุปริญญา	-
ปริญญาตรี	-

ตารางที่ 5 แสดงลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของ อสม. ในหมู่บ้านเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ (N=4) (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน
อาชีพ	
ทำนา/ทำสวน	4
รับจ้างทั่วไป	-
รายได้	
1,000-3,000 บาท	1
3,001-5,000 บาท	3
5,001-7,000 บาท	-
7,001 ขึ้นไป	-
รายได้ต่ำสุด 2,000 บาท/เดือน รายได้สูงสุด 5,000 บาท/เดือน	

ลักษณะของ อสม. (ตารางที่ 5) พบว่า ข้อมูล อสม. จำนวน 4 ราย เป็นเพศชายทั้งหมด อายุส่วนมากอยู่ในช่วง 31-40 ปี อายุต่ำสุดอยู่ในช่วง 32 ปี และมากที่สุด 42 ปี สถานภาพสมรสคู่ทุกคน ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษาส่วนมากจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อาชีพทำนา/ทำสวน รายได้ส่วนมากอยู่ในช่วง 3,001-5,000 บาท/เดือน รายได้ต่ำสุด 2,000 บาท/เดือน และสูงสุด 5,000 บาท/เดือน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ การปฏิบัติ ของชุมชนที่มีต่อผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน

จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมของชุมชน ในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยโรคจิตขณะอยู่ที่บ้าน โดยศึกษาถึงความรู้ ทักษะ การปฏิบัติตัวของกลุ่มผู้ป่วย ญาติ เพื่อนบ้านและ อสม. ผู้วิจัยจึงได้เลือกใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งประกอบด้วย แนวความรู้เกี่ยวกับโรคจิตพูดถึง ความหมาย สาเหตุ อาการ การรักษา และการดูแลตนเองอย่างไร อาการจะไม่กำเริบอีก คำถามเกี่ยวกับทัศนคติของผู้ป่วยที่มีต่อญาติ และชุมชน ว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกอย่างไรในการดูแลของญาติ ญาติรู้สึกอย่างไรต่อผู้ป่วย และคิดว่าสังคมมองตัวผู้ป่วยเป็นอย่างไร ตั้งความหวังอะไรไว้หรือเปล่า และจะทำการอะไรในการที่จะอยู่ในชุมชนให้นานที่สุด โดยไม่ต้องกลับเข้ามาในโรงพยาบาลอีก และถามถึงความพึงพอใจในชีวิตประจำวันอยากเปลี่ยนแปลงอะไรบ้าง และแนวคำถามเกี่ยวกับ แนวทางการปฏิบัติ ใน 1 วัน ผู้ป่วยทำอะไรบ้าง มีปัญหาอะไร ใช้วิธีแก้ปัญหาอย่างไร และเวลามีปัญหา หรือมีอาการกำเริบ อยากให้ชุมชน หรือสังคมปฏิบัติตัวต่อผู้ป่วยอย่างไรบ้าง และได้คาดหวังอะไรไว้บ้าง

ตารางที่ 6 ข้อมูลแสดงความรู้เกี่ยวกับโรคจิตของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีทั้งผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย
เพื่อนบ้าน และ อสม.

คำถาม	ผู้ป่วย (4)	ญาติ (4)	เพื่อนบ้าน (3)	อสม. (4)
ความรู้				
1. โรคจิต หมายถึง อะไร (ผู้ป่วย... ท่านทราบหรือไม่ ว่า ท่านเจ็บป่วย เป็นโรคอะไร)	- โรคเครียด - ประสาท (เลปสเนีย)	- โรคประสาท เครียด	- ผีบ้า บ้า	- บ้า หรือโรคที่มีความ ผิดปกติทางความคิด อารมณ์ การแสดง ออก
2. เกิดจากสาเหตุ อะไร	- นอนไม่หลับ คิดมาก	- กรรมพันธุ์ ผี คมกาว	- คิดมาก วิตก กังวล พ่อ-แม่ดูค่า	- คิดมาก มีปัญหา ครอบครัว - กรรมพันธุ์ ยาเสพติด
3. อาการที่เป็นมี อะไรบ้าง	- ปวดศีรษะ โมโห ง่าย นอนไม่หลับ กังวลเรื่องลูก หายใจไม่อิ่ม	- ซึมเพรีย พุด เสียงดัง โมโห ง่าย อาละวาด อยากร้องก๊ร้อง ไม่มีเหตุผล	- หวาดกลัว ซึม ไม่พูด ไม่ทำงาน ยิ้ม-พุดคนเดียว	- คลุ้มคลั่ง อาละวาด อยากยิ้ม-อยาก หัวเราะไม่มีเหตุผล บางทีร้องเพลง บางที เศร้าซึม
4. การรักษา	- นอนเปิดพัดลม กินยาแล้วนอน พบแพทย์	- เอายามากิน	- ไปพบแพทย์ กินยา	- กินยาสม่ำเสมอ
5. การดูแล	- กินยาตลอด ไม่ให้ถูกแดด ไม่เครียด ไม่ดื่ม เหล้า ออกกำลัง กาย ปรึกษา ปัญหา	- ดูแลกินยา ค่อยๆ พุด ไม่ให้ อารมณ์เสีย ใจ เย็นเข้าใส่ ให้ นอนพัก ไม่กวน	- ดูแลให้ทำงาน ซักเสื้อผ้า งาน บ้าน พุดคุยบ้าง ควบคุมให้กินยา	- สังเกตพฤติกรรม ให้คำแนะนำ เอาใจ ใส่ แนะนำพบแพทย์ สม่ำเสมอ

จากตารางที่ 6 ผู้สัมภาษณ์ได้สอบถามกลุ่มผู้ป่วย 4 ราย เกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรคจิต โดยถามว่า โรคจิต หมายถึงอะไร แต่ในกลุ่มนี้ผู้สัมภาษณ์ได้เปลี่ยนแนวคำถามโดยถามว่า "ท่านทราบหรือไม่ว่า ท่านเจ็บป่วยเป็นโรคอะไร กลุ่มผู้ป่วย 4 รายบอกว่า

"คิดว่าตนเป็นโรคประสาท"

"โรคเลปสเนีย" ผู้สัมภาษณ์ได้ถามถึงความหมาย ผู้ป่วยตอบว่า "ได้ยินคุณหมอเขาพูดกัน ผมก็ไม่ทราบ"

"เครียด สมอင့်ตึงเครียด"

"คิดว่าตนเป็นโรคเครียด"

ผู้สัมภาษณ์ได้ถามกลุ่มผู้ป่วยต่อถึงสาเหตุที่คิดว่าทำให้ตนเป็นโรคนี้เนื่องจากอะไร กลุ่มผู้ป่วยทั้ง 4 ราย บอกว่า

"คิดมาก ไม่ได้พักผ่อน"

"หงุดหงิด นอนไม่หลับ คิดมาก เครียดด้วย"

"นอนไม่หลับ คิดมาก วิตกกังวล ปวดหัวมาก"

"คิดมาก กังวลเรื่องลูก กลัวไปทุกอย่าง ปวดหัว"

ผู้สัมภาษณ์ได้ถามต่อถึงอาการที่เป็นมีอะไรบ้าง กลุ่มผู้ป่วย 4 ราย บอกว่า

"ปวดหัวมาก เครียด ไม่พอใจ โมโหง่าย"

"นอนไม่หลับ คิดมาก เครียดด้วย"

"คิดมาก วิตกกังวล ปวดศีรษะมาก"

"กลัวไปหมด กังวลเกินเหตุ"

ผู้สัมภาษณ์จึงได้ถามถึงการรักษาของตนว่าทำอะไรบ้างในกลุ่มผู้ป่วย 4 ราย บอกว่า

"พบแพทย์ครับ"

"กินยาตลอดครับ"

"ไม่คิดมากกินยาตามหมอสั่ง"

"หาหมอประจำ ต้องให้ยาช่วย"

ผู้สัมภาษณ์ได้ถามต่อว่า การดูแลตัวเองว่าได้ทำอะไรบ้าง ในกลุ่มผู้ป่วย 4 ราย บอกว่า

"ให้กินยาตลอด เลี่ยงไม่ให้โดนแดด ออกกำลังกาย เล่นกีฬา มีปัญหาที่ปรึกษา"

"กินยาตลอดไม่ให้เครียด ไม่มีเรื่องในครอบครัว และไม่กินเหล้า"

"ตอนยังไม่แต่งงานส่วนมากจะไปออกกำลังกาย เพราะทำให้หลับง่าย ไม่คิดมาก และกินยาตามหมอสั่ง"

"ดูแล ไม่คิดมาก ไม่ทำงานหนัก ทำงานอยู่บ้านกับลูก"

จากการสังเกต ในกลุ่มผู้ป่วยตั้งแต่ถามถึง ความเข้าใจโรคของตน ไม่มีผู้ป่วยรายใดตอบว่า ตนเป็นโรคจิต (เป็นบ้า) แต่จะตอบเลี่ยงว่าโรคประสาท โรคเครียด ซึ่งจากการสอบถามกลุ่มชาวบ้านแถวนั้นจะเข้าใจว่า คำว่าโรคประสาทของกลุ่มชุมชนนี้ถือว่า ความหมายเขาจะพูดถึงโรคจิต สังเกตจากอาการ สามารถตอบได้ถูกต้อง แต่มีผู้ป่วย 1 ราย บอกได้ว่า ตนเป็น "โรคเลปสเนีย" แต่ไม่เข้าใจความหมายเพราะฟังจากแพทย์ที่โรงพยาบาลที่ตนไปรักษาอยู่ ส่วนคำตอบสาเหตุกับอาการ คำตอบคล้ายๆกัน เพราะผู้ป่วยไม่สามารถแยกแยะได้ พอถามว่าจะทำทำงานง จึงไม่ได้กระตุ้นอีก แต่จะตอบคล้ายคำตอบแรกที่บอก ส่วนมากบอกว่า สาเหตุเกิดจากคิดมาก นอนไม่หลับ ส่วนอาการ นั้นก็จะรวมคือ ปวดหัว เครียด หงุดหงิด โมโหง่าย วิตกกังวลเกินเหตุ

ส่วนการรักษาของกลุ่มผู้ป่วยจะตอบตรงกันคือ พบแพทย์ ต้องกินยาช่วย ส่วนการดูแลตนเอง ตอบได้ถูกต้องคือให้กินยาตลอด ออกกำลังกาย ไม่เครียด ไม่ดื่มเหล้า ไม่คิดมาก ซึ่งถ้าผู้ป่วยทั้ง 4 ราย ทำได้ตามที่ตนบอก เชื่อได้ว่าในกลุ่มผู้ป่วยนี้คงสามารถอยู่บ้านได้โดยไม่มีปัญหาเกี่ยวกับญาติ

จากตารางที่ 6 ในกลุ่มญาติ 4 ราย ผู้สัมภาษณ์ได้ถามเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรคจิตของญาติ ที่มีอยู่ โดยถามถึงความหมายของโรคจิต โดยถามว่า ท่านเข้าใจว่า ญาติของท่าน (ญาติ หมายถึง ผู้ป่วย) เจ็บป่วยเป็น โรคอะไร ญาติผู้ป่วย 4 ราย บอกว่า

"คิดว่าเป็นโรคประสาท"

"เป็นโรคประสาท" ผู้สัมภาษณ์ได้ตรวจสอบความเข้าใจของคำว่าโรคประสาท ญาติผู้ป่วยบอกว่า "อยากโกรธก็โกรธ ยามดีก็ดี ประสาทเครียด"

"โรคประสาท" รายนี้ผู้สัมภาษณ์ได้ถามคำว่า โรคจิต หมายถึงอะไร แต่ญาติผู้ป่วยตอบว่า "ไม่รู้จักแล้ว" แต่พอถามว่า ลูกเขยเป็นโรคอะไร ญาติบอกได้เลยว่า เป็นโรคประสาท

"ลูกผมมันเป็นโรคประสาท"

ผู้สัมภาษณ์ได้ถามกลุ่มญาติผู้ป่วย ถึงสาเหตุของโรคที่ผู้ป่วยเป็น ญาติผู้ป่วย 4 ราย บอกว่า

"เป็นนักรรณพันธ์ จากโรงเรียนแล้วคิดมาก"

"เกิดจากหงุดหงิด ดื่มเหล้า"

"บรู๊จิก จากผีทำมึง" ญาติผู้ป่วยไม่ทราบที่เกิดจากสาเหตุอะไร

"ดมกาว" ญาติผู้ป่วยก็ไม่ค่อยแน่ใจเหมือนกันเพราะได้พูดต่อว่า

"แต่คนอื่นเขาไม่เป็นนะ"

ผู้สัมภาษณ์ได้ถามกลุ่มญาติผู้ป่วยถึงอาการว่ามีอะไรบ้าง กลุ่มญาติผู้ป่วย 4 ราย บอกว่า

"นอนไม่หลับ หวาดกลัว"

"เวียนศรีษะ ปวดเมื่อยตามตัว มีหูแว่ว ทำลายของ โมโหง่าย"

"ซึมๆ เป็นบางครั้ง บางครั้งนอนไม่ลุกเลย"

"อารมณ์ไม่ดี อยากร้องก็ตะโกนออกมา บางครั้งโมโห อยากรู้อยากเห็นก็จะทำลาย
ควบคุมตนเองไม่ได้ เวลามีอาการเป็นได้ตลอด ไม่เลือกเวลา"

ผู้สัมภาษณ์ได้ถามญาติผู้ป่วยต่อการรักษาว่ามีวิธีการทำอย่างไรบ้าง กลุ่มญาติผู้ป่วย 4 ราย บอกว่า

"เอากระบังประสาทให้กิน ให้มันนอนพัก ถ้ารุนแรง ก็จะพาไปหาหมอ"

"ค่อยๆ พุด หายาให้กินทุกวัน"

"ก็ไปเอายา ปัจจุบันรับยาที่ รพ.จิตเวชนครพนม"

"ไปหาหมอ ไปเอายามา แต่ไม่ค่อยมีเวลาไปเอายา"

ผู้สัมภาษณ์ได้ถามถึงวิธีการดูแลผู้ป่วยว่ามีวิธีการอย่างไรบ้าง กลุ่มญาติผู้ป่วย 4 ราย บอกว่า

"ให้มันนอนพัก"

"ค่อยๆ พุดกัน ไม่ให้อารมณ์เสียมากขึ้น ไม่ให้ดื่มเหล้า"

"ให้ช่วยงานบ้าง ค่อยพุด ถ้าไม่เชื่อ ให้หมอช่วยรักษาแนะนำด้วย"

"ให้เล่นกีฬา ช่วยงานบ้านบ้าง"

จากตารางที่ 6 ในกลุ่มของญาติผู้ป่วยนี้ ทั้ง 4 ราย เข้าใจว่า ญาติของตน (ผู้ป่วย) เป็นโรคประสาทหมด แต่ในความหมายของโรคประสาทก็จะพุดถึง อาการของโรคจิต ส่วนใน 1 ราย ของญาติผู้ป่วย ผู้สัมภาษณ์ได้สอบถามถึงโรคจิต หมายถึง โรคอะไร ปรากฏว่า ตอบว่า ไม่ทราบ สรุปแล้ว ในกลุ่มญาติผู้ป่วยคิดว่า ญาติตนเป็นโรคประสาท

ส่วนสาเหตุ มีญาติผู้ป่วย 2 ราย บอกได้ถูกต้อง ตรงประเด็นคือ จากกรรมพันธุ์และจากการคุมกาว (ยาเสพติด) ส่วน 2 ราย ไม่ค่อยแน่ใจในคำตอบ แต่บอกอาการได้ถูกต้อง โดยใช้ประสบการณ์ของตนที่พบและดูแล สรุปอาการที่พบคือนอนไม่หลับ หวาดกลัว มีหูแว่ว โมโหง่าย มีซึมบ้าง อารมณ์ไม่คงที่ ควบคุมตนเองไม่ได้

ส่วนการรักษา ส่วนใหญ่บอกพบแพทย์ และรับยามากิน การดูแลบอกได้ถูกต้อง 3 ราย อีก 1 ราย บอกให้มันนอนพัก แต่พุดถามรายละเอียด ญาติผู้ป่วยหมายถึง ช่วงมีอาการไม่ให้ไปยุ่งเกี่ยวปล่อยให้นอนพัก แต่รวมทั้งหมด สรุปได้ว่า การดูแลของญาติผู้ป่วยทั้ง 4 ราย คือ ให้ค่อยๆ พุด ไม่ให้อารมณ์ และให้ช่วยงานบ้านบ้าง เล่นกีฬาบ้างและที่สำคัญคือ ดูแลให้ผู้ป่วยกินยาตามแพทย์สั่ง

จากตารางที่ 6 ผู้สัมภาษณ์ได้ถามกับกลุ่มเพื่อนบ้าน 3 ราย เรื่อง ความรู้เกี่ยวกับโรคจิต โดยถามว่า โรคจิตหมายถึงอะไร กลุ่มเพื่อนบ้าน 3 ราย บอกว่า

"เป็นบ้า"

"ภาษาบ้านเฮาก็บอกผีบ้านนั้นแหละ"

"จัดแล้วเคื้อ โรคจิตคิดว่าส่วนใหญ่ความคิดไม่ปกติ" จากคำตอบเพื่อนบ้านรายนี้ก็ไม่
แน่ใจเหมือนกันว่าตนจะตอบถูกหรือไม่

ผู้สัมภาษณ์ได้ถามต่อถึงสาเหตุของโรคจิตอีกว่า โรคจิตเกิดจากสาเหตุอะไร เพื่อนบ้าน
3 รายบอกว่า

"ความวิตกกังวล คิดมาก"

"ไม่ทราบ"

"ภาวะสิ่งแวดล้อมเป็นส่วนมาก ส่วนมากครอบครัวยากจน ขาดเงินขาดทอง ครอบครัว
ผัวเมียไม่เข้าใจกันและกัน"

ผู้สัมภาษณ์ได้ถามต่อถึงอาการของผู้ป่วยโรคจิต เพื่อนบ้าน 3 รายบอกว่า

"ซึม หัวเราะ พูดคนเดียว"

"หวาดกลัว ไม่ยอมสู้ตาคน อยู่เฉยๆ ไม่ค่อยยุ่งกับใคร พูดน้อยไม่ทำงาน"

"คุ้มดี คุ้มร้าย หลงๆ ลืมๆ"

ผู้สัมภาษณ์ได้ถามถึงการรักษาของผู้ป่วยโรคจิต เพื่อนบ้าน 3 ราย บอกว่า

"ให้กินยา พาไปหาหมอ"

"ไปหาหมอโรงพยาบาล ไปเอายามากิน"

"ไปหาหมอ"

ผู้สัมภาษณ์ได้ถามถึงการดูแลผู้ป่วยโรคจิต ควรทำอย่างไรบ้าง เพื่อนบ้าน 3 ราย บอกว่า

"แนะนำ ควบคุมให้กินยา ถ้าคุมไม่อยู่ คนก็จะเข้าช่วยเหลือ"

"ให้ทำงาน ชักเสื้อผ้า นิ่งข้าว"

"ให้ทำใจ ไม่คิดมาก จิตใจไม่ให้มีความเครียด จิตใจเพลิดเพลิน สะดวกสบาย

คอยสอดส่องพฤติกรรม ถ้ามีเรื่องเดือดร้อน ก็จะซักถาม และช่วยเหลือ"

จากที่กล่าวมาจะสังเกตพบว่า คำตอบที่ได้จากเพื่อนบ้านช่วงแรกที่ได้พูดคุย เป็นคำตอบ
สั้นๆ ไม่ค่อยมีการอธิบายเพิ่มเติม ผู้สัมภาษณ์ถามว่าโรคจิต หมายถึงอะไร เพื่อนบ้าน 2 รายตอบ
สั้นๆว่า "พวกบ้า" อีก 1 ราย ได้อธิบายว่า หมายถึง ความคิดไม่ปกติ ส่วนสาเหตุ สรุปรวมน่าเกิดจาก
ความวิตกกังวล คิดมาก และจากครอบครัวยากจน มีปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาครอบครัว

ส่วนอาการ เพื่อนบ้านทั้ง 3 ราย ตอบได้ถูกต้องตามอาการของโรคจิต แล้วแต่ประสบการณ์
และความรู้ที่มีอยู่ แต่สรุปรวมคือ ผู้ป่วยโรคจิตจะมีอาการ อารมณ์ไม่คงที่ ซึมหัวเราะคนเดียว คุ้มดี
คุ้มร้าย หวาดกลัวไม่สู้ตาคน แยกตัวเองคนเดียว

ส่วนการรักษาเพื่อนบ้านทั้ง 3 ราย บอกันที่ว่าต้องพาไปหาหมอ เพื่อเอายามากินด้วยการดูแล เพื่อนบ้านทั้ง 3 ราย บอกว่า ต้องให้ทำงาน ทำงานบ้าน ร่วมกับกินยาไปด้วย และไม่คิดมาก ไม่ให้มีความเครียด ทำจิตใจให้เพลิดเพลิน

จากตารางที่ 6 ผู้สัมภาษณ์ได้ถามกลุ่ม อสม. เรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคจิต อสม. 4 ราย บอกว่า

"โรคที่มีความผิดปกติทางความคิด ทางอารมณ์ การแสดงออกมันผิดปกติจากคนทั่วไป"

"บ้า ผีบ้านั่นแหละ"

"ผีบ้า"

"โรคประสาทไม่ค่อยดี มันคลุ้มคลั่งด้วย"

ผู้สัมภาษณ์ถามต่อถึงสาเหตุของโรคจิต อสม. 4 ราย บอกว่า

"ความผิดปกติทางความคิด แล้วส่งผลให้พฤติกรรมเปลี่ยนไป"

"ปัญหาครอบครัว คิดมาก ประสาท"

"ไม่ทราบ แต่รู้ว่าคิดมาก"

"กรรมพันธุ์ ยาเสพติด"

ผู้สัมภาษณ์ถามต่อถึงอาการของผู้ป่วยโรคจิต อสม. 4 ราย บอกว่า

"คลุ้มคลั่ง ง่วงซึม ไม่พูดคุยกับคนทั่วไป" ผู้สัมภาษณ์ได้กระตุ้นให้อธิบายต่อ

"บางครั้งก็หัวเราะ โดยไม่มีสาเหตุ พูดคนเดียว จีบใจความไม่ได้"

"นั่งยิ้มคนเดียว หัวเราะคนเดียว"

"อยากหัวเราะก็หัวเราะ อยากร้องเพลงก็ร้องเพลง เมาอาละวาด พูดคนเดียว จีบประเด้นไม่ได้"

"คิดมาก ประสาทเสื่อม บางคนเศร้าซึม พูดไปคนเดียว"

ผู้สัมภาษณ์ได้ถามต่อถึงการรักษาว่าควรทำอย่างไร อสม. 4 ราย บอกว่า

"ต้องกินยาอย่างต่อเนื่อง"

"ให้กินยาอย่างสม่ำเสมอ"

"ไม่ทราบ"

"ขึ้นกับแพทย์ครับ"

ผู้สัมภาษณ์ได้ถามต่อถึงการดูแลผู้ป่วยโรคจิต อสม. 4 ราย บอกว่า

"แนะนำให้พบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ"

"ส่วนมากให้คำแนะนำ"

"เฝ้าสังเกตพฤติกรรม แนะนำ การรับยาต่อเนื่อง"

"ให้เอาใจใส่หาอย่าให้กิน ไม่ให้มีอาการรุนแรง"

จากคำถามข้างบนของกลุ่ม อสม. 4 รายนี้ จะเห็นว่า การให้คำตอบจากผู้สัมภาษณ์ได้ถาม แปลความหมายได้ตรงมากกว่า กลุ่มอื่นๆ ส่วนความหมายของโรคจิตได้ให้คำจำกัดความสั้นๆ ว่า ภาษานบ้าน (อีสาน) ก็เรียกว่า คนบ้า นั้นแหละ ส่วนสาเหตุเกิดจากกรรมพันธุ์ ยาเสพติด ปัญหาครอบครัว คิดมาก และเป็นความผิดปกติทางความคิด แล้วส่งผลให้พฤติกรรมเปลี่ยนไปด้วย ซึ่งจากการเปรียบเทียบทั้ง 4 กลุ่ม จะเห็นได้ชัดเจนว่า อสม. หรือที่เรียกเต็มๆว่า อาสาสมัครประจำหมู่บ้านหรือเรียกได้ว่า ผู้มีความรู้ทางด้านสาธารณสุขมากกว่าบุคคลทั่วไป เพราะได้รับการอบรมประจำ จะให้ข้อมูลได้ดีกว่าบุคคลทั่วไปที่ไปสัมภาษณ์

ส่วนอาการ ถ้ารวมแล้ว จะบอกได้ครอบคลุมคือ มีอาการ อารมณ์ไม่คงที่ บางคนคลุ้มคลั่ง บางคนเศร้าซึม พุดหรือยิ้มคนเดียว ไม่สมเหตุผลผล และการรักษา อสม. ทุกรายจะเน้นการกินยาให้สม่ำเสมอ และการดูแล เน้นการให้พบแพทย์สม่ำเสมอ และสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย

จากตารางที่ 6 ผลการศึกษากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 4 กลุ่ม ซึ่งมีกลุ่มผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย เพื่อนบ้าน และ อสม. พบว่า ความรู้เรื่องโรคจิตในกลุ่มผู้ป่วยและญาติยังเข้าใจไม่ถูกต้องในเรื่องความหมายของโรคจิตว่าคือโรคอะไร ส่วนใหญ่คิดว่าตนเองเป็นโรคประสาท ซึ่งสอดคล้องกับผลของการวิจัยของ จิตารัตน์ พิมพ์ดีด (2541) กล่าวว่าไว้ว่า เมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น จะให้คำจำกัดความของความผิดปกติทางจิตว่า เป็นประสาท และบ้า หรือ "ป่วน" (ภาษาอีสาน) ซึ่งส่วนมากจะพูดง่ายๆ และสั้นๆ ว่า "เป็นบ้า" แต่ถ้าหากพิจารณาเฉพาะกลุ่มเพื่อนบ้าน และ อสม. จะเห็นได้ว่า เข้าใจได้ถูกต้องส่วนใหญ่ว่าโรคจิตคือ โรคที่มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์ การแสดงออกผิดปกติจากคนทั่วไป หรือบางครั้งเรียกว่า บ้า ซึ่งสอดคล้องกับการให้ความหมายของนักวิชาการบางท่านซึ่งให้คำจำกัดความเอาไว้ (คณะผู้เชี่ยวชาญแห่งชาติ สุขภาพจิต, น.ป.ป. ; กรมสุขภาพจิต, 2538)

ผลการศึกษาในด้านสาเหตุ พบว่า ส่วนใหญ่ทุกกลุ่มจะมีความรู้ในเรื่องนี้ ทั้งนี้เนื่องจากมีประสบการณ์ตรงที่เกิดขึ้นในชุมชน ให้เห็นว่าเกิดจากสาเหตุอะไร ซึ่งเมื่อสรุปโดยรวมจะตอบว่าเกิดจากสาเหตุคิดมาก เครียด วิตกกังวล นอนไม่หลับ ไม่ได้พักผ่อน ปวดศีรษะ กรรมพันธุ์ ยาเสพติด เกิดจากสิ่งแวดล้อม ครอบครัวยากจน ผัวเมียไม่เข้าใจกัน มีปัญหาครอบครัว มีเพียง 2 ราย จาก 1 ราย ที่ตอบว่าไม่ทราบ และผีทำ ทั้งนี้อาจเนื่องจากญาติเองก็ไม่ทราบจริงๆ และสอดคล้องกับ ทิศกร

มีทรัพย์ (2533) กล่าวว่า ความเชื่อในเหตุปัญหของสุภาพจิตและวิกลจริตว่าเกิดจากอำนาจเหนือธรรมชาติ (Supernatural) เป็นความเชื่อว่าความไม่สบายต่างๆ จนถึงขั้นวิกลจริต หรือเป็นบ้า เกิดจากผีทำหรือบันดาลใจให้เป็นไป เนื่องจากประเพณีปฏิบัติไม่ชอบในสิ่งไม่ควร

หากพิจารณาโดยรวมถึงคำตอบที่ได้รับในด้านสาเหตุ พบว่า ส่วนใหญ่จะตอบได้ถูกต้องในสาเหตุที่มาจากทั้งทางร่างกายและจิตใจ แต่ในสาเหตุทางร่างกายที่ไม่ได้กล่าวถึงเลยคือ การมีพยาธิสภาพในสมอง หรือการติดเชื้อในสมอง เช่น ไข้สมองอักเสบ มาลาเรีย ผู้ป่วยโรคจิตที่มีสาเหตุมาจากมะเร็งในสมอง จากคอพอกเป็นพิษ หรือจากอุบัติเหตุต่างๆ ที่ทำให้สมองกระทบกระเทือน อาจเป็นสาเหตุให้เป็นโรคจิตได้ (ศักดิ์ กาญจนาวโรจน์กุล, 2537 ; กรมสุขภาพจิต, 2538; เกษม ดันติผลาชีวะ, 2541) ทั้งนี้อาจเนื่องจากสาเหตุเหล่านี้ ชุมชนไม่ได้มีประสบการณ์ในการพบเห็นสาเหตุจากเรื่องเหล่านี้ทำให้ไม่ทราบ

ในด้านอาการ ส่วนใหญ่จะตอบในข้อนี้ได้ถูกต้อง เพราะเป็นอาการที่ผู้ป่วยแสดงออกในชุมชน และชุมชนซึ่งในที่นี้ประกอบด้วย ญาติ เพื่อนบ้าน อสม. เป็นผู้ใกล้ชิดผู้ป่วย และพบเห็นอาการเหล่านี้เป็นประจำทำให้เข้าใจในอาการของผู้ป่วยได้จากประสบการณ์จริง สอดคล้องกับชะฤทธิ์ พงศ์อนุตรี และคณะ (2530) กล่าวว่า ญาติมีภาระหนักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการขณะอยู่ที่บ้าน แต่เป็นภาระที่จำเป็นต้องทำ ถ้าญาติรู้วิธีการดูแล และปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยหายดียิ่งขึ้น

ในการรักษา ส่วนใหญ่จะเข้าใจตรงกันว่าต้องรับประทานยาสม่ำเสมอ ต้องรับประทานอย่างต่อเนื่อง โดยทั่วไปพบแพทย์ มีญาติ 1 ราย ตอบว่าไม่ค่อยมีเวลาไปเอายา และ อสม. 1 รายตอบว่าไม่ทราบ ซึ่งเมื่อพิจารณาจากคำตอบ พบว่า ส่วนใหญ่เข้าใจได้ถูกต้อง แต่ในการปฏิบัติจริงแล้ว ญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่ปฏิบัติไม่ได้ เนื่องจากบ้านอยู่ไกลจากโรงพยาบาลจิตเวช ทำให้ไม่มีเวลาไปเอายา จึงเป็นสาเหตุสำคัญทำให้ผู้ป่วยขาดยาได้ (วัชณี หัตถพนม, 2529) การสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสรับยารักษาโรคจิตในโรงพยาบาลใกล้บ้าน และการปรับเปลี่ยนทัศนคติในการรับยาที่โรงพยาบาลจิตเวชก็อาจจะช่วยลดปัญหาในเรื่องนี้ได้

ในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ทำการศึกษา ตอบได้ถูกต้องคือ ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองโดยกินยาตลอด พยายามไม่เครียด ไม่คิดมาก ไม่ดื่มเหล้า ส่วนของญาติดูแลโดยให้ผู้ป่วยกินยา ไม่ให้อารมณ์เสีย ส่วนกลุ่มเพื่อนบ้านและ อสม. แนะนำให้ทำงาน ไม่ให้มีความเครียด ให้ไปพบแพทย์สม่ำเสมอ และรับยาต่อเนื่อง

เมื่อพิจารณาคำตอบที่ได้ ยังขาดการดูแลบางส่วนที่กลุ่มญาติ เพื่อนบ้าน และ อสม. ไม่ได้กล่าวถึง ซึ่งในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยโรคจิต ขณะอยู่ที่บ้านหรือชุมชน ญาติควรมีความรู้ ความเข้าใจในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้ปฏิบัติตามแนวทางการรักษาที่ถูกต้อง และครอบคลุม

กลุ่มนอกเหนือจากที่กล่าวมาด้วย เช่น ญาติควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเข้าสังคมกับคนทั่วไป สังเกตอาการข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้น และให้การช่วยเหลือตามความเหมาะสม รวมถึงอาการเตือนล่วงหน้าก่อนจะมีอาการกำเริบของโรค เช่น ตึงเครียด กระวนกระวาย ซึมเศร้า ขาดสมาธิ เบื่ออาหาร ไม่อยากพบปะผู้คน มีเหงื่อ หนาวสั่น หวุดหวิดกลัวคนมาทำร้าย หากพบอาการเตือนเหล่านี้ ญาติสามารถดูแลเบื้องต้นได้ ขณะเดียวกันญาติที่ดูแลผู้ป่วยก็ควรหมั่นดูแลสุขภาพจิตของตนเองด้วย ถ้าตึงเครียดจากการดูแลผู้ป่วย ก็หาวิธีการคลายเครียดที่เหมาะสมกับตนเอง สิ่งเหล่านี้จะช่วยส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ตารางที่ 7 ข้อมูลเกี่ยวกับทัศนคติของกลุ่มผู้ป่วยที่มีต่อการเจ็บป่วยต่อญาติและชุมชน

คำถาม	ผู้ป่วย (4)
ทัศนคติ	
1. ท่านรู้สึกอย่างไร ต่อการเจ็บป่วย - ครั้งนี้	คิดว่ารักษาหาย ถ้านอนได้ปกติ บางคนพูดยาก อึดอัด และน้อยใจ ที่ตนเป็นโรคนี้นี้ กลัวรักษาไม่หาย
2. ท่านรู้สึกอย่างไรในการดูแลของ ญาติผู้ป่วยที่มีต่อตัวท่าน	ห่วงใยเรา เอาใจใส่เรามากขึ้น มี 1 ราย บอกว่าญาติที่ต้องคอยเอาแต่ยาให้กิน
3. ท่านคิดว่าญาติมีความรู้สึกอย่างไรต่อท่าน	อยากให้ตนเองหาย
4. ท่านคิดว่า สังคมมองท่านอย่างไร ปฏิบัติต่อท่านเหมาะสมไหม	เฉยๆ คิดว่าบ้าก็คงใช่ คิดว่าสังคมของเราต่ำต้อย แต่เขาไม่แสดงอาการรังเกียจตนเอง แต่บางคนก็หวังดี เพราะตนไม่เคยทำให้เดือดร้อน
5. ท่านมีความหวัง หรือตั้งความหวังอะไรบ้างในชีวิต	บางคนบอกไม่มี แต่อีก 3 ราย บอกอยากมีครอบครัวที่มีความสุข อยากมีลูก อยากให้ลูกเรียนสูงๆ อยากเลี้ยงวัว
6. ท่านคิดว่า การที่ท่านจะอยู่ในชุมชนนานที่สุด โดยไม่ต้องกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลบ่อยๆ ต้องอาศัยอะไรบ้าง	กินยาสม่ำเสมอ กำลังใจจากคนรอบข้าง เพราะว่าตนต้องมีชีวิตอยู่ต่อไป
7. ท่านพอใจในชีวิตประจำตัวไหม อยากเปลี่ยนแปลงอะไรบ้าง	ทุกรายบอกว่า พอใจในปัจจุบัน 2 ราย บอกไม่อยากจะเปลี่ยนแปลงอะไรอีก อีก 1 ราย บอกอยากเปลี่ยนแปลงคืออยากบวชเป็นพระ อีก 1 รายบอกอยากเปลี่ยนแปลงที่อยู่ จะสร้างเล้าไก่ เพื่อเลี้ยงไก่

จากตารางที่ 7 เป็นข้อมูลเกี่ยวกับทัศนคติของกลุ่มผู้ป่วย 4 ราย ที่มีต่อการเจ็บป่วยต่อญาติและชุมชน โดยผู้สัมภาษณ์ได้ถามเกี่ยวกับทัศนคติ โดยถามว่า ท่านรู้สึกอย่างไรต่อการเจ็บป่วยครั้งนี้ ผู้ป่วยบอกว่า

"คิดว่ามีโอกาสรักษาหาย ถ้าทำตามคำแนะนำของแพทย์"

"น้อยใจว่าเป็นโรคนี คิดว่ารักษาไม่หาย"

"เครียด คิดมาก แต่คิดว่ารักษาหาย"

"โรคนีไม่หายขาด ต้องไปหาหมอประจำ"

ส่วนความรู้สึกของผู้ป่วยต่อญาติในการดูแล ผู้ป่วยบอกว่า

"รำคาญที่คอยเอาแต่ยาให้กิน แต่ก็รู้ว่าอยากให้หาย"

"รู้สึกห่วงใยเรา เอาใจใส่เรามากขึ้น อยากให้หาย"

"ส่วนมากจะเอาใจเรา เอาใจเราทุกอย่างเลย"

"ดูแลเราดีขึ้น ไม่ต้องทำงานหนัก"

ความรู้สึกผู้ป่วยว่าญาติมีความรู้สึกอย่างไรต่อตนเอง

ผู้ป่วยทั้ง 4 คนบอกว่า ญาติอยากให้หายป่วยจากโรค

ผู้สัมภาษณ์ได้ถามผู้ป่วยต่อว่า สังคม ชุมชนมองท่านอย่างไร ปฏิบัติต่อท่านเหมาะสมไหม ผู้ป่วยบอกว่า

"เฉยๆ คิดว่าบ้าก็ใช่ แต่เขาไม่แสดงอาการรังเกียจเรา"

"แล้วแต่เขาแหละ ถ้าคิดว่าเป็นผีบ้า นั่นก็ใช่ แต่เขาไม่เคยทำให้ใครเดือดร้อน"

"เขาจะไม่ได้แสดงอาการรังเกียจเรา เขาจะดีกับเราเป็นห่วงเราคือกัน เฮ็ดน่านะดี"

"ชาวบ้านบ่ ชาวบ้านนี้คือว่ามันอยู่น่าเราคือเราเฮ็ดดีเขาจะดีน่าเรา แต่เขาไม่เคยทำให้เราเดือดร้อน"

ผู้สัมภาษณ์ถามต่อว่า ท่านมีความหวัง หรือตั้งความหวังอะไรบ้างในชีวิต ผู้ป่วยบอกว่า

"อยากเลี้ยงวัว อยากมีครอบครัวที่มีความสุข"

"อยากเลี้ยงลูก หาเงินส่งให้ลูกเรียนสูงๆ"

"ในชีวิตจะอยากได้หลายอย่าง อยากได้เฮือน อยากได้รถ"

"อยากเลี้ยงลูกให้ดีที่สุด ให้ลูกมีอนาคต มีการศึกษา"

ผู้สัมภาษณ์ได้ถามต่ออีกว่า ท่านคิดว่าการที่อยู่ในชุมชนนานที่สุด โดยไม่ต้องกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาล ต้องอาศัยอะไรบ้าง ผู้ป่วยบอกว่า

"กินยาสม่ำเสมอ กำลังใจจากคนรอบข้าง"

"กนิยาดี ปฏิบัติตัวดี ปฏิบัติตามบ้านเมืองเขา ไม่กินเหล้า ฝิ่น กล้วยา คมกาว ไม่เอาอีกแล้ว"

"กนิยาสม่าเสมอ มีกำลังใจจากคนรอบข้าง คิดว่าเราต้องมีชีวิตอยู่ต่อไป"

"กนิยา ไม่ทำงานหนัก ทำงานอยู่เือนกับลูกๆ"

ผู้สัมภาษณ์ถามต่อว่า ท่านพอใจในชีวิตประจำวันไหม อยากเปลี่ยนแปลงอะไรบ้าง ผู้ป่วยบอกว่า

"อยากบวชเป็นพระ"

"ไม่อยากจะเปลี่ยนแปลงอะไร"

"ไม่อยากจะเปลี่ยนอะไร พึงพอใจอยู่แล้ว"

"พอใจในชีวิตประจำวันอยู่แล้ว ไม่อยากจะเปลี่ยนแปลงอะไร"

ความพร้อมในด้านทัศนคติ

จากการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยมีทัศนคติต่อตนเองในด้านบวก คือ คิดว่าตนเองมีโอกาสรักหาหาย ถ้าทำตามคำแนะนำของแพทย์ กนิยาอย่างสม่ำเสมอและได้รับกำลังใจจากคนรอบข้าง ความรู้สึกที่มีต่อญาติ คือ คิดว่าญาติรู้สึกห่วงใย เอาใจใส่ตนเองมากขึ้น อยากให้ตนเองหาย และจากคำตอบ พบว่า กลุ่มผู้ป่วยมีความคาดหวัง มีการตั้งเป้าหมายในชีวิต คืออยากมีครอบครัวที่มีความสุข อยากมีลูก อยากให้ลูกเรียนสูงๆ อยากจะประกอบอาชีพเลี้ยงวัว เลี้ยงไก่ ซึ่งจากคำตอบที่ได้ แสดงให้เห็นว่า ผู้มีปัญหาทางจิตไม่ใช่เป็นผู้ไร้สมรรถภาพ ผู้ป่วยก็ยังคงเป็นมนุษย์คนหนึ่งที่ต้องดำรงชีวิตอยู่ในสังคม และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยทางจิตมีอาการทุเลา เมื่อกลับไปสู่ครอบครัว และชุมชน ระยะนี้จึงเป็นระยะที่มีความสำคัญต่อครอบครัวเป็นอย่างมาก ถ้าครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมสนับสนุน ดูแลให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย โดยมีบุคลากรทางการแพทย์ บริการสนับสนุนอื่นๆ ก็จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถอยู่บ้านและสังคมเดิมของเขาได้ (คณะกรรมการศูนย์บริการสุขภาพที่บ้าน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2542)

แต่จากคำตอบที่ได้ยังพบว่า กลุ่มผู้ป่วยมีทัศนคติในด้านลบต่อการเจ็บป่วยของตนเอง คือ รู้สึกอึดอัด น้อยใจ กลัวรักษาไม่หาย มี 1 ราย ที่รู้สึกรำคาญที่ญาติคอยควบคุมให้กนิยา คิดว่าสังคมของตนเองต่ำต้อย ซึ่งการเจ็บป่วยทางจิตเวช มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิตของผู้ป่วยทั้งทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม ทำให้การดำรงชีวิตเปลี่ยนแปลงไปทั้งหมด ด้านจิตใจทำให้เกิดปัญหาทางด้านอารมณ์ การปรับตัว รู้สึกเป็นปมด้อย ขาดความมั่นใจ พยายามแยกตัว ทำให้คุณค่าในตนเองลดลง เพราะต้องพึ่งพาและเป็นภาระของผู้อื่น ด้านครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงในครอบครัว เช่น ต้องมีผู้ดูแล มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว ด้าน

เศรษฐกิจ ทำให้รายจ่ายเพิ่มขึ้น หรือขาดรายได้ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัว และด้านสังคม เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถทำงาน ด้านสังคมรอบตัวก็จะเปลี่ยนแปลงไม่ยอมรับ รังเกียจ กลัว การพบปะเพื่อนฝูงน้อยลง เกิดการแยกตัวออกจากสังคม (คณะกรรมการศูนย์บริการสุขภาพที่บ้าน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2542) หากญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจต่อชีวิต รู้สึกอบอุ่นใจ มีคุณค่า มีครอบครัว มีคนต้องการ ห่วงใย เข้าใจ ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น

ตารางที่ 8 ข้อมูลเกี่ยวกับทัศนคติของกลุ่มญาติผู้ป่วยที่มีต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคจิต

คำถาม	ผู้ป่วย (4)
ทัศนคติ	
1. ท่านคิดว่า ผู้ป่วยโรคจิตเป็นคนอย่างไร (ความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วย)	- ญาติผู้ป่วยทุกรายจะบอกว่า สงสาร แต่ 2 รายบอกต่อว่าเฉยๆ อีก 2 รายบอก บางครั้งก็เบื่อ ท้อแท้ไปเลย เพราะบอกให้ไปหาหมอก็ไม่ไป
2. ท่านคิดว่า สังคมมองผู้ป่วยโรคจิตเป็นอย่างไร	- 2 รายบอกว่า อาจจะมองว่าเป็นบ้า แต่อีก 2 รายไม่รู้จิตใจผู้อื่น ต่างคนต่างความคิด ไม่ขอแสดงความคิดเห็น
3. ท่านคิดว่าสังคม หรือชุมชนมองครอบครัวคุณเป็นอย่างไร	- 3 รายบอกว่า ธรรมดาไม่คิดอะไร คิดว่ามองเหมือนคนทั่วไป แต่อีก 1 รายคิดว่าผู้ป่วยเป็นเพราะพ่อ-แม่ดู่มากเกินไป ลูกจึงเป็นอย่างนี้
4. ท่านคิดว่าผู้ป่วยโรคจิต มีความสามารถเหมือนคนทั่วไปหรือเปล่าเพราะอะไร	- ส่วนมากบอก ไม่เหมือนคนทั่วไป เพราะผู้ป่วยไม่ยอมช่วยทำงาน บางครอบครัวต้องให้ภรรยาเป็นผู้ดูแล เป็นหัวหน้าครอบครัวแทน
5. ท่านคิดว่า ผู้ป่วยโรคจิต ควรมีส่วนร่วมกับสังคมหรือไม่	- ทุกรายบอกให้เข้าร่วมได้ตามปกติ
6. ถ้าผู้ป่วยโรคจิตมีอาการรุนแรง ท่านรู้สึกอย่างไร ต้องการให้ใครช่วยเหลือบ้าง	- ทุกรายตอบสงสาร อยากช่วยเหลือ โดยพาไปโรงพยาบาลและต้องการให้หมอหรือคนใกล้ชิดพาไป
7. ท่านรู้ไหมว่าผู้ป่วยเป็นโรคอะไร	- 3 ราย บอกเป็นโรคประสาท และอีก 1 รายบอกประสาทตก
8. ท่านคิดว่าบุคคลที่เป็นโรคจิตมีโอกาสรักษาหายหรือไม่	- ทุกรายบอก หายได้ แต่ต้องกินยาต่อเนื่อง

จากตารางที่ 8 เป็นข้อมูลเกี่ยวกับทัศนคติของกลุ่มญาติผู้ป่วย 4 ราย โดยผู้สัมภาษณ์ได้ถามว่า ท่านคิดว่า ผู้ป่วยโรคจิตเป็นคนอย่างไร โดยให้ความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยบอกว่า

"สงสาร บางครั้งอยากฮ้ำย แต่กับฮ้ำย"

"บางเทื่อ กะเบื้อหน่ายเด็ละ ท้อแท้ไปเลย"

"กะรักษาเอาแหลว สงสารมันด้วย"

"อยากให้มันหาย อยากพาไปหาหมอ มันก็ไม่ไป"

ผู้สัมภาษณ์ถามต่อว่า ท่านคิดว่า สังคมมองผู้ป่วยโรคจิตเป็นอะไร ญาติผู้ป่วยบอกว่า

"ก็คงคิดว่ามันเป็นบ้ามั้ง เขาไม่รู้จิตใจเขา"

"ก็ธรรมดา เหมือนคนทั่วไป"

"บางครั้งก็คงคิดว่ามันเป็นบ้า เวลามันขึ้นแสงๆ" หมายถึงช่วงที่มีอาการรุนแรง

"เขาก็หัวว่ามันเป็นบ้าแล้ว"

ผู้สัมภาษณ์ถามต่อว่า แล้วสังคม ชุมชน มองครอบครัวคุณเป็นอย่างไร ญาติผู้ป่วย 3 ราย บอกว่าธรรมดาไม่คิดอะไร เหมือนคนทั่วไป เพราะยังมีการติดต่อกัน แต่อีก 1 ราย บอกว่า

"ผู้ป่วยมันเป็นเพราะพ่อ-แม่ดูค้ำมันเกินไป ลูกจึงเป็นอย่างนั้น"

ผู้สัมภาษณ์ได้ถามต่อว่า แล้วคิดว่าผู้ป่วยโรคจิต มีความสามารถเหมือนคนทั่วไปหรือไม่ เพราะอะไรญาติผู้ป่วยบอกว่า

"คิดว่าเหมือนเดิม เพราะยังช่วยงานได้ เช่น ซักผ้า ถูบ้าน"

"คิดว่ามีไม่เท่ากับคนทั่วไป อาจจะน้อยกว่า เพราะไม่ค่อยได้ออกสังคม"

อีก 2 ราย บอกว่า

"คิดว่ามีไม่เท่ากับคนปกติทั่วไป"

ผู้สัมภาษณ์ได้ถามต่อว่า ท่านคิดว่า ผู้ป่วยโรคจิต ควรมีส่วนร่วมกับการสังคมหรือไม่ ญาติผู้ป่วย 4 รายบอกว่า ทุกรายให้เข้าร่วมได้ตามปกติ

ผู้สัมภาษณ์จึงถามต่อว่า ถ้าผู้ป่วยโรคจิตมีอาการรุนแรง ท่านต้องการให้ใครช่วยเหลือบ้าง ญาติผู้ป่วยบอกว่า

"ก็หมอนั่นแหลว" หมายถึง เจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุขที่อยู่ใกล้บ้านมากที่สุด

"อยากให้เจ้าหน้าที่เป็นคนช่วยเหลือและดูแลรักษาด้วย"

"อยากให้หมอช่วยรักษาและให้คำปรึกษา แนะนำด้วย"

"อยากให้หมอช่วยรักษา"

ผู้สัมภาษณ์ได้ถามต่อว่า ท่านรู้ไหมว่าผู้ป่วยป่วยเป็นโรคอะไร

"เป็นโรคประสาท" ญาติผู้ป่วยให้คำตอบนี้ 3 ราย แต่อีก 1 ราย บอกว่า

"ประสาท คมกาว"

ผู้สัมภาษณ์จึงได้ถามต่อว่า ท่านคิดว่าบุคคลทั่วไปเป็นโรคจิตมีโอกาหายากจากโรคนี้หรือไม่ ญาติผู้ป่วยบอกว่า

"ถ้ามียา มีชูแนว จะได้อยู่ได้" หมายถึง ถ้ามียา มีเงิน ความพร้อมทุกอย่างจะดี

"ถ้ากินยาที่มีโอกาหายากได้" มี 2 รายตอบต้องให้ยาช่วย

"ถ้ากินยาและพาไปหาหมอก็หายได้"

สำหรับทัศนคติในกลุ่มญาติพบว่า มีทัศนคติทั้งด้านบวกและด้านลบในขณะเดียวกัน โดยญาติมีความรู้สึกสับสน บางครั้งอยากจะดูแล แต่ก็ไม่กล้า พาไปปรึกษา คิดว่าสังคมหรือชุมชนมองครอบครัวตนเองตามธรรมดาทั่วไป ไม่คิดอะไร และยังมีการติดต่อกันตามปกติ ญาติทุกรายมองว่าผู้ป่วยโรคจิตควรมีส่วนร่วมกับสังคมได้ตามปกติ จากการสัมภาษณ์ส่วนมากจะบอกว่า ถ้าผู้ป่วยโรคจิตมีอาการรุนแรง ญาติรู้สึกสับสน อยากจะช่วยเหลือโดยพาไปโรงพยาบาล และต้องการให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นคนช่วยเหลือ ดูแลให้คำปรึกษา คำแนะนำได้ ญาติยังมีความหวังว่าผู้ป่วยโรคจิตมีโอกาที่จะหายจากโรคได้ถ้ากินยาตลอด ไปพบแพทย์ หากมียา มีเงิน ความพร้อมทุกอย่างจะดี สังเกตจากคำตอบที่ได้ เนื่องจากผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชนที่ศึกษา มีอาการไม่รุนแรงมากนัก ส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการรักษากลายเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวช และระยะเวลาที่เจ็บป่วยส่วนมากยังไม่ถึง 5 ปี ญาติจึงยังมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยอยู่ เกิดความรู้สึกสับสน อยากพาไปปรึกษาและมีความหวังว่าผู้ป่วยจะหาย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ รุจิรา จงสกุล และคณะ (2539) พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่เคยอยู่รักษาในโรงพยาบาลมีเจตคติต่อผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ขณะที่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่เคยอยู่รักษามีเจตคติต่อผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้เนื่องจากครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่เคยอยู่รักษา เคยมีประสบการณ์ต้องเผชิญกับอาการ และพฤติกรรมของผู้ป่วยที่รุนแรงมากกว่า จนญาติทนอาการหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยไม่ไหว จึงได้นำผู้ป่วยมารักษาในโรงพยาบาล ส่วนครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่เคยอยู่รักษา จึงไม่มีประสบการณ์ในจุดนี้ หรือน้อยกว่า จึงยังคงมีเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภท

จากผลการศึกษาดังกล่าว ถ้าหากมีการส่งเสริมให้กลุ่มญาติเหล่านี้ได้มีความรู้ ความเข้าใจ ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเพิ่มมากขึ้น เมื่อญาติพบปัญหาเกิดความเครียดและรู้สึกวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วย ก็สามารถพูดคุยปรึกษา ให้กำลังใจกันในกลุ่มญาติ มีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม หาแหล่งสนับสนุนทางสังคม ขอความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ ก็จะช่วยให้ญาติมีจิตใจที่สบาย ไม่กังวล การปฏิบัติต่อสิ่งอื่นๆ ก็ดีตามมา ส่งผลให้การดูแลเอาใจใส่จากญาติเป็นอย่างดี ก็จะช่วยสนับสนุนให้อยู่ในชุมชนได้ยาวนานมากยิ่งขึ้น ลดภาวะอาการกำเริบซ้ำได้

ผลการสัมภาษณ์ยังพบว่า ญาติยังมีทัศนคติต่อผู้ป่วยด้านลบอยู่บางส่วน คือ ในมุมมองที่มองด้านความสามารถของผู้ป่วย ญาติส่วนใหญ่คิดว่าผู้ป่วยโรคจิตมีความสามารถไม่เท่ากับคนทั่วไป หรืออาจจะน้อยกว่า เพราะไม่ค่อยได้ออกสังคม ผู้ป่วยบางราย ไม่ยอมช่วยทำงาน บางครอบครัวต้องให้ภรรยาเป็นผู้ดูแล เป็นหัวหน้าครอบครัวแทน ญาติจึงเกิดความรู้สึกว่าผู้ป่วยเป็นภาระ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ นิตยา ตากวิริยะนันท์ (2535, อ้างใน วารุณี ตั้งเสรี และคณะ, 2538) ที่ทำการศึกษารื่อง พฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทที่ก่อให้เกิดความยุ่งยากลำบากใจแก่ญาติขณะอยู่ที่บ้าน พบว่า พฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความยุ่งยากลำบากใจแก่ญาติที่พบได้บ่อยเรียงตามลำดับคือ ไม่ยอมทำงานหาเลี้ยงชีพ ไม่ยอมช่วยงานบ้าน ไม่ดูแลอนามัยของตัวเอง

ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ เมื่อพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ ญาติต้องหยุดกิจการงานประจำทั้งวัน ใช้เงินเพิ่มขึ้นในการดูแลรักษา กำลังสำคัญของบ้านในการหารายได้เข้าครอบครัว และในด้านตัวผู้ป่วยเองถึงแม้จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว ยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง และมีปัญหาในการดำเนินชีวิต เช่น การเรียน การทำงาน ตลอดจนการตัดสินใจ และการปรับตัวต่อปัญหาไม่คล่องตัว (สุวทนา อารีพรพร, 2524)

จากคำตอบที่ได้ หากสามารถปรับเปลี่ยนทัศนคติของญาติที่มีต่อผู้ป่วย ให้เป็นไปในทางดีบวก โดยจัดให้มีการให้ความรู้แก่ญาติในการฟื้นฟูผู้ป่วย การฝึกอาชีพ เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถประกอบอาชีพหรือช่วยเหลือญาติประกอบอาชีพได้ก็จะเป็นภาระแก่ครอบครัวต่อไป

ตารางที่ 9 ข้อมูลเกี่ยวกับทัศนคติของกลุ่มเพื่อนบ้าน และ อสม. ที่มีต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคจิต

คำถาม	เพื่อนบ้าน (4)	อสม. (4)
ทัศนคติ		
1. รู้สึกอย่างไรกับผู้ป่วยโรคจิต	- สงสาร อยากช่วยเหลือ อยากให้หายจากโรคแต่ไม่เคยรังเกียจ	- สงสาร ไม่อยากให้เป็น บางครั้งเฉยๆ
2. ความรู้สึก ถ้ามีผู้ป่วยโรคจิตในหมู่บ้านเป็นอย่างไร	- สงสาร ไม่อยากให้เป็น แต่บางครั้งบอกธรรมดา ไม่ได้คิดอะไร	- พุดล้าปาก สงสาร แต่ไม่รังเกียจ
3. ถ้าเป็นญาติของตนเอง เป็นจะมี ความรู้สึกอย่างไร	- เสียใจมาก	- เสียใจ สงสาร ไม่อยากให้เป็น อยากให้กำลังใจญาติ
4. สังคมมองผู้ป่วยโรคจิต เป็นอย่างไร	- เฉยๆ ไม่ได้รังเกียจ	- รังเกียจ บางครั้งก็คิดว่าไม่ใช่คนทั่วไปเหมือนกัน แต่ไม่ถือสา ไม่ได้ล้อเลียน
5. สังคมมองครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเป็นอย่างไร	- เฉยๆ ธรรมดา ไม่ได้คิดอะไร	- ถือว่าปกติทั่วไป แต่บางรายบอกแล้วแต่บุญแต่กรรม แต่ก็ไม่ได้รังเกียจ
6. ท่านคิดว่าสังคมอยากให้ผู้ป่วยโรคจิตเข้าร่วมงานมหรสหหรือ	- อยากให้เข้าร่วมงานทุกอย่าง แต่ต้องอาการดีขึ้นหรือทุเลาลง	- ต้องการให้มีส่วนร่วมจริงจัง แต่ถ้าบางคนก็ไม่ร่วม เพราะจากอาการ
7. ถ้าผู้ป่วยมีอาการรุนแรง รู้สึกอย่างไร	- ช่วยดูแล พาไปหาหมอ แต่คงต้องควบคุมไม่มีอันตราย	- รู้สึกสงสาร ช่วยควบคุมดูแล และให้คำแนะนำญาติ พยายามให้กำลังใจญาติ
8. ท่านอยากให้ผู้ป่วยโรคจิตอยู่ในชุมชนมีอาการหรือพฤติกรรมอย่างไร	- เหมือนกับชาวบ้านทั่วไป พุดคุยกับทุกคนได้ สนุกสนานได้	- ไม่ให้มีอาการคลุ้มคลั่ง ให้เหมือนคนทั่วไปพบปะผู้คน ไม่ได้เก็บตัวเอง

จากตารางที่ 9 เป็นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติของกลุ่มเพื่อนบ้าน และ อสม. แต่จะอธิบายถึงกลุ่มของเพื่อนบ้าน 3 รายก่อน โดยผู้สัมภาษณ์ได้ถามถึง ความรู้สึกของเพื่อนบ้าน ต่อผู้ป่วยโรคจิต เพื่อนบ้านบอกว่า

"รู้สึกธรรมดา ไม่ได้รังเกียจอะไร"

"สงสาร อยากช่วยเหลือ ไม่ได้รังเกียจ สงสารเขาอยากให้เขาได้ดี"

"อยากให้เขาหายจากโรค ก็ไม่ได้คิดอะไร"

ผู้สัมภาษณ์จึงถามต่อว่า ความรู้สึก ถ้ามีผู้ป่วยโรคจิตในหมู่บ้านเป็นอย่างไร เพื่อนบ้านบอกว่า

"ก็ไม่รู้สึกอะไร ธรรมดา"

"สงสาร ไม่ได้รังเกียจ"

"ปกติ เพราะที่เป็นปัจจุบันก็ไม่ได้รุนแรงมาก"

ผู้สัมภาษณ์จึงได้ถามต่ออีกว่า ถ้าเป็นญาติของตนเอง จะมีความรู้สึกอย่างไร เพื่อนบ้านบอกว่า

"จะรู้สึกเสียใจ ถ้าเป็นตามที่ว่านี่"

"ธรรมดา ก็จะพาไปหาหมอรักษา และเช็กสมอง"

"ก็ถือว่าเป็นเรื่องธรรมดา"

ผู้สัมภาษณ์ได้ถามต่อว่า แล้วสังคมมองผู้ป่วยโรคจิตเป็นอย่างไร เพื่อนบ้านบอกว่า

"คิดว่าเป็นธรรมดา ถือว่าเป็นหยั่ง" หมายถึงไม่ได้เป็นอะไร

"สงสาร ไม่ได้รังเกียจอะไร"

"ธรรมดา ไม่ได้คิดอะไร"

ผู้สัมภาษณ์จึงได้ถามต่อว่า แล้วสังคมมองครอบครัวโรคจิตเป็นอย่างไร เพื่อนบ้านบอกว่า

"ไม่ได้คิดอะไร ถือว่าเป็นเรื่องธรรมดา"

"ธรรมดา อาจจะสงสารเพราะมีผู้ป่วยอยู่ในบ้านด้วย"

"ธรรมดา ไม่ได้คิดอะไร"

ผู้สัมภาษณ์ถามต่อว่า ท่านคิดว่า สังคมอยากให้ผู้ป่วยโรคจิต เข้าร่วมงานมหรสพหรือไม่ เพื่อนบ้านบอกว่า

"ให้ร่วมงานในหมู่บ้านถือว่าเป็นเรื่องธรรมดา"

"ไม่คิดรังเกียจถ้าจะร่วมสังสรรค์งานวัด งานบุญ แต่ว่าควรจะอาการดีขึ้น รู้เรื่อง"

"ก็ให้เข้าร่วมงานตามปกติ ถ้าไม่มีอาการรุนแรง"

ผู้สัมภาษณ์จึงได้ถามต่อว่า ถ้ามีผู้ป่วยอาการรุนแรง รู้สึกอย่างไร เพื่อนบ้านบอกว่า

"ถ้ามันขึ้น ถือมีดพริ้ว มันก็น่ากลัว แต่ก็คงจะช่วยพูด ให้มันวางมีด พริ้ว ก่อน"

"ก็จะไปช่วยดู พาไปปรึกษาหมอบอกว่าเป็นเพราะอะไรจึงมีอาการขึ้นมา"

"ต้องคอยระวัง ต้องแก่นิสัยให้เร็วที่สุด ต้องพูดต้องคุย"

ผู้สัมภาษณ์ได้ถามต่ออีกว่า ท่านอยากให้ผู้ป่วยโรคจิตอยู่ในชุมชนมีอาการหรือพฤติกรรม
อย่างไร เพื่อนบ้านบอกว่า

"พูดคุยกับคนอื่นได้ สนุกสนาน หัวม่วนนำหมู่พวก"

"ให้เหมือนชาวบ้านทั่วไป"

"ขอให้เหมือนชาวบ้านทั่วไป ไม่อาละวาด ธรรมดาทั่วไป"

ผู้สัมภาษณ์จะพูดถึง ข้อมูลที่เกี่ยวกับทัศนคติของกลุ่ม อสม. ต่อว่า มีความรู้สึกอย่างไรกับผู้
ป่วยโรคจิต อสม. ทั้ง 4 รายบอกว่า

"เป็นปกติ ธรรมดา ไม่ได้รู้สึกรังเกียจแต่อย่างใด"

"รู้สึกสงสาร"

"สงสาร ไม่อยากให้เป็น"

"สงสารและไม่เคยรังเกียจผู้ป่วย"

ผู้สัมภาษณ์ได้ถามต่อว่า ถ้ามีคนในหมู่บ้านเป็นจะรู้สึกอย่างไร อสม. ทั้ง 4 รายบอกว่า

"ก็ไม่ได้รู้สึกรังเกียจแต่อย่างไร"

"สงสารเช่นกัน"

"ก็สงสาร ไม่อยากให้ใครเป็น"

"ก็คงไม่ได้รังเกียจอะไร"

ผู้สัมภาษณ์ได้ถามต่ออีกว่า แต่ถ้าผู้ป่วยโรคจิตเป็นญาติของตนเอง จะรู้สึกอย่างไร อสม.
บอกว่า

"ก็อยากให้กำลังใจญาติ และรู้สึกสงสาร"

"ก็สงสารเช่นกัน"

"เสียใจ พูดลำบาก ไม่อยากให้เป็น"

"สงสาร เห็นใจไม่คิดรังเกียจ"

ผู้สัมภาษณ์ได้ถามต่อถึงสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเป็นอย่างไร อสม. ทั้ง 4 รายบอกว่า

"เขามองเหมือนคนบ้า แต่ไม่ได้ล้อเลียนอะไร"

"ไม่คิดอะไร ไม่ถือสา"

"บางคนรังเกียจ ส่วนตัวไม่ได้คิดอะไร เป็นคนทั่วไปเหมือนกัน"

"ก็คงไม่ได้รังเกียจอะไร"

ผู้สัมภาษณ์ได้ถามต่อว่า แล้วสังคมมองครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเป็นอย่างไร อสม. ทั้ง 4 ราย
บอกว่า

"ก็ปกติเหมือนคนทั่วไป ไม่ได้รังเกียจ"

"แล้วแต่บุญแต่กรรม"

"ธรรมดา ไม่คิดอะไร"

"ก็รู้สึกสงสาร เห็นใจ และไม่คิดรังเกียจ"

ผู้สัมภาษณ์ได้ถามต่อว่า ท่านคิดว่าสังคมอยากให้ผู้ป่วยโรคจิต เข้าร่วมงานมหรสพ หรือไม่
อสม. ทั้ง 4 รายบอกว่า

"อยากให้ร่วมสังคมหรืองานต่างๆ"

"ไม่เคยรังเกียจถ้าผู้ป่วยจะเข้าสังคม และงานต่างๆ"

"ถ้าเขาต้องการก็ไม่ว่าอะไร ไม่คิดอะไร"

"ไม่คิดรังเกียจให้เข้าร่วมงานต่างๆได้"

ผู้สัมภาษณ์ได้ถามต่อว่า ถ้าผู้ป่วยมีอาการรุนแรงจะรู้สึกอย่างไร อสม. ทั้ง 4 ราย บอกว่า

"ก็ให้กำลังใจญาติ และให้การควบคุมดูแล"

"แนะนำเรื่องให้กินยา"

"รู้สึกสงสาร"

"หาวิธีลดการคลุ้มคลั่ง ช่วยกันดูแลให้กำลังใจ"

ผู้สัมภาษณ์ได้ถามต่ออีกว่า ท่านอยากให้ผู้ป่วยโรคจิตอยู่ในชุมชนมีอาการหรือพฤติกรรม
อย่างไร อสม. ทั้ง 4 รายบอกว่า

"ไม่ให้คลุ้มคลั่ง ให้เหมือนคนทั่วไป"

"พบปะผู้คนบ้าง ไม่ให้เก็บตัว"

"ไม่ทราบเหมือนกัน"

"ให้กินยาสม่ำเสมอ หมั่นให้หมอตรวจประจำ"

การศึกษาทัศนคติของกลุ่มเพื่อนบ้าน และ อสม. พบว่า ในด้านความรู้สึกต่อผู้ป่วยโรคจิต
ทุกรายบอกตรงกันว่า รู้สึกสงสาร อยากช่วยเหลือ ไม่อยากให้เป็น ไม่เคยรังเกียจ ส่วนมุมมองของ
สังคม ก็ถือว่าเป็นปกติทั่วไป ไม่ได้รังเกียจอะไร ในส่วนการเข้าสังคมทั้ง 2 กลุ่ม อยากให้มีส่วนร่วม
ไม่คิดรังเกียจ ถ้าจะร่วมสังสรรค์ งานวัด งานบุญ เข้าร่วมได้ตามปกติ แต่ทั้งนี้ควรระวัง อาการดีขึ้น
เรื่อง เมื่อถามต่อว่า หากผู้ป่วยมีอาการรุนแรงรู้สึกอย่างไร ทั้งสองกลุ่มบอกรู้สึกน่ากลัว แต่บางรายก็
จะช่วยพูดหาสาเหตุว่าเป็นเพราะอะไรจึงมีอาการขึ้นมา และจะให้กำลังใจแก่ญาติให้การควบคุม

ดูแล แนะนำให้กินยา หาวิธีลดอาการคลื่นคลั่ง ส่วนอาการหรือพฤติกรรมที่อยากให้ผู้ป่วยโรคจิตอยู่ในชุมชนได้ คือ ไม่คลื่นคลั่ง อาละวาด มีการพบปะผู้คนบ้าง ไม่เก็บตัว สนุกสนานเหมือนชาวบ้านทั่วไป กินยาสม่ำเสมอ หมั่นไปพบแพทย์

จากคำตอบที่ได้ พบว่า สังคมและสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยยังให้การยอมรับและมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยอยู่ ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้ก็จะส่งผลดีต่อผู้ป่วย หากสังคมให้การยอมรับ เปิดโอกาสให้เข้าร่วมกิจกรรมสังคม ก็จะช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ดีขึ้น และเป็นการเพิ่มความรู้สึกทางบวกให้กับผู้ป่วยด้วย จากการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยบอกเองว่า สิ่งหนึ่งที่ต้องการเพื่อให้ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้นาน คือ กำลังใจจากบุคคลรอบข้าง

แต่เมื่อสังเกตคำตอบต่อไป ในกลุ่มเพื่อนบ้าน และ อสม. ส่วนใหญ่บอกเหมือนกันว่าอยากให้ผู้ป่วยโรคจิตอยู่ในชุมชน เข้าร่วมงานได้ ทั้งนี้ผู้ป่วยต้องมีอาการสงบ รู้เรื่อง ไม่อาละวาด ถ้าผู้ป่วยมีอาการกำเริบรุนแรง ถือมีคิพรั้งน่ากลัว รู้สึกไม่ปลอดภัย ความรู้สึกด้านลบที่มีต่อผู้ป่วยก็จะแสดงออกมา อาจจะรังเกียจ ไม่ต้องการให้เข้าใกล้หรือไม่อยากให้อยู่ในสังคมต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วารุณี ตั้งเสรี และคณะ (2538) ที่กล่าวว่า อาการก้าวร้าว หวาดระแวง ประสาทหลอน เป็นอาการที่เห็นได้ชัดเจน มีความน่ากลัว มีลักษณะคุกคามต่อความปลอดภัยของญาติ หรือผู้ที่อยู่ใกล้ชิด จึงทำให้ญาติหรือบุคคลรอบข้างเกิดความรู้สึกกลัวได้ และต้องเร่งรีบพามารักษาในโรงพยาบาล จากผลการศึกษาที่ได้หากนำไปประยุกต์ใช้ โดยจัดอบรมให้ความรู้แก่กลุ่มเพื่อนบ้าน และ อสม. ในเรื่องของโรคจิต ลักษณะ อาการ สาเหตุของโรค การดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่อยู่ในชุมชน การช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบรุนแรง รวมถึงการส่งต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อทำการรักษา และหากกลุ่มเพื่อนบ้าน และ อสม. นำความรู้ที่ได้รับไปใช้ให้เป็นประโยชน์ โดยการติดตามเยี่ยม ให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน รวมถึงถ่ายทอดความรู้แก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วย เมื่อพบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน ก็สามารถขอคำแนะนำหรือความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จะเป็นส่วนช่วยสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ตารางที่ 10 ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติของกลุ่มผู้ป่วย

คำถาม	ผู้ป่วย (4)
การปฏิบัติ	
1. ใน 1 วัน ท่านบอกได้ไหมว่าท่านทำอะไรบ้าง ตั้งแต่เช้าจนถึงก่อนเข้านอน	- ส่วนมากผู้ป่วยทั้งหมดบอกตื่นเช้า ล้างหน้า ทำกิจวัตรส่วนตัว ตื่นประมาณ 7-8 โมงเช้า ช่วยทำงาน ทำนา ชักเสื่อผ้า ดูแลบ้าน จากการซักถามส่วนมากจะบอกไม่ได้ ไปไหนต่อตอนเย็น กลับบ้านหรืออยู่บ้าน กินข้าว เข้านอน
2. จากการที่เล่าว่ามีปัญหาอะไร ถ้ามี แก้ไขอย่างไร	- 3 ราย ปฏิเสธปัญหา บอกส่วนมากถ้ามีปัญหาจะแก้ไข ปัญหาโดยปรึกษาคนในครอบครัวตนเอง อีก 1 ราย บอกมีปัญหาหลงลืม แต่บอกไม่มีใครช่วยได้ ต้องช่วยตัวเอง
3. เมื่อท่านเกิดอาการรุนแรง ครอบครัวท่านทำอย่างไร	- ส่วนมากบอกพาไปหาหมอ และมีญาติช่วยดูแลร่วมด้วย โดยเอายาให้กินก่อน แล้วก็นอนหรือพาไปหาหมอเลย
4. ท่านต้องการให้ญาติปฏิบัติต่อท่านอย่างไรบ้าง และอยากให้ชุมชนปฏิบัติต่อท่านอย่างไร	- ไม่ต้องบังคับให้กินยาและบอกอยากได้กำลังใจจากญาติและชุมชน
5. หลังจากเจ็บป่วยท่านยังเข้าร่วมสังคมหรือไม่	- ทุกรายบอกยังเข้าสังคมเหมือนเดิม มีทั่วไปคุยกับเพื่อนที่บ้าน หรือมีเพื่อนมาคุยที่บ้าน
6. ท่านมีงานทำเพื่อสร้างหลักฐานให้กับตัวเองหรือไม่	- 2 รายบอกว่า เคยไปรับจ้างที่ต่างจังหวัด แต่ช่วงหลังมีอาการจะกลับมาอยู่บ้าน ช่วยงานที่บ้าน อีก 2 ราย บอกช่วยงานที่บ้าน
7. ท่านมีวิธีการดูแลตนเองอย่างไรบ้าง เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง	- ทุกรายบอก รับประทานยา นอนให้เพียงพอ ดูแลร่างกาย เอาใจใส่ตนเอง ไม่คิดมาก หางานทำไม่ให้ว่าง อดยาเสพติด
8. ท่านคิดว่ามีปัจจัยอะไรบ้าง ที่มีส่วนช่วยให้ท่านอยู่ในชุมชนได้นานที่สุด และใครบ้างที่ช่วยให้ท่านอยู่ในชุมชนได้นานที่สุด	- ทุกรายจะบอกว่าญาติจะมีส่วนช่วยให้ตนเองอยู่ในชุมชนได้นานที่สุด

จากตารางที่ 10 เป็นข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติของกลุ่มผู้ป่วย 4 ราย โดยผู้สัมภาษณ์ได้ถามถึงการปฏิบัติตัวใน 1 วัน ว่าทำอะไรบ้าง ตั้งแต่เช้าจนถึงก่อนเข้านอน ผู้ป่วยทั้ง 4 รายบอกว่า

"ตื่นขึ้นล้างหน้าประมาณ 8 โมงเช้า เก็บที่หลับที่นอน กินข้าวช่วยกันดำนานา บางครั้งก็นอน กลับมาก็กินข้าว กินยา บางทีก็ช่วยตักน้ำใส่โอ่งบ้าง แล้วก็อาบน้ำเข้านอน"

"ตื่นเช้า ไปทำนา ทำสวน เลี้ยงวัว ว่างก็ทำนา ปลูกมะเขือ ขายเห็ด กลับบ้านตอนเย็น ก็ไปคุยกับเพื่อน ไปแย่งปลากัด กลับบ้าน กินข้าว นอน แค่นี้ละ"

"แต่ก่อนเคยไปรับจ้างที่ปทุม รับจ้างตัดเย็บเสื้อผ้า แต่ปัจจุบัน อยู่บ้าน เป็นแม่บ้าน ก็มีไปช่วยทำนาบ้างเป็นบางครั้ง"

"ตื่นเช้าก็นั่งข้าว ทำกับข้าว หาให้ลูกกิน ไปโรงเรียน บางทีก็ออกไปรับจ้างได้วันละ ชาว-สามสิบ"

ผู้สัมภาษณ์ได้ถามถึงปัญหาที่พบจากการทำกิจวัตรประจำวัน และถ้ามีแก้ไขอย่างไรบ้าง ผู้ป่วย 4 รายบอกว่า

3 ราย ปฏิเสธปัญหา บอก "ทำเองได้ทั้งหมด"

1 ราย บอกว่า "ปัญหาหลงลืม แต่ก็ต้องช่วยตัวเอง"

ผู้สัมภาษณ์ได้ถามต่อว่า ถ้าเกิดอาการรุนแรง ครอบครัวท่านทำอะไร ผู้ป่วย 4 รายบอกว่า

"ส่วนมากไปหาหมอ"

"ไปหาหมอ"

"ให้กินยา ให้นอน"

"มีญาติช่วยดูแลพาไปหาหมอ"

ผู้สัมภาษณ์ได้ถามต่อถึงความต้องการให้ญาติปฏิบัติต่อท่านอย่างไรบ้าง และอยากให้ชุมชนปฏิบัติต่อท่านอย่างไร ผู้ป่วย 4 รายบอกว่า

"ให้กำลังใจก็พอแล้ว"

"ไม่อยากจะบังคับให้กินยา"

"ธรรมดา อย่างนี้ก็ดีแล้ว"

"ปกติ ก็ดีอยู่แล้ว"

ผู้สัมภาษณ์จึงถามต่ออีกว่า หลังจากเจ็บป่วยท่านยังเข้าร่วมสังสรรค์กับสังคมหรือไม่ ผู้ป่วย 4 รายบอกว่า

"ส่วนมากก็ยังไปพูดคุยกับเพื่อนๆเหมือนเดิม"

"ไป เหมือนเดิม"

"ทำเหมือนเดิม มีพูดคุยกับเพื่อน บางครั้งเพื่อนจะมาคุยด้วยที่บ้าน"

"เข้าร่วมเหมือนเดิม"

ผู้สัมภาษณ์จึงได้ถามต่อว่า ท่านมีงานทำเพื่อสร้างหลักฐานให้กับตัวเองหรือไม่ ผู้ป่วย 2 รายบอกเคยไปรับจ้างต่างจังหวัด แต่ช่วงหลังมีอาการก็กลับมาอยู่บ้าน แต่อีก 2 รายบอกว่า ช่วยทำนา ทำไร่ อยู่บ้าน

ผู้สัมภาษณ์จึงได้ถามเกี่ยวกับวิธีการดูแลตนเองอย่างไรเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตน ผู้ป่วยทั้ง 4 รายบอกว่า

"กินยา ไม่ให้ออกแดดมาก รักษาร่างกายให้แข็งแรง"

"กินยาดี ปฏิบัติตัวดี ไม่กินเหล้า ฝิ่น กัญชา ดมกาว ไม่เอาอีกแล้ว"

"กินยาสม่ำเสมอ ได้กำลังใจจากคนรอบข้าง คิดว่าเราต้องมีชีวิตอยู่ต่อไป"

"ต้องไปหาหมอประจำ ต้องใช้ยาช่วย ไม่คิดมาก หางานทำไม่ให้ยุ่ง"

ผู้สัมภาษณ์จึงได้ถามถึงปัจจัยที่ช่วยให้ท่านอยู่ในชุมชนได้นานที่สุด และใครบ้างที่ช่วยให้ท่านอยู่ในชุมชนได้นานที่สุด ผู้ป่วยทั้ง 4 รายบอกว่า

"กินยาสม่ำเสมอ ได้กำลังใจจากคนรอบข้าง" (หมายถึงญาติใกล้ชิด)

"กินยาดี ปฏิบัติตัวดี ก็ไม่ต้องกลับไปรักษาโรงพยาบาลแล้ว"

"กินยาสม่ำเสมอ ได้กำลังใจจากคนรอบข้าง" (หมายถึงญาติใกล้ชิด)

"พอใจในชีวิต และกินยาสม่ำเสมอ"

จากตารางที่ 10 เป็นข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติของกลุ่มผู้ป่วย จะเห็นว่า ใน 1 วัน ส่วนมากผู้ป่วยจะทำกิจวัตรส่วนตัวเสร็จตั้งแต่ 7 โมงเช้า แล้วออกไปช่วยงาน ทำนา ชักเสื่อผ้า ดูแลบ้าน ในกรณีช่วยทำงาน แต่จะมีเป็นแค่บางวันเท่านั้น และตอนเย็นส่วนมากจะไม่ได้ออกไปไหน กลับบ้าน กินข้าว เข้านอน จากการซักถามจะไม่ค่อยมีปัญหา แต่ถ้ามีจะแก้ปัญหาเองไม่ได้ปรึกษาคนรอบข้าง แต่จะปรึกษาคนในครอบครัวตนเอง แต่ผู้ป่วยทุกราย ไม่ต้องการบังคับให้กินยาและอยากได้กำลังใจจากชุมชน ผู้ป่วยทุกรายในชุมชนนี้ยังเข้าสังคม พูดคุยกับเพื่อนบ้านตามปกติ ส่วนวิธีการดูแลตนเองทุกรายบอกเลยว่า ต้องรับประทานยา เอาใจใส่กับร่างกาย ตนเองไม่คิดมาก หางานทำ งดยาเสพติด และนอนพักผ่อนให้เพียงพอ และที่สำคัญคือ ญาติจะมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนให้มากที่สุด

ตารางที่ 11 ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของกลุ่มญาติผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยโรคจิตขณะอยู่ที่บ้าน

คำถาม	ญาติผู้ป่วย (4)
การปฏิบัติ	
1. ท่านมีวิธีการดูแลผู้ป่วยอย่างไร บ้าง ตั้งแต่เช้านถึงเข้านอน (กิจวัตรประจำวัน การทำงาน การขับถ่าย สุขวิทยาส่วนบุคคล)	- ทุกรายบอก สามารถทำกิจวัตรเองได้ โดยไม่ต้องช่วยเหลือ ส่วนการทำงานบางรายบอกว่า ทำบ้างไม่ทำบ้าง แต่มักนอนตื่นสายเป็นประจำ แต่ว่าไม่ค่อยคิดว่าอะไร การพักผ่อนปกติทุกราย
2. อาการของผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลตอนนี้เป็นอย่างไ	- ทุกรายตอบ ช่วยตนเองได้หมด บางรายก็ไปรับจ้าง แต่ไม่ประจำ อาการทางจิตสงบ ไม่มีปัญหาอะไร
3. ผู้ป่วยได้ทำงานหรือไม่ ถ้าทำได้ทำงานอะไร ได้ช่วยงานอื่นหรือไม่	- มี 1 ราย ที่บอกว่า ออกไปรับจ้างข้างนอกบ้างแต่ไม่ได้ทำประจำ ส่วนอีก 3 รายบอกช่วยงานบ้านพอได้ ก็มีทำบ้างไม่ทำบ้าง เช่น ช่วยดำนนา ทำนา ช่วยเอาน้ำเข้าตู้เย็น ส่วนงานบ้านมีช่วยบ้าง แต่ต้องบอกร่วมด้วย
4. ท่านเคยมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วย บ้างหรือไม่	- ส่วนมากตอบไม่มีปัญหาในการดูแล เพราะถ้ามีจะรีบไปพบแพทย์ แต่ปัญหาที่พบคือ ปัญหาทางเศรษฐกิจ
5. ท่านมีวิธีการจัดการแก้ไขปัญหาย่างไร	- ถ้ามีปัญหาทางด้านการเงิน ก็จะหาขยืมญาติพี่น้อง เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการพาไปพบแพทย์
6. ท่านเคยไปขอความช่วยเหลือจากคนอื่นหรือไม่	- 3 ราย ตอบเคยไปขอความช่วยเหลือจากญาติและเพื่อนบ้านด้วย ส่วนอีก 1 ราย บอกไม่เคยไป
7. ท่านมีวิธีการสนับสนุน หรือส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวถูกต้องอย่างไร	- ส่วนมากตอบให้กำลังใจ ไม่ให้ดื่มเหล้า , ไม่ให้สูบบุหรี่ และให้รับประทานยาตามแพทย์สั่ง
8. ท่านมีวิธีการดูแลผู้ป่วยอย่างไร ได้ รับคำแนะนำจากใคร	- ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย เพื่อนบ้าน มาช่วยพูดแนะนำไม่ให้ดื่มเหล้า ให้พักผ่อนให้เพียงพอ และให้รับประทานยาประจำ
9. ถ้าผู้ป่วยมีอาการจะเชื่อฟังใครมากที่สุด	- ผู้ใหญ่ข้างบ้าน , เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย และคนในครอบครัว เรียงตามลำดับ

ตารางที่ 11 ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของกลุ่มญาติผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยโรคจิตขณะอยู่ที่บ้าน (ต่อ)

คำถาม	ญาติผู้ป่วย (4)
10. แหล่งสนับสนุนที่ให้ความช่วยเหลือในชุมชน ในการดูแลให้ผู้ป่วยโรคจิตอยู่ในชุมชนนานที่สุดมีอะไรบ้าง	- อยากให้สงเคราะห์ยาฟรี อยากรับยาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ให้เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย มาช่วยดูแลบ้าง
11. ความคาดหวังใครบ้างที่มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วย อยู่ในชุมชนได้นานที่สุด	- คาดหวังจากสถานีอนามัย ให้เจ้าหน้าที่เอายามาให้ มาตรวจเยี่ยมบ้างเป็นครั้งคราว - คาดหวังจากโรงพยาบาลชุมชนให้ตรวจเช็คสมอง ช่วยเอายามาให้ครบ ขอใบส่งตัว เพื่อส่งต่อรักษาจะได้ไม่เสียเงิน - คาดหวังจากโรงพยาบาลทั่วไป ให้บอกว่าเป็นโรคอะไรแน่ๆ และบางรายบอกไม่ค่อยได้ไปใช้บริการ - คาดหวังจากโรงพยาบาลจิตเวช ให้สงเคราะห์เรื่องยา อยากให้ส่งยาไปถึงที่บ้าน

จากตารางที่ 11 เป็นข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของกลุ่มญาติผู้ป่วย โดยสัมภาษณ์ได้ถามว่า ท่านมีวิธีการดูแลผู้ป่วยอย่างไรบ้าง ตั้งแต่เช้าจนถึงเข้านอน (กิจวัตรประจำวัน การทำงาน การขับถ่าย สุขวิทยาส่วนบุคคล) ญาติผู้ป่วย 4 รายบอกว่า

"ตื่นนอนขึ้นมา มันกะกิน แล้วไปหากัน ไปสีฟันล้างหน้า อาบน้ำ การขับถ่าย ช่วยตัวเองได้หมด" "งานที่ช่วยทำ เาน้ำใส่ตู้เย็น ส่วนการพักผ่อน ทางมุ้งที่นอน มันทำเองหมด ถ้าช่วงไหนมีอาการรุนแรงก็ไม่ได้ช่วยซักเสื้อผ้า เป็นแม่ทำหมด"

"ตื่นเช้าลุกมาล้างหน้า แปรงฟันเอง หาข้าวให้กิน ไปมาเองได้ ช่วยตัวเองได้หมด อาบน้ำ อาบน้ำ ช่วยตัวเองได้หมด กลางคืนกินเองได้ไม่มีปัญหา"

"ตื่นนอนผู้ป่วยช่วยนั่งข้าว หุงหากับข้าว ส่วนอาบอาบน้ำ แปรงฟัน ขับถ่ายทำเองได้หมด"

"ตื่นนอนมามันก็ไม่ทำอะไร อาบน้ำมันก็ไม่อาบ พอบังคับมันก็หงุดหงิด ก็บอกว่าบังคับมันก็ไม่อาบ มันไม่ถูกใจ แล้วแต่มันจะจัดการเอง ส่วนช่วยงานก็พอทำถือ ตักน้ำใส่โอ่ง แต่นานๆครั้งทำ มีแต่เปิดพัดลม เปิดโทรทัศน์ บ่ายๆก็ไปเตะฟุตบอล ส่วนเวลานอนก็นอนไม่ค่อยหลับ บางครั้งลุกออกมาสูบบุหรี่ แต่มันก็ช่วยตัวเองได้ทุกอย่าง"

ผู้สัมภาษณ์จึงถามต่อเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลตอนนี้เป็นอย่างไบบ้าง
ญาติผู้ป่วย 4 รายบอกว่า ช่วยตัวเองได้หมด ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับอาการรุนแรง ช่วงที่ผู้สัมภาษณ์ไป
สอบถามอาการทางจิตก่อนข้างสงบ ไม่มีปัญหาอะไร

ผู้สัมภาษณ์จึงได้ถามต่อเกี่ยวกับการทำงานว่า ผู้ป่วยทำงานอะไรบ้าง ได้ช่วยงานอื่นบ้าง
หรือไม่ ญาติผู้ป่วย 4 รายบอกว่า

"ช่วยงานบ้านบ้าง ช่วยเอาน้ำเข้าในตู้เย็น"

"ช่วยงานบ้าน หุงหาก็ข้าว"

"ไปทำงานรับจ้างแต่ก็ไม่ประจำ"

"ช่วยตักน้ำใส่โอ่ง ก็ช่วยงานบ้าง"

ผู้สัมภาษณ์จึงถามต่ออีกว่า ท่านเคยมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยบ้างหรือไม่ ถ้ามีวิธีแก้ไขอย่าง
ไร ญาติผู้ป่วย 4 รายบอกว่า

"ก็มีบ้าง เวลามีอาการรุนแรง บอกไม่เชื่อฟัง จะหงุดหงิด และมีปัญหาเรื่องเงิน ทอง แต่
ก็ยืมพี่น้อง หรือพ่อ แม่"

"ถ้ามีอาการก็จะพาไปพบหมอ"

"ถ้ามีปัญหาส่วนมากจะให้เพื่อนบ้านช่วยพูด"

"หนักใจอยู่ นอนไม่หลับกะด่า อยากให้มันตาย แต่มันไม่พูดอะไรเลย"

ผู้สัมภาษณ์จึงได้ถาม ท่านเคยไปขอความช่วยเหลือจากคนอื่นหรือไม่ ญาติผู้ป่วยบอกว่า
ส่วนมากจะไปขอความช่วยเหลือจากญาติและเพื่อนบ้าน ส่วนอีก 1 ราย บอกไม่เคย อาการไม่รุนแรง
มากมาย

ผู้สัมภาษณ์ได้ถามถึงวิธีการสนับสนุนหรือส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวถูกต้องทำอย่างไร
ญาติผู้ป่วย 4 รายบอกว่า

"มีพี่ น้อง มาให้กำลังใจอยู่เสมอ"

"ไม่ให้ดื่มเหล้า ไม่ให้สูบบุหรี่ กินยาตามหมอสั่ง"

"เพื่อนบ้านช่วยพูด และให้กำลังใจ"

"อยากให้หมอแนะนำเรื่องการกินยา"

ผู้สัมภาษณ์ได้ถามเกี่ยวกับวิธีการดูแล และได้รับคำแนะนำจากใคร ญาติผู้ป่วย 4 รายบอก
ว่า

"ส่วนมากอาศัยหมอนั่นแหละ"

"หมออนามัยอยู่บ้านช่วยแนะนำ"

ส่วนมากตอบเป็นหมอนามัย โดยให้คำแนะนำคือ ไม่ให้ดื่มเหล้า ให้พักผ่อนให้เพียงพอ และให้กินยาประจำ

ผู้สัมภาษณ์ได้ถามต่อว่า ถ้าผู้ป่วยมีอาการจะเชื่อฟังใครมากที่สุด ญาติผู้ป่วย 4 รายบอกว่า

"เชื่อฟังพ่อ แม่ บางครั้งก็ต้องเสียงดัง คุณน้า"

"ส่วนมากจะเชื่อพี่ชายคนโต ก็จะหยุดทันที"

"ส่วนมากจะให้เพื่อนบ้านช่วยพูด แต่มันก็เชื่อฟังนะ"

"ไม่เชื่อใคร ผู้ป่วยจะร้อง และมีอาการคนเดียว"

ผู้สัมภาษณ์จึงถามแหล่งสนับสนุนที่ให้ความช่วยเหลือในชุมชนในการที่จะให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนนานที่สุด มีอะไรบ้าง ญาติผู้ป่วย 4 รายบอกว่า

"อาศัยหมอนั่นแหละ อยากมาให้คำแนะนำบ้าง ดูแลการกินยาบ้าง"

"อยากให้หมอช่วยดูแล เรื่องการรับยาผู้ป่วย"

"อยากให้หมอนามัยช่วยรับยามาแจก และให้โรงพยาบาลจิตเวชนครพนม ส่งยามานี้ จะได้สะดวกเวลาไปรับยา"

"อยากให้ดูแลเรื่องการรับยา การกินยา และช่วยเหลือค่ายา"

ผู้สัมภาษณ์ได้ถามถึงความคาดหวังของญาติผู้ป่วยว่า ใครบ้างอยากให้มีส่วนร่วมในการช่วยผู้ป่วยอยู่ในชุมชนได้นานที่สุด ญาติผู้ป่วยตอบว่า

คาดหวังจากสถานีนามัย อยากให้เจ้าหน้าที่เอายามาให้ มาตรวจเยี่ยมบ้างเป็นครั้งคราว

คาดหวังจากโรงพยาบาลชุมชน ให้ตรวจเช็คสมอง ช่วยเอายามาให้ครบ ขอใบส่งตัวเพื่อส่งต่อรักษาจะได้ไม่เสียเงิน

คาดหวังจากโรงพยาบาลทั่วไป ให้บอกว่าเป็นโรคอะไรแน่ๆ แต่บางรายบอกไม่ค่อยไปใช้บริการ

คาดหวังจากโรงพยาบาลจิตเวช ให้ส่งเคราะห์เรื่องยา อยากให้ส่งยาถึงบ้าน

การศึกษาในด้านการปฏิบัติตัว กลุ่มผู้ป่วยและญาติให้ข้อมูลตรงกันว่า ส่วนมากผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้หมด บางรายมักนอนตื่นสายเป็นประจำ แต่ญาติก็ไม่ดูแลอะไร กลางคืนก็หลับได้ทุกราย ซึ่งจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตสงบแล้ว สอดคล้องกับการศึกษาของ จิตารัตน์ พิมพ์ดีด และคณะ (2542) พบว่า มุมมองจากญาติใกล้ชิดคิดกล่าวถึงรายละเอียดแบบแผนการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย กิจกรรมการดูแลของญาติและความต้องการช่วยเหลือของญาติในการดูแลผู้ป่วยว่า แบบแผนการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ถ้าอาการทางจิตสงบ ส่วนใหญ่

สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เอง หลังจากนั้นไปทำงานตามความสามารถของตน เช่น รับจ้างต่างๆ เป็นต้น จนกระทั่งถึงตอนเย็นก็กลับมาทำงานบ้านต่อ มีผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนน้อยที่ไม่ทำอะไรเลย ส่วนปัญหาในการดูแลส่วนมาก จะบอกว่ามีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ในการศึกษาพบว่า ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมีเพียง 1 ราย ที่มีรายได้จากการรับจ้างวันละ 20-30 บาท ส่วนญาติมีรายได้เฉลี่ย 1,000-3,000 บาท/เดือน และอีกส่วนหนึ่งมีรายได้ไม่แน่นอน ผลการเจ็บป่วยทำให้ครอบครัวต้องมีการค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยต้องรับยาอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับสภาวะเศรษฐกิจในปัจจุบันที่ตกต่ำลง ญาติจึงมีปัญหาเรื่องเงินและจากผลการสัมภาษณ์ ญาติต้องการแหล่งสนับสนุนเพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนได้นานที่สุด ทุกรายบอกเลยว่า อยากให้สงเคราะห์ยาฟรี และอยากรับยาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ซึ่งหากได้ใช้บริการเหล่านี้ก็จะช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายแก่ผู้ป่วยและญาติอีกทางหนึ่งด้วย

ในปัจจุบันนี้มีระบบประกันสุขภาพ รัฐจัดให้มีบัตรสวัสดิการต่างๆ เช่น บัตรประกันสุขภาพ บัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษา บัตรผู้สูงอายุ เป็นต้น ประชาชนสามารถใช้สิทธิด้านการรักษาเหล่านี้ได้ หากจัดให้มีการประชาสัมพันธ์ เพื่อทราบถึงช่องทางในการเข้าถึงบริการ การให้ความรู้ คำแนะนำ การใช้บัตรต่างๆ รวมถึง การใช้ระบบส่งต่อ (Referral system) ก็จะช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และระยะเวลาในการติดต่อกับโรงพยาบาล สอดคล้องกับวิจัยของ สุชาติ ตรีทิพย์ธิคุณ (2532, อ้างใน ศิริวรรณ เพ็ชรศรีกุล และคณะ 2540) ที่ได้ทำการวิจัยเรื่องปัญหาผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น พบว่า ความต้องการของผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลและข้อเสนอแนะต่างๆ ของผู้ป่วยคือ ช่วยส่งตัวกลับไปรักษาที่สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน เมื่ออาการทุเลา (72.4 %) และต้องการบริการส่งซื้อขายทางไปรษณีย์ (56.1)

ตารางที่ 12 ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของกลุ่มเพื่อนบ้าน และ อสม. ที่มีต่อผู้ป่วยโรคจิตขณะ
อยู่ที่บ้าน

คำถาม	เพื่อนบ้าน (3)	อสม. (4)
การปฏิบัติ		
1. ท่านปฏิบัติต่อครอบครัว ผู้ป่วยโรคจิตอย่างไร	- ช่วยให้กำลังใจ พุดคุย แนะนำ เรื่องกินยาให้กับผู้ป่วย	- แนะนำเรื่องกินยาต่อเนื่อง และ รับยาให้สม่ำเสมอ
2. ท่านเคยให้ความช่วย เหลือผู้ป่วยหรือไม่ ถ้า เคยทำอย่างไร	- ส่วนมากเคย โดยช่วยดูแลเรื่อง การกินยา บางรายก็ช่วยตอน ช่วงมีอาการ แต่ไม่รุนแรง	- ส่วนมากเคย โดยให้คำแนะนำ เรื่องพบแพทย์ ให้กำลังใจ บาง รายบอกว่า ไม่ได้คลุกคลี
3. ถ้ามีคนในครอบครัวป่วย เป็นโรคจิต ท่านคิดว่าน่า จะขอความช่วยเหลือจาก ใคร	- สถานีนอนามัย จากแพทย์	- ขออนุญาตใกล้ชิดจาก สถานีนอน ามัย พบแพทย์ มี 1 ราย บอก ขออนุญาตหมอผี แต่บอกว่า เป็น ความเชื่อส่วนตัวด้วย
4. ท่านมีวิธีปฏิบัติอย่างไร เมื่อพบผู้ป่วยอาละวาด	- ค่อยๆพูด ป้อนกันอันตรายตัว เองด้วย	- พยายามหลีกเลี่ยง ไม่ได้ตอบ แล้วควบคุมให้อยู่ในอาการสงบ แล้วจึงนำส่งโรงพยาบาล
5. ท่านมีวิธีป้องกันอันตราย ที่อาจเกิดขึ้นจากผู้ป่วย อย่างไร	- ระวัง ถ้ามีอาวุธ มีด พั่ว ของมี คมก็ไม่เข้าใกล้ ค่อยๆพูดให้วาง อาวุธก่อน	- พยายามหลีกเลี่ยง ให้ญาติกำ ควบคุม หรือพูดให้คำแนะนำ เพื่อให้เก็บของมีคม
6. ท่านเคยแสดงปฏิกิริยารัง เกียจ หรือหวาดกลัวผู้ ป่วยหรือไม่	- ทุกคนบอกว่าไม่เคยแสดง ปฏิกิริยารังเกียจ แต่มีหวาดกลัว บ้างเวลาผู้ป่วยถืออาวุธ	- ส่วนมากตอบไม่เคยแสดง ปฏิกิริยารังเกียจ มี 1 ราย ตอบ กลัว เพราะกลัวถูกทำร้ายร่างกาย เพราะผู้ป่วยมีอาวุธ แต่ก็ไม่ รังเกียจ

จากตารางที่ 12 เป็นข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของกลุ่มเพื่อนบ้าน และ อสม. โดยผู้สัมภาษณ์ได้ถามว่า เพื่อนบ้านว่าท่านปฏิบัติต่อครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตอย่างไร เพื่อนบ้าน 3 รายบอกว่า

"ตามผู้ป่วย ถ้าไม่กินยา ยุให้กินยา"

"เคยให้กำลังใจ คุยเล่นด้วย บางครั้งผู้ป่วยก็ไม่ค่อยพูด" "แนะนำให้ไปพบหมอที่โรงพยาบาล"

"ให้คำปรึกษา แนะนำพาไปพบหมอ"

ผู้สัมภาษณ์ได้ถามถึง เคยให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยหรือไม่ ถ้าเคยทำอย่างไร เพื่อนบ้าน 3 รายบอกว่า เคยให้ความช่วยเหลือหมด โดย

"ช่วยดูแลเรื่องการกินยา"

"ช่วยพูดเวลามีอาการ เช่น ถ้ามันขึ้น ถือมิดพรี้า ก็จะช่วยพูดให้"

"เคยขอทุนการศึกษาให้ลูกชาย ได้ประมาณ 2,000 บาท รู้สึกว่าเขาดีใจมาก"

ผู้สัมภาษณ์ได้ถามถึง ถ้ามีคนในครอบครัวป่วยเป็นโรคจิต ท่านคิดว่าจะขอความช่วยเหลือจากใคร เพื่อนบ้าน 3 รายบอกว่า

"จากหมอบุ๊เป็นอันดับแรก แต่ถ้าอาละวาด ก็จะเรียกเพื่อนบ้านทั้งหมดมาช่วยกัน"

"ไปหาอนามัยนี้แหละให้หมออนามัยแนะนำก่อน"

"ก็ถือเป็นเรื่องธรรมดา คงพาไปหาหมอก่อน"

ผู้สัมภาษณ์ได้ถามต่อว่า แล้วท่านจะมีวิธีปฏิบัติอย่างไรเมื่อพบผู้ป่วยอาละวาด เพื่อนบ้าน 3 รายบอกว่า

"เรียกเพื่อนบ้านทั้งหลายมาช่วยกัน"

"ก็ระวังเอาแล้วค่อยๆพูด ให้วางอาวุธที่เป็นอันตรายก่อน"

"ต้องคอยระวัง ต้องแก่นิสัยให้เร็วที่สุด ต้องพูดต้องคุย ไม่งั้นก็ต้องให้เป็นเฉพาะในบ้าน เพราะมันอันตราย"

ผู้สัมภาษณ์ได้ถามต่อว่า มีวิธีป้องกันอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยอย่างไร เพื่อนบ้าน 3 รายบอกว่า

"ระวังเอา"

"ระวังเอาแล้วค่อยๆพูด ให้วางอาวุธที่เป็นอันตรายก่อน"

"ไม่งั้นก็ต้องให้เป็นเฉพาะในบ้าน เพราะมันเป็นอันตราย"

ผู้สัมภาษณ์ได้ถามต่อว่า ท่านเคยแสดงปฏิกิริยารังเกียจหรือหวาดกลัวผู้ป่วยหรือไม่ เพื่อนบ้าน 3 รายบอกว่า ไม่เคยแสดงปฏิกิริยาทำทางรังเกียจเลย แต่อาจมีหวาดกลัวบ้างเวลาถืออาวุธ

จากตารางที่ 12 เป็นข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของกลุ่ม อสม. โดยผู้สัมภาษณ์ได้ถามว่า ท่านปฏิบัติต่อครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตอย่างไร อสม. 4 ราย บอกว่า

"ให้คำแนะนำเรื่องการกินยาสม่ำเสมอตามหมอสั่ง และให้ไปรับยาที่โรงพยาบาล"

"แนะนำ และควบคุมเรื่องกินยาอย่างต่อเนื่อง"

"ส่วนมากจะแนะนำเรื่องการกินยา"

"ให้กำลังใจญาติ และผู้ป่วย มีการพูดคุยถามอาการเป็นประจำสม่ำเสมอ"

ผู้สัมภาษณ์ได้ถามต่อถึงเคยให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยหรือไม่ ถ้าเคยทำอย่างไร อสม. 4 ราย บอกว่า

"ถ้าผู้ป่วยมีอาการรุนแรง ก็พาไปพบแพทย์"

"เคยให้ตอนที่ผู้ป่วยมีอาการอาละวาดจะช่วยให้สงบลงก่อน"

"ไม่เคย เพราะไม่ค่อยได้คลุกคลีเท่าไร"

"ส่วนมากจะเป็นคำแนะนำเพราะ ผู้ป่วยไม่ถึงกับอาการรุนแรง"

ผู้สัมภาษณ์จึงได้ถามต่อว่า ถ้ามีคนในครอบครัวป่วยเป็นโรคจิต ท่านคิดว่าจะขอความช่วยเหลือจากใคร อสม. 4 ราย บอกว่า

"จากหมออนามัยและโรงพยาบาลชุมชน"

"ญาติพี่น้อง แล้วค่อยพบแพทย์"

"หมอโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น"

"ญาติพี่น้องและหมออนามัยด้วย"

ผู้สัมภาษณ์จึงถามถึงวิธีปฏิบัติอย่างไร เมื่อพบผู้ป่วยอาละวาด อสม. 4 ราย บอกว่า

"พยายามหลีกเลี่ยงและไม่พยายามโต้ตอบ"

"ควบคุมให้อาการสงบก่อน"

"จะจับนำส่งโรงพยาบาล"

"ควบคุมให้สงบ ไม่ต่อสู้"

ผู้สัมภาษณ์ถามต่อว่า มีวิธีป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากผู้ป่วยอย่างไร อสม. 4 ราย บอกว่า

"ให้ญาติกำชับและควบคุมไว้ก่อน"

"เก็บของมีคมทุกอย่าง"

"ไม่ทราบ"

"ก็ไม่ให้ต่อสู้ หลีกเลี่ยงไว้ก่อน"

ผู้สัมภาษณ์ได้ถามปฏิกิริยาที่แสดงออกว่าเคยรังเกียจหรือหวาดกลัวผู้ป่วยหรือไม่ อสม. 4 ราย บอกว่า

"ไม่รังเกียจ แต่มีหวาดกลัว ขณะมีอาการกำเริบ เพราะมีอาการด้วย"

"ไม่รังเกียจ"

"ไม่เคยรังเกียจหรือหวาดกลัว"

"ไม่เคยทำที่รังเกียจ"

จากตารางที่ 12 เป็นข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของกลุ่มเพื่อนบ้าน และ อสม. ที่มีต่อผู้ป่วยโรคจิตขณะอยู่ที่บ้าน จะเห็นได้ว่า การปฏิบัติของ 2 กลุ่มนี้ แตกต่างกันในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยโรคจิต ในกลุ่มเพื่อนบ้าน จะมีการให้กำลังใจ พูดคุยกับผู้ป่วย และแนะนำเรื่องกินยา แต่กลุ่มของ อสม. จะเน้นให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และให้พบแพทย์สม่ำเสมอ ส่วนวิธีปฏิบัติตัวเมื่อพบผู้ป่วยอาละวาด กลุ่มเพื่อนบ้านจะบอกว่า ค่อยๆ พูด และให้รู้จักป้องกันอันตรายตัวเองด้วย แต่กลุ่ม อสม. บอกว่า ถ้าช่วงที่อาละวาดให้หลีกเลี่ยงก่อน ไม่ได้ตอบ แต่ถ้าอาการสงบแล้วจึงเข้าควบคุม แล้วจึงนำส่งโรงพยาบาล ส่วนวิธีป้องกันของทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกันคือ ให้หลีกเลี่ยงถ้ามีสิ่งมีคมในมือ โดยค่อยๆ พูดให้วางอาวุธลงก่อนจึงเข้าไปใกล้ และทั้ง 2 กลุ่ม ก็ไม่ค่อยแสดงท่าที่รังเกียจผู้ป่วย แต่ถ้ามีอาการอยู่แล้ว ก็จะมีอาการหวาดกลัวบ้างร่วมด้วย ซึ่งจากชุมชนนี้ กลุ่มเพื่อนบ้านที่ได้เข้าไปสัมภาษณ์ค่อนข้างรู้จัก และสนิทสนมกับผู้ป่วย จากคำตอบที่ได้พบว่า กลุ่มเพื่อนบ้าน อสม. มีการปฏิบัติตัวได้ถูกต้องสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างนี้มีความรู้และทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเวชค่อนข้างดี ซึ่งเมื่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนหรือหากคนในชุมชนยอมรับ มีทัศนคติที่ดี ปฏิบัติตัวต่อผู้ป่วยได้ทุกข้อ ก็จะช่วยสนับสนุนประคับประคองให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย ไม่โดดเดี่ยว สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมสิ่งแวดล้อมของตนได้ยาวนานขึ้น สืบเนื่องจากคำตอบว่าจะมีการให้กำลังใจ พูดคุยกับผู้ป่วยไม่เคยรังเกียจ และจากคำกล่าวของ Minister of Supply and Service Canada (1991) กล่าวไว้ในคำแนะนำกรอบกว้างที่เผชิญกับผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่บ้านในระหว่างการปรับตัว (Period of adjustment) คือการพูดให้ผู้ป่วยเข้าไปมีส่วนร่วมในสังคมอย่างเหมาะสม แต่ไม่ใช่การผลักดันหรือบังคับ เช่น เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารกับเพื่อน หรือเข้ากลุ่มหลายๆคน หรือเท่าที่ญาติหาให้ และวางแผนที่จะพาผู้ป่วยออกไปเที่ยวนอกบ้าน เพื่อพักผ่อนหย่อนใจนอกบ้าน ในแต่ละสัปดาห์ เช่น การขับรถไปเที่ยว เล่นในสวนสาธารณะ

ส่วนที่ 3 การศึกษาความคาดหวังของชุมชนที่มีต่อสถานพยาบาลของรัฐ

ตารางที่ 13 ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งให้ความช่วยเหลือและความคาดหวังของกลุ่มเพื่อนบ้านและ อสม.

คำถาม	เพื่อนบ้าน (3)	อสม. (4)
แหล่งให้ความช่วยเหลือและความคาดหวัง		
1. ท่านเคยให้การช่วยเหลือครอบครัว ผู้ป่วยโรคจิตอย่างไร	- ส่วนมากตอบว่า แนะนำพบแพทย์ มี 1 ราย บอกเคยช่วยพูดเพื่อให้ผู้ป่วยกินยา	- ส่วนมากเคยให้คำแนะนำ เพื่อให้กำลังใจผู้ป่วย และถ้ามีอาการรุนแรงก็ให้พาไปพบแพทย์ มี 1 รายบอก ยังไม่เคยช่วยเพราะยังไม่มีครอบครัวผู้ป่วยมาขอคำปรึกษา
2. เมื่อผู้ป่วยมีอาการ ท่านจะช่วยเหลืออย่างไร	- มี 1 ราย บอกเข้าไปถามเลย ว่า อยากจะให้ช่วยเหลืออะไรไหม อีก 2 รายบอกให้ระวัง	- แนะนำเรื่องกินยาต่อเนื่อง และไปพบแพทย์ และเคยควบคุมเรื่องกินยา แต่มี 1 ราย บอก ตนไม่รู้จักช่วยอย่างไร ก็จับส่งโรงพยาบาล
3. ท่านหวังว่ามีใครบ้าง ที่เป็นผู้ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนได้นานที่สุด	- ส่วนมากตอบ ญาติที่ดูแลและครอบครัวของผู้ป่วยเอง	- คนในครอบครัว บุคคลรอบข้าง เช่น เพื่อนบ้าน อสม. ญาติผู้ดูแล
4. ท่านคาดหวังว่า สถานีอนามัยจะช่วยเหลืออะไร	- แนะนำและชี้แนะเรื่องอาการได้	- แนะนำเรื่องการรักษา ประสานงานกับโรงพยาบาลชุมชน และติดตามอาการและการรักษาของผู้ป่วยในชุมชนของตน
5. ท่านคาดหวังว่า โรงพยาบาลชุมชน จะช่วยเหลืออะไร	- ช่วยเหลือเรื่องยาผู้ป่วย และถ้าไม่มีเงินอยากให้ช่วยเหลือเรื่องสงเคราะห์ค่ายาด้วย แต่ถ้าไม่มียา ช่วยส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวชนครพนม	- ให้คำแนะนำ อสม. เพิ่มเติม ดูแลเรื่องการรับยาของผู้ป่วย จัดหายาให้ครบ และประสานงานกับแพทย์ทางไกล เพื่อให้มีการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนเอง โดยนัดผู้ป่วยประมาณเดือนละครั้ง และช่วยเหลือด้านการสงเคราะห์

ตารางที่ 13 ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งให้ความช่วยเหลือและความคาดหวังของกลุ่มเพื่อนบ้านและ อสม.
(ต่อ)

คำถาม	เพื่อนบ้าน (3)	อสม. (4)
แหล่งให้ความช่วยเหลือและความคาดหวัง		
6. ท่านเคยคาดหวังว่าโรงพยาบาลทั่วไปจะช่วยเหลืออะไร	- เพื่อนบ้านทุกคนบอกไม่รู้ เพราะไม่ค่อยได้ไป	- ติดตาม นิเทศงานให้ความรู้ ให้ความช่วยเหลือเรื่องยา ในกรณีฉุกเฉิน เพื่อให้มียาพอบรรเทา เพื่อส่งต่อผู้ป่วย
7. ท่านคาดหวังโรงพยาบาลจิตเวชช่วยเหลืออะไร	- รับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล	- ให้ความช่วยเหลือเรื่องยา สงเคราะห์ ค่ายา ค่ารักษา หรือส่งยาทางไปรษณีย์ และขอให้ติดตามผลด้วย หรือรับรักษาผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล

จากตารางที่ 13 เป็นข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งให้ความช่วยเหลือ และความคาดหวังของกลุ่มเพื่อนบ้าน และ อสม. แต่ผู้สัมภาษณ์จะกล่าวถึงกลุ่มเพื่อนบ้าน 3 คนก่อน โดยผู้สัมภาษณ์ได้ถามกลุ่มเพื่อนบ้านว่า ท่านเคยให้การช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตอย่างไร เพื่อนบ้าน 3 รายบอกว่า

"แนะนำให้ไปพบแพทย์" ส่วนอีก 1 ราย "เคยช่วยพูดเพื่อให้ผู้ป่วยกินยา"

ผู้สัมภาษณ์ได้ถามต่อถ้าผู้ป่วยมีอาการท่านจะช่วยเหลืออย่างไร เพื่อนบ้าน 3 ราย บอกว่า

"ระวังเอา"

"ค่อยๆ พูดให้วางอาวุธที่เป็นอันตรายก่อน"

"เข้าไปถามเลยว่า อยากจะให้ช่วยเหลืออะไรไหม"

ผู้สัมภาษณ์จึงได้ถามต่อว่า ท่านหวังว่ามีใครที่จะเป็นผู้ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนได้นานที่สุด เพื่อนบ้าน 3 ราย บอกว่า

"ญาติที่ดูแลและครอบครัวของผู้ป่วยเอง"

ผู้สัมภาษณ์จึงถามต่อเกี่ยวกับการคาดหวังว่า สถานีอนามัยจะช่วยเหลืออะไร เพื่อนบ้าน 3 ราย บอกว่า

"ให้คำแนะนำทำอย่างไรถ้ามีอาการขึ้นมา"

"ขอคำแนะนำเรื่องยา"

"ก็คงเกี่ยวกับเรื่องยาและให้คำแนะนำจะได้ช่วยรักษาด้วย"

ผู้สัมภาษณ์จึงได้ถามต่อถึงความคาดหวังว่าโรงพยาบาลชุมชนจะช่วยเหลืออะไร เพื่อนบ้าน 3 ราย บอกว่า

"เอายามาให้คือ มารับยาที่นี้ได้"

"อยากให้ช่วยเรื่องยา"

"อยากให้ช่วยเรื่องยาฟรี"

ผู้สัมภาษณ์จึงได้ถามต่อถึงความคาดหวังของโรงพยาบาลทั่วไป หมายถึง โรงพยาบาล สกจนคร จะช่วยเหลืออะไรได้บ้าง เพื่อนบ้าน 3 รายบอกว่า ไม่รู้ เพราะไม่ค่อยได้ไปใช้บริการ

ผู้สัมภาษณ์จึงถามต่อถึงความคาดหวังของโรงพยาบาลจิตเวชจะช่วยอะไร เพื่อนบ้าน 3 ราย บอกว่า

"ก็ได้อยู่แล้ว ช่วยกันรักษาให้หาย"

"อยากให้มีการติดตามเยี่ยม 2 เดือนมาครั้ง"

"อยากให้ช่วยรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล"

และจากตารางที่ 13 เป็นข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งให้ความช่วยเหลือ และความคาดหวังของกลุ่ม อสม. 4 ราย ผู้สัมภาษณ์จึงได้ถาม อสม. ว่า ท่านเคยให้ความช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตอย่างไร อสม. ทั้ง 4 ราย บอกว่า

"เคยให้คำแนะนำ เรื่องการกินยาให้สม่ำเสมอ และเรื่องรับยา"

"แนะนำเรื่อง ควบคุมเรื่องการกินยาอย่างต่อเนื่อง และแนะนำให้ไปพบแพทย์ด้าน จิตเวช"

"ไม่เคย เพราะไม่ค่อยได้คลุกคลีเท่าไร"

"ให้กำลังใจญาติและผู้ป่วย พุดคุยตามเป็นประจำสม่ำเสมอ"

ผู้สัมภาษณ์จึงถามต่อว่า เมื่อมีผู้ป่วยมีอาการท่านจะช่วยเหลืออย่างไร อสม. 4 ราย บอกว่า

"หลีกเลี่ยงไม่พยายามโต้ตอบ"

"ควบคุมอาการให้สงบก่อน"

"ถ้าอาละวาดจับนำส่งโรงพยาบาล"

"ขอความช่วยเหลือจากญาติพี่น้องก่อนและก็หมอบที่สถานีอนามัย"

ผู้สัมภาษณ์จึงถามเกี่ยวกับการคาดหวังใครบ้างที่เป็นผู้ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนได้นานที่สุด อสม. 4 รายบอกว่า "คนในครอบครัว บุคคลรอบข้าง อสม. และญาติผู้ใกล้ชิด"

ผู้สัมภาษณ์จึงถามต่อถึงความคาดหวังว่า สถานีอนามัยจะช่วยเหลืออะไรได้บ้าง อสม. 4 ราย บอกว่า

- "ให้ประสานงานกับโรงพยาบาลชุมชน"
- "แนะนำเรื่องรักษาใกล้บ้าน และติดตามเรื่องยา"
- "ประสานงานกับโรงพยาบาลจิตเวช เพื่อจัดคลินิกในโรงพยาบาลชุมชน"
- "ติดตามผล และอาการผู้ป่วยในหมู่บ้านว่าเป็นอย่างไร"

ผู้สัมภาษณ์ได้ถามต่อถึงความคาดหวังโรงพยาบาลชุมชนจะช่วยเหลืออะไรบ้าง อสม. 4 ราย บอกว่า

- "ให้มีการรักษาเดือนละครึ่ง และนัดผู้ป่วยเพื่อประสานงานกับแพทย์ทางไกล"
- "ให้คำแนะนำกับ อสม. เพิ่มเติม"
- "ให้ผู้ป่วยตรวจและรับยาในโรงพยาบาลใกล้บ้านได้"
- "ช่วยทางด้านบริการเกี่ยวกับบัตรสงเคราะห์"

ผู้สัมภาษณ์จึงได้ถามต่อถึงความคาดหวังของโรงพยาบาลทั่วไป หมายถึง โรงพยาบาล সকলকরจะช่วยอะไรได้บ้าง อสม. 4 ราย บอกว่า

- "ช่วยเหลือเรื่องยาในกรณีฉุกเฉิน ต้องการให้มียาพอบรรเทาอาการลงก่อนนำส่งโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น"
- "อยากให้ติดตามนิเทศงานให้ความรู้"
- "ไม่ขอแสดงความคิดเห็น"
- "จะเอายามาให้โรงพยาบาลชุมชน แต่ต่อสถานีอนามัยด้วย"

ผู้สัมภาษณ์จึงได้ถามต่อถึงความคาดหวังต่อโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นจะช่วยเหลืออะไรบ้าง อสม. 4 ราย บอกว่า

- "อยากให้แพทย์ออกตรวจที่โรงพยาบาล সকলকরเดือนละครึ่ง เพื่อความสะดวกของผู้ป่วยด้วย"
- "อยากให้ช่วยเหลือเรื่องยาแล้วรับไว้รักษาด้วย"
- "เกี่ยวกับการรักษา อยากให้มีการสงเคราะห์ด้วย"

จากตารางที่ 13 เป็นข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งให้ความช่วยเหลือ และความคาดหวังของกลุ่มเพื่อนบ้าน และ อสม. การให้ความช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยโรคจิต กลุ่มเพื่อนบ้าน ส่วนมากจะบอกให้ไปพบแพทย์ ถ้าตอบค่อนข้างสั้น ซึ่งแตกต่างกับกลุ่ม อสม. 3 ราย บอกว่า ให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ และถ้ามีอาการรุนแรงก็ให้พาไปพบแพทย์ ส่วนคำตอบเรื่อง ใครที่จะเป็นผู้ช่วยให้ผู้ป่วยอยู่

ในชุมชนได้นานที่สุด กลุ่มเพื่อนบ้านบอกว่า ญาติที่ดูแลและครอบครัวของผู้ป่วยเอง ส่วนกลุ่ม อสม. บอก คนในครอบครัว บุคคลรอบข้าง เช่น เพื่อนบ้าน อสม. แต่ที่สำคัญคือ ญาติผู้ดูแล ซึ่ง สถาบันครอบครัวเป็นสถาบันสังคมที่สำคัญที่สุด การสนับสนุนที่ได้รับจากบุคคลในครอบครัว เครือญาติจะช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญปัญหาต่างๆ ที่มากระทบได้ดี เพราะครอบครัวเป็นระบบที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ ครุณี นาทะศิริ (2520 อ้างใน รุจิรา จงสกุล และคณะ 2539) พบว่า ญาติของผู้ป่วยที่อาการดีขึ้น บอกว่า ทางบ้านและละแวกบ้านที่ผู้ป่วยอยู่นั้น เอื้ออำนวยต่อการดำเนินชีวิตปกติ คือ อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี ส่วนผู้ที่อาการไม่ดีขึ้น ส่วนใหญ่จะอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดี และจากการศึกษาตัวผู้ป่วยเองก็ยังบอกว่าต้องการกำลังใจจากคนรอบข้าง ดังนั้น ครอบครัวจึงถูกคาดหวังจากสังคมว่าต้องเป็นผู้ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด

ส่วนความคาดหวังกับสถานีนอมาัย ส่วนมากอยากขอคำแนะนำเรื่องยา ซึ่งแนะนำเรื่องการได้ แต่ อสม. มีเพิ่มอีกว่า ให้สถานีนอมาัยช่วยประสานงานกับโรงพยาบาลชุมชน และติดตามอาการผู้ป่วยในชุมชนของตน ส่วนความคาดหวังต่อโรงพยาบาลชุมชนของกลุ่มเพื่อนบ้าน คือ อยากให้ช่วยสงเคราะห์ค่ายา แต่ถ้าไม่มียา ก็ให้ส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวชใกล้บ้าน แต่กลุ่ม อสม. คาดหวังต่อโรงพยาบาลชุมชนว่า อยากได้คำแนะนำเพิ่มเติม และช่วยดูแลเรื่องการรับยาผู้ป่วยและประสานงานกับโรงพยาบาลจิตเวช เพื่อนัดผู้ป่วยมาตรวจที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน และช่วยสงเคราะห์ค่ายาร่วมด้วย ส่วนความคาดหวังต่อโรงพยาบาลทั่วไป กลุ่มเพื่อนบ้านบอกไม่รู้ เพราะไม่ค่อยได้ไปใช้บริการ ส่วนกลุ่ม อสม. บอกว่า ให้ติดตามนิเทศงานให้ความช่วยเหลือเรื่องยาในกรณีฉุกเฉิน ความคาดหวังต่อโรงพยาบาลจิตเวช ในกลุ่มเพื่อนบ้านคือ ให้รับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล ส่วนกลุ่ม อสม. คือ รักษาไว้ในโรงพยาบาลเหมือนกัน และช่วยสงเคราะห์ค่ายา ค่ารักษา หรือส่งยาทางไปรษณีย์ และขอให้ติดตามผลด้วย ซึ่งตรงกับงานวิจัยของ ภัทธา ถิรลาภ (2529) ได้ศึกษาผลของการให้สงเคราะห์ยาฟรีต่อการรักษาผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลศรีธัญญา พบว่า การได้รับสงเคราะห์ยาฟรีมีความสัมพันธ์กับภาระของญาติในการดูแลผู้ป่วย แต่ไม่ได้ลดภาระของญาติผู้ป่วย เช่นเดียวกับระยะที่ป่วยนานกับรายได้ของญาติ ก็ไม่มีผลต่อภาระของญาติในการดูแลผู้ป่วยเช่นเดียวกันแต่ในปัจจุบันภาวะเศรษฐกิจค่อนข้างตกต่ำทำให้ภาระและรายได้ของครอบครัวค่อนข้างต่ำ จึงอยากให้มีการสงเคราะห์ค่ายา ค่ารักษา เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายในครอบครัว เพราะผู้ป่วยโรคจิตต้องได้รับการรักษาเป็นระยะเวลานานแต่ต่อเนื่อง

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เพื่อศึกษาความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตขณะอยู่ที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างการวิจัย แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มผู้ป่วยโรคจิต
2. กลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิต
3. กลุ่มเพื่อนบ้าน
4. กลุ่ม อสม.

ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด อาศัยอยู่ที่บ้านไฮ่ ต.ไร่ อ.พรรณานิคม จ.สกลนคร ระยะเวลาที่เก็บรวบรวมข้อมูลประมาณ 3 เดือน คือตั้งแต่เดือนมิถุนายน - สิงหาคม 2542 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 คน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ร่วมกับการสังเกต เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แนวทางในการสัมภาษณ์ในแต่ละกลุ่ม และใช้เครื่องบันทึกเสียง ข้อมูลที่ได้รับเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งผู้วิจัยได้ถอดข้อความจากแถบบันทึกเสียง สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และข้อมูลทั่วไปได้นำเสนอข้อมูลเชิงปริมาณในลักษณะของการแจกแจงความถี่

5.1 สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย 10 คน หญิง 5 คน มีอายุเฉลี่ย 36 ปี (S.D. = 11.34) อายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี พบมากที่สุด จำนวน 6 คน รองลงมาอยู่ในช่วง 41-50 ปี จำนวน 4 คน ช่วง 18-30 ปี จำนวน 3 คน และช่วง 51-60 ปี จำนวน 2 คน สถานภาพสมรส คู่ จำนวน 11 คน โสดจำนวน 3 คน และร้าง จำนวน 1 คน

ในด้านศาสนา นับถือศาสนาพุทธ อาชีพ ทำนา-ทำสวน จำนวน 13 คน รับราชการ 1 คน และรับจ้าง 1 คน การศึกษาจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 11 คน จบมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 2 คน จบมัธยมศึกษาตอนต้น 1 คน จบ ปวส. 1 คน รายได้ของครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 3,001-5,000 บาท จำนวน 3 ราย รายได้ 5,001-7,000 บาท จำนวน 1 ราย และรายได้ไม่แน่นอน จำนวน 3 ราย

2. ความพร้อมที่ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนได้นานที่สุด ต้องอาศัยปัจจัยอะไรบ้าง

ผลการวิจัย สามารถสรุปออกเป็นปัจจัยทั้งหมด 3 ด้าน คือ

2.1 ปัจจัยด้านความรู้ เป็นความรู้เกี่ยวกับโรคจิต ซึ่งเป็นโรคที่ผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยโรคนี้ จากการศึกษาพบว่า ด้านความหมายของโรค ในมุมมองของกลุ่มผู้ป่วยและญาติ คิดว่าหมายถึง โรคประสาท หรือเครียด ซึ่งเป็นการเข้าใจในการสื่อความหมายที่ผิด ส่วนในกลุ่มเพื่อนบ้าน และ อสม. บอกได้ถูกต้องโดยบอกความหมายได้ดีที่สุดว่า โรคจิต หมายถึง บ้า หรือโรคที่มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์ และการแสดงออก ทั้งนี้เพราะกลุ่ม อสม. เป็นกลุ่มที่ได้รับความรู้โดยการอบรม หรือได้รับการเผยแพร่ความรู้ด้วยเอกสาร และแผ่นพับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ เนื่องจากต้องดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนที่ตนเองรับผิดชอบ

ด้านสาเหตุ ทุกกลุ่มจะมีความรู้ในเรื่องนี้ เนื่องจากมีประสบการณ์ตรงที่เกิดขึ้นในชุมชน ส่วนใหญ่ตอบว่าเกิดจากสาเหตุคิดมาก เครียด วิตกกังวล นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ กรรมพันธุ์ ยาเสพติด เกิดจากสิ่งแวดล้อม

ด้านอาการ ส่วนใหญ่ตอบได้ถูกต้อง เพราะเป็นอาการที่ผู้ป่วยแสดงออกในชุมชน เช่น อาละวาด หวาดกลัว ซึม ยิ้ม พูดคนเดียว และในชุมชนประกอบด้วย ญาติ เพื่อนบ้าน และ อสม. ซึ่งใกล้ชิดกับผู้ป่วย

ด้านการรักษา ส่วนใหญ่เข้าใจตรงกันว่าต้องรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งเข้าใจได้ถูกต้อง แต่ในทางปฏิบัติจริง ญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่ปฏิบัติไม่ได้ เนื่องจากบ้านอยู่ไกล ทำให้ไม่มีเวลาไปรับยา

ด้านการดูแล กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาตอบได้ถูกต้อง ในกลุ่มผู้ป่วยดูแลตนเอง คือ กินยาตลอด ไม่เครียด ไม่คิดมาก งดสิ่งเสพติด ญาติดูแลโดยให้ผู้ป่วยรับประทานยา ค่อย ๆ พูดใจเย็น กลุ่มเพื่อนบ้าน และ อสม. ดูแลโดยแนะนำให้ทำงาน ไม่ให้เครียด และพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ

2.2 ปัจจัยด้านทัศนคติ

กลุ่มผู้ป่วย พบว่า มีทัศนคติต่อตนเองในด้านบวก คือ คิดว่าตนเองมีโอกาสรักหา หาย ถ้าทำตามคำแนะนำของแพทย์ รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และได้รับกำลังใจจากคนรอบข้าง มีความหวังและตั้งเป้าหมายในชีวิต เช่น อยากมีบ้าน อยากมีรถ แต่บางส่วนยังมีทัศนคติด้านลบต่อตนเอง คือ มีความรู้สึกอึดอัด น้อยใจ กลัวรักษาไม่หาย รำคาญที่ญาติคอยเอายาให้กิน คิดว่าสังคมตนเองต่ำต้อย ในกลุ่มญาติผู้ป่วย มีทัศนคติทั้งด้านบวกและลบในขณะเดียวกัน คือมีความรู้สึกสงสาร บางครั้งอยากจะดูแล แต่ก็ไม่กล้า พาไปรักษา คิดว่าสังคมยังยอมรับครอบครัวยังน้อย ทั้งนี้เนื่องจากอาการผู้ป่วยที่เป็นอยู่ก็ไม่ได้รุนแรงมากนัก ส่วนด้านลบ ในมุมมองยังคิดว่า

ผู้ป่วยมีความสามารถไม่เท่ากับคนทั่วไป ผู้ป่วยบางรายไม่ยอมช่วยทำงาน การเจ็บป่วยทำให้บทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป ญาติจึงเกิดความรู้สึกเป็นภาระ สำหรับกลุ่มเพื่อนบ้าน และ อสม. ส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย คือ มีความรู้สึกสงสาร ไม่รังเกียจ อยากให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกับสังคมได้เหมือนคนปกติทั่วไป แต่ทั้งนี้ต้องมีการสงบ ไม่อาละวาด แต่ถ้าหากผู้ป่วยมีอาการกำเริบรุนแรงถึงมีดหรืออาวุธ ก็เกิดความรู้สึกกลัวเช่นกัน

2.3 ปัจจัยด้านการปฏิบัติ

ในกลุ่มผู้ป่วยเอง ยอมรับในเรื่องต้องกินยาตามแพทย์สั่ง นอนพักผ่อนให้เพียงพอ เอาใจใส่ตนเองมากขึ้นด้านสุขภาพอนามัย ไม่คิดมาก หางานทำไม่ให้อยู่ว่าง และงดยาเสพติด ซึ่งจากที่รวบรวมมาถ้าผู้ป่วยปฏิบัติตามได้ ก็จะทำให้อยู่ในชุมชนได้นาน ไม่จำเป็นต้องไปนอนพักรักษาที่โรงพยาบาล กลุ่มญาติผู้ป่วยทุกรายบอกว่า ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เอง ไม่ต้องยุ่งยากลำบาก แต่จะมีปัญหาบ้างในด้านเศรษฐกิจ เช่น เงินค่ารักษาพยาบาล ส่วนกลุ่มเพื่อนบ้าน และ อสม. เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีความรู้ ทัศนคติจึงค่อนข้างดี จึงปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง บางรายเคยให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวมาบ้างแล้ว เช่น การแนะนำรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ และเวลามีอาการกำเริบรุนแรงก็บอกวิธีช่วยเหลือเบื้องต้นได้

3. ความคาดหวังของชุมชนที่มีต่อสถานพยาบาลของรัฐ เพื่อเอื้ออำนวยให้ชุมชนมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิต

3.1 ระดับสถานีนอมนัยส่วนมากคาดหวังว่า จะให้คำชี้แนะเรื่องอาการผู้ป่วย และช่วยประสานงานเกี่ยวกับโรงพยาบาลชุมชน และให้ติดตามอาการและการรักษาของผู้ป่วยในชุมชน

3.2 ระดับโรงพยาบาลชุมชนคาดหวังว่า ให้ช่วยเหลือเรื่องยา และถ้าไม่มีเงินก็ช่วยสงเคราะห์ค่ายาด้วย หรือถ้ารักษาไม่ได้ ให้ช่วยส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวชต่อไป และอยากให้มีการประสานงานกับโรงพยาบาลจิตเวช เพื่อติดต่อแพทย์เฉพาะทางมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน โดยนัดผู้ป่วยประมาณ 1-2 เดือนต่อครั้ง

3.3 ระดับโรงพยาบาลทั่วไป อยากให้ติดตามนิเทศงาน การให้ความรู้ ให้ความช่วยเหลือ กรณีฉุกเฉิน เช่น ให้มียาพอบรรเทาอาการเพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลจิตเวชต่อไป

3.4 ระดับโรงพยาบาลจิตเวช อยากให้รับรักษาผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล และช่วยสงเคราะห์ค่ายา ค่ารักษา และส่งยาทางไปรษณีย์ และติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวด้วย

5.2 ข้อเสนอแนะ

5.2.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ จากผลการศึกษา พบว่า การจะช่วยให้ชุมชนมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ในชุมชน ต้องดำเนินการดังนี้

(1) ความรู้

(1.1) ควรมีการพัฒนาความรู้ให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคสาเหตุ การรักษา พยาธิสภาพของโรค ทั้งนี้หากญาติ ยังมีความเชื่อว่าผู้ป่วยเจ็บป่วยเนื่องจากสาเหตุว่า ผีเข้า อาจนำผู้ป่วยไปรักษาด้วยพิธีกรรมทางไสยศาสตร์ที่ตนเองและครอบครัวเชื่อ จึงอาจทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง และญาติต้องสูญเสียเงินทอง ค่าใช้จ่ายดังกล่าวโดยไม่จำเป็น และผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้น มีอาการกำเริบซ้ำและระยะเวลาที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาที่เนิ่นนาน อาจกลายเป็นโรคที่เรื้อรังได้ ช่องทางในการประชาสัมพันธ์อาจมีหลายรูปแบบ เช่น การออกเสียงตามหอกระจายข่าวในหมู่บ้าน แจกเอกสารแผ่นพับ การให้คำแนะนำโดยผู้มีความรู้ที่เคยได้รับการอบรม เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. เป็นต้น

(2) ในด้านทัศนคติ เป็นที่น่าสังเกตว่า จากการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คัดเลือกชุมชนที่ดี มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย ทั้งในด้านครอบครัว ชุมชน ผลการศึกษาส่วนใหญ่ จึงมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย อาจมีบ้างที่ญาติดูค่าผู้ป่วย เพราะรำคาญและรู้สึกเป็นภาระ การสร้างทัศนคติที่ดีให้เกิดแก่ญาติ ครอบครัว และชุมชนจึงเป็นเรื่องจำเป็นอย่างยิ่ง ทั้งนี้อาจดำเนินการเสริมสร้างให้ชุมชนมีทัศนคติที่ดีแก่ผู้ป่วย ต้องอาศัยการดำเนินการหลายอย่าง เช่น

(2.1) ปรับเปลี่ยนทัศนคติของญาติที่ยังคงมีทัศนคติในเชิงลบแก่ผู้ป่วย ให้มีทัศนคติที่ดีแก่ผู้ป่วยมากขึ้น โดยต้องอาศัยการให้ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องโรค การรักษา ให้ตระหนักถึงทัศนคติเชิงลบว่ามีผลกระทบต่อผู้ป่วยอย่างไร อยากรู้ก็ตามหากญาติรู้สึกเครียดต่อการดูแล และมีความรู้สึกที่ไม่ดีต่อผู้ป่วย การพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างญาติผู้ป่วยโรคจิตที่ต้องดูแลผู้ป่วยด้วยกัน อาจจะช่วยระบายความรู้สึกและหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาได้

(2.2) การช่วยให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนโดยไม่มีอาการกำเริบที่สร้างความหวาดกลัวให้แก่ชุมชน จะช่วยให้ชุมชนมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย

(2.3) การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีงานทำ หรือมีรายได้ ซึ่งอาจไม่มากนัก สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้เกิดภาพพจน์ที่ดีต่อผู้ป่วย และช่วยให้ผู้ป่วยได้ฝึกทักษะการเข้าสังคม การมีสมาธิอยู่ที่งานที่ทำช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นได้ ก็จะช่วยให้ชุมชนมีความรู้สึกที่ดีต่อผู้ป่วย

(3) ในด้านการปฏิบัติ เป็นเรื่องที่สำคัญอีกเรื่องหนึ่งที่ส่งผลต่อผู้ป่วยเป็นอย่างยิ่ง เพราะความพร้อมในการปฏิบัติงานต้องร่วมมือกันหลายฝ่าย โดย

(3.1) ผู้ป่วยต้องปฏิบัติตามแนวทางการรักษาของแพทย์ แต่อย่างไรก็ตาม มีผู้ป่วยบางรายที่บอกว่าไม่ชอบการบังคับกinya แต่พบว่า ส่วนใหญ่เมื่อผู้ป่วยโรคจิตอาการดีขึ้นก็จะหยุดยา เพราะคิดว่าตนเองหายดีแล้ว หลังจากขาดยาจะเกิดอาการกำเริบขึ้นได้ ในจุดนี้นอกจากญาติเพื่อนบ้านแล้ว อสม. จนท.สาธารณสุขมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการรักษา แต่หากมีแนวโน้มว่าจะไม่รับประทานยาจริงๆ การรักษาด้วยยาจิตก็มีความจำเป็น และเพื่อให้การปฏิบัติของผู้ป่วยและญาติในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ในชุมชนเองต้องช่วยเหลือซึ่งกันและกันโดย

(3.1.1) อสม. และเพื่อนบ้านอาจติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อช่วยเหลือให้คำแนะนำในการปฏิบัติตน ให้กำลังใจ เป็นที่ปรึกษา

(3.1.2) ในกรณีผู้ป่วยมีอาการกำเริบ การช่วยเหลือระยะเริ่มแรกโดยช่วยพูดคุยเพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสงบ และนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลก็จะช่วยครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชได้ว่าตนเองไม่ถูกทอดทิ้งให้โดดเดี่ยว

(3.1.3) ในด้านความคาดหวังของชุมชน ต้องการให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวเช่นกัน เพื่อให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย ตลอดจนการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

(3.1.4) การมีแหล่งสนับสนุนทางการเงินในการช่วยเหลือเพื่อให้ครอบครัวมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ในชุมชน ซึ่งบางครั้งอาจมีปัญหาดังกล่าวได้ เนื่องจากครอบครัวต้องสูญเสียรายได้จากการประกอบอาชีพที่มาจากรายได้หลักของผู้ป่วย และต้องสูญเสียรายได้จากการต้องเดินทางไปรับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช

(3.1.5) อย่างไรก็ดีตาม ครอบครัวผู้ป่วยที่ยากจน หากหน่วยงานของรัฐให้การช่วยเหลือในระดับหนึ่ง คือ ออกบัตร สปร. ในแก่ผู้ป่วยและครอบครัวจะช่วยลดความเดือดร้อนในด้านการเงินได้

(3.1.6) ความคาดหวังของชุมชนที่มีต่อหน่วยงานของรัฐ โดยเฉพาะ โรงพยาบาลจิตเวช คือ ส่งยามาให้โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน บริการยาทางไปรษณีย์ ทั้ง 2 บริการนี้โรงพยาบาลจิตเวชทุกแห่งได้ดำเนินการอยู่แล้ว แต่ผู้ป่วยบางรายอาจไม่ทราบ การประชาสัมพันธ์เรื่องนี้ให้แพร่หลาย จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถเลือกใช้บริการได้ สำหรับการส่งยาไปถึงระดับสถานีอนามัย ก็สามารถกระทำได้เช่นกันโดย เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยรับผิดชอบเป็นตัวแทนของญาติประสานงานกับโรงพยาบาลจิตเวช เพื่อขอรับยามาไว้ที่สถานีอนามัย แต่อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยเหล่านี้ก็ต้องมีประวัติการตรวจรักษาอยู่ที่โรงพยาบาลจิตเวชเรียบร้อยแล้ว และอาการทุเลา สามารถรับยาไปรับประทานได้อย่างต่อเนื่องที่บ้านได้ และทุก 1 ปี ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลจิตเวชเพื่อปรึกษา

(3.1.7) ความคาดหวังที่มีต่อแพทย์ของโรงพยาบาลจิตเวช ให้ออกไปเปิดคลินิกจิตเวช บริการที่โรงพยาบาลในชุมชนใกล้บ้าน หรือโรงพยาบาลสกลนคร เพื่อให้ผู้ป่วยไปรับบริการได้สะดวก ไม่ต้องเดินทางไกล น่าจะเป็นแนวทางที่ดีในการดำเนินงานต่อไปในอนาคต แต่ในปัจจุบันสิ่งที่สามารถทำได้ในวิธี การที่ใกล้เคียงกันคือ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ได้ส่งจิตแพทย์ไปให้ความรู้แก่แพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไป ให้ทราบถึงแนวทางการรักษาผู้ป่วยจิตเวช และผลข้างเคียงของยาที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการ การรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน

(3.1.8) อย่างไรก็ตาม การปรับทัศนคติของผู้ป่วยและครอบครัวในเรื่องการรักษาว่า ยาจิตเวชที่อยู่ในโรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลทั่วไปเป็นยาตัวเดียวกัน เพราะโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นให้การสนับสนุนโดยส่งยาดังกล่าวไปให้แก่โรงพยาบาลทุกโรงพยาบาลที่ร้องขอมา ฉะนั้นฤทธิ์ในการรักษาจึงเหมือนกัน ก็จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถไปรับยาอย่างต่อเนื่องในชุมชนได้

(3.1.9) ความคาดหวังที่ต้องการให้โรงพยาบาลจิตเวชออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทุก 2 เดือน คงเป็นไปได้ยาก เนื่องจากอัตรากำลังในการดำเนินการไม่เพียงพอ แต่อย่างไรก็ตามสามารถติดตามเยี่ยมได้ในกรณีที่มีปัญหาซับซ้อน เพื่อช่วยเหลือแก้ไขปัญหานั้นกระทั่งผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ก็จะส่งต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. ติดตามเยี่ยมต่อไป ซึ่ง อสม. ที่ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยควรเป็นผู้ที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตโดยตรง เพื่อประโยชน์ต่อการจัดอบรมความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน และประโยชน์ต่อการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและทราบถึงปัญหาและช่วยเหลือแก้ไขปัญหานั้นตลอดจนประเมินผลการดำเนินการแก้ไขได้อย่างต่อเนื่องและครบวงจร

(3.1.10) โรงพยาบาลจิตเวชทุกแห่ง หากญาติมีความจำเป็นต้องการให้รับผู้ป่วยไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน ควรมีการพิจารณาและให้การสนับสนุน เพื่อลดความเครียดในการดูแลผู้ป่วยของญาติด้วย

5.2.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

(1) ศึกษาความพร้อมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไป ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน

(2) ศึกษาความคาดหวังของหน่วยงานสาธารณสุขของรัฐที่มีต่อโรงพยาบาลจิตเวช ในการสนับสนุนการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน

บรรณานุกรม

- กิติกร มีทรัพย์. แบบแผนความเชื่อเรื่องสุขภาพจิตและวิถีชีวิตกับการดูแลตนเองในสังคมไทย. มปท., 2533.
- เกียรติภูมิ วงศ์รจิต และประภาส อุครานันท์. การศึกษาแนวคิดและกระบวนการเกี่ยวกับการบังคับรักษาผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช. นครปฐม: โรงพยาบาลนิติจิตเวช, 2541.
- ขนาน หัสศิริ และคณะ. การพัฒนารูปแบบการพึ่งตนเองของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน. มปท., 2537.
- คณะกรรมการศูนย์บริการสุขภาพที่บ้าน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. เอกสารประกอบการอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน. สุราษฎร์ธานี: โรงพิมพ์สุวรรณอักษร, 2542.
- คณะผู้เชี่ยวชาญแห่งชาติเรื่องสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์การศาสนา, ม.ป.ป..
- จิรารัตน์ พิมพ์ดีด และคณะ. การพัฒนารูปแบบการจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำที่หอผู้ป่วยหญิงของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น. ขอนแก่น: โรงพิมพ์พระธรรมขันธ์, 2542.
- ชะฤทธิ์ พงษ์อนุตรี และคณะ. คู่มือสำหรับญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท. กรุงเทพฯ: ศูนย์การพิมพ์พลชัย, 2530.
- ณัฐไชย ดันติสุข. เอกสารการสอนชุดวิชาสังคมวิทยาการแพทย์ หน่วย 1-8 สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. พิมพ์ครั้งที่ 2; กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2535.
- นันทนา รัตนกร. ลักษณะโครงสร้างและเศรษฐกิจของครอบครัวที่เกี่ยวกับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2536.
- ปรารธนา บริจันทร์ และคณะ. การศึกษาความวิตกกังวลและพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของญาติผู้ป่วยโรคจิต. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น, 2536.
- พันธ์ศักดิ์ วราฮ์สวัสดิ์ และคณะ. การพัฒนาการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน. อุบลราชธานี: ศิริธรรมออฟเซต, 2541.
- มัลลิกา มีติโก. คู่มือวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ ชุดที่ 1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ. มปท., 2534.

รุจิรา จงสกุล และคณะ. ปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน.

ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น, 2538.

รัชนิกร อุปเสน. การศึกษาบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน. วิทยานิพนธ์

มหาบัณฑิต. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2541.

วารุณี ตั้งเสรี และคณะ. การศึกษาเปรียบเทียบทัศนคติของญาติต่อผู้ป่วยจิตเภทที่รับไว้ใน

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นครั้งแรก และครั้งรอง. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวช

ขอนแก่น, 2538.

วิวัฒน์ ยถาภูรณานนท์ และคณะ. คู่มือจิตเวชศาสตร์สำหรับแพทย์ทั่วไป. ขอนแก่น: ศิริภักดิ์-

ออฟเซ็ท, 2536.

วัชนี หัตถพนม และคณะ. ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวช

ขอนแก่น. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น, 2529.

ศักดิ์ กาญจนาวโรจน์กุล. คู่มือการรักษาผู้ป่วยโรคจิตสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป. ขอนแก่น:

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น, 2537.

ศิริวรรณ เพ็ชรศรีกุล และคณะ. การศึกษาความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยโรคจิตที่รับบริการต่อการ

ส่งซื้อขายทางไปรษณีย์ ณ กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น. ขอนแก่น:

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น, 2540.

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และกฤตยา แสงวงเจริญ. ความต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือ และการ

เตรียมตัวรับผู้ป่วยของญาติเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช. ขอนแก่น:

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2535.

สายพิน เกษมกิจวัฒนา. แบบจำลองเชิงสาเหตุของความเครียดในบทบาทของภรรยาผู้ป่วยเรื้อรัง

ในฐานะผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัย

มหิดล, 2535.

สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง : มโนคติสำคัญสำหรับการดูแล. ขอนแก่น:

ขอนแก่นการพิมพ์, 2537.

สุวดี ศรีวิเศษ วัชนี หัตถพนม และ สิริภัก สุขเสริม. การศึกษาผลการให้ความรู้แก่ญาติผู้ป่วย

โรคจิตแบบประชุมสัมมนา. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น, 2535.

สุวทนา อารีพรรค. ความผิดปกติทางจิต. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2524.

อภิชัย มงคล และคณะ. การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิต. ขอนแก่น: โรงพิมพ์

พระธรรมบัณฑิต, 2538.

อุทัย สุดสุข. โครงการดูแลสุขภาพด้วยตนเองกับนโยบายพัฒนาสาธารณสุข. วารสารสาธารณสุข
 สุขุมตฐานภาคกลาง 2535 ; 7 : 4-17.

Basolo-Kunger. M. Caring for families of psychiatric patient. **Mental Health Nursing**.
 1994 ;29:73-79.

Gray, F & Kavanagh, K.C. psychiatric mntal Health nrsing. Philadelphia: J.B lippicott company,
 1991.

Greenberg. S.J. et al. Mother caring for an adult child with Schizophrenia : the effects of
 subjective burden on maternal health. **Family Relation**. 1993 ; 1 : 205-211.

Montgomery et al. Care giving and the experience of subjective and objective burden : **Family
 Relation**. 1985 ; 34 : 19-21.

Orem, D.E. **Nursing Concepts of Practice**. 5th ed. St Louis : Mosby-Year book, 1995.

ნ ა ო ო ო ო

แนวคำถามในการสัมภาษณ์ผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ.....
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส.....
4. ศาสนา.....
5. การศึกษา.....
6. อาชีพก่อนป่วย.....
7. ระยะเวลาที่เริ่มป่วยจนถึงปัจจุบัน.....
8. รายได้ของผู้ป่วยต่อเดือน.....บาท
9. เคยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวช (เคย/ไม่เคย)
- ถ้าเคย จำนวน.....ครั้ง
10. ปัจจุบันกำลังรักษาที่โรงพยาบาล.....

แนวคำถามในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับความพร้อมในการดูแลตนเอง

ด้านความรู้

1. ท่านทราบหรือไม่ว่า ท่านเจ็บป่วยเป็นโรคอะไร
2. เกิดจากสาเหตุอะไร
3. อาการที่เป็นมีอะไรบ้าง ที่ทำให้รู้ว่าตนผิดปกติ
4. การรักษา ทำอย่างไร นานแค่ไหน
5. มีวิธีการดูแลตนเองอย่างไร อาการจึงจะไม่กำเริบอีก

ด้านทัศนคติ

1. ท่านมีความรู้สึกอย่างไรต่อตนเองในการเจ็บป่วยเป็นโรคนี้
2. ท่านรู้สึกอย่างไรในการดูแลของญาติที่มีต่อตัวท่าน
3. ท่านคิดว่า ญาติมีความรู้สึกอย่างไรต่อท่าน
4. ท่านคิดว่า สังคมมองท่านอย่างไรบ้าง ปฏิบัติต่อท่านเหมาะสมหรือไม่
5. ท่านมีความหวัง หรือตั้งความหวังอะไรบ้างในชีวิตท่าน

6. ท่านคิดว่า การที่จะอยู่ในชุมชนนานที่สุด โดยไม่ต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อย ๆ ท่านต้องทำอะไร อาศัยปัจจัยอะไรบ้าง
7. ท่านพอใจในชีวิตประจำวันไหม อยากเปลี่ยนแปลงอะไรบ้าง

ด้านการปฏิบัติ

1. ใน 1 วัน ท่านบอกได้หรือไม่ว่าท่านทำอะไรบ้าง โดยเริ่มจากตื่นเช้าจนถึงก่อนนอน
2. จากที่เล่ามามีปัญหาอะไรบ้าง ถ้ามีจะแก้ไขอย่างไร มีคนคอยช่วยเหลือหรือไม่ ถ้าช่วยเหลือ ช่วยอย่างไร
3. เมื่อท่านเกิดอาการรุนแรง ครอบครัวท่านทำอะไร
4. ท่านต้องการให้ญาติปฏิบัติตัวต่อท่านอย่างไร และอยากให้ชุมชนปฏิบัติต่อท่านอย่างไร
5. หลังจากเจ็บป่วย ท่านยังเข้าร่วมสังคมหรือไม่ เพราะอะไร
6. ท่านมีอาชีพ เพื่อสร้างหลักฐานให้ตัวเอง คืออาชีพอะไร รายได้เท่าไร
7. ท่านมีวิธีการดูแลตนเองอย่างไรบ้าง เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตน
8. ท่านได้ทำตามบทบาทหน้าที่ในครอบครัวหรือไม่ ถ้าทำอย่างไร ระบุกิจกรรมและผลที่ได้รับ ถ้าไม่ทำ เพราะอะไร บอกสาเหตุ
9. แหล่งให้ความช่วยเหลือ ที่ท่านเคยได้รับ มีอะไรบ้าง ใครเป็นผู้ช่วยเหลือ
10. ความคาดหวัง ว่ามีปัจจัยอะไรบ้างที่มีส่วนช่วยให้ท่านอยู่ในชุมชนได้นานที่สุด ใครบ้าง ตั้งแต่ญาติ ชุมชน สถานีนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลจิตเวชฯ

แนวคำถามในการสัมภาษณ์ญาติ

ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ.....
2. เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยเป็น.....
3. อายุ.....ปี
4. สถานภาพสมรส.....
5. ศาสนา.....
6. การศึกษา.....
7. อาชีพ.....

8. ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการจนถึงปัจจุบัน.....
9. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน.....บาท
10. ผู้ป่วยเคยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลจิตเวชหรือไม่ ถ้าเคย บอกจำนวนครั้ง.....

แนวคำถามในการสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วยเกี่ยวกับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิต

ด้านความรู้

1. โรคจิต หมายถึงอะไร
2. สาเหตุ จากอะไร
3. อาการ เป็นอย่างไร
4. วิธีการรักษา อย่างไร
5. มีวิธีการดูแล หรือช่วยเหลืออย่างไร

ด้านทัศนคติ

1. ท่านมีความรู้สึกอย่างไรต่อผู้ป่วย คิดว่าเป็นคนอย่างไร
2. ท่านคิดว่า สังคมมองผู้ป่วยโรคจิต เป็นอย่างไร
3. ท่านคิดว่า สังคม หรือชุมชนมองครอบครัวคุณเป็นอย่างไร เพราะอะไร
4. ท่านคิดว่า ผู้ป่วยโรคจิต มีความสามารถเหมือนคนทั่วไปหรือไม่ เพราะอะไร
5. ท่านคิดว่า ผู้ป่วยโรคจิต ควรมีส่วนร่วมกับสังคมหรือไม่ เพราะอะไร
6. ถ้าผู้ป่วยโรคจิต มีอาการรุนแรง ท่านมีความรู้สึกอย่างไร ต้องการใครช่วยเหลือบ้าง
7. ญาติรู้หรือไม่ว่าผู้ป่วยเป็นโรคอะไร แล้วรู้สึกอย่างไร
8. ท่านคิดว่า บุคคลที่เป็น โรคจิต มีโอกาสหายจากโรคนีหรือไม่ เพราะอะไร

ด้านการปฏิบัติ

1. ท่านมีวิธีการดูแลผู้ป่วยอย่างไรบ้าง ตั้งแต่เช้าจนถึงเข้านอน (กิจวัตรประจำวัน การทำงาน การขับถ่าย สุขวิทยาส่วนบุคคล การพักผ่อน)
2. อาการของผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลตอนนี้เป็นอย่างไ
3. ผู้ป่วยได้ทำงานหรือไม่ ถ้าทำ งานอะไร ถ้าไม่ได้ทำ เพราะอะไร ได้ช่วยงานอื่นบ้างหรือไม่
4. ท่านเคยมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยบ้างหรือไม่ อย่างไร มีอาการหรือพฤติกรรมรุนแรงหรือไม่
5. ท่านมีวิธีการจัดการ แก้ไขปัญหานั้นอย่างไร

6. ท่านเคยไปขอความช่วยเหลือจากคนอื่นหรือไม่ ถ้าเคยเพราะอะไร ถ้าไม่เคยเพราะอะไร
7. ท่านมีวิธีการสนับสนุน หรือส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับการเจ็บป่วย และปฏิบัติตัวให้ถูกต้องอย่างไร รวมถึงการรับประทานยา การงดสิ่งเสพติด การเข้าสังคม การทำงาน การออกกำลังกาย การพักผ่อน
8. ท่านมีวิธีการดูแลผู้ป่วยอย่างไร ได้รับคำแนะนำจากใครบ้าง
9. ถ้าผู้ป่วยมีอาการ ผู้ป่วยจะเชื่อฟังใครมากที่สุด เพราะอะไร
10. มีข้อขัดแย้งในครอบครัวหรือไม่ ถ้ามีแก้ไขอย่างไร
11. แหล่งสนับสนุนที่ให้ความช่วยเหลือในชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตให้อยู่ในชุมชนได้นานที่สุด ที่ท่านเคยเห็นและได้รับมีอะไรบ้าง
12. ท่านคาดหวังว่า ใครบ้างที่จะมีส่วนช่วยเหลือให้ผู้ป่วย อยู่ในชุมชนได้นานที่สุด ช่วยอย่างไร เช่น ผู้ป่วย ญาติ ชุมชน สถานีนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลจิตเวช

แนวคำถามในการสัมภาษณ์เพื่อนบ้าน / อสม.

ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ.....
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส.....
4. ศาสนา.....
5. การศึกษา.....
6. อาชีพ.....

แนวคำถามในการสัมภาษณ์เพื่อนบ้าน / อสม. เกี่ยวกับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิต

ด้านความรู้

1. โรคจิต หมายถึงอะไร
2. สาเหตุจากอะไร
3. อาการเป็นอย่างไร
4. วิธีการรักษา คิดว่าทำอย่างไร
5. วิธีการดูแล หรือช่วยเหลืออย่างไร

ด้านทัศนคติ

1. ท่านรู้สึกอย่างไรกับผู้ป่วยโรคจิต
2. ถ้ามีคนในหมู่บ้านเป็นโรคจิต ท่านจะรู้สึกอย่างไร
3. ถ้าเป็นญาติของท่าน ท่านจะรู้สึกอย่างไร
4. สังคมมองครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคจิตเป็นอย่างไร
5. ชุมชนอยากให้ผู้ป่วยโรคจิตออกจากงานสังคมหรือไม่ เพราะอะไร
6. ถ้าพบผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต เช่น อาละวาด พฤติกรรมไม่เหมาะสม หรือซึมเศร้า ท่านมีความรู้สึกอย่างไร สังคมมองเขาเป็นอย่างไร
7. ท่านอยากให้ผู้ป่วยโรคจิต อยู่ในชุมชนมีอาการเป็นอย่างไร
8. จากประสบการณ์ที่ผ่านมา ท่านเคยเห็นอาการผู้ป่วยโรคจิต ขณะอยู่ในชุมชนที่แสดงออกมารุนแรงที่สุด เป็นอย่างไร

ด้านการปฏิบัติ

1. ท่านปฏิบัติต่อครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตอย่างไร
2. ท่านเคยให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตหรือไม่ ถ้าเคยทำอย่างไร ถ้าไม่เคยเพราะอะไร และถ้าจะให้คำแนะนำจะให้อย่างไร
3. ถ้ามีผู้ป่วยเป็นคนในครอบครัวตนเอง คิดว่าจะขอความช่วยเหลือได้จากใคร
4. ท่านปฏิบัติอย่างไร เมื่อพบผู้ป่วยอะละวาด
5. ท่านมีวิธีป้องกันอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นจากผู้ป่วยอย่างไร
6. ท่านเคยแสดงปฏิกิริยารังเกียจ หรือหวาดกลัวผู้ป่วยหรือไม่ เพราะอะไร อาการไหนที่ทำให้หวาดกลัวมากที่สุด
7. ท่านเคยให้การช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตอย่างไร ถ้าเคยช่วยเหลือมีกิจกรรมอะไรบ้าง ถ้าไม่เคยเพราะอะไร
8. เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิต จะช่วยเหลืออย่างไร ลองยกตัวอย่างสถานการณ์
9. ท่านคาดหวังว่า ใครบ้างที่มีส่วนช่วยในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนได้นานที่สุด และหวังว่าจะได้รับการช่วยเหลือจากใคร เช่น ญาติ ผู้ป่วย ชุมชน สถานีนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลจิตเวช

ผู้ป่วย รายที่ 1

ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 20 ปี สถานภาพสมรส โสด จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อาชีพ ทำนา เคยเข้าโรงพยาบาลตั้งแต่อายุ 18-19 ปี เพราะขาดยา การรักษาไปรักษาทั้งที่โรงพยาบาลจิตเวช นครพนม โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น และรับยาที่โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร ได้สัมผัสถึงความรู้ที่ผู้ป่วยมีและเข้าใจ ผู้ป่วยบอกว่า “คิดว่าตนเป็นโรคประสาท” “สาเหตุจากคิดมาก ไม่ได้

พักผ่อน เป็นไข้ตากแดด”

ถามถึงอาการว่ามีอะไรบ้าง ผู้ป่วยบอกว่า “ปวดหัวมาก เครียด ไม่พอใจ โมโหง่าย”

ส่วนการรักษาส่วนมากบอกพบแพทย์

ผู้สัมภาษณ์ได้ให้ผู้ป่วยบอกถึงวิธีการดูแลตนเอง ผู้ป่วยบอกว่า

“ให้กินยาตลอด เลี่ยงไม่ให้โดนแดด ออกกำลังกาย เล่นกีฬา มีปัญหาปรึกษากัน”

ผู้สัมภาษณ์ได้สัมผัสถึงทัศนคติของผู้ป่วย ความรู้สึกของตนเองต่อการเจ็บป่วย พอสรุปได้ว่า

“คิดว่ามีโอกาสรักษาหาย ถ้าทำตามคำแนะนำแพทย์”

ส่วนความรู้สึกในการดูแลของญาติที่มีต่อตัวผู้ป่วย ผู้ป่วยบอกว่า

“ราคาญาติคอยเอาแต่ยาให้กิน แต่ก็รู้ว่าอยากให้หาย” ได้ถามถึงสังคมหรือชุมชนมองผู้ป่วยอย่างไรบ้าง และปฏิบัติต่อท่านเหมาะสมไหม ผู้ป่วยบอกว่า “เฉย ๆ คิดว่าบ้าก็ใช่ แต่เขาไม่ได้แสดงอาการรังเกียจเขา” ส่วนความหวังในชีวิตที่ดังหรือคาดหวังไว้คือ “อยากเลี้ยงวัว อยากมีครอบครัวที่มีความสุข”

การที่ผู้ป่วยจะอยู่ในชุมชนนานที่สุด โดยไม่ต้องกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลบ่อย ๆ ต้องอาศัยปัจจัยอะไรบ้าง ผู้ป่วยบอกว่า “กินยาสม่ำเสมอ กำลังใจจากคนรอบข้าง” ความพอใจในชีวิตประจำวัน ส่วนมากพึงพอใจอยู่แล้ว แต่อยากเปลี่ยนแปลงคือ อยากบวชเป็นพระ ส่วนการสัมผัสในการปฏิบัติ ในการทำกิจวัตรประจำวันใน 1 วัน ทำอะไรบ้าง “ตื่นขึ้นล้างหน้า ประมาณ 2 โมงเช้า เก็บที่หลับที่นอน กินข้าว ช่วยคานา บางครั้งก็นอนกลับมาก็กินข้าว กินยา แล้วก็เข้านอน “บางทีก็ช่วยงาน ตักน้ำใส่โอ่ง”

ปัญหาที่ผู้ป่วยรายนี้พบคือ ปัญหาบางครั้งหลงลืม แต่ไม่รู้จะแก้ไขอย่างไร ต้องช่วยตัวเอง ส่วนมากถ้ามีปัญหาจะไปพบแพทย์ ส่วนอยากให้ญาติปฏิบัติต่อท่านอย่างไร และชุมชนปฏิบัติอย่างไร ส่วนมากบอก ให้กำลังใจก็พอ และส่วนมากก็ยังไปพูดคุยกับเพื่อน ๆ เหมือนเดิม

การดูแลสุขภาพของตนเองไม่ให้เจ็บป่วยอีก ผู้ป่วยบอกว่า

“กินยา ไม่ให้ออกแดดมาก รักษาร่างกายให้แข็งแรง”

ผู้ป่วย รายที่ 2

ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 28 ปี สถานภาพสมรส คู่ จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อาชีพ ทำนา/ทำสวน เคยเจ็บป่วยมาประมาณ 4 ปี ส่วนมากรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น แต่รับยาที่โรงพยาบาลใกล้บ้านเรา (รพ. พระอาจารย์ฝั้น อาจาโร) และได้ถามถึงแนวความรู้ของผู้ป่วยว่า ผู้ป่วยเข้าใจว่าตนเป็นโรคอะไร ผู้ป่วยบอกว่า “โรคเลปสเนีย” สาเหตุที่เป็นเพราะ “หงุดหงิด นอนไม่หลับ คิดมาก เรือยเรือย เครียดด้วย” การรักษาตนเอง “กินยาตลอด ทำตัวไม่ให้เครียด ไม่มีเรื่องในครอบครัวและไม่กินเหล้า”

ผู้สัมภาษณ์ได้สัมภาษณ์ถึงทัศนคติของผู้ป่วย ความรู้สึกของตนเองต่อการเจ็บป่วยในโรคนี้ “น้อยใจว่าตนเป็นโรคนี้ คิดว่ารักษาไม่หาย” ส่วนความรู้สึกของตนเองในการดูแลของญาติ ผู้ป่วยบอกว่า “รู้สึกห่วงใยเรา เอาใจใส่เราตลอด อยากให้เขาหาย” ผู้สัมภาษณ์ได้ถามถึงสังคม และชุมชนของท่านเป็นอย่างไร ปฏิบัติต่อตนเองเหมาะสมไหม ผู้ป่วยตอบว่า “แล้วแต่เขาแล้ว ถ้าคิดว่าเป็นผีบ้านผีไร่ แต่เขาไม่เคยทำให้ใครเดือดร้อน”

ส่วนความหวังในชีวิตผู้ป่วยบอกว่า “อยากเลี้ยงลูก หาเงินส่งให้ลูกเรียนสูงๆ”

ผู้สัมภาษณ์ได้ให้ผู้ป่วยเล่าถึง ทำอย่างไรถึงอยู่ในชุมชนได้นานที่สุด ไม่ต้องกลับเข้ามารักษาอยู่ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยบอกว่า “กินยาดี ปฏิบัติดี ปฏิบัติตามบ้านเมืองเขา ไม่กินเหล้า ฝิ่น กล้วยา คมกาว ไม่เอาอีกแล้ว”

และผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการปฏิบัติ ในการทำกิจวัตรใน 1 วัน ทำอะไรบ้าง

“ตื่นเข้าไปทำนา ทำสวน เลี้ยงวัว วางทำนา ปลูग्มะเขือ ขายเห็ด กลับมาตอนแสงก็คุยกับเพื่อนไปแย่งปลากัดบ้าง กลับบ้าน กินข้าว นอน แค่นี้ละ”

ถามถึงปัญหาที่พบ ผู้ป่วยปฏิเสธปัญหา บอกถ้ามีก็ปรึกษาครอบครัวตนเองไม่มีอะไร ได้ถามถ้ามีอาการรุนแรง ได้ปฏิบัติตัวอย่างไร ผู้ป่วยบอกว่า “ไปหาหมอ”

หลังจากที่ท่านเจ็บป่วย ท่านได้เข้าร่วมสังคมหรือไม่ ผู้ป่วยบอกว่า “ไปเหมือนเดิม”

ผู้ป่วย รายที่ 3

ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 22 ปี สถานภาพสมรส คู่ จบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 อาชีพรับจ้าง เคยเจ็บป่วยมานาน 7 ปี เคยไปรักษาอยู่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น แต่หมอให้กินยาต่อเนื่องกัน 2 ปี ปัจจุบันเลิกกินยาแล้ว ถามผู้ป่วยว่า เข้าใจว่าตนเป็นโรคอะไร ผู้ป่วยบอกว่า “เครียด สมองตึงเครียด” สาเหตุจาก “นอนไม่หลับ คิดหลาย กังวล ปวดหัวมาก” การรักษาตนเอง “ตอนยังไม่แต่งงาน ส่วนมากไปออกกำลังกายตอนเย็น เพราะว่าทำให้หลับง่าย ไม่คิดมาก และกินยาตามหมอสั่ง”

ผู้สัมภาษณ์ได้สัมภาษณ์ถึงทัศนคติ ความรู้สึกตนเองต่อการเจ็บป่วยครั้งนี้ “เครียด คิดมาก แต่คิดว่ารักษาหาย” ความรู้สึกที่มีต่อญาติ ต่อตนเอง “ส่วนมากจะเอาใจเขา เอาใจเขาทุกอย่างเลย รู้สึกว่ามีกำลังใจ ดีใจ” ส่วนสังคมหรือชุมชนมองท่านอย่างไร ผู้ป่วยบอกว่า “เขาจะไม่ได้แสดงอาการรังเกียจเขา เขาจะดีกับเขาเป็นห่วงเขาคือกัน เฮ็ดนาคะดี”

ส่วนความหวังในชีวิต ผู้ป่วยบอกว่า “ในชีวิตจะอยากได้หลายอย่าง อยากได้เฮือน อยากได้รถ” ส่วนการปฏิบัติตัวคืออยู่ในชุมชนได้นาน ไม่ต้องกลับไปรักษาที่โรงพยาบาลอีก ผู้ป่วยเล่าว่า “กินยาสม่ำเสมอ มีกำลังใจจากคนรอบข้าง คิดว่าเราต้องมีชีวิตอยู่ต่อไป” และไม่อยากเปลี่ยนแปลงอะไรในชีวิต มีความพึงพอใจแล้ว

ส่วนการปฏิบัติตัว ในการทำกิจวัตรใน 1 วัน ทำอะไรบ้าง ผู้ป่วยบอกว่า แต่ก่อนเคยไปรับจ้างที่ปทุม รับจ้างตัดเย็บเสื้อผ้า แต่ปัจจุบันอยู่บ้าน เป็นแม่บ้าน ไปช่วยทำงานบ้างเป็นบางครั้ง ปฏิเสธปัญหาของตน ถ้ามีจะปรึกษาสามี แต่ไม่มีเรื่องร้ายแรง หลังจากเจ็บป่วย ตนก็ปฏิบัติเหมือนเดิม มีการพูดคุยกับเพื่อน บางครั้งเพื่อนจะมาคุยด้วยที่บ้าน

ผู้ป่วย รายที่ 4

ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 37 ปี สถานภาพสมรส หม้าย จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 อาชีพทำนา เจ็บป่วยมานานประมาณ 3 ปี ถามผู้ป่วยถึงความเข้าใจของโรคของตน ผู้ป่วยบอกว่าตนเป็นโรคเครียด ส่วนสาเหตุ คิดว่ากลัวทุกอย่าง กลัวลูกไม่มีกิน กลัวลูกจะเป็นคนเลว กลัวลูกไม่ได้เรียน บางครั้งมีหายใจไม่อิ่ม ปวดหัว ส่วนการดูแลตนเอง “ดูแลบ่ มีคิดหลาย มีเฮ็ดงานหักโหม ไปกับหมู่เพลินๆ กะเฮ็ดงานอยู่เฮือนกับลูก”

ทัศนคติของผู้ป่วยต่อการเจ็บป่วยของตน ผู้ป่วยบอกว่า “โรคนี้ไม่หายขาด ต้องไปหาหมอประจำ ต้องใช้ยาช่วย ส่วนความรู้สึกที่มีมองสังคม ชุมชนรอบตัว ผู้ป่วยบอกว่า “ชาวบ้านบ่ ชาวบ้านนี้คือ มันอยู่นาคะ คือเฮ็ดดี เขาจะดีนาคะ แต่เขามีเคยทำให้เขาเดือดร้อน” ความพอใจในชีวิตประจำวันพอใจอยู่แล้ว ให้ลูกมีอนาคต มีการศึกษา” ปัญหาในชีวิตประจำวัน ส่วนมากมีปัญหาเรื่องเงิน อยากเปลี่ยนแปลงที่อยู่ อยากมีทุนสร้างบ้าน จะเลี้ยงไก่พันธุ์ไข่”

ส่วนการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวัน ทำอะไรบ้าง ผู้ป่วยบอกว่า “ตื่นเช้านั่งข้าว ทำกับข้าว หาให้ลูกกินไปโรงเรียน บางทีก็ออกไปรับจ้างได้วันละ ชาว-สามสิบ” ปัญหาที่พบในชีวิตประจำวัน เรื่องส่วนตัวไม่มี แต่จะมีหนี้สินบ้าง หลังจากเจ็บป่วยผู้ป่วยก็ยังเข้าร่วมสังคมเหมือนเดิม

ญาติผู้ป่วย รายที่ 1

เพศหญิง เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยเป็นมารดาผู้ป่วย อายุ 48 ปี สถานภาพสมรส คู่ จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 อาชีพ ทำนา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ประมาณ 2,000 บาท ปัจจุบันผู้ป่วยรักษาที่โรงพยาบาลศรีมหาโพธิ์ รับยาทางไปรษณีย์

ผู้สัมภาษณ์ได้ถามถึงความรู้ที่ญาติผู้ป่วยเข้าใจ ญาติเข้าใจว่าเป็นโรคประสาท แต่เคยพาไปหาหมอธรรม “ถือว่าเป็นกรรมของมัน เป็นนรกกรรมพันธุ์ด้วย” สาเหตุจากเรียนแล้วคิดมาก อาการนอนไม่หลับ หวาดกลัว วิธีการรักษา เอายาเร่งับประสาทให้กิน ให้มันนอนพัก ถ้ามีอาการรุนแรง ก็จะพาไปหาหมอ

ผู้สัมภาษณ์ได้ถามถึงทัศนคติที่มีต่อผู้ป่วย ว่ามีความรู้สึกอย่างไร ญาติผู้ป่วยตอบว่า “สงสาร บางครั้งอยากฮ้ายแต่กะบ่อฮ้าย” หมายถึง สงสาร บางครั้งอยากดุอยากว่าแต่ไม่ได้ทำ ส่วนมุมมองที่สังคมรอบข้างมองผู้ป่วยคิดว่า “ก็คงคิดว่ามันเป็นบ้ามันเงา เธอไม่รู้จักใจเขา” ส่วนความสามารถที่มีในตัวผู้ป่วย คิดว่าเหมือนเดิม เพราะมันก็ยังช่วยซักผ้าบ้าง ถูบ้านบ้าง ถามว่า อยากให้ใครช่วยเหลือบ้าง “อยากให้เอายามาให้ เช็คสมองดูว่ามันเป็นจากอะไร” และได้ถามถึงมีโอกาสหายจากโรคนี้หรือไม่ เพราะอะไร ญาติผู้ป่วยตอบว่า “ถ้ามียา มีชูแนว กะได้อยู่ได้” หมายถึง ถ้ามียามียาเงิน ความพร้อมทุกอย่างก็จะดี

ผู้สัมภาษณ์ได้ถามถึงการปฏิบัติตัวและการดูแล ตั้งแต่เข้าถึงเข้านอน หมายถึง พวกกิจวัตรประจำวัน การทำงาน การขับถ่าย รวมถึงการพักผ่อนด้วย ญาติผู้ป่วยบอกว่า “ตื่นนอนขึ้นมา มันกะกิน แล้วไปหากิน แล้วไปสัฟนล้างหน้า อาบน้ำ-การขับถ่าย ช่วยตัวเองได้หมด” ส่วนงานที่ช่วยทำ เาน้ำใส่ตู้เย็น ส่วนการพักผ่อน กางมุ้ง ที่นอนผู้ป่วยทำเองหมด แต่ถ้าช่วงไหนมีอาการรุนแรงก็ไม่ได้ช่วยซักผ้า ก็เป็นแม่ทำให้แทน ปัจจุบันผู้ป่วยไม่ได้ไปทำงานนอกบ้าน ช่วยในบ้าน ผู้สัมภาษณ์ได้ถามถึงปัญหาในการดูแล ญาติตอบว่า ก็มีบ้างเวลามีอาการรุนแรง บอกไม่เชื่อฟัง หงุดหงิดง่าย และมีบ้างปัญหาเรื่องเงินทอง แต่ก็ยืมพี่น้อง หรือพ่อแม่ ได้ถามถึงความพอใจในชีวิตประจำวัน ญาติตอบว่า “เฮากะบ่พอใจบานเรอแล้ว ลูกเป็นบ่ก็อบ้านคือเมืองเขา” ส่วนถามถึงกำลังใจที่ได้รับ ญาติบอกก็มีเพื่อนบ้านและพี่น้องมาให้กำลังใจอยู่เสมอ ส่วนผู้ป่วยเวลามีอาการจะเชื่อฟังใครมากที่สุด คือ ฟังพ่อ แต่ต้องมีเสียงดังดุกันบ้าง ส่วนแหล่งสนับสนุนที่ให้ความช่วยเหลือในชุมชนที่อยากได้ ญาติผู้ป่วยบอกว่า “กะอาศัยหมอนั่นแล้ว” หมายถึง หมอที่อยู่ใกล้บ้านมากที่สุด

ญาติผู้ป่วย รายที่ 2

เพศหญิง เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยเป็นภรรยาผู้ป่วย อายุ 18 ปี สถานภาพสมรส คู่ จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อาชีพ ทำนา ทำสวน รายได้เฉลี่ยต่อเดือนประมาณ 2,500 บาท ปัจจุบันรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชนครพนม

ผู้สัมภาษณ์ได้ถามถึง ความรู้ที่ญาติผู้ป่วยเข้าใจ คิดว่าสามีตนเป็นโรคประสาท พอถามถึงความหมายของคำว่า โรคประสาทตามที่ญาติผู้ป่วยเข้าใจ ญาติบอกว่า หมายถึง “อยากโกรธกะโกรธ ประสาทเครียด ยามดีกะดี ยามเคียดกะเคียด” สาเหตุของโรคเกิดจาก หงุดหงิด เวลาเป็นมักมีอาการเวียนศีรษะ เมื่อยตามตัว หงุดหงิด มีเหงื่อ ทำลายของ โมโหง่าย วิธีการดูแลรักษา รักษาโดยค่อยๆ พูดกัน ไม่ให้อารมณ์เสียมากขึ้น ไม่ให้ดื่มเหล้า หายาให้กินทุกวัน

ผู้สัมภาษณ์ได้ถามถึงทัศนคติที่มีต่อผู้ป่วย ว่ามีความรู้สึกอย่างไร ญาติผู้ป่วยตอบว่า “บางทีก็เบื่อหน่ายได้ละ ท้อแท้ไปเลยนะ” หมายถึง มีบางครั้งรู้สึกท้อแท้ จนถึงขั้นท้อแท้เลยก็มี แต่ญาติผู้ป่วยยังคิดว่าผู้ป่วยก็คือคนเหมือนคนทั่วไป ถึงจะเบื่อง่ายก็ต้องทน ก็ต้องดูแลเหมือนเดิม ส่วนมุมมองของสังคมที่มองผู้ป่วยคิดว่าก็ธรรมดา เหมือนคนทั่วไป เพราะผู้ป่วยรักษาประจำไม่เคยขาด ส่วนความสามารถส่วนตัว คิดว่ามีไม่เท่ากับคนทั่วไป อาจจะน้อยกว่า เพราะเดี๋ยวนี้สังคมก็ไม่ค่อยได้ไป ตั้งแต่เป็นโรคนี้น่าจะเป็นหัวหน้าครอบครัวบางครั้งก็ต้องทำแทน ถ้าช่วงไหนที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง ญาติจะมีความรู้สึกทั้งสงสาร ทั้งโมโหร่วมกันด้วย ความต้องการอยากให้คนช่วยเหลือ อยากให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นคนช่วย และดูแลรักษาด้วย

ผู้สัมภาษณ์ได้ถามถึงการปฏิบัติตัวและการดูแลตั้งแต่เช้าถึงก่อนนอน เช่น กิจกรรมประจำวัน การทำงาน การขับถ่าย การพักผ่อน รวมถึงการพักผ่อน ญาติผู้ป่วยเล่าให้ฟังว่า ตื่นเช้าลุกขึ้นมาล้างหน้า แปรงฟันเอง หาข้าวให้กิน ไป-มาเองได้ ช่วยตัวเองได้หมด อาบน้ำ-อาบท่า-การขับถ่ายผู้ป่วยทำเองหมด กลางคืนก็นอนได้ ไม่มีปัญหา ส่วนการทำงานช่วงนี้ไม่มีอาการ ก็ช่วยงานได้ตามปกติ ไม่มีอาการโมโหง่าย พอผู้สัมภาษณ์ถามถึงอาการของผู้ป่วย ถ้ามีอาการรุนแรง ญาติผู้ป่วยมีวิธีปฏิบัติอย่างไร ญาติบอกว่า ก็พาไปหาหมอ บางครั้งก็ได้ฉีดยาด้วย ส่วนอาจจะจะมีปัญหาการเงินบ้างเป็นบางครั้ง ส่วนวิธีการดูแล ก็ไม่ให้ดื่มเหล้า ไม่ให้สูบบุหรี่ กินยาตามหมอสั่ง

ส่วนความพอใจในชีวิตประจำวันของญาติ ญาติผู้ป่วยบอกว่า “เดี๋ยวนี้กะพอช้านี้แล้วอยากพอใจหลายกว่านี้อยู่ ถ้าเป็นไปได้ ถ้าอาการเขาดีขึ้น กะจะพาเฮ็ดพาสร้าง อยากให้มันดีขึ้น นี้อยู่ เดี๋ยวนี้กะพอปานกลาง” หมายถึง ปัจจุบันก็พอใจ แต่ถ้าอาการผู้ป่วยดีขึ้น ญาติก็อยากจะทำอะไรร่วมกัน เพื่อให้มันดีขึ้น การดูแลผู้ป่วยได้รับคำแนะนำจากใครบ้างหรือไม่ ญาติบอกบางครั้งก็เพื่อนบ้านเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ถ้ามีอาการรุนแรง ส่วนมากจะเชื่อพี่ชายคนโต จะหยุดทันที ส่วนแหล่งสนับสนุนที่ให้ความช่วยเหลือในชุมชนที่ญาติผู้ป่วยต้องการตอบต้องการหมอที่ช่วยดูแล

ญาติผู้ป่วย รายที่ 3

เพศชาย เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยเป็นพ่อภรรยาผู้ป่วย อายุ 52 ปี สถานภาพสมรส คู่ จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 อาชีพ ทำนา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ไม่แน่นอน แล้วแต่ลูก-หลานจะให้อาศัย ผู้สัมภาษณ์ได้ถามถึงความรู้ที่ญาติผู้ป่วยเข้าใจว่า โรคจิตหมายถึงอะไร ช่วงแรกญาติผู้ป่วยบอก “ไม่รู้จักแล้ว” พอถามว่าที่ลูกเขยเป็นคิดว่าเป็นอะไร จึงบอกว่า “โรคประสาท” ส่วนสาเหตุ ญาติผู้ป่วยไม่ทราบ ส่วนอาการบอก “เป็นซึม ๆ บางครั้ง นอนไม่ลุกเลย” ส่วนวิธีการรักษาก็ไปเอายา ปัจจุบันรับยาที่โรงพยาบาลจิตเวชนครพนม ญาติผู้ป่วยเล่าให้ฟังว่า ยาที่โรงพยาบาลนครพนมไม่ครบ จึงไปรับยาที่โรงพยาบาลจิตเวชนครพนม

ผู้สัมภาษณ์ได้ถามถึงทัศนคติที่มีต่อผู้ป่วย ว่ามีความรู้สักอย่างไร ญาติผู้ป่วยบอกว่า “กะรักษาเอาแล้ว ก็สงสารมันด้วย” พอถามถึงมุมมองที่สังคมมองผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยบอกว่า “บางครั้งก็คงคิดว่ามันเป็นบ้า เวลาขึ้นแสง ๆ” หมายถึง ช่วงมีอาการซึมมาก ๆ หรืออาละวาดมาก ๆ ส่วนคนในครอบครัว มีคิดเป็นสังคมบ้าง แต่ไม่ได้ซ้ำเติม ส่วนถ้าอาการสงบ ก็จะเข้าร่วมสังคม บุญบ้านตามปกติ และสังคมก็ไม่ได้รังเกียจอะไร การพูดคุยก็เป็นปกติทั่วไป ผู้สัมภาษณ์ได้ถามถึงพฤติกรรมที่ญาติอยากให้ผู้ป่วยเป็น ญาติผู้ป่วยบอกว่า “ไม่ให้เห็ดแผนมันเป็นบ้า ตอนนี้นั่นกะคืออยู่” หมายถึง อย่าทำอะไรที่มันแปลก ๆ เช่น อาละวาดมาก หรือซึมไม่ไปไหน ส่วนความต้องการอยากให้ใครช่วยเหลือเวลามีอาการ ญาติบอกอยากให้หมอช่วยรักษาและให้คำปรึกษา แนะนำด้วย

ผู้สัมภาษณ์ได้ถามถึงการปฏิบัติตัว และการดูแลตั้งแต่เข้าถึงเข้านอน ญาติบอกว่า ตื่นนอนผู้ป่วยนั่งข้าว หุงห่ากับข้าว ส่วนกิจวัตรอาบน้ำ-แปรงฟัน ขับถ่าย ผู้ป่วยทำเองได้หมด อาการของผู้ป่วยในปัจจุบันก็ดี ช่วยงาน อยู่ในสังคมได้ทั่วไป ไม่มีซึม ปัญหาและพฤติกรรมรุนแรงที่ผู้ป่วยเคยทำ คือ จุดไฟเผาบ้าน แต่ยังไม่ไหม้ ญาติช่วยไว้ทัน และพาไปรักษา หลังจากนั้นก็ไม่มีอาการดังกล่าวนี้อีกเลย ส่วนวิธีจัดการที่ใช้คือ ให้เพื่อนบ้านช่วย และตนก็เอายาให้กิน และมีอีกอย่างคือผู้ป่วย “ถือปิ่น ก็ได้เพื่อนบ้านพูด ค่อย ๆ พูดเอา แต่มันก็เชื่อฟังคืออยู่นะ”

ส่วนแหล่งสนับสนุนอยากให้ช่วยเหลือในชุมชน อยากให้หมออนามัยไปรับยามาแจก โรงพยาบาลอาจารย์ผืน อยากให้เอายามาให้ครบ ส่วนโรงพยาบาลสกลนครไม่ได้ไป โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น หรือนครพนม อยากให้ช่วยส่งยามานี้ จะได้สะดวกเวลาไปรับยา

ญาติผู้ป่วยรายที่ 4

เพศหญิง เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยเป็นมารดาผู้ป่วย อายุ 44 ปี สถานภาพสมรส ว่าง จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนไม่แน่นอน ปัจจุบันรับยาอยู่ที่โรงพยาบาลพระรณานิคม

ผู้สัมภาษณ์ได้ถามถึงความรู้ที่ญาติผู้ป่วยเข้าใจ ญาติบอกว่า “หมอบอกว่า ลูกเป็นโรคประสาท” ส่วนสาเหตุ “ดมกาว แต่คนอื่นเขามิเป็นนะ” ส่วนอาการ อารมณ์ไม่คงที่ อยากร้องก็ ตะโกน บางครั้งโมโห อยากเตะอยากต่อย ก็จะทำเลย ควบคุมตนเองไม่ได้ และเวลามีอาการ เป็นได้ตลอด ไม่เลือกเวลา วิธีการดูแลยากินไม่ครบ ไม่มีเวลาไปเอายา แต่ก็เป็นทุกวัน แต่ไม่รุนแรง เพราะบางวันก็ไปเตะฟุตบอล

ผู้สัมภาษณ์ได้ถามถึงทัศนคติที่มีต่อผู้ป่วย ว่ามีความรู้สึกอย่างไร ญาติผู้ป่วยตอบว่า “บ่ดีใจแล้ว อยากให้มันหาย อยากพาไปหาหมอ มันก็ไม่ไป” หมายถึง เห็นลูกเป็นโรคนี้ก็ไม่ค่อยชอบ อยากให้หายขาด จะพาไปหาหมอ ผู้ป่วยก็ไม่ยอมไปด้วย แต่ญาติก็ยังคิดว่า ผู้ป่วยยังดี เพราะญาติพาไปหาหมอธรรม (อยู่ตามบ้าน) ถามถึงความรู้สึกที่สังคมมองผู้ป่วย “เขามันเป็นบ้าแล้ว” ส่วนความสามารถ “ถ้ามันกินยา มันก็คือคนทั่วไปนะ” ถ้ามันมีอาการรุนแรง ญาติรู้สึกว่โมโห บางครั้งก็ตีแต่ไม่บ่อย พอถามถึงความช่วยเหลือที่ต้องการ ญาติบอกว่า “อยากให้หมอช่วยรักษา)

ผู้สัมภาษณ์ได้ถามถึง การปฏิบัติตัวและการดูแลตั้งแต่เข้าถึงเจ้านอน หมายถึง กิจวัตรประจำวัน การทำงาน การขับถ่าย รวมถึงการพักผ่อน ญาติผู้ป่วยบอกว่า ดื่นนอนมาผู้ป่วยไม่ได้ทำอะไร “อาบนํ้าอาบในมันกะมิอาบ” พอญาติผู้ป่วยบังคับ ก็มีหงุดหงิดบ้าง บอก “บังคับมันมิอาบ มันมิถูกใจ แล้วแต่มันจัดการเอง” ส่วนช่วยงานก็พอทำคือ ตักน้ำใส่โถ่ง แต้นาน ๆ ครั้งทำ มิแต่เปิดพัดลม เปิดโทรทัศน์ บ่าย ๆ ก็ไปเตะฟุตบอล ส่วนเวลานอน ก็นอนไม่ค่อยหลับ บางครั้งลุกออกมาสูบบุหรี่ “แต่มันก็ช่วยตัวเองได้ทุกอย่าง” ส่วนปัญหาการดูแลผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยบอกว่า “หนักใจอยู่ นื่องนุ่งกะด่า อยากให้มันตาย แต่มันไม่พูดอะไรเลย” ส่วนเรื่องการเงิน ผู้ป่วยมีบัตรสุขภาพ วิธีการแก้ไขของญาติที่ไม่ถูกกับน้อง ญาติบอกว่า ก็ให้มันกินยาทุกวัน มิให้อาการกำเริบ ถามถึงความพอใจในชีวิตประจำวัน ญาติตอบว่า “มันบ่พอใจแล้วน้อ มันบ่คือเก่า อยากให้มันดี อยากให้รู้ตัวเหมือนคนละ แต่แกมันไปเลี้ยงวัว เลี้ยงควายได้” หมายถึง มิพอใจ เพราะลูกคนมิเหมือนเดิม อยากให้มันเหมือนคนทั่วไป ช่วยทำงานได้ ผู้สัมภาษณ์ได้ถามถึงถ้ามีอาการผู้ป่วยจะเชื่อฟังใครมากที่สุด แต่ญาติบอกมิเชื่อใคร ผู้ป่วยจะร้อง และมีอาการอยู่คนเดียว ส่วนแหล่งสนับสนุนที่ให้ความช่วยเหลือในชุมชน บอกมิเคยได้รับเลย ส่วนสิ่งต้องการคือ อยากให้หมอมาช่วยดูแลเรื่องการรับยา, การกินยา และช่วยเหลือค่ายา พอผู้สัมภาษณ์ถามถึงบัตรญาติบอกว่ามีปัญหาเรื่องค่าธรรมเนียมค่ายาไม่มีปัญหา

เพื่อนบ้าน รายที่ 1

เพศชาย เกี่ยวข้องเป็น เพื่อนบ้าน อายุ 31 ปี สถานภาพสมรส คู่ การศึกษา จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อาชีพ ทำนา รายได้ประมาณ 3,000 บาท/เดือน

ผู้สัมภาษณ์ได้ถามถึงความรู้ โดยถามว่า โรคจิตหมายความว่าอย่างไร เพื่อนบ้านบอกว่า “เป็นบ้า” สาเหตุจากความวิตกกังวล คิดมาก อาการ ยิ้ม-หัวเราะ พูดคนเดียว วิธีการรักษา ให้กินยา พาไปรักษา วิธีการดูแล แนะนำ ควบคุมให้กินยา ถ้าคุณไม่อยู่ ตนเองก็จะช่วยเหลือ

ผู้สัมภาษณ์ได้ถามถึงทัศนคติที่มีต่อผู้ป่วยว่า รู้สึกอย่างไรต่อผู้ป่วยโรคจิต เพื่อนบ้านบอกว่า รู้สึกธรรมดา ไม่ได้รังเกียจ และถ้ามีคนในหมู่บ้าน หรือชุมชนเป็นจะรู้สึกอย่างไร ก็ไม่รู้สึกอะไร ธรรมดา ผู้สัมภาษณ์ได้ถามต่อว่าถ้าเป็นคนในบ้านเราเอง จะรู้สึกอย่างไร เพื่อนบ้านบอกว่า “กะรู้สึกเสียใจแล้ว ถ้าเป็นไปตามว่านี่” ความรู้สึกของสังคม ชาวบ้านมองผู้ป่วยโรคจิตว่า “คิดว่า เป็นธรรมดานะ ถือว่าบ่เป็นหยง” และยอมให้ร่วมงานในหมู่บ้าน ถือว่าเป็นเรื่องธรรมดา ผู้สัมภาษณ์ได้ถามถึง ถ้าผู้ป่วยเกิดมีอาการหรือพฤติกรรมรุนแรง เขาจะรู้สึกอย่างไร “ถ้ามันขึ้น ถือว่ามีด, พรา มั่นก็ย่านแล้ว” แต่เพื่อนบ้านบอกว่า “แต่ก็จะชอยเว้า ให้มันเชื่อ วางมีด, พราก่อน”

เพื่อนบ้านอยากให้ผู้ป่วยมีอาการ “พูดคุยกับคนอื่นได้ สนุกสนาน หัวม่วนนำหมู่พวก” และได้แนะนำการปฏิบัติตัวโดย “ตามผู้ป่วยถ้าไม่กินยา ญให้กินยา”

และถ้ามีคนในครอบครัวเป็น จะขอความช่วยเหลือจากแพทย์เป็นอันดับแรก แต่ถ้ามีอาการอาละวาดก็จะเรียกเพื่อนบ้านทั้งหลายช่วยกัน ส่วนวิธีป้องกัน เพื่อนบ้านบอกว่า “ระวังเอา” และไม่เคยแสดงท่าทีรังเกียจผู้ป่วย ส่วนคำแนะนำที่ให้ ยังไม่เคย เพราะตนเองก็ไม่รู้ว่าจะบอกอะไร

แหล่งให้ความช่วยเหลือ คิดว่าสถานีอนามัยจะช่วยได้ คือ ให้คำแนะนำว่าจะทำอย่างไรถ้ามีอาการขึ้นมา และโรงพยาบาลอาจารย์ฝั้น หวังว่าเอายามาให้ คือ มารับยาที่นี้ได้ ส่วนโรงพยาบาลสกลนคร หวังว่าให้ช่วยทุกอย่าง ส่วนโรงพยาบาลจิตเวชก็ได้อยู่แล้ว ช่วยรักษาให้หาย

เพื่อนบ้าน รายที่ 2

เพศชาย เกี่ยวข้องเป็นเพื่อนบ้าน อายุ 43 ปี สถานภาพสมรส คู่ การศึกษา จบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 อาชีพ ทำนา ผู้สัมภาษณ์ได้ถามถึงความรู้ โรคจิต หมายถึงอะไร เพื่อนบ้านบอกว่า “ภาษาบ้านเฮาก็บอกว่าผีบ้านนั่นแล้ว” สาเหตุไม่ทราบ อาการ หวาดกลัวไม่ยอมสู้ตากคน อยู่เงียบๆ ไม่ค่อยยุ่งกับใคร พูดน้อย ไม่ทำงาน วิธีการรักษา ไปหาหมอโรงพยาบาล ไปเอายามากิน วิธีการดูแล ให้ทำงาน ซักเสื้อผ้า หนึ่งข้าว ผู้สัมภาษณ์ได้ถามถึงทัศนคติที่มีต่อผู้ป่วยว่า รู้สึกอย่างไรต่อผู้ป่วยโรคจิต เพื่อนบ้านบอกว่า “สงสาร อยากช่วยเหลือ ไม่ได้รังเกียจ สงสารเขา อยากให้เขาได้ดี และถามต่อความรู้สึกของชาวบ้านและสังคมที่มีต่อผู้ป่วยจิต คิดว่า “สงสาร ไม่ได้รังเกียจ” แล้วถ้ามี

ญาติตนเองป่วยเป็นโรคนี้อะไรสักอย่าง ไร เพื่อนบ้านตอบว่า ธรรมดา ก็จะพาไปเช็กสมอง และไม่คิดรังเกียจถ้าจะเข้าร่วมสังสรรค์งานวัด งานบุญ แต่ว่าควรระวังอาการดีขึ้น รู้เรื่อง และถ้าผู้ป่วยมีอาการรุนแรง เพื่อนบ้านจะรู้สักอย่างไร เพื่อนบ้านตอบว่า ก็จะไปช่วยดู ไปปรึกษาหมอ ว่าเป็นเพราะอะไรจึงมีอาการขึ้นมา พฤติกรรมผู้ป่วยอยากให้มีคือ ให้เหมือนชาวบ้านทั่ว ๆ ไป ถ้ามีงานบุญ ก็ให้ออกได้ ไม่่วนวายให้พาไปนั่งคุยได้ ตามถึงวิธีปฏิบัติต่อครอบครัวผู้ป่วย เพื่อนบ้านบอกว่า เคยให้กำลังใจ คุยเล่นด้วย บางครั้งผู้ป่วยก็ไม่พูด แนะนำให้ไปพบหมอที่โรงพยาบาล ผู้สัมภาษณ์ได้ถามถึงถ้าคนในครอบครัวมีอาการ เขาจะขอความช่วยเหลือจากใคร เพื่อนบ้านตอบว่า “ไปหาอนามัยนี้แล้ว ให้หมออนามัยมาแนะนำก่อน” วิธีป้องกันอันตรายจากผู้ป่วยที่อาละวาด เพื่อนบ้านบอกว่า ก็ระวังแล้วค่อย ๆ พูด ให้อารมณ์เป็นอันตรรกก่อน และไม่เคยแสดงปฏิกิริยารังเกียจ หรือหวาดกลัว

ถามถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือ คิดว่าใครจะช่วยได้ดีที่สุด เพื่อนบ้านบอกพ่อ-แม่ หมออนามัย เพราะเป็นคนใกล้ชิด ส่วนหมออนามัยก็ขอคำแนะนำเรื่องยา ส่วนโรงพยาบาล อยากให้ช่วยเรื่องยา โรงพยาบาลสกลนคร ส่วนมากเพื่อนบ้านจะเน้นให้ช่วยเรื่องยา โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น อยากให้ติดตามเยี่ยม 2 เดือน มาครั้ง และส่วนความช่วยเหลือนอกจากนี้เพื่อนบ้านบอกว่า พระภิกษุจะช่วยกล่อมเกลาคิดใจให้สมาธิได้

เพื่อนบ้าน รายที่ 3

เพศชาย เกือบชองเป็น เพื่อนบ้าน อายุ 55 ปี สถานภาพสมรส คู่ การศึกษา อนุปริญา อาชีพ รับราชการครู รายได้ 7,000 บาท/เดือน

ผู้สัมภาษณ์ได้ถามถึงความรู้ โรคจิต หมายความว่าอย่างไร เพื่อนบ้านบอกว่า “จกแล้วคือโรคจิตจะว่าส่วนใหญ่ความคิดนี้ไม่ปกติ และแต่ละคน คลุ้มดี คลุ้มร้าย หลง ๆ ลืม ๆ ผมเข้าใจแนวนี้” สาเหตุเกิดจาก “ภาวะสิ่งแวดล้อมเป็นส่วนมาก ส่วนมากครอบครัวยากจน ขาดเงิน ขาดทอง ครอบครัว ผัว-เมียไม่เข้าใจกันและกัน” วิธีการดูแล ให้เข้าใจ ไม่คิดมาก จิตใจไม่ให้มีความเครียด จิตใจเฟลิดเฟลีน สิ่งแวดล้อมสะดวกสบาย ส่วนการดูแล คอยสอดส่องพฤติกรรม ถ้ามีเรื่องเดือดร้อน ก็ซักถามและช่วยเหลือ

ส่วนทัศนคติที่มีต่อผู้ป่วย ว่ารู้สักอย่างไรกับผู้ป่วย อยากให้หายจากผู้ป่วยโรคจิตก็ไม่ได้คิดอะไร ถ้ามีคนในหมู่บ้านเป็นจะรู้สักอย่างไร ปกติ เพราะที่ปัจจุบันก็ไม่ได้รุนแรงมาก แต่ถ้าเป็นอาละวาด ไม่ฟังคน เผลอข่าวของ ก็คงไม่ไหว แต่ถ้าเป็นคนในบ้านในครอบครัวเป็น ก็ถือว่าเป็นเรื่องธรรมดา การเข้าร่วมสังคมต่าง ๆ ก็ให้เข้าร่วมตามปกติ ถ้าไม่มีอาการรุนแรง ผู้สัมภาษณ์ได้ถามถึงกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง แล้วรู้สักอย่างไร เพื่อนบ้านบอกว่า “ต้องคอยระวัง ต้องแก่นัสนัยให้เร็ว

ที่สุด ต้องพูดต้องคุย ไม่งั้นก็ต้องให้เป็นเฉพาะในบ้าน เพราะมันอันตราย” ส่วนการแก้ไขให้พ่อแม่ อบรม สั่งสอน และถามถึงพฤติกรรมที่อยากให้ผู้ป่วยเป็นในปัจจุบัน เพื่อนบ้านบอก ขอให้เหมือนชาวบ้านทั่วไป ไม่อาละวาด ธรรมดาทั่วไป ความช่วยเหลือที่เคยให้ คือ ขอบทุนการศึกษาให้ลูกชายได้ประมาณ 2 พัน รู้สึกว่าดีใจมาก ส่วนคำแนะนำไม่ได้ให้เพราะไม่เห็นผู้ป่วยผิดปกติอะไรมาก ผู้สัมภาษณ์ได้ถามต่อแล้วถ้าจะให้จะให้อะไรบ้าง เพื่อนบ้านบอกว่า ให้คำปรึกษา แนะนำพาไปหาหมอ และเพื่อนบ้านบอกว่า ไม่เคยแสดงอาการรังเกียจผู้ป่วย

ผู้สัมภาษณ์ถามถึงความช่วยเหลือที่อยากได้รับ สำหรับอนามัยเพื่อนบ้านบอกว่า “ก็คงเกี่ยวกับเรื่องยา และให้คำแนะนำ จะได้ช่วยรักษาด้วย” ส่วนโรงพยาบาลอาจารย์ผื่นฯ และโรงพยาบาลสกลนคร ก็จะพูดเกี่ยวกับเรื่องยา และถ้าเป็นไปได้ควรจะมีบริการฟรีด้วย

อสม. รายที่ 1

เพศชาย เกี่ยวข้องเป็น อสม. หมู่บ้าน อายุ 33 ปี สถานภาพสมรส คู่ ศาสนา พุทธ การศึกษา ม.6 อาชีพ ทำนา อสม. ประธานสภาองค์การบริหาร ต.ไร่ รายได้ประมาณ 3,500 บาท/เดือน ผู้สัมภาษณ์ถามถึงความรู้โรคจิต หมายถึงอะไร อสม. ตอบว่า “โรคที่มีความผิดปกติทางความคิด ทางอารมณ์ การแสดงออกมันผิดปกติจากคนทั่วไป” สาเหตุคือ ความผิดปกติทางความคิด แล้วส่งผลให้พฤติกรรมเปลี่ยนไป อาการ มีกลิ่นคลั่ง ง่วงซึม ไม่คุย-พูดกับคนทั่วไป ผู้สัมภาษณ์ลองให้ยกตัวอย่าง อสม. สามารถตอบได้คือ “บางครั้งก็หัวเราะโดยไม่มีสาเหตุ ขณะอยู่คนเดียวหรือพูดคนเดียว แต่จับใจความไม่ได้ วิธีการรักษา คือ ต้องกินยาอย่างต่อเนื่อง วิธีการดูแลแนะนำพบแพทย์ให้สม่ำเสมอ

ผู้สัมภาษณ์ได้ถามถึงทัศนคติที่มีต่อผู้ป่วย คือ มีความรู้สึกอย่างไรต่อผู้ป่วยโรคจิต อสม. ตอบว่า รู้สึกว่าเป็นคนปกติ ธรรมดา และถ้ามีผู้ป่วยโรคจิตในหมู่บ้าน ก็ไม่ได้รู้สึกรังเกียจแต่อย่างใด ส่วนถ้ามีญาติของตนเองเป็น ก็อยากให้กำลังใจญาติ และรู้สึกสงสาร ส่วนในมุมมองที่ตนเห็นว่าชาวบ้านมองผู้ป่วยโรคจิตอย่างไร อสม.บอกว่า เขามองเหมือนคนบ้า แต่ไม่ได้ล้อเลียนอะไร ส่วนมุมมองครอบครัวของผู้ป่วย ก็ปกติเหมือนคนทั่วไป ไม่ได้รังเกียจ และอยากให้ร่วมสังคม หรืองานมหรศพต่าง ๆ ถ้าพบผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง ก็จะพยายามให้กำลังใจญาติ และให้การควบคุมดูแลพฤติกรรมที่อยากให้ผู้ป่วยมีคือ ไม่ให้กลิ่นคลั่ง ให้เหมือนคนทั่วไป

ผู้สัมภาษณ์ได้ถามถึงแนวทางปฏิบัติที่มีต่อครอบครัวผู้ป่วย คือ ให้คำแนะนำการกินยาสม่ำเสมอตามแพทย์สั่ง และให้ไปรับยาอย่างสม่ำเสมอ และเคยมีประสบการณ์ในการให้การช่วยเหลือคือ เมื่อมีอาการรุนแรงให้พาไปพบแพทย์ และได้ถามถึงความคิดเห็นถ้าคนในครอบครัวของอสม. เองมีอาการจะขอความช่วยเหลือจากใคร อสม. บอกจากสถานีนามัย และโรงพยาบาลชุมชน

ใกล้บ้าน การปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยกำลังอาละวาด คือ พยายามหลีกเลี่ยง แต่ไม่พยายามโต้ตอบ ส่วนวิธีป้องกัน คือ ให้ญาติกำชับ และควบคุมไว้ก่อน ส่วนอาการผู้ป่วยที่กลัวที่สุดคือ อาละวาดขณะมีอาวุธ

ความคาดหวังในการให้ความช่วยเหลือจากสถานีนามัยคือ ประสานงาน และคาดหวังให้โรงพยาบาลชุมชนช่วยเหลือ ให้มีการรักษาเดือนละครั้งและนัดผู้ป่วย และประสานงานแพทย์ทางไกลโรงพยาบาลสกลนคร หวังว่าจะให้ความช่วยเหลือเรื่องยาในกรณีฉุกเฉิน ต้องการให้มียาพอบรรเทาอาการลงก่อนนำส่งโรงพยาบาล นำส่งโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น และหวังจากที่นี่คืออยากให้แพทย์ออกตรวจที่โรงพยาบาลสกลนคร เดือนละครั้ง เพื่อความสะดวกของผู้ป่วยด้วย

อสม. รายที่ 2

เพศชาย เกี่ยวข้องเป็น อสม. หมู่บ้าน อายุ 32 ปี สถานภาพสมรส คู่ ศาสนา พุทธ การศึกษา ป.6 อาชีพ ทำนา รายได้ประมาณ 2,000 บาท/เดือน

ผู้สัมภาษณ์ได้ถามถึงความรู้ว่า โรคจิต หมายถึงอะไร อสม. บอกว่า “บ้า ฝิบ้านั่นละ” สาเหตุที่เกิดจาก ปัญหาครอบครัว คิดมาก ประสาท อาการ นั่งยืมคนเดียว หัวเราะคนเดียว วิธีการรักษา คือ ให้กินยาสม่ำเสมอ วิธีการดูแล ส่วนมาก อสม. เองให้คำแนะนำ

ผู้สัมภาษณ์ได้ถามถึงทัศนคติที่มีต่อผู้ป่วย คือ รู้สึกอย่างไรกับผู้ป่วยโรคจิต อสม. บอกว่า รู้สึกสงสาร และถ้ามีคนในหมู่บ้านเป็นหรือในครอบครัวใดเป็นก็รู้สึกสงสารเช่นกัน ส่วนมุมมองที่ชาวบ้านมองผู้ป่วยโรคจิตคิดว่า ไม่คิดอะไร ไม่ถือสา ส่วนมุมมองต่อครอบครัวคิดว่า แล้วยแต่บุญกรรม และไม่เคียดแค้นถ้าผู้ป่วยจะเข้าร่วมสังคมงานหรือสวดต่าง ๆ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงจะแนะนำให้กินยา ส่วนพฤติกรรมที่อยากให้ผู้ป่วยโรคจิตมีคือให้พบปะผู้คนบ้าง ไม่ต้องการให้เก็บตัว

ผู้สัมภาษณ์ได้ถามถึง การปฏิบัติต่อครอบครัวผู้ป่วย แนะนำ ควบคุมให้กินยาอย่างต่อเนื่อง การช่วยเหลือครอบครัว ส่วนจะแนะนำให้พาไปพบแพทย์ด้านจิตเวช และถ้าพบผู้ป่วยที่อาละวาดจะปฏิบัติโดยควบคุมให้อยู่ในอาการสงบก่อน วิธีป้องกัน คือ เก็บของมีคมทุกอย่าง และถ้ามีคนในครอบครัวเป็นจะขอความช่วยเหลือจากญาติพี่น้อง แล้วค่อยพบแพทย์

ความคาดหวังคนที่สามารถช่วยเหลือให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนได้นานที่สุด คือ ญาติ และผู้ดูแลใกล้ชิด และคาดหวังว่าสถานีนามัยจะช่วยเหลือได้โดย แนะนำให้รักษาใกล้บ้าน ติดตามเรื่องยา โรงพยาบาลชุมชน คาดหวังให้คำแนะนำ อสม. เพิ่มเติม โรงพยาบาลสกลนคร อยากให้ติดตามนิเทศงานให้ความรู้ ส่วนโรงพยาบาลจิตเวชอยากให้ช่วยเหลือเรื่องยาและรับรักษาไว้ด้วย

อสม. รายที่ 3

เพศชาย เกี่ยวข้องเป็น อสม. หมู่บ้าน อายุ 36 ปี สถานภาพสมรส คู่ ศาสนาพุทธ การศึกษา ป.4 อาชีพ ทำนา รายได้ประมาณ 3,000 บาท/เดือน

ผู้สัมภาษณ์ได้ถามถึงความรู้ว่า โรคจิต หมายถึงอะไร อสม. บอกว่า “ผีบ้า” สาเหตุ ไม่ทราบ แต่รู้ว่าคิดมาก อาการ อยากรู้ว่าเราก็คือหิวเรอะ อยากร้องเพลงก็ร้องเพลง เมมาอะละวาด พูดคนเดียว พูดจับประเด็นไม่ได้ วิธีการรักษา ไม่ทราบ วิธีการดูแล เผ่าสังเกตพฤติกรรมและแนะนำการรับยาต่อเนื่อง

ผู้สัมภาษณ์ได้ถามถึงทัศนคติที่มีต่อผู้ป่วย ความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยโรคจิต อสม. บอกว่า สงสาร ไม่อยากให้เป็นอย่างนั้น ถ้ามีญาติหรือคนในหมู่บ้านเป็นจะรู้สึกอย่างไร เสียใจ พูดลำบาก ไม่อยากให้เป็นอย่างนั้น ส่วนมุมมองชาวบ้านที่มีต่อผู้ป่วยโรคจิตคือ บางคนรังเกียจ ส่วนตัวไม่คิด เป็นคนทั่วไปเหมือนกัน ถ้าผู้ป่วยต้องการเข้าร่วมงานสังคมต่าง ๆ ก็ไปเข้าร่วมได้ ไม่ได้คิดอะไร แต่ถ้าพบผู้ป่วยมีอาการรุนแรงจะรู้สึกสงสาร ส่วนพฤติกรรมที่ต้องการให้มี อสม. ตอบไม่ทราบเหมือนกัน

ผู้สัมภาษณ์ได้ถามถึงการปฏิบัติ ว่ามีการปฏิบัติต่อครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตอย่างไร อสม. บอกว่า ส่วนมาก จะแนะนำกินยา ส่วนความช่วยเหลือครอบครัว-ไม่เคยให้ เพราะไม่ได้คลุกคลีเท่าไร ผู้สัมภาษณ์ได้ถามว่าถ้ามีคนในครอบครัวเป็น จะขอความช่วยเหลือจากแพทย์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น และถ้าเคย ผู้ป่วยอะละวาด จะจับและนำส่งโรงพยาบาล ส่วนการป้องกันอันตรายที่เกิดไม่ทราบ แต่ก็ไม่เคยแสดงท่าทีรังเกียจหรือหวาดกลัว ส่วนคนที่จะช่วยดูแลให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนได้นานที่สุดคือ คนในครอบครัวและบุคคลรอบข้าง

ความคาดหวังว่าสถานีนอนมัยจะช่วยเหลือคือ ประสานกับโรงพยาบาลจิตเวชจัดคลินิกในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลชุมชน อสม. คาดหวังว่า ให้ผู้ป่วยตรวจและรับยาในโรงพยาบาลใกล้บ้านได้ ส่วนโรงพยาบาลสกลนคร ไม่ขอแสดงความคิดเห็น และคาดหวังถึงโรงพยาบาลจิตเวชให้ช่วยออกคลินิกตามโรงพยาบาลชุมชน และช่วยสงเคราะห์ค่ารักษาพยาบาลด้วย

อสม. รายที่ 4

เพศชาย เกี่ยวข้องเป็น อสม. หมู่บ้าน อายุ 42 ปี สถานภาพสมรส คู่ ศาสนาพุทธ การศึกษา ป.4 อาชีพ ทำนา รายได้ประมาณ 6,000 บาท/เดือน

ผู้สัมภาษณ์ได้ถามถึงความรู้ว่า โรคจิตหมายถึงอะไร อสม. ตอบว่า โรคประสาทไม่ค่อยดี มันคลุ้มคลั่งด้วย สาเหตุที่เกิดคือ กรรมพันธุ์, ยาเสพติด อาการ คิดมาก ประสาทเสื่อม บางคน เสราซึม พูดไปคนเดียว วิธีการรักษา ขึ้นกับแพทย์ แต่มีการให้กำลังใจร่วมด้วย วิธีการดูแล ให้เขาใจใส่หาอย่าให้กิน ไม่ให้มีอาการรุนแรง

ร.ร.
ทก.๒๙
๗๖๗๐
๖๔๖.๒
ร.ร.



20010905

ผู้สัมภาษณ์ได้ถามถึงทัศนคติที่มีต่อผู้ป่วย ว่ารู้สึกอย่างไรต่อผู้ป่วยโรคจิต บอกรู้สึกสงสาร ไม่เคยรังเกียจผู้ป่วย ส่วนคนในหมู่บ้านก็คงไม่ได้รังเกียจเช่นกัน แต่ถ้ามีคนในครอบครัวมีอาการก็รู้สึกสงสารเห็นใจ และไม่คิดรังเกียจ ถ้าผู้ป่วยจะเข้าร่วมสังคม งาน และมหรสพต่าง ๆ ถ้าพบผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง จะต้องหาวิธีลดอาการคลุ้มคลั่ง ช่วยกันดูแลให้กำลังใจ ส่วนพฤติกรรมที่อยากให้มีในผู้ป่วย คือ ให้กินยาสม่ำเสมอ หมั่นในหมอตรวจประจำ

ผู้สัมภาษณ์ได้ถามถึงแนวทางปฏิบัติที่มีต่อครอบครัวผู้ป่วย คือ ให้กำลังใจญาติและผู้ป่วย มีการพูดคุยถามอาการเป็นประจำสม่ำเสมอ และถ้ามีคนในครอบครัวเป็นก็จะพาไปหาหมอ ไม่ให้อาการกำเริบรุนแรง ส่วนความช่วยเหลือที่อยากจะขออันดับแรก คือ พึ่งญาติพี่น้อง และก็หมอบที่สถานีนามัย ส่วนวิธีป้องกันอันตรายที่ผู้ป่วยมีอาการอาละวาด ก็ไม่ให้ต่อสู้ หลีกเลียงไว้ก่อน แต่ก็ไม่เคยแสดงท่าทีรังเกียจ

ความคาดหวังที่จะได้รับความช่วยเหลือจากสถานีนามัย คือ คิดตามผลและอาการของผู้ป่วยในหมู่บ้านว่าเป็นอย่างไร โรงพยาบาลชุมชน คาดหวังจะให้ช่วยทางด้านบริการ เกี่ยวกับบัตรสงเคราะห์ ส่วนโรงพยาบาลสกลนคร คาดหวังจะเอายาให้โรงพยาบาลชุมชน และต่อสถานีนามัย โรงพยาบาลจิตเวชคาดหวังเกี่ยวกับการรักษา อยากให้มีการสงเคราะห์ด้วย