Analysis of Caring Pattern for Persons with Schizophrenia in One Tumbon of Khon Kaen Province*

Sawinee Klungka, RN, MNS[1], Lukawee Piyabanditkul, RN, PhD[1], Arunnee Jaitieng, RN, PhD[1]

Abstract

Purpose: To study the community care pattern for persons with schizophrenia and issues/concerns of care for persons with schizophrenia in the community.

Design: Qualitative descriptive study.

Methods: Purposive sampling was used. The informants consisted of 64 including 10 persons with schizophrenia, 15 caregivers of schizophrenia, 13 community leaders, 19 village health volunteers, 2 persons responsible for care of disadvantaged in Subdistrict Administration Organization and 5 healthcare workers. The data were collected by using in-depth interviews and data analysis.

Main findings: The results showed that caring for schizophrenia patients in the community was relied mainly on family members especially the care for the activity of daily living. However, caregivers showed lack of the accurate knowledge and understanding about the disease. Home care provided by the primary health care workers under public health care system was available based on standardized practices. The basic welfare of patients remained unclear. Career building and support for joining other social activities were still lacking.

Conclusion and recommendations: Results have shown that the scope and role of those involved in community care for persons with schizophrenia is unclear. Then, community nurses should development a care model for persons with schizophrenia including continuing care, referral and emergency management guidelines and the cooperation from network in order to provide care for persons with schizophrenia comprehensively leading to their better quality of life.

Keywords: caring pattern, community, schizophrenia

Nursing Science Journal of Thailand. 2022;40(3):31-41

Corresponding Author: Assistant Professor Lukawee Piyabanditkul, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen 40002, Thailand; e-mail: plukaw@kku.ac.th

** Master's thesis of Nursing Science Program in Nursing Science, Faculty of Nursing, Khon Kaen University*

[1] Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand

Received: 22 June 2021 / Revised: 9 August 2021 / Accepted: 13 September 2021

การวิเคราะห์รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในตำบลแห่งหนึ่งของจังหวัดขอนแก่น*

สาวินี คลังคา, พย.ม.[1] ลัฆวี ปิยะบัณฑิตกุล, PhD[1] อรุณณี ใจเที่ยง, ปร.ด.[1]

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และวิเคราะห์ประเด็นการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงคุณภาพ

วิธีดำเนินการวิจัย: เลือกตัวอย่างเบบเจาะจง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 64 คน ประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภท 10 คน ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 15 คน ผู้นำชุมชน 13 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 19 คน ผู้ที่รับผิดชอบงานดูแลผู้ด้อยโอกาสในองค์การบริหารส่วนตำบล 2 คน และเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุข 5 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกต และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย: พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ศึกษาได้รับการดูแลโดยสมาชิกในครอบครัวเป็นหลักในด้านกิจวัตรประจำวัน แต่ผู้ดูแลยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ถูกต้อง ด้านบริการสุขภาพ ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่บ้านโดยบุคลากรสาธารณสุขจากหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งเป็นไปตามแนวทางการดูแลตามมาตรฐานเท่านั้น การจัดสวัสดิการขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยโดยภาคประชาชนและภาคท้องถิ่นยังไม่ชัดเจน ยังขาดการสร้างเสริมอาชีพ รวมถึงการสนับสนุนในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอื่นๆ

สรุปและข้อเสนอแนะ: จากการวิจัยนี้จะเห็นว่า การกำหนดรูปแบบและบทบาทของผู้ที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนยังไม่ชัดเจน ดังนั้นพยาบาลชุมชนควรพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ทั้งแนวทางการดูแลต่อเนื่อง การส่งต่อการจัดการกรณีฉุกเฉิน และกำหนดบทบาท ความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ครอบคลุมทุกด้านและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแล ชุมชน โรคจิตเภท

Nursing Science Journal of Thailand. 2022;40(3):31-41

ผู้ประสานงานการเผยแพร่: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ลัฆวี ปิยะบัณฑิตกุล, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40002, e-mail: plukaw@kku.ac.th

** วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*

[1] คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

วันที่รับบทความ: 22 มิถุนายน 2564 / วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 9 สิงหาคม 2564 / วันที่ตอบรับบทความ: 13 กันยายน 2564

ความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันแนวโน้มผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชทั่วโลกมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และโรคจิตเภทพบมากที่สุด ประมาณร้อยละ 1.0-1.5 ของประชากรทั่วโลก และอัตราการเกิดโรคนี้ประมาณ 2.5-5.0 ต่อ 1000 คน ต่อปี[1] เช่นเดียวกับประเทศไทยที่พบโรคนี้มากเป็นอันดับหนึ่งของโรคทางจิตเวช และมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกๆ ปี แต่การเข้าถึงบริการและได้รับการรักษามีเพียงร้อยละ 61 ของผู้ป่วยทั้งหมด[2]

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติทางด้านความคิด พฤติกรรม อารมณ์ การรับรู้ และมักไม่หายขาด หรือถ้าหายโอกาสกลับมาเป็นซ้ำมีสูง และจะนำไปสู่ความพิการและเจ็บป่วยเรื้อรังในที่สุด[2] ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อบุคคลโดยตรง เกิดความบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวัน บกพร่องในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น รวมไปถึงทักษะในการเข้าสังคม ส่งผลให้เป็นภาระของครอบครัว ที่ต้องแบกรับภาระทั้งด้านการดูแลและด้านเศรษฐกิจ อีกทั้งเป็นตราบาปทำให้ครอบครัวรู้สึกอับอาย[3] ในชุมชนที่มีผู้ป่วยจิตเภทอาศัยอยู่ ย่อมส่งผลให้คนในชุมชนเกิดความกลัว หวาดระแวง ความรู้สึกไม่ปลอดภัย ในกลุ่มที่มีอาการเอะอะโวยวาย ทำลายข้าวของ อาละวาด รวมถึงการมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้องต่อตัวผู้ป่วย[4] ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทกลายเป็นกลุ่มที่ถูกมองข้าม ถูกละเลย ทำให้ปิดกั้นโอกาสของผู้ป่วยจิตเภทในการเข้าถึงสิทธิประโยชน์และกิจกรรมกับสังคม รวมไปถึงเป็นปัญหาระดับประเทศที่ต้องแบกภาระค่าใช้จ่ายในการรักษา[5]

การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม โดยมีจุดมุ่งหมายให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับสู่ครอบครัวและชุมชนได้เร็วที่สุด และมุ่งเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน[4-5] แนวคิดของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล ตามแนวทางการดูแลของระบบสาธารณสุข และเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายทางสังคม โดยการให้อำนาจในการตัดสินใจในการรักษาแก่ผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน ในการตัดสินใจร่วมกัน เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ[5-6]

จากข้อมูลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของตำบลที่เป็นพื้นที่ในการวิจัยครั้งนี้ พบพื้นที่ที่มีจำนวนผู้ป่วยจิตเภทมากที่สุดของอำเภอคือ จำนวน 19 คน หรือร้อยละ 0.2 ของประชากรทั้งหมด จากการส่งต่อผู้ป่วยจิตเภทกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้านพบว่าผู้ป่วยจิตเภทในพื้นที่ตำบลแห่งนี้มีผู้ดูแล 15 ราย ไม่มีผู้ดูแล 4 ราย แต่จากการดำเนินงานในช่วงเวลา 1 ปีที่ผ่านมา ในปี พ.ศ. 2560 ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลยังมีอาการกำเริบ คิดเป็นร้อยละ 53.3 บางรายต้องได้ส่งต่อเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชในจังหวัดขอนแก่น บางรายต้องได้รับการรักษาที่นานขึ้นจากเดิมสามารถควบคุมอาการได้ใน 2 สัปดาห์ กลายเป็น 1 เดือน แสดงให้เห็นถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้านที่ยังไม่ประสบผลสำเร็จ จากการติดตามประเมินผลการดำเนินงานดังกล่าว ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล รวมถึงชุมชนยังไม่ทราบถึงสาเหตุของการกำเริบของโรคอาจเกิดจากการขาดยา ขาดผู้ดูแล ผู้ดูแลขาดความเข้าใจ ขาดความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ขาดการประสานงานกับภาคีเครือข่าย และการทำความเข้าใจกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เป็นต้น

ดังนั้น จากปัญหาที่พบดังกล่าวของผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาลักษณะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในพื้นที่ตำบลนี้ว่าเป็นอย่างไร เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สะท้อนสภาพชีวิตความเป็นอยู่ การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวในชุมชน รวมถึงบทบาทของทุกฝ่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยใช้วิธีการใดในการดูแลตนเองทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน ผู้ดูแลผู้ป่วยใช้วิธีการใดในการดูแลผู้ป่วยทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนนั้น โดยใช้แนวคิดของ Donabedian[7] เป็นแนวคิดของการศึกษาที่คำนึงถึงโครงสร้าง (structure) ได้แก่ คน (หมายถึง ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจิตเภททุกส่วน) ระบบบริการ

(หมายถึง นโยบาย แนวทางการเยี่ยมบ้าน การส่งต่อ) และวัสดุอุปกรณ์ (เช่น งบประมาณ เครื่องมือ) กระบวนการ (process) ได้แก่ รูปแบบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ทั้งการดูแลช่วยเหลือในภาวะปกติ ภาวะฉุกเฉิน และผลลัพธ์ (outcome) ได้แก่ คุณภาพชีวิต การกลับเป็นซ้ำ ในบทความนี้จะนำเสนอผลการวิจัยในส่วนของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเท่านั้น ซึ่งข้อมูลที่ได้จะช่วยให้ครอบครัว ชุมชน และทีมสหวิชาชีพ เข้าใจถึงบทบาทของตนเอง เพื่อเป็นแนวทางในปรับปรุงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของพื้นที่ที่ศึกษา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา[8] (descriptive qualitative research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยพิจารณาเลือกตามเกณฑ์การคัดเลือกคือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภททั้งที่บ้านและในชุมชน และเป็นผู้ที่สามารถให้ข้อมูลเชิงลึกและตรงกับประเด็นที่ศึกษาได้ ประกอบด้วย 6 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่มีอาการกำเริบเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือนจำนวน 10 คน 2) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 15 คน 3) ผู้นำชุมชนจำนวน 13 คน 4) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 19 คน 5) ผู้รับผิดชอบงานด้านการดูแลผู้ด้อยโอกาสในชุมชนของ อบต. จำนวน 2 คน และ 6) เจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในพื้นที่ที่ศึกษาจำนวน 5 คน รวมทั้งสิ้น 64 คน

เครื่องมือการวิจัย

1) *แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับผู้ป่วยจิตเภท* ประเด็นคำถามประกอบด้วย ความรู้ ความเข้าใจ วิธีการในการดูแลตนเองในภาวะอาการปกติและอาการกำเริบ ความต้องการและความช่วยเหลือที่ได้รับ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประเด็นคำถามประกอบด้วย ความรู้ ความเข้าใจ และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภท วิธีการในการดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งในภาวะอาการปกติและอาการกำเริบ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้รับผิดชอบงานผู้ด้อยโอกาสในองค์การบริหารส่วนตำบล ประเด็นคำถามประกอบด้วย ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภท วิธีการในการดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งในภาวะอาการปกติและอาการกำเริบ และบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2) *แนวทางการสนทนากลุ่ม สำหรับผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน* (อสม.) ประเด็นคำถามประกอบด้วย ความรู้ ความเข้าใจ และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภท วิธีการในการดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งในภาวะอาการปกติและอาการกำเริบ รวมถึงบทบาทหน้าที่ของแต่ละกลุ่ม

เครื่องมือทั้งสองชิ้นผ่านการตรวจคุณภาพเชิงเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และมีค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ของแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกเท่ากับ .9 และแนวทางสนทนากลุ่มเท่ากับ .9 จากนั้นได้นำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงก่อนนำไปเก็บข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น COA เลขที่ HE622135 ผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในทุกขั้นตอน กล่าวคือ

กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการให้ข้อมูลที่เป็นความลับและสามารถออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อหากไม่สะดวกใจ การบันทึกเสียงได้ขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างทุกครั้ง ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ถูกนำเสนอทางวิชาการในภาพรวมเท่านั้น จะไม่มีการเอ่ยถึงชื่อหรือข้อมูลที่จะเชื่อมโยงถึงกลุ่มตัวอย่างได้ ไฟล์เสียงจากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม และสมุดบันทึกต่างๆ จะถูกทำลายเมื่อวิจัยสิ้นสุดเพื่อรักษาความลับและไม่ก่อความเสียหายหรือเสื่อมเสียชื่อเสียงแก่กลุ่มตัวอย่าง[8-9]

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังการวิจัยได้รับการรับรองจากจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้วิจัยได้ประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ที่ศึกษา ก่อนที่จะเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก เพื่อชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย ขอคำยินยอม และนัดหมายกลุ่มตัวอย่างตามเวลาที่แต่ละคนสะดวก ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้รับผิดชอบงานผู้ด้อยโอกาสในองค์การบริหารส่วนตำบล ตามแนวทางการสัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณ 45-60 นาทีต่อคน และสนทนากลุ่มกับกลุ่มผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตามประเด็นการสนทนากลุ่ม ใช้เวลาประมาณกลุ่มละ 45-60 นาที[10] นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการจดบันทึกภาคสนาม และการบันทึกเสียงตลอดการสนทนา การเก็บรวบรวมข้อมูลสิ้นสุดลงเมื่อได้ข้อมูลครบถ้วนตามตามที่ต้องการ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2563 ระยะเวลา 6 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย และร้อยละ

2. ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ตามขั้นตอนดังนี้ 1) นำข้อมูลเสียงจากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มมาถอดเทปแบบคำต่อคำ 2) อ่านข้อมูลจากการถอดเทปและบันทึกภาคสนามหลายๆ ครั้ง เพื่อให้เกิดความเข้าใจข้อมูลในภาพรวม 3) อ่านข้อมูลโดยละเอียดอีกครั้ง พร้อมดึงข้อความ วลี หรือประโยคสำคัญที่เกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน 4) จัดหมวดหมู่ข้อมูล โดยดึงข้อความหรือประโยคที่มีความหมายเหมือนกันหรือใกล้เคียงกันไว้ในกลุ่มเดียวกัน พร้อมทั้งใส่รหัสกำกับกลุ่มข้อความนั้นๆ และกำหนดคำสำคัญ[8-10] 5) วิเคราะห์หาข้อสรุปประเด็นที่ได้ จากนั้นคณะผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (credibility) โดยพิจารณาว่าข้อมูลที่ได้มาจากกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกันทั้ง 6 กลุ่ม มีความสอดคล้องกันหรือแตกต่างกันอย่างไร 6) เรียบเรียงข้อมูลที่ค้นพบตามกรอบแนวคิดและเชื่อมโยงความเป็นเหตุเป็นผลของข้อมูลสะท้อนให้เห็นถึงปัจจัยนำเข้าใดบ้างที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ปัจจัยนำเข้าใดที่ยังต้องพัฒนาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในพื้นที่

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในวิจัยนี้มีจำนวนทั้งหมด 64 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่มใหญ่ ได้แก่ 1) กลุ่มผู้ป่วยจิตเภท 10 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย สถานภาพโสด จบการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนปลาย อายุเฉลี่ย 42 ปี อายุมากที่สุด 51 ปี น้อยที่สุด 28 ปี ทุกคนเริ่มมีอาการครั้งแรกตั้งแต่วัยรุ่น และป่วยมานานมากกว่า 10 ปี มีผู้ป่วย 8 คน ที่มีผู้ดูแล 2) กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย 15 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อยู่ในวัยสูงอายุ มีสถานภาพสมรส ไม่ได้เรียนหนังสือ 9 คน เป็นคนในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นบิดา มารดา ทุกคนมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมานานมากกว่า 10 ปี และ 3) กลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 39 คน

ประกอบด้วย ผู้นำชุมชนจำนวน 13 คน (ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 53 ปี อายุมากที่สุด 59 ปี น้อยที่สุด 41 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา 9 คน) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 19 คน (เป็นเพศหญิง 14 คน อายุเฉลี่ย 49 ปี อายุมากที่สุด 60 ปี น้อยที่สุด 35 ปี ทุกคนจบการศึกษาระดับประถมศึกษาขึ้นไป) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำนวน 5 คน และผู้รับผิดชอบงานด้านการดูแลผู้ด้อยโอกาสในชุมชนขององค์การบริหารส่วนตำบลจำนวน 2 คน (เป็นเพศหญิง 5 คน อายุเฉลี่ย 34 ปี อายุมากที่สุด 43 ปีน้อยที่สุด 25 ปี ทุกคนจบการศึกษาระดับปริญญาตรี) ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ทำบทบาทนี้มากกว่า 5 ปี

2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

กลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่มต่างเคยมีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งจัดเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) รับรู้บทบาทและหน้าที่รู้ว่าจะให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างไร ทั้งบทบาทของผู้ดูแล บทบาทของผู้นำ บทบาทในการดูแลให้ได้รับสวัสดิการพื้นฐานต่างๆ 2) ไม่รู้บทบาทและหน้าที่ที่ชัดเจน กลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้ถึงแม้จะมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แต่ยังไม่รู้บทบาทที่แน่ชัดว่า ตนเองต้องให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเรื่องใดบ้าง อย่างไร การให้การดูแลส่วนใหญ่จึงเป็นการปฏิบัติตามที่คิดว่าควรจะทำ ซึ่งมักพบในกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุ *“แม่ก็แก่แล้ว ก็ไม่รู้หรอกว่าโรคนี้ต้องทำอะไร แม่ก็ดูแลอาหารการกินทั่วไป มีอะไรก็เรียกข้างบ้านช่วยเอาพ่อตาแกก็งงๆ หลงๆ ตามประสาล่ะ”* (cg112)

อย่างไรก็ตามสิ่งที่พบในทุกกลุ่มกลุ่มตัวอย่างคือ ทุกกลุ่มยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทที่ชัดเจนและถูกต้อง ไม่ทราบว่าครอบครัวต้องดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านอย่างไร หลังออกจากโรงพยาบาล ผู้นำชุมชนต้องเตรียมพร้อมหรือมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างไร *“หมอโทรมาบอกให้ไปรับออกจากโรงพยาบาลก็เหมารถไปรับเลยค่ะ ก็กลับมาอยู่บ้านสักพักก็ได้กลับไปโรงพยาบาลอีก ไม่รู้เป็นเพราะอะไร”* (cg115) *“ไม่มีใครประสานอะไรมาครับ รู้ก็ตอนที่ผู้ป่วยกลับมาอยู่บ้านแล้วครับ”* (He107) นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทในด้านลบ คือ รู้สึกหวาดกลัว ไม่ปลอดภัย ผู้ดูแลบางคนที่ดูแลผู้ป่วยมานานเกิดความรู้สึกเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ *“บอกตรงๆ นะ แม่เครียด เหนื่อย ท้อ จนต้องได้กินยาความดันเลย จนบางทีอยากปล่อยไปไม่ต้องรักษาจะได้จบๆ” (cg111)*

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ การดูแลพื้นฐานในการดำรงชีวิต การจัดบริการด้านสุขภาพและการจัดสวัสดิการ รายละเอียดดังนี้

2.1 การดูแลพื้นฐานในการดำรงชีวิต

การดูแลนี้หมายถึงการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย การดูแลเรื่องยา และการพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัด ทั้งนี้ระดับการดูแลโดยผู้ดูแลขึ้นกับความสามารถหรือสถานะทางสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยแบ่งได้ 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองได้และประกอบอาชีพได้ ผู้ดูแลในครอบครัวจะให้การดูแลทั่วไปตามผู้ป่วยร้องขอหรือตามความต้องการเท่านั้น เช่น การหุงหาอาหาร การเตรียมเสื้อผ้าไว้ให้ผู้ป่วยสวมใส่ เป็นต้น *“แรกๆ ที่เขาป่วยก็ต้องดูแลเยอะอยู่ครับ แต่ตอนนี้ดีแล้ว ทำเองได้หมด พ่อเลยไม่ได้ทำอะไร เขาไปทำงานหาเงินมาได้ด้วย ก็ช่วยครอบครัวได้เยอะเลยครับ”* (cg115) ผู้นำชุมชนดูแลเหมือนลูกบ้านทั่วไป เช่น ดูแลให้ได้รับสวัสดิการต่างๆ ตามสิทธิ์ ไม่ว่าจะด้านสิทธิ์การเข้าถึงบริการสุขภาพ สิทธิ์ในชุมชน บทบาทหน้าที่และการทำงาน สวัสดิการต่างๆ อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้การดูแลด้านสุขภาพ โดยการเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามอาการ ประเมินอาการข้างเคียงจากยา พูดคุยให้กำลังใจให้คำแนะนำ รวมถึงการคัดกรองภาวะสุขภาพด้านอื่นๆ 2) กลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองได้ แต่ประกอบอาชีพไม่ได้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะสามารถจัดการดูแลตัวเองได้บางกิจกรรม

เช่น การอาบน้ำ การรับประทานอาหาร แต่ยังไม่สามารถประกอบอาชีพ เพราะยังมีอาการกำเริบเป็นบางครั้งจากการขาดยา บางรายไม่มีผู้ดูแล บางรายยังมีประวัติการใช้สารเสพติด จึงไม่มีผู้ว่าจ้าง ผู้ดูแลจะให้การดูแลในกิจกรรมที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ เช่น จัดเตรียมกับข้าวให้ผู้ป่วยตักกินเอง *"เขาก็จัดการตัวเอง พวกอาบน้ำแต่งตัว กินข้าวเองได้ล่ะ แต่ต้องดูแลเรื่องพาไปหาหมอกับเขาอยู่แต่ในบ้าน ไม่ได้ไปทำงานครับ"* (cg114) ผู้นำชุมชนดูแลเหมือนลูกบ้านทั่วไป เช่น ด้านสวัสดิการให้ได้รับตามสิทธิ์ที่ควรได้รับ อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้การดูแลด้านสุขภาพโดยการเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามอาการ ประเมินอาการข้างเคียงจากยา พูดคุยให้กำลังใจ ให้คำแนะนำ อบต. จะเริ่มมีบทบาทในการดูแลด้านสวัสดิการและสังคมมากขึ้น เช่น จัดสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย เครื่องอุปโภคบริโภค เป็นต้น และ 3) กลุ่มที่ต้องพึ่งพา ถ้าผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน ผู้ดูแลต้องจัดการให้ผู้ป่วยทั้งหมด ทั้งด้านกิจวัตรประจำวัน การจัดเตรียมยา การไปพบแพทย์ตามนัด *"แกจำอะไรไม่ได้ เลยทำอะไรไม่เป็นแล้วล่ะ แม่ก็เลยรับหน้าที่ทำทุกอย่าง ตั้งแต่แกตื่นจนแกหลับแหละ"* (cg112) ในส่วนผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจะเป็นการสนับสนุนรถรับส่ง การออกระงับเหตุหากเกิดอาการกำเริบ แต่ยังไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน

2.2 การจัดบริการด้านสุขภาพ

การดูแลด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ที่เกี่ยวข้องหลักได้แก่ ผู้ดูแล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. ตามภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งแบ่งเป็น 2 กรณี ได้แก่ กรณีภาวะปกติ และกรณีฉุกเฉิน ซึ่งการดูแลในแต่ละกรณีมีรายละเอียด ดังนี้

1) การดูแลกรณีภาวะปกติ การดูแลเป็นไปตามแนวทางการติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชนของกระทรวงสาธารณสุข โดยผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการสงบจะถูกส่งรายชื่อกลับจากโรงพยาบาลแม่ข่ายสู่หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะออกติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับ อสม. เพื่อให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลกิจวัตรประจำวัน การกินยาที่ถูกต้องซึ่งการดูแลกรณีภาวะปกตินี้จะคล้ายกันทั้งในรายใหม่และรายเก่า การจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน การจัดการภาวะเสี่ยงต่างๆ ซึ่งบางครั้งต้องอาศัยความร่วมมือจากทางผู้นำชุมชนและ อบต. ร่วมจัดการด้วย แต่อย่างไรก็ตามยังขาดแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่บ้านที่ชัดเจน ไม่มีการกำหนดบทบาทของภาคีเครือข่ายอย่างเป็นรูปแบบ และยังไม่มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน ทำให้การประสานงานบางครั้งค่อนข้างลำบาก *"อยากให้มีทีมผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน และแนวทางรูปแบบที่ชัดขึ้นค่ะ"* (Hm105) *"หมอโทรมาชวนออกเยี่ยมก็ออกค่ะ แต่ไม่รู้ว่าต้องเตรียมอะไรบ้าง"* (Hv110)

2) การจัดการกรณีฉุกเฉินหรือกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ เช่น ก้าวร้าว เอะอะโวยวาย ทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น มักพบในผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเสี่ยงอยู่ เช่น ยังสูบบุหรี่ ดื่มสุรา บางรายเกิดจากการลืมกินยา ไม่ไปพบแพทย์ตามนัด ผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการจัดการอาการกำเริบนั้นคือตัวผู้ป่วยเอง และผู้ดูแล จากข้อมูลพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะรับรู้ถึงอาการและจัดการตนเองได้ด้วยตนเอง เช่น การหลับตา การอยู่นิ่งๆ *"ถ้ามีเสียงคนคุยด้วย หรือเห็นคนจะมาฆ่า ผมก็จะหลับตาอยู่นิ่งๆ เดี๋ยวมันก็หายไป แต่ถ้าไม่หายก็จะไปโรงพยาบาลครับ"* (pt103) บางรายต้องพึ่งพาญาติ เรียกเพื่อนบ้านให้พาไปโรงพยาบาล แต่ในบางรายที่มีอาการกำเริบรุนแรงอาจต้องเรียก 1669 หรือรถกู้ชีพเพื่อนำส่งโรงพยาบาล ส่วนผู้นำชุมชนจะเข้าไปช่วยเหลือ กรณีได้รับแจ้งเหตุจากลูกบ้าน เมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบประสานตำรวจออกควบคุมร่วมกับประสานทางโรงพยาบาลนำรถออกรับผู้ป่วย สำหรับหน่วยบริการสาธารณสุขจะรอการประสานงานจากทางโรงพยาบาลแม่ข่าย เมื่อผู้ป่วยถูกส่งตัวกลับบ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะออกเตรียมความพร้อมของครอบครัวและชุมชนก่อน

โดยหากได้รับการประสานจากแม่ข่ายเพื่อส่งผู้ป่วยกลับบ้าน จะออกร่วมกับ อสม. เพื่อประเมินสภาพสิ่งแวดล้อม เหมาะสม ปลอดภัยหรือไม่ พูดคุยและแนะนำผู้ดูแลเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม หากไม่มีผู้ดูแลจะกำชับ อสม. ผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนมาดูแล ส่วนการออกควบคุมสถานการณ์ฉุกเฉิน จะเป็นการประสานทีมระงับเหตุเพื่อออกควบคุม ส่วนใหญ่เป็นการรอตั้งรับที่หน่วยบริการ *“อยากให้มีทีมที่จะออกควบคุมเหตุฉุกเฉินค่ะ หรืออุปกรณ์ป้องกัน”* (He104)

2.3 การจัดสวัสดิการ

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในพื้นที่ทุกรายได้รับสวัสดิการด้านเบี้ยยังชีพ การดูแลด้านสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน จากการพูดคุยในประเด็นความต้องการ ความช่วยเหลือที่ได้รับแต่ยังขาดการสร้างอาชีพ นอกจากนี้การอยู่ในสังคมเอง ผู้ป่วยจิตเภทก็ต้องการการยอมรับจากสังคมและมีบทบาทหน้าที่ต่างๆ ตามสมควร ซึ่งจากการศึกษาสามารถแบ่งตามการได้รับการยอมรับจากสังคมได้ 3 กลุ่ม คือ 1) ได้รับการยอมรับและเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนที่ไม่มีการแสดงท่าทีรังเกียจ ผู้ป่วยมีอาการสงบ ดูแลตนเองได้ ประกอบอาชีพได้ และเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ 2) ได้รับการยอมรับแต่ไม่เข้าร่วมกิจกรรม เนื่องมาจากผู้ป่วยชอบเก็บตัวอยู่ที่บ้าน จากการที่ยังไม่สามารถประกอบอาชีพได้เอง 3) ไม่ได้รับการยอมรับ กลุ่มที่สังคมไม่ให้การยอมรับมักเป็นผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบอยู่ ทำให้ผู้คนในชุมชนยังมีความหวาดกลัว จึงไม่ยอมรับให้เข้าร่วมกิจกรรมในสังคม

3. ข้อเสนอประเด็นการพัฒนาการดูผู้ป่วยจิตเภทในพื้นที่ที่ศึกษา

จากผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการดูแลที่ผ่านมาจะเป็นการดูแลตามแนวทางเดิม ดูแลตามประสบการณ์ ตามการรับรู้ที่เคยรับรู้มาก่อน โดยไม่ได้เกิดจากความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ถูกต้องเหมาะสม รวมถึงบทบาทหน้าที่ของตนเองอย่างชัดเจน ดังนั้นในพื้นที่ที่ศึกษา จึงมีประเด็นในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้

1) การพัฒนาทักษะอาชีพผู้ป่วยตามความถนัดและทันยุค เพื่อเพิ่มขีดความรู้ ความสามารถและทักษะในการประกอบอาชีพที่ผู้ป่วยสนใจ รวมทั้งมีรายได้ช่วยเหลือครอบครัวเพิ่มขึ้น

“อยากไปทำงานกรุงเทพฯ ค่ะ แต่ไม่รู้จะไปทำอะไร” (pt101)

“ผมก็ทำอะไรไม่ค่อยเป็น พี่ชายชวนไป แต่ช่วยอะไรได้ไม่เยอะ เลยอยู่บ้าน” (pt103)

2) การจัดสวัสดิการทางสังคมระดับชุมชนอาจเป็นกลุ่มกองทุน เช่น จัดตั้งเป็นกลุ่มสนับสนุนการประกอบอาชีพแก่ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว กองทุนสำหรับให้กู้ยืมเพื่อลงทุน หากผู้ป่วยจิตเภทหรือครอบครัวมีแผนการทำธุรกิจในอนาคตโดย อปท. ทำเป็นธนาคารผู้ป่วยจิตเภท เป็นต้น

“อยากได้พวกพันธุ์ผักมาปลูกครับ ได้มาฟรีคงลดต้นทุนได้เยอะ” (pt108)

“มีแหล่งเงินทุนมาช่วยก็ดีค่ะ เขาว่าเราไม่ค่อยมีเครดิตไปกู้ใครขอใครก็ผ่านยาก” (cg106)

3) การจัดบริการสุขภาพ แนวทางการดูแลที่มียังไม่เฉพาะเจาะจงสำหรับโรคจิตเภท จึงควรพัฒนาแนวทางการดูแลต่อเนื่องให้ครอบคลุมถึงบทบาทหน้าที่ของแต่ละฝ่าย เพื่อให้เห็นภาพชัดเจน และปฏิบัติได้ดีขึ้น ซึ่งต้องแยกเป็นการดูแลในกรณีภาวะปกติ เช่น มี flow chart การดูแลต่อเนื่อง และการดูแลในกรณีฉุกเฉิน เช่น ทีมระงับเหตุ สายด่วนฉุกเฉิน เป็นต้น *“มีสายด่วนเรียกกรณีฉุกเฉินก็ดี นะคะ”* (He104)

4) พัฒนาศักยภาพผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแล ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้นำชุมชน อสม. รวมถึงทีมงานใน อบต. ประกอบด้วย กู้ชีพ อปพร. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเอง เพราะส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยเน้นการจัดการในกรณีฉุกเฉิน และอาจดึงกลุ่มที่

อาจมีส่วนเกี่ยวข้องอื่นมาพัฒนาศักยภาพด้วย เช่น ตำรวจทหารในพื้นที่ เพื่อตั้งทีมระงับเหตุฉุกเฉิน และฝึกฝนการเข้าควบคุมสถานการณ์ด้วย นอกจากนี้ควรเพิ่มการเตรียมความพร้อมให้กับครอบครัวและชุมชน ก่อนการคืนผู้ป่วยจิตเภทกลับเข้าสู่ชุมชนด้วย

การอภิปรายผล

จากการศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของตำบลแห่งนี้ สามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติที่ดีต่อโรคจิตเภทหรือต่อผู้ป่วยก่อน[11-12] เช่นเดียวกับการศึกษาของ ธงรบ เทียนสันติ์[13] ที่ว่าการเตรียมความพร้อมให้ครอบครัวสามารถช่วยให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเกิดประสิทธิภาพมากขึ้น รวมถึงการพัฒนาทักษะต่างๆ ในการดำรงชีวิตในภาวะปกติ พบว่าสามารถแบ่งผู้ป่วยออกได้เป็น 3 กลุ่ม คือ 1) ดูแลตัวเองได้และทำงานได้ 2) ดูแลตัวเองได้บ้างแต่ทำงานไม่ได้ 3) ต้องการการพึ่งพา ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ไม่สามารถจัดการดูแลตนเองได้ ซึ่งการจะให้การดูแลช่วยเหลือบทบาทของผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายต้องจัดการให้เหมาะสมตามความต้องการของผู้ป่วยจิตเภทด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศรินรัตน์ จันทพิมพ์ และขนิษฐา นันทบุตร[5] นอกจากนี้การดูแลในภาวะฉุกเฉินยังพบว่า ผู้ดูแลบางรายที่ไม่สามารถจัดการกับอาการดังกล่าวได้อย่างเหมาะสม หากสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถประเมินอาการของตนเองได้ จะช่วยให้ลดอาการกำเริบได้ดี ตามการศึกษาของ นิษฐกานต์ ธัญญพิบูลพงศ์[14] และกนกวรรณ บุญเสริม[15]

2. การจัดบริการด้านสุขภาพ จากการศึกษามีการจัดการดูแลที่ดี แต่อาจยังไม่มีแบบแผนที่ชัดเจน เพียงแค่ปฏิบัติตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ซึ่งการจัดระบบบริการด้านสุขภาพนี้อาจนำ chronic care model[16] มาประยุกต์ใช้ในการวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ผลดีมากขึ้น แต่ยังขาดอุปกรณ์เครื่องมือในการดูแลจัดการ จำนวนอัตรากำลังการจัดตั้งทีมในการดูแลยังไม่เพียงพอ ทำให้การดูแลต่อเนื่องยังไม่ครอบคลุม ควรมีการวิธีการอื่นๆ เช่น กระบวนการ AIC มาใช้เพื่อให้มีรูปแบบแนวทางที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและเกิดความร่วมมือและได้ผลดี

ดังการศึกษาของ กาญจนา เหมะรัต, วิภาวี เผ่ากันทราการ และสุชาดา หุณฑสาร[17] พบว่าหากมีการกำหนดรูปแบบบริการสาธารณสุขเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่ชัดเจน จะช่วยให้การดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภทได้ผลดี และในกรณีฉุกเฉินรวมทั้งยังขาดความรู้ เครื่องมือ และบุคลากรที่เพียงพอด้วย

3. การจัดสวัสดิการ กลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ยังพบว่ายังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทบางรายมีทัศนคติด้านลบต่อผู้ป่วยจิตเภท ไม่อยากเกี่ยวข้องอยากอยู่ห่างๆ ไม่อยากให้ผู้ป่วยจิตเภทเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศรินรัตน์ จันทพิมพ์ และขนิษฐา นันทบุตร[5] ที่ว่า ระบบวัฒนธรรมจะเป็นตัวกำหนดการให้ความหมาย สาเหตุ และวิธีบำบัดรักษาหากได้รับการสนับสนุนที่ดี โดยเฉพาะการเข้าถึงการรักษา จะทำให้เกิดผลดีต่อการรักษาจิตเภทได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญสุดา บุญทศ, อมรรัตน์ ศรีคำสุข ไชโตะ และสุวรรณา อรุณพงค์ไพศาล[18] ผู้ป่วยจิตเภทบางรายรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง เพราะคิดว่าตนเองไม่มีประโยชน์ เป็นภาระครอบครัว สังคมไม่ยอมรับ จากการไม่มีอาชีพ เช่นเดียวกับการศึกษาอื่นๆ ที่ผ่านมา สนับสนุนว่าการมีอาชีพช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชมีความมั่นใจ รับรู้คุณค่าในตนเองมากขึ้น[19]

จากรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนดังกล่าวที่ยังขาดความรู้ความเข้าใจ บางกลุ่มยังมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภท ด้านการจัดบริการสุขภาพยังขาดการวางแผน ขาดแนวทางที่ชัดเจน จึงส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทในพื้นที่ยังมีอัตราการกำเริบซ้ำถึงร้อยละ 53.3

สรุปและข้อเสนอแนะ

ผลจากการวิจัยนี้ช่วยให้พยาบาลชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้เข้าใจรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน และสามารถนำใช้ข้อมูลชุดนี้ในการออกแบบ วางแผนแนวทางการดูแลผู้ป่วยในชุมชน ทั้งในระดับครอบครัวและชุมชน โดยความร่วมมือจากหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้นำชุมชน อบต. และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และประชาชนในชุมชนนั้นเอง เพื่อให้เกิดเป็นแนวทางหรือรูปแบบที่ชัดเจน แต่ละฝ่ายมีบทบาทหน้าที่ของตนเอง โดยเฉพาะในระดับ นโยบาย กำหนดบทบาทในแต่ละพื้นที่ แต่ละตำบล แต่ละอำเภอ จนเกิดเป็นบทบาทการดูแลระดับประเทศ เพื่อให้เกิดเป็นระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณภาพและยั่งยืนต่อไป

References

1. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Situation and trend of mental illness in Thai people 2015-2016 [Internet]. Nonthaburi: Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2017 [cited 2018 Nov 21]. Available from: www.dmh.moph.go.th/trend.asp. (in Thai).
2. Lotrakul M, Sukanich P. Ramathibodi essential pychiatry. 3rd ed. Bangkok: Swicharn Press; 2012. 640 p. (in Thai).
3. Helman CG. Culture health and illness. 4th ed. New York: Oxford University Press; 2000. 328 p.
4. Nuntaboot K. Community health systems the collaboration of 3 major systems in the community. Nonthaburi: The Graphic Go Systems; 2010. 106 p. (in Thai).
5. Juntapim S, Nuntaboot K. Care of schizophrenia patients by the community. Journal of Nursing and Health Care. 2018;36(2):68-76. (in Thai).
6. Chetchaovalit T, Suttharangsee W, Piboonrungroj P, Sangdee S, Suwaluk Y. Family's caring for psychiatric patients based on Buddhist's lifeways. Songklanagarind Journal of Nursing. 2016;36 (1):115-26. (in Thai).
7. Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. Oxford: Oxford University Press; 2003. 200 p.
8. Oumtanee A. Qualitative research in nursing. 3rd ed. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2016. 320 p. (in Thai).
9. Chantavanich S. Qualitative research methods. 15th ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2007. 233 p. (in Thai).
10. Jirawatkul S. Qualitative study in nursing. 2nd ed. Bangkok: S.Asia Press; 2010. 320 p. (in Thai).
11. Ngurnchoom K, Wangrat J, Boonchieng W. Shared decision making of family caregivers of patients with psychosis. College of Asian Scholar Journal. 2018;8 Special:216-29. (in Thai).
12. Thongsai S. Care for schizophrenic patients in the context of sustainable Thai society. Journal of Nursing Division. 2015;42(3):159-68. (in Thai).

13. Thiensan T. Psychiatric and mental health nurses with the roles of family preparedness of schizophrenic patients care in the community. Journal of Nursing Science Chulalongkorn University. 2018;30(2):1-15. (in Thai).
14. Tanyapiboolpong N. Assessment of early warning signs of relapse in patiants with schizophrenia: evidence-based nursing [master's thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2012. 178 p. (in Thai).
15. Bunserm K. Factors associated with readmission of schizophrenia patients: patient's perspectives. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health. 2016;30(1):123-38. (in Thai).
16. Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? Eff Clin Pract. 1998;1(1):2-4.
17. Hemarat K, Phaokuntarakorn W, Hoonthasarn S. The development of public health center nurses network to care for schizophrenic patients at home. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health. 2012;26(2):1-15. (in Thai).
18. Boontoch K, Sricamsuk SA, Arunpongpaisal S. Social support in patients with schizophrenia. Journal of the Psychiatrist Association of Thailand. 2013;58(1):89-100. (in Thai).
19. Venkatesh BT, Andrews T, Parsekar SS, Singh MM, Menon N. Stigma and mental health-caregivers' perspective: a qualitative analysis. Clin Epidemiol Glob Health. 2016;4(1): 23-7. doi: 10.1016/j.cegh.2015.06.003.