

การตัดสินใจและความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวในการรับผู้ป่วยจิตเภทไปดูแลต่อเนื่อง Family Decision-Making and Social Support Needs on Taking Care of Patients with Schizophrenia

สุพรรณีย์ สายบุตร¹ และ รองศาสตราจารย์ชานนท์ โกมลมาลย์²
Supanee Saiboot³ and Associate Professor Chanon Komonmarn⁴

Abstract

This study is a descriptive research conducted to study 1) the decision making of family on taking care of patients with schizophrenia at home 2) the need of social support that helps encourage the family to take care of schizophrenia patients 3) obstacles and limitations that may have caused during home care. The participations participated in the study were 5 families of patient with schizophrenia who received inpatient care and get discharged to live with family and in the community more than six months. One caregiver and one decision maker authority were included in each family. The finding of the study found that there were two states of family decision making on taking care of patients with schizophrenia which were pre-decision making process and decision making process. The key factors of pre-decision making process were emotions, information, experience or methods used in patient care, getting help from family members and through social networks. Moreover, four states of decision making process were found in the study: 1) initial decision 2) deciding 3) the result of the decision 4) planning after the decision. The finding of social support found that the families of patients with schizophrenia need social supports, continuing care both mentally and physically, follow-up, home visit, emergency care, and sustain employment. Three relevant obstacles and limitations found in the study were the obstacles and limitations from patient, family, and social support.

Keywords: Family decision-making on taking care of patients, social support needs, continuity of care, schizophrenia patients

บทคัดย่อ

การศึกษาเรื่อง “การตัดสินใจของครอบครัวในการรับผู้ป่วยจิตเภทไปดูแลต่อเนื่องและความต้องการการสนับสนุนทางสังคม” เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยศึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจของครอบครัวในการรับผู้ป่วยจิตเภทไปดูแลต่อเนื่อง ศึกษาความต้องการการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งเสริมครอบครัวให้สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อเนื่องที่บ้าน และศึกษาอุปสรรคและข้อจำกัดของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อเนื่องที่บ้าน ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาคือ ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ที่มีผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการแบบผู้ป่วยในและสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลฯ สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้ในระยะเวลา 6 เดือนขึ้นไป จำนวน 5 ครอบครัว โดยแบ่งเป็นครอบครัวละ 2 ราย ที่ประกอบด้วยผู้ที่มีบทบาทในการเป็น “ผู้ดูแล” และ “ผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจ” ผลการศึกษาพบว่า ครอบครัวมีการตัดสินใจในการรับผู้ป่วยไปดูแลต่อเนื่อง คือ

¹ นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาวิชาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

² อาจารย์ประจำ คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

³ Master's student, Faculty of Social Administration, Thammasat University, Thailand

⁴ Lecturer, Faculty of Social Administration, Thammasat University, Thailand

E-mail: suvicky.0327@gmail.com

ก่อนกระบวนการตัดสินใจของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท และกระบวนการตัดสินใจของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โดยขั้นก่อนกระบวนการตัดสินใจของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในการรับผู้ป่วยจิตเภทไปดูแลต่อเนื่อง มีปัจจัยที่สำคัญต่อกระบวนการตัดสินใจ ได้แก่ ความรู้สึก ข้อมูลข่าวสาร ประสบการณ์หรือวิธีการที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย การได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวและเครือข่ายทางสังคม ส่วนขั้นกระบวนการตัดสินใจของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในการรับผู้ป่วยจิตเภทไปดูแลต่อเนื่องนั้น ผลการศึกษาพบกระบวนการตัดสินใจที่ประกอบด้วย 4 กระบวนการ คือ 1) การเริ่มตัดสินใจ 2) เมื่อต้องตัดสินใจ 3) ผลการตัดสินใจ 4) การวางแผนภายหลังการตัดสินใจ สำหรับความต้องการการสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาพบครอบครัวผู้ป่วยมีความต้องการการสนับสนุนทางสังคม คือ ความต้องการการยอมรับ ความต้องการการดูแลต่อเนื่องมิติกาย มิติจิตใจ ความต้องการการรับยาต่อเนื่อง ความต้องการการเยี่ยมให้กำลังใจ ความต้องการการช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน และความต้องการมีอาชีพมีรายได้ ส่วนอุปสรรค และข้อจำกัดของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อเนื่องที่บ้านนั้น พบว่าครอบครัวต้องเผชิญต่ออุปสรรค ข้อจำกัดที่เกี่ยวข้อง 3 องค์ประกอบ คือ อุปสรรค ข้อจำกัดที่เกิดจากผู้ป่วย จากครอบครัว และจากการสนับสนุนทางสังคม

คำสำคัญ: การตัดสินใจของครอบครัว, ดูแลต่อเนื่อง, ความต้องการการสนับสนุนทางสังคม, ผู้ป่วยจิตเภท

บทนำ

การดำเนินชีวิตในสังคมไทยปัจจุบัน ต้องเผชิญต่อปัญหานานัปการ ไม่ว่าจะเป็นปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ การเมือง ปัญหาความยากจน ปัญหาครอบครัว ปัญหาที่บุคคลได้รับสิทธิและโอกาสที่ไม่เท่าเทียมกัน การละเลยบุคคลผู้ด้อยโอกาส หรือแม้แต่ปัญหาความรุนแรงที่เกิดขึ้นภายในประเทศ ล้วนส่งผลให้บุคคลในสังคมที่มีอาจปรับตัวได้ตามสถานการณ์ดังกล่าว เกิดภาวะความตึงเครียดและมีแนวโน้มที่จะเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชมากขึ้น (นริศรา ฉัพพรรณรังสี, 2549) สาเหตุสำคัญประการหนึ่งของการเกิดโรคจิตเวช ได้แก่ บริบททางสังคมที่มีความเชื่อมโยงส่งผลให้บุคคลมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางด้านจิตเวชมากขึ้น เช่น ความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า การพยายามฆ่าตัวตาย การติดสารเสพติด และโรคจิตเภท โดยที่ปัญหาความเจ็บป่วยทางจิตเวชที่สำคัญ และส่งผลต่อการดำเนินชีวิตทั้งแก่ตนเอง ครอบครัว และสังคมมากที่สุด คือ การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ด้วยผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ต้องเผชิญต่อความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ พฤติกรรม การสื่อสาร การรับรู้ความจริงที่เปลี่ยนไป จึงส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวัน โดยพบผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังจะเห็นได้จากสถิติผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวช ประจำปีงบประมาณ 2560 ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบ 5 อันดับโรคทางจิตเวชที่ผู้ป่วยมารับบริการมากที่สุด คือ โรคจิตเภท โรควิตกกังวล โรคติดแอลกอฮอล์ โรคซึมเศร้า และโรคติดสารเสพติด โดยพบผู้ป่วยด้วยโรคจิตเภท มากเป็นลำดับที่ 1 คือ 480,266 คน รองลงมาเป็นผู้ป่วยด้วยโรควิตกกังวล 399,713 คน ติดแอลกอฮอล์ 359,257 คน โรคซึมเศร้า 284,399 คน และติดสารเสพติด 226,392 คนตามลำดับ ซึ่งความเจ็บป่วยทางจิตเวชเหล่านี้ เป็นโรคที่มีความเรื้อรัง ต้องใช้ระยะเวลาในการบำบัดรักษาที่ยาวนาน กินเวลาหลายเดือน โดยเฉพาะผู้ที่มีความเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท

ด้วยโรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่พบมากที่สุด โดยที่การดำเนินของโรคมัทั้ง แบบรุนแรง และเรื้อรังไม่หายขาด ทั้งนี้พบความชุกของโรคในประชากรทั่วไปร้อยละ 1-1.5 และอุบัติการณ์ของโรคพบได้ประมาณร้อยละ 2.5-5 ต่อประชากร 1,000 คนต่อปีของประชากรทั่วโลกในประเทศไทยพบว่าอัตราการป่วยด้วยโรคจิตเภทร้อยละ 24.19 ของผู้ป่วยทางจิตเวชทั้งหมด จึงอาจนับได้ว่าโรคจิตเภทเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญอีกโรคหนึ่งของประเทศ (สุนทรีภรณ์ ทองไสย, 2558) ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการสรุปภาระโรคที่เชื่อมโยงกับโรคอื่นขององค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ.2018 ที่ว่า โรคจิตเภท มีภาระของโรค คือ ค่าความสูญเสียที่เกิดจากตัวโรคคิดเป็นร้อยละ 1.1 และจำนวนปีที่สูญเสียจากความทุพพลภาพจากโรคจิตเภทเป็นร้อยละ 2.8 เนื่องจากโรคนี้นักเป็นตั้งแต่อายุไม่มาก เป็นนาน และมีความทุพพลภาพมาก โดยมีความเชื่อมโยงกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การใช้สารเสพติด ทั้งนี้บุคคลที่มีความเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท จะมีลักษณะความ

ผิดปกติที่เกี่ยวกับความคิดร่วมกับความผิดปกติของอารมณ์ การรับรู้ พฤติกรรม การตัดสินใจ บุคลิกภาพ และมีความบกพร่องทางหน้าที่การงานและสังคมลักษณะการดำเนินการของโรคมีความรุนแรง เรื้อรัง มีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูง หากแยกพิจารณาเป็นลักษณะอาการทางคลินิก สามารถแบ่งออกเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ได้ดังนี้ 1)กลุ่มอาการด้านบวก ซึ่งประกอบไปด้วย อาการหลงผิด ประสาทหลอน มีความคิดและการกระทำที่ไม่อยู่กับร่องกับรอย 2)กลุ่มอาการด้านลบ ได้แก่ การนั่งเหม่อลอย ไม่สนใจโลกภายนอก การเข้าสังคมลดน้อยลง 3)กลุ่มอาการด้านการรู้คิด ได้แก่ การมีสมาธิที่แย่งลง การตีความสิ่งต่างๆหรือการตอบสนองบกพร่องไป มีความบกพร่องด้านการจดจำ ไม่สามารถคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผลได้ และ4)กลุ่มอาการด้านอารมณ์ ได้แก่ ซึมเศร้า รู้สึกผิด วิดกกังวล หงุดหงิด ก้าวร้าว หุนหันพลันแล่น (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) โดยสาเหตุของโรคเกิดจากความผิดปกติของสมองที่หลังสารเคมีออกมามากกว่าปกติ โดยที่พฤติกรรม สิ่งแวดล้อมและพันธุกรรมถือเป็นปัจจัยที่มีส่วนต่อการเกิดโรค (สุพัตรา ทองคุณ, 2545) โดยที่ผู้ป่วยจิตเภทจะมีภาวะทุพพลภาพของการทำหน้าที่ด้านต่างๆมีความเรื้อรังของอาการของโรค ดังนั้นผู้ป่วยเกือบทุกรายต้องรักษาแบบโรคเรื้อรังหรือต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง (บุบผา ธนิกกุล,เพ็ญญา แดงต่อมยุทธ์, 2556 อ้างถึงใน ธวัชชัย ลิขิตานาจ, 2552)

ซึ่งบุคคลที่มีปัญหาเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท มิใช่ส่งผลกระทบแต่เพียงผู้ป่วยเท่านั้น หากแต่รวมไปถึงญาติผู้ดูแลและบุคคลอื่นในสังคม โดยญาติหรือผู้ดูแลจะได้รับผลกระทบทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม ส่งผลให้ญาติหรือผู้ดูแล มีความท้อแท้ เบื่อหน่าย หมดความหวังและกำลังใจในการรักษา ประกอบกับอาการของผู้ป่วยไม่คงที่ มีอาการกำเริบบ่อย เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงทั้งแก่ตนเอง ครอบครัวและสังคม (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข, 2559) ครอบครัวมักจะมีเจตคติต่อผู้ป่วยว่าเป็นบุคคลน่ากลัว น่าสมเพชเวทนา หรือเป็นบุคคลไร้ความสามารถ เป็นภาระของครอบครัว และไม่ได้รับการยอมรับให้อยู่ร่วมในสังคมหรือการร่วมกิจกรรมเหมือนสมาชิกคนอื่นๆ มีการควบคุมดูแล ล่ามขัดตลอดเวลา การเจ็บป่วยทางจิตเภท ทำให้อารมณ์ ความรู้สึก ความคิด พฤติกรรมของผู้ป่วยผิดเพี้ยนไปจากคนปกติทั่วไป ทำให้ครอบครัว โดยเฉพาะญาติผู้ป่วยที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแล มักต้องตกอยู่ในภาวะวิตกกังวล สับสน หงุดหงิด ห่วงใย สงสาร รำคาญ เบื่อหน่าย บางครั้งหวาดกลัวกับอารมณ์ที่ไม่แน่นอนของผู้ป่วย (ลิธัว ชูโต, 2553) เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำแล้วซ้ำอีก ญาติจะมีความรู้สึกเบื่อหน่าย ไม่ต้องการรับผู้ป่วยกลับไปดูแล รวมทั้งเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้านแล้วผู้ป่วยบางรายไม่ยอมรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง มีการเสพสารเสพติด ของมีเงินมาทำให้เกิดอาการกำเริบอาละวาด ทำร้ายร่างกายญาติ ทำลายข้าวของ ส่งผลให้ญาติเกิดความรู้สึกหวาดกลัว ไม่ต้อง การรับผู้ป่วยกลับไปดูแล ต้องการให้ผู้ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลไปตลอดชีวิต หรือนำผู้ป่วยเข้าไปอยู่ในความดูแลของสถานสงเคราะห์ (นริศรา ฉัพพรรณรังษี, 2549) ด้วยปัจจัย องค์ประกอบเหล่านี้ ส่งผลให้ครอบครัวมีปัญหา อุปสรรค หรือข้อจำกัดในกระบวนการตัดสินใจรับผู้ป่วยไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ผนวกกับปัจจุบันนโยบายการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภท จำเป็นต้องอาศัย 3 ภาคส่วนประสานกัน คือ โรงพยาบาล ครอบครัว และชุมชน โดยพยายามมุ่งเน้นให้ผู้ผู้ป่วยกลับไปรักษาตัวต่อเนื่องที่บ้าน หากจำเป็นต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล ก็จะพยายามรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาระยะเวลาที่สั้น และจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเพื่อกลับคืนสู่ครอบครัวให้เร็วที่สุด เพื่อป้องกันความเคยชินกับโรงพยาบาลซึ่งจะส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยขาดความคิดริเริ่ม ไม่สนใจสังคมและสิ่งแวดล้อมรอบตัว ส่งผลให้บุคลิกภาพและพฤติกรรมในการดูแลตนเองเสื่อมถอยลง (อัจฉรา ศักการกูร, 2550)

ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงต้องการศึกษา การตัดสินใจของครอบครัวในการรับผู้ป่วยจิตเภทไปดูแลต่อเนื่องที่บ้านศึกษาความต้องการการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งเสริมครอบครัวให้สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อเนื่องที่บ้าน และศึกษาอุปสรรค และข้อจำกัดของครอบครัว ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อเนื่องที่บ้าน

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาการตัดสินใจของครอบครัวในการรับผู้ป่วยจิตเภทไปดูแลต่อเนื่อง
2. เพื่อศึกษาความต้องการการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งเสริมครอบครัวให้สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อเนื่องที่บ้าน
3. เพื่อศึกษาอุปสรรค และข้อจำกัดของครอบครัว ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อเนื่องที่บ้าน

แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาในครั้งนี้ ผู้ศึกษาใช้ แนวคิดการยอมรับและการตัดสินใจ ตลอดจนระบบการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเป็นกรอบแนวคิดหลักเพื่อช่วยในการอธิบาย ทำความเข้าใจ การตัดสินใจของครอบครัวผู้ป่วยในการรับผู้ป่วยจิตเภทไปดูแลต่อเนื่อง และความต้องการการสนับสนุนทางสังคม ดังรายละเอียดพอสังเขป ดังนี้

1. แนวคิดการยอมรับและการตัดสินใจ

ความหมายของการยอมรับ

โรเจอร์ (Rogers) ได้ให้ความหมายของกระบวนการยอมรับว่า คือ กระบวนการที่เกิดขึ้นทางจิตใจภายในบุคคล ซึ่งเริ่มจากการได้ยินเรื่องราววิทยาการใหม่ จนกระทั่งยอมรับและนำไปสู่การปฏิบัติ (Rogers, 1962 อ้างถึงในศิริมา สารนันท์, 2548) ในขณะที่ เสถียร เขยประดับ ได้อธิบายว่า การยอมรับว่าเป็นกระบวนการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งใหม่ที่เกิดขึ้นในสมอง โดยผ่านขั้นตอนต่างๆ ตั้งแต่ขั้นแรกที่มีความรู้เกี่ยวกับสิ่งใหม่นั้นไปจนถึงขั้นยืนยันการตัดสินใจที่กระทำไปแล้ว (เสถียร เขยประดับ, 2530, น.24 อ้างถึงในศิริมา สารนันท์, 2548)

ความหมายของการตัดสินใจ

สรอยตระกูล (ติวานนท์) อรรถมานะ ได้กล่าวว่า การตัดสินใจ คือการเลือกทางเลือกที่เป็นไปได้เพื่อให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ (สรอยตระกูล (ติวานนท์) อรรถมานะ, 2550 อ้างถึงในณัชชา สุวรรณวงศ์, 2560) ส่วนทางด้าน ญัฏฐพันธ์ เขจรนันท์ ได้ให้ความหมายว่า การตัดสินใจ หมายถึง กระบวนการใช้ความคิดและการกระทำของการรับรู้โดยการศึกษาและวิเคราะห์ปัญหา หรือโอกาสและประเมินทางเลือกที่เหมาะสมเพื่อจัดการกับปัญหาหรือโอกาสที่เกิดขึ้น (ญัฏฐพันธ์ เขจรนันท์, 2551 อ้างถึงในณัชชา สุวรรณวงศ์, 2560)

ดังนั้นจึงสรุปความหมายการยอมรับและการตัดสินใจ ได้ว่า คือ กระบวนการที่เกิดขึ้นทางจิตใจภายในบุคคล ต่อการรับรู้ ทำความเข้าใจ ยอมรับ จนนำไปสู่การตัดสินใจเลือกทางเลือกที่เป็นไปได้ มีความเหมาะสม สอดคล้องกับการบรรลุตามเป้าหมายได้

ความสำคัญ

การตัดสินใจเป็นกระบวนการพิจารณาหาทางเลือกที่มีอยู่จากหลายทางเลือก โดยสามารถเลือกทางเลือกที่เป็นไปได้ การตัดสินใจจึงมีความสำคัญ (วรพจน์ บุษราคมวดี, 2551 อ้างถึงใน ณัชชา สุวรรณวงศ์, 2560) ดังนี้

1. มีทางเลือกหลายทาง ในบางครั้งการตัดสินใจอาจต้องใช้ดุลพินิจของบุคคลเพื่อการตัดสินใจเลือกสิ่งหนึ่งสิ่งใดจากทางเลือกที่มีอยู่หลายทาง ดังนั้นจึงต้องอาศัยเกณฑ์และเครื่องมือที่มีความเหมาะสมในด้านต่างๆ
2. การมีข้อมูลเป็นจำนวนมากในการตัดสินใจ หากบุคคลนำดุลพินิจส่วนตัวมาใช้ในการตัดสินใจบ่อยครั้งอาจเกิดโอกาสผิดพลาดหรือขาดความรอบคอบได้ เนื่องจากไม่สามารถนำข้อมูลที่มีอยู่ทั้งหมดมาพิจารณาได้อย่างครบถ้วนสมบูรณ์
3. เพื่อลดความขัดแย้ง เนื่องจากพื้นฐานความรู้รวมทั้งประสบการณ์ของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน ดังนั้นในการตัดสินใจหากไม่อาศัยหลักเกณฑ์หรือเครื่องมือที่เหมือนกันมาตัดสินใจ อาจทำให้การตัดสินใจแต่ละครั้งแตกต่างกันออกไปจนทำให้เกิดความขัดแย้งได้
4. เพื่อลดความเสี่ยงหรือความไม่แน่นอนในการตัดสินใจของบุคคลที่ปราศจากกฎเกณฑ์หรือเครื่องมือ ดังนั้นการตัดสินใจที่ใช้เครื่องมือที่ถูกต้อง เหมาะสมจะสามารถลดการตัดสินใจที่ผิดพลาดลงได้

2. ระบบการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

ความหมาย

เบนจามินเอช.กอตต์เลียบ (Gottlieb: 1982) นิยามความหมาย คำว่า การสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นผลที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ของบุคคล ซึ่งอยู่ในเครือข่ายทางสังคมที่มีโครงสร้างแน่ชัด ปฏิสัมพันธ์นี้เป็นการมีส่วนร่วมของบุคคลที่เกี่ยวข้องและเป็นการแลกเปลี่ยนทรัพยากรกับบุคคลที่รู้จักคุ้นเคยกันเป็นอย่างดี (Gottlieb: 1982 อ้างถึงใน วันทนีย์ วาสิกะสิน, สุรางค์รัตน์ วศินารมณ และกิตติพัฒน์ นนทปัทมเดช, 2550) ส่วนทางด้าน วันทนีย์ วาสิกะสินกล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม คือ การที่บุคคลในชุมชนให้ความรัก ความเอาใจใส่ ให้การยอมรับ เห็นคุณค่า และมีความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและการช่วยเหลือในด้านต่างๆ เช่น ให้คำแนะนำ แสดงความคิดเห็น ซึ่งอาจช่วยลดปัญหาความรุนแรงที่เกิดขึ้นในสังคมได้ (วันทนีย์ วาสิกะสิน, 2537 อ้างถึงใน ขวัญชนก สุขช่วย, 2550) โดยสรุป การสนับสนุนทางสังคม จึงมีความหมายเป็นการที่บุคคลในสังคม ที่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน มีการให้ความช่วยเหลือ มีการแลกเปลี่ยนทรัพยากร วัสดุ ความคิดเห็น ความรู้สึก และประสบการณ์

คุณลักษณะของการสนับสนุนทางสังคม สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือ

1. การสนับสนุนทางสังคมตามโครงสร้างของบุคคล คือ การสนับสนุนจะเกิดจากเครือข่ายโดยรวม ขนาดและความหนาแน่นของเครือข่าย ความถี่ของการติดต่อ ระยะเวลาที่มีความสัมพันธ์กัน และจำนวนความสัมพันธ์ทางสังคม
2. การสนับสนุนทางสังคมตามการทำหน้าที่ของบุคคลในสังคม คือ การที่เครือข่ายทางสังคมได้ให้การสนับสนุนบุคคลในลักษณะของการกระทำ โดยบุคคลนั้นรับรู้ว่าจะตนเองได้รับการสนับสนุนในลักษณะของการกระทำ

ประเภทการสนับสนุนทางสังคม (House, 1981 อ้างถึงใน สมลรัตน์ ดอกเขียว, 2553)

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ คือ การที่บุคคลรู้สึกได้รับความเห็นอกเห็นใจ และความไว้วางใจจากผู้อื่นเมื่อกำลังเผชิญกับความเครียดหรือปัญหา
2. การสนับสนุนด้านเครื่องอำนวยความสะดวกในการทำงาน เช่น การช่วยเหลือด้านวัสดุอุปกรณ์ การให้เงิน การแบ่งเบาภาระงาน ให้เวลา เพื่อช่วยให้บุคคลที่ได้รับสามารถนำแก้ไขปัญหานั้นได้
3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การที่บุคคลรู้สึกว่าจะตนเองได้รับข้อมูลข่าวสาร เช่น คำแนะนำ การสอนงาน การให้ความรู้ เพื่อใช้ในการตัดสินใจหรือแก้ไขปัญหาได้
4. การสนับสนุนด้านการประเมิน หมายถึง การที่บุคคลรู้สึกได้รับข้อมูลย้อนกลับ เพื่อช่วยให้เกิดการประเมินตนเองเปรียบเทียบกับพฤติกรรมตนเองกับผู้ที่อยู่ร่วมในสังคม และปรับปรุงผลการปฏิบัติงานของตน

หน่วยงานรัฐกับการสนับสนุนทางสังคม

ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวนอกจากใช้ระบบการสนับสนุนที่มีอยู่รอบตัวหรือในชุมชนแล้ว ยังต้องอาศัยการสนับสนุนจากหน่วยงานรัฐ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถอยู่ได้อย่างเป็นปกติ ซึ่งมีด้วยกัน 4 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับภาวะจิตใจ การแสดงออกถึงการยอมรับ ให้กำลังใจเพื่อส่งเสริมภายในจิตใจของครอบครัวผู้ป่วย ให้สามารถมีพลังในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้
2. การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร คือ การที่ครอบครัวผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลของโรค การวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค อาการและผลกระทบ ย่อมส่งผลให้ครอบครัวเกิดการเตรียมความพร้อมที่จะรับมือกับสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้น
3. ด้านอาชีพและการมีรายได้ เนื่องจากครอบครัวอาจมองว่าผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลที่ใกล้ชิด คงไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ซึ่งในความเป็นจริงหากมีการสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการฝึกฝน ทดลองทำงานผู้ป่วยก็จะสามารถช่วยแบ่งเบาภาระด้านค่าใช้จ่าย และฟื้นฟูทักษะการทำงานของตนเองได้
4. ด้านการแพทย์ ด้วยจากครอบครัวมีความวิตกกังวลและเครียดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยอยู่แล้ว หากระบบการดูแลรักษาทางการแพทย์มีการลงติดตามเยี่ยม ก็จะช่วยลดปัญหาที่จะเกิดขึ้นของผู้ป่วยแก่ครอบครัวได้

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Methodology) มีวิธีการศึกษาจากเอกสาร และการศึกษาจากภาคสนาม โดยมีประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือในการวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

- ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาหรืออาสาสมัครนั้น ถูกกำหนดขึ้นโดยคำนึงถึงวัตถุประสงค์ในการศึกษา โดยมีความมุ่งเน้นให้ได้ข้อมูลที่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ ตลอดจนเพื่อให้มีข้อมูลที่เพียงพอสำหรับการวิเคราะห์ ผู้ศึกษาจึงกำหนดผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา คือ ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ที่มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา นครินทร์ จังหวัดนครราชสีมา และสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในช่วง พ.ศ.2561-ปัจจุบัน สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัว ชุมชน ได้อย่างน้อยตั้งแต่ 6 เดือน ขึ้นไป และยังคงมาติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องที่โรงพยาบาล โดยในแต่ละครอบครัวจะต้องประกอบไปด้วย

1. ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่ทำหน้าที่ เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างใกล้ชิด ตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเป็นผู้ดูแลหลักเมื่อผู้ป่วยกลับภูมิลำเนา ครอบครัวละ 1 คน
2. ผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจ หมายถึง บุคคลในครอบครัวที่มีอิทธิพลให้บุคคลอื่นๆ ยอมทำตาม ไม่ว่าจะด้วยสมัครใจหรือไม่ หรือเป็นบุคคลที่มีความสามารถบังคับให้เป็นไปตามความประสงค์ของตนเองครอบครัวละ 1 คน
3. เป็นครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ที่ประสบปัญหาในกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภท อาทิ ปัญหาด้านที่อยู่อาศัย ไม่มีบ้าน ปัญหาด้านการเงิน การประกอบอาชีพ ปัญหาด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว และการมีภาระที่ต้องดูแลบุคคลอื่น ซึ่งผ่านการประเมิน โดยใช้เครื่องมือ แบบประเมินความพร้อมของครอบครัว (Family Readiness Assessment) (F.R.A) เพื่อประเมินถึงความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย และได้รับการวินิจฉัยตามแบบบันทึกการวินิจฉัยทางสังคม ของนักสังคมสงเคราะห์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) แบบรายบุคคล/รายครอบครัว ตามแนวการสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับการสังเกตปรากฏการณ์ อารมณ์ ความรู้สึก และข้อมูลด้านอื่นๆ ที่เกิดขึ้นร่วมด้วย การวิเคราะห์ข้อมูล เมื่อรวบรวมข้อมูลเรียบร้อยแล้ว จะนำข้อมูลมาจัดจำแนกแยกตามเนื้อหา และทำการวิเคราะห์ สังเคราะห์อย่างเป็นระบบ

ผลการศึกษา และอภิปรายผลการศึกษา

ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา ผ่านการตัดสินใจในการรับผู้ป่วยจิตเภทมาดูแลต่อที่บ้าน เกิดประสบการณ์ทั้งในด้านการตัดสินใจ การดูแลผู้ป่วยจิตเภท การได้รับความช่วยเหลือจากเครือข่ายแหล่งสนับสนุนทางสังคม ตลอดจนการมีประสบการณ์ในการเผชิญต่ออุปสรรค ข้อจำกัด ในการตัดสินใจและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อที่บ้าน ซึ่งภายหลังจากที่ผู้ศึกษาได้ลงไปสู่พื้นที่เล่าเรื่องของผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา เพื่อลงไปทำความเข้าใจในประเด็นข้อคำถามที่ผู้ศึกษากำหนดขึ้นตามความตั้งใจศึกษา รวมไปถึงประเด็นอื่นที่มีความเชื่อมโยงกับการศึกษาอันเนื่องมาจากประสบการณ์ชีวิตของผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาที่ผ่านพ้นมาในช่วงเวลาหนึ่ง กับสถานการณ์ฯ หนึ่งๆ เพื่อทำความเข้าใจต่อกระบวนการคิด การตัดสินใจ การแสวงหาแนวทางแหล่งสนับสนุนในการช่วยเหลือต่อไป

จากผลการศึกษาเรื่องราวชีวิตของผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา ผู้ศึกษาจะได้อภิปรายผลการศึกษาในประเด็นต่อไปนี้

1. ข้อมูลพื้นฐานครอบครัวผู้ป่วยและผู้ป่วยจิตเภท
2. การตัดสินใจของครอบครัวในการรับผู้ป่วยจิตเภทไปดูแลต่อ

3. ความต้องการการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งเสริมครอบครัวให้สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อเนืองที่บ้านได้
4. อุปสรรค และข้อจำกัดของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อเนืองที่บ้านนั้น

1. ข้อมูลพื้นฐานครอบครัวผู้ป่วยและผู้ป่วยจิตเภท

ข้อมูลพื้นฐานครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่มีบทบาทในการเป็น “ผู้ดูแล” และ “ผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจ” ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยกลางคน และวัยผู้สูงอายุ โดยผู้ดูแลและผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจที่มีอายุมากที่สุด คือ 82 ปี ที่มีอายุน้อยที่สุดอยู่ที่ 40 ปี และพบว่าส่วนใหญ่ ผู้ดูแล และผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจเป็นเพศหญิง มีเพียงผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจเพียง 1 คน ที่เป็น เพศชาย ส่วนด้านการประกอบอาชีพ พบว่า ส่วนใหญ่ ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 4 คน รองลงมา คือ รับจ้างทั่วไป 2 คน เกษตรกรรม 2 คน และขับวินมอเตอร์ไซด์ 1 คน ตามลำดับ และเมื่อมาพิจารณาในด้านการศึกษา พบว่า ผู้ดูแล ผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจส่วนใหญ่ จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา มีเพียง 1 คน ที่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ส่วนข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า เป็นเพศชาย 4 คน เพศหญิง 1 คน โดยแบ่งออกได้เป็น 3 ช่วงอายุ คือ อายุในช่วงวัยรุ่น 1 คน คือ อายุ 20 ปี อายุในช่วงวัยกลางคนมี 3 คน คือ อายุ 43 ปี 47 ปี 54 ปี ตามลำดับ และอายุในช่วงวัยผู้สูงอายุ 1 คน คือ อายุ 71 ปี ด้านการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น 2 คน มัธยมศึกษาตอนปลาย 2 คน และไม่ได้รับการศึกษา 1 คน การประกอบอาชีพ ผู้ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด ไม่ได้ประกอบอาชีพ ครั้งแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช พบว่า มีตั้งแต่ พ.ศ.2534, พ.ศ.2546, พ.ศ.2551, พ.ศ.2559 และ พ.ศ.2561 ตามลำดับ ส่วนระยะเวลาที่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทต้องให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทมาจนถึงปัจจุบัน (พ.ศ.2562) นั้น แบ่งเป็น 1 ปี, 3 ปี, 11 ปี, 16 ปี และ 28 ปี ตามลำดับ จำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชพบว่า จำนวนครั้งที่มากที่สุดคือ 10 ครั้ง รองลงมาคือ 3 ครั้ง และ 1 ครั้งตามลำดับ ในด้านการวินิจฉัยปัญหาทางสังคมพบว่า ประกอบไปด้วย การใช้สารเสพติด การมีพฤติกรรมที่รุนแรง เร่วร้อน ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว ผู้ดูแลไม่สามารถดูแลหรือควบคุมพฤติกรรมได้ ภายในครอบครัวมีผู้ป่วยจิตเวช 2 คน ตลอดจนเป็นผู้ป่วยคดี

จากข้อมูลพื้นฐานของครอบครัวผู้ป่วยและผู้ป่วยจิตเภทนั้น เมื่อมาพิจารณา วิเคราะห์ลงไปในเรื่องที่จริง พบว่า มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ บุญวดี เพชรรัตน์ และเยวานาถ สุวลักษณ์ (2546) ที่ศึกษาเรื่อง “ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน” ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เป็น บิดา มารดา สามิหรือภรรยา จะมีพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านมาก ซึ่งในการศึกษาครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในครั้งนี้ พบว่า ผู้ดูแล และผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจ ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทเป็น บิดา มารดา ภรรยา พี่สาว น้องสาว และลูกสะใภ้ ซึ่งยังมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ รุจิรา จงสกุลและคณะ (2540) ที่ศึกษาเรื่อง “ปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน” ที่พบว่า เพศหญิงมีคะแนนความพร้อมสูงกว่าเพศชาย โดยที่กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 30 ปี มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบิดา มารดา ภรรยา มีค่าคะแนนความพร้อมสูงกว่าสมาชิกในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์เป็นพี่น้อง และยังมีความสอดคล้อง ได้ผลการศึกษาเป็นไปในแนวทางเดียวกันกับ วิมาลา เจริญชัย (2545) ที่ศึกษาเรื่อง “พฤติกรรมปรับตัวของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท” ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมปรับตัวด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ทัศนคติอยู่ในระดับดี เมื่อวิเคราะห์ลงไปสู่พฤติกรรมปรับตัวทั้ง 2 ด้านนั้น กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 47.26 ปี ซึ่งอยู่ในวัยกลางคน เป็นวัยที่มีวุฒิภาวะทางอารมณ์มั่นคง มีการใช้เหตุผลในการแก้ไขปัญหา มีการตัดสินใจที่สุขุม รอบคอบ มีความรับผิดชอบทั้งแก่ครอบครัว สังคม สามารถให้การช่วยเหลือบุคคลในสังคมได้ และยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีบทบาทในความเป็น บิดา มารดา สามิ ภรรยาและพี่น้อง ซึ่งถือเป็นบทบาทที่มีความสัมพันธ์กันในครอบครัว เมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย สมาชิกในครอบครัวจึงสามารถปรับตัวเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้ ดังตารางที่ 1 และตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

ที่	ครอบครัวผู้ป่วยจิต เภท	บทบาทในครอบครัว		เพศ	ความสัมพันธ์	อายุ (ปี)	การศึกษา	การประกอบอาชีพ
1	ธวัช (นามสมมติ)	ผู้ดูแล	เยาว (นามสมมติ)	หญิง	มารดา	43	ป.4	ไม่ได้ประกอบอาชีพ
		ผู้ที่มีอำนาจใน การตัดสินใจ	ณ (นามสมมติ)	ชาย	บิดา	42	ป.6	ขับวินมอเตอร์ไซด์
2	หลง (นามสมมติ)	ผู้ดูแล	ต๋อย (นามสมมติ)	หญิง	ลูกสะใภ้	45	ป.6	เกษตรกร
		ผู้ที่มีอำนาจใน การตัดสินใจ	พา (นามสมมติ)	หญิง	ภรรยา	70	ป.2	รับจ้างทั่วไป
3	แดง (นามสมมติ)	ผู้ดูแล	รวม (นามสมมติ)	หญิง	พี่สาว	46	ป.6	ไม่ได้ประกอบอาชีพ
		ผู้ที่มีอำนาจใน การตัดสินใจ	ยอง (นามสมมติ)	หญิง	พี่สาว	44	ป.6	รับจ้างทั่วไป
4	วัชร (นามสมมติ)	ผู้ดูแล	มัย (นามสมมติ)	หญิง	มารดา	82	ป.2	ไม่ได้ประกอบอาชีพ
		ผู้ที่มีอำนาจใน การตัดสินใจ						
5	อานนท์ (นามสมมติ)	ผู้ดูแล	นุช (นามสมมติ)	หญิง	น้องสาว	40	ม.3	เกษตรกร
		ผู้ที่มีอำนาจใน การตัดสินใจ	นาค (นามสมมติ)	หญิง	มารดา	61	ป.4	ไม่ได้ประกอบอาชีพ

ตารางที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วยจิตเภท

ที่	ชื่อผู้ป่วย จิตเภท	เพศ	อายุ(ปี)	การศึกษา	การวินิจฉัยปัญหาทางสังคม	รักษา ครั้งแรก	ระยะเวลาที่ ต้องดูแลเมื่อ ป่วย จิตเภท (ปี)	Admit (ครั้ง)	การประกอบ อาชีพ
1	ธวัช (นาม สมมติ)	ชาย	20	ม.3	-การใช้สารเสพติด -มีพฤติกรรมรุนแรง -สัมพันธ์ภาพในครอบครัว	พ.ศ. 2561	1	3	ไม่ได้ประกอบ อาชีพ
2	หลง (นาม สมมติ)	ชาย	71	ไม่ได้รับ การศึกษา	-ผู้ดูแล ดูแลไม่ไหว -ญาติต้องการส่งสถาน สงเคราะห์	พ.ศ. 2559	3	3	ไม่ได้ประกอบ อาชีพ
3	แดง (นาม สมมติ)	ชาย	43	ม.6	-ชุมชนหวาดกลัว -ภายในครอบครัวป่วยจิตเวช 2 คน (ผู้ป่วยและมารดา)	พ.ศ. 2534	28	10	ไม่ได้ประกอบ อาชีพ
4	วัชร (นาม สมมติ)	หญิง	54	ม.6	-มีพฤติกรรมเรื้อรัง -ญาติไม่สามารถควบคุม พฤติกรรมได้	พ.ศ. 2551	11	1	ไม่ได้ประกอบ อาชีพ
5	อานนท์ (นาม สมมติ)	ชาย	47	ม.3	ผู้ป่วยคดี(ฆ่าคน)	พ.ศ. 2546	16	1	ไม่ได้ประกอบ อาชีพ

2. การตัดสินใจของครอบครัวในการรับผู้ป่วยจิตเภทไปดูแลต่อเนื่อง

การตัดสินใจของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ทั้ง 5 ครอบครัวในการรับผู้ป่วยจิตเภทมาดูแลต่อเนื่อง จากการศึกษา ผู้ศึกษาพบกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจ 2 ขั้น ได้แก่ 1) ก่อนการตัดสินใจของครอบครัวในการรับผู้ป่วยจิตเภทไปดูแลต่อเนื่อง และ 2) การตัดสินใจของครอบครัวในการรับผู้ป่วยจิตเภทไปดูแลต่อเนื่อง โดยผู้ศึกษาขอลงรายละเอียดในแต่ละขั้นต่อไปนี้

1. ก่อนการตัดสินใจของครอบครัวในการรับผู้ป่วยจิตเภทไปดูแลต่อเนื่อง จากการศึกษาพบปัจจัยที่เข้ามามีความสำคัญในขั้นนี้ คือ

1.1 ความรู้สึกต่อความกังวล

การศึกษาพบว่าในขั้นก่อนการตัดสินใจของครอบครัวในการรับผู้ป่วยจิตเภทไปดูแลต่อเนื่อง พบครอบครัวธวัช ครอบครัวหลง ครอบครัวอานนท์ และครอบครัวแดง ที่ผู้ดูแล และผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจมีความกังวล โดยเป็นความกังวลที่เกี่ยวข้องกับการที่ต้องตัดสินใจรับผู้ป่วยกลับไปดูแล กังวลต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วย และท้ายที่สุดกังวลต่อการที่ต้องกลับไปเผชิญต่อสถานการณ์เดิม โดยที่สถานการณ์การเดิมในที่นี้ คือ ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยาจิตเวช ไม่มาพบแพทย์เพื่อรับการรักษาที่ต่อเนื่อง ใช้สุราและสารเสพติด ทำร้ายร่างกายบุคคลในครอบครัว และทำลายข้าวของ ความรู้สึกต่อความกังวลเหล่านี้ ส่งผลต่อครอบครัวในช่วงก่อนการตัดสินใจของครอบครัวในการรับผู้ป่วยจิตเภทไปดูแลต่อเนื่อง ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ รุจิรา จงสกุลและคณะ (2540) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือมีจำนวนการเข้ารับการรักษาที่มาก มีผลต่อความไม่พร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน มากกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและนอกจากนี้ หากผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองมาก ครอบครัวหรือญาติผู้ป่วยมีแนวโน้มเกิดการยอมรับ ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับที่สูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นฤมล สุริยะและคณะ (2557) พบว่าผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรค มีความสามารถในการดูแลตนเอง เมื่อมีอาการเจ็บป่วย มีอาการกำเริบ สามารถ

แสวงหาวิธี กระบวนการเพื่อการดูแลตนเองให้กลับสู่สภาวะปกติแต่เมื่อมาพิจารณาในประเด็นเกี่ยวกับการรับรู้ ความเข้าใจ เรื่องโรคและกระบวนการรักษา พบว่าผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ มีความเข้าใจเรื่องโรค กระบวนการรักษาที่ไม่ถูกต้อง คิดว่าหายดีแล้ว ไม่ต้องรับประทานยาต่อเนื่อง หรือการมีความคิด ทศนคติที่ไม่เหมาะสมต่อการรับประทานยา เช่น “กินไปแล้วก็ยิ่งบ้ำ บางครั้งลืมกินก็ไม่กินไปเลย ไม่กินก็ไม่เป็นไร” ตลอดจนการมีความรู้สึกลดน้อยลงถึงโรค ที่ว่า “รู้สึกเหมือนเดิม กินก็ไม่หายสักที เบื่อ ไม่อยากกิน” ยิ่งผู้ป่วยมีระยะเวลาในการเจ็บป่วยที่เรื้อรังหลายปี หรือมีจำนวนมื้อการรับประทานยาที่มาก ย่อมส่งผลต่อความตระหนักของผู้ป่วยในการให้ความร่วมมือต่อกระบวนการรักษา ดังนั้นหากผู้ป่วยเกิดการรับรู้ต่อตนเองที่ผิดไปจากความเป็นจริง มีความคิดความรู้สึกในด้านลบ ย่อมมีผลต่อกระบวนการรักษา มีอาการกำเริบซ้ำ ในท้ายที่สุดอาจมีผลต่อการยอมรับ เพื่อการดูแลที่ต่อเนื่องในครอบครัวของญาติผู้ป่วย ส่วนทางด้านครอบครัววัชรี พบว่าเป็นเพียงครอบครัวเดียวที่ไม่มีความรู้สึกต่อความกังวล เมื่อนางมีญาติดูแลได้รับแจ้งข่าวจากโรงพยาบาลจิตเวชฯ กรณีที่ผู้ป่วยอาการทุเลา แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปอยู่ร่วมกับครอบครัวได้ นางมี ในฐานะบทบาทการเป็นมารดา บทบาทในการเป็นผู้ดูแล และบทบาทในการเป็นผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจ สามารถตัดสินใจมารับผู้ป่วยได้โดยทันที

1.2 การเตรียมความพร้อมของครอบครัว

การเตรียมความพร้อมของครอบครัว คือ การที่ครอบครัวมีการรับรู้ เข้าใจ ต่อรูปแบบ วิธีการ ระยะเวลาที่โรงพยาบาลจิตเวชฯ ดำเนินการให้การรักษากับผู้ป่วย เพื่อครอบครัวจะได้มีการวางแผน เตรียมความพร้อมต่อการตัดสินใจรับผู้ป่วยมาดูแลต่อเนื่อง จากการศึกษาพบว่า ทั้ง 5 ครอบครัวไม่มีการเตรียมความพร้อมต่อการตัดสินใจ หรือแม้แต่การเตรียมความพร้อมต่อการมารับผู้ป่วยกลับคืนสู่ครอบครัว เมื่อโรงพยาบาลจิตเวชฯ แจ้งให้ครอบครัวเดินทางมารับผู้ป่วยกลับไปดูแล จึงต้องเผชิญต่อความรู้สึกที่เป็นกังวล ซึ่งการศึกษาของ กนกพร จิวประสาธ (2558) พบว่า กระบวนการสื่อสารระหว่างแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางสาธารณสุขต่อครอบครัวผู้ป่วยเป็นสิ่งที่สำคัญ โดยเฉพาะในรูปแบบการประชุมครอบครัว ที่สามารถช่วยครอบครัวให้ได้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจ แพทย์มีบทบาทที่ชัดเจนในการสนับสนุนการตัดสินใจ โดยแพทย์ต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการของโรค การรักษา ส่วนพยาบาลถือเป็นวิชาชีพในการแลกเปลี่ยนข้อมูล เป็นผู้อำนวยความสะดวกให้แก่ครอบครัวผู้ป่วย ส่งผลให้กระบวนการตัดสินใจของครอบครัวเป็นไปด้วยความสะดวก รวดเร็ว และสามารถประเมินที่จะเกิดได้ทั้งในระยะสั้น ระยะยาว ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ ประพนอม โฉมกาย และคณะ (2560) เกี่ยวกับเรื่อง ประสิทธิภาพของการประชุมครอบครัวของผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลชลบุรี เกี่ยวกับมติการยอมรับ การดูแล พบว่า เมื่อผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนและการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลมากขึ้น ย่อมส่งผลต่อการยอมรับของญาติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และทั้งนี้ยังพบว่า ภายหลังจากที่มีการประชุมครอบครัว พบค่าคะแนนการยอมรับผู้ป่วยมากขึ้นตามไปด้วย หากแต่มีเพียง ครอบครัววัชรีเท่านั้นที่แม้ว่าครอบครัวจะไม่มีการเตรียมความพร้อม แต่เมื่อโรงพยาบาลจิตเวชฯ ประสานแจ้งไปยังครอบครัวเพื่อให้เดินทางมารับผู้ป่วย กลับพบว่า ครอบครัววินดี สามารถตัดสินใจเดินทางมารับผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้

1.3 ประสานการณ์หรือวิธีการ ที่เคยใช้ในการดูแลผู้ป่วย

ประสานการณ์ หรือวิธีการที่ครอบครัวเคยนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยนั้น เป็นเสมือนสิ่งที่จะช่วยให้ครอบครัวประเมินได้ว่าในครั้งต่อไป ครอบครัวควรใช้วิธีการดูแลผู้ป่วยด้วยวิธีการใด หากครอบครัวมีการใช้วิธีการดูแลผู้ป่วยมาอย่างหลากหลาย หรือใช้วิธีที่เด็ดขาดที่สุดมาแล้ว การตัดสินใจของครอบครัวในการรับผู้ป่วยไปดูแลต่อเนื่องจึงมีความยากลำบากมากขึ้น จะเห็นได้จาก ผลการศึกษาพบว่า ครอบครัวหลง เคยส่งนายหลงเข้าไปอยู่ในความดูแลของสถานสงเคราะห์เป็นเวลาหลายปี ในขณะที่ครอบครัวแดงพบว่า นายแดงเคยถูกหน่วยงานรัฐนำตัวส่งเข้าไปอยู่ในความดูแลของสถานสงเคราะห์ และครอบครัววัชรี เคยใช้การวางกฎระเบียบเพื่อให้ผู้ป่วยควบคุมตนเองเรื่องการดื่มสุราแต่ก็ไม่สำเร็จ การตัดสินใจในครั้งนี้จึงมีผลต่อครอบครัวผู้ป่วยเป็นอย่างมาก เนื่องจากครอบครัวไม่สามารถแสวงหาแนวทางการดูแลด้วยวิธีการอื่นที่จะทำให้ผู้ป่วยอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวและชุมชนได้อย่างเป็นปกติ ไม่สร้างความเดือดร้อนให้เกิดขึ้นแก่ครอบครัว และชุมชน ส่วนทางด้านครอบครัววัชรี

ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับครอบครัวแดง ครอบครัวหลงข้างต้น เนื่องจากแม้ครอบครัววชิระจะเคยใช้วิธีการในการดูแลผู้ป่วยมาหลากหลายวิธี แต่ในครั้งนี้นี้ครอบครัวก็ยังสามารถตัดสินใจรับผู้ป่วยมาดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้ ส่วนทางด้านครอบครัวอานนท์พบว่า ไม่เป็นไปตามผลการศึกษาข้างต้น เนื่องจากผู้ป่วยเพิ่งเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในเป็นครั้งแรก ที่ผ่านมาเป็นการรักษาแต่เพียงผู้ป่วยนอก ครอบครัวจึงนำความเสี่ยง ความรุนแรงของพฤติกรรมผู้ป่วยมาเป็นส่วนประกอบในการตัดสินใจ

1.4 การได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวและเครือข่ายทางสังคม

สิ่งที่พบในการศึกษา คือ ในขั้นก่อนการตัดสินใจของครอบครัวในการรับผู้ป่วยจิตเภทไปดูแลต่อเนื่อง หากครอบครัวผู้ป่วยใดปรากฏการมีสมาชิกในครอบครัวเข้ามาช่วยเหลือในเรื่องการดูแล หรือแม้แต่การมีหน่วยงาน เครือข่ายเข้ามาให้การช่วยเหลือสนับสนุนครอบครัวต่อกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ครอบครัวมีแนวโน้มต่อการตัดสินใจในการรับผู้ป่วยจิตเภทไปดูแลต่อเนื่อง ดังเห็นได้จาก ครอบครัวอานนท์ ครอบครัวหลง ครอบครัวแดง ที่ครอบครัวประเมินแล้วพบว่า มีสมาชิกในครอบครัว และเครือข่ายทางสังคมสามารถเข้ามาให้การช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยได้ ส่วนทางด้านครอบครัววชิระ เป็นเพียงการเข้ามาช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัวกันเองเท่านั้น แต่ยังไม่ปรากฏการช่วยเหลือจากเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในพื้นที่เท่าที่ควร ซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจของครอบครัววชิระ หากแต่ในทางตรงข้าม ผลการศึกษาข้างต้นไม่สอดคล้องกับครอบครัวของวชิระ ในส่วนที่แม้ว่า ครอบครัวจะไม่ได้รับการช่วยเหลือจากเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง แต่ครอบครัวก็สามารถตัดสินใจรับผู้ป่วยมาดูแลต่อเนื่องได้ ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ นิภาพร ภารัตนวงศ์ (2547) พบว่า การที่ครอบครัวจะสามารถเผชิญต่อสถานการณ์ความเครียดได้นั้น ต้องอาศัยปัจจัยทางสังคมด้วยกัน 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยที่มีอยู่ภายในครอบครัว และปัจจัยที่มาจากภายนอกครอบครัว โดยปัจจัยที่มีอยู่ภายในครอบครัว ประกอบไปด้วย ความเชื่อมั่นของสมาชิกในครอบครัวที่จะสามารถเผชิญต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ การยอมรับสภาพเป็นจริงที่เกิดขึ้น และความสามารถในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้น ส่วนทางด้านปัจจัยที่มาจากภายนอกครอบครัว ในที่นี้ ได้แก่ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร สิ่งของและบริการ ที่ได้มาจากชุมชนในสังคมที่ครอบครัวผู้ป่วยอาศัยอยู่ ตลอดจนการได้รับการช่วยเหลือจากเครือญาติ เพื่อนฝูง ตลอดจนทั้ง การได้รับสวัสดิการจากภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้อง

ดังนั้น จึงสามารถสรุปผลการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสำคัญต่อขั้นก่อนการตัดสินใจของครอบครัวในการรับผู้ป่วยจิตเภทมาดูแลต่อเนื่องได้ว่า มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับ ความรู้สึกต่อความกังวลของครอบครัวที่มีต่อการดูแลผู้ป่วย การเตรียมความพร้อมของครอบครัวในการรับผู้ป่วยกลับคืนสู่ครอบครัว และการเตรียมความพร้อมต่อการดูแล ประสพการณ์หรือวิธีการที่ครอบครัวเคยนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย และท้ายที่สุดการที่ครอบครัวมีสมาชิกคนอื่นๆในบ้านช่วยเหลือเรื่องการดูแล ตลอดจนการได้รับความช่วยเหลือจากเครือข่ายในพื้นที่

2. การตัดสินใจของครอบครัวในการรับผู้ป่วยจิตเภทไปดูแลต่อเนื่อง

ในขั้นการตัดสินใจของครอบครัวในการรับผู้ป่วยจิตเภทไปดูแลต่อเนื่องนั้น ผู้ศึกษาพบ 4 กระบวนการ ที่ประกอบไปด้วย 1) การเริ่มตัดสินใจ 2) เมื่อต้องตัดสินใจ 3) ผลการตัดสินใจ 4) การวางแผนภายหลังการตัดสินใจโดยผู้ศึกษาจะได้อธิบายเชื่อมโยงไปยังแต่ครอบครัวผู้ป่วยเพื่อให้เห็นกระบวนการตัดสินใจ ผู้ศึกษาพบว่า

การเริ่มต้นตัดสินใจ ของทั้ง 5 ครอบครัว มีความสอดคล้องกับกระบวนการยอมรับของ โรเจอร์ (Rogers) โดยโรเจอร์ ได้ให้ความหมายการยอมรับ คือ กระบวนการที่เกิดขึ้นทางจิตใจภายในบุคคล ซึ่งเริ่มจากการได้ยินเรื่องวิทยาการใหม่ จนกระทั่งยอมรับและนำไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งโรเจอร์ได้แบ่งกระบวนการยอมรับออกเป็น 5 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นรับรู้ 2) ขั้นสนใจ 3) ขั้นประเมินค่า 4) ขั้นทดลอง และ 5) ขั้นยอมรับ ซึ่งในการเริ่มต้นตัดสินใจของครอบครัวผู้ป่วยนั้น เป็นการนำกระบวนการทำงานในขั้นที่ 1 ขั้นรับรู้ ขั้นที่ 2 ขั้นสนใจ และขั้นที่ 3 ขั้นประเมินค่า มารวมไว้ในกระบวนการเริ่มต้นตัดสินใจ (Rogers, 1962 อ้างถึงในศิริมา สารนันท์, 2548) เมื่อครอบครัวผู้ป่วยทั้ง 5 ครอบครัวได้รับแจ้งจากโรงพยาบาลจิตเวชฯ กรณีที่ผู้ป่วยอาการทุเลา แพทย์พิจารณาให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปอยู่ร่วมกับครอบครัวได้ ทั้ง 5 ครอบครัว จะมีการรับรู้ถึงจุดประสงค์ของโรงพยาบาลฯ ในการที่ต้องให้ครอบครัวเดินทางมารับผู้ป่วยกลับ โดยที่การรับรู้ยังเป็นการรับรู้ที่ไม่ละเอียดนัก ครอบครัวจึงมีความต้องการ

รับรู้เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยที่มากขึ้น ซึ่งทั้ง 5 ครอบครัวจะมีการดำเนินการที่เชื่อมโยงมายังขั้นที่ 2 ขึ้นสนใจ ในการแสวงหาข้อมูลข่าวสาร รายละเอียดเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย ด้วยวิธีการเข้ามาเยี่ยมประเมินอาการของผู้ป่วยที่โรงพยาบาล หรือ แม้แต่การโทรเข้ามาสอบถามอาการผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล อีกช่องทาง พร้อมๆไปกับการบอกเล่าเรื่องราวความกังวลใจที่เกิดขึ้นของครอบครัวแก่เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล เพื่อเชื่อมโยงมายังขั้นที่ 3 ขึ้นประเมินค่า เพื่อดูทิศทางของโรงพยาบาลในกรณีที่โรงพยาบาลรับรู้ว่าการครอบครัวยังมีความกังวลใจต่อการตัดสินใจรับผู้ป่วยไปดูแลต่อเนื่อง โดยหากโรงพยาบาลรับรู้ เข้าใจแล้ว ครอบครัวจะมีการประเมินค่า ถึงผลที่จะได้รับการช่วยเหลือจากโรงพยาบาล ต่อมาในกระบวนการที่ต้องตัดสินใจ พบว่า มีความสอดคล้องใน ขั้นตอนของโรเจอร์ ด้วยการศึกษพบว่า ในกระบวนการที่

ต้องตัดสินใจ สามารถแยกทำความเข้าใจทั้ง 5 ครอบครัวได้เป็น 2 ลักษณะ คือ 1) ไม่ทันเตรียมตัว เตรียมใจ และ 2) มีการเตรียมตัว เตรียมใจ โดยในลักษณะที่ 1 ไม่ทันเตรียมตัว เตรียมใจ พบในครอบครัววัชร ครอบครัวแดง ครอบครัวหลง และครอบครัวอานนท์ ซึ่งสามารถแยกย่อยออกเป็น 2 ลักษณะย่อย คือ การตัดสินใจรับกลับโดยผ่านกระบวนการช่วยเหลือจากเครือข่ายและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกระบบสาธารณสุขและการตัดสินใจรับกลับโดยไม่ผ่านกระบวนการช่วยเหลือจากเครือข่ายและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยที่ การตัดสินใจรับกลับโดยผ่านกระบวนการช่วยเหลือจากเครือข่ายและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ครอบครัวหลง ครอบครัวแดง และครอบครัวอานนท์ กระบวนการช่วยเหลือจากเครือข่ายและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในที่นี้ ดำเนินงานผ่านกิจกรรม การเตรียมความพร้อมของครอบครัวและชุมชน ตามแนวทางการปฏิบัติงานของนักสังคมสงเคราะห์ และมีความสอดคล้องกับแนวคิดจิตเวชศาสตร์ชุมชน โดยการนำหลักการ ลักษณะที่สำคัญของแนวคิดที่นำมาประยุกต์ใช้ คือ การมีส่วนร่วม การทำงานเป็นทีม และการดูแลอย่างต่อเนื่อง (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2556) ในกระบวนการเตรียมความพร้อมของครอบครัวและชุมชน เป็นกิจกรรมที่เน้นการดึงการมีส่วนร่วมของเครือข่าย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกระบบสาธารณสุขให้เข้ามามีส่วนร่วมในการรับรู้ ทำความเข้าใจ ต่อการแสวงหาแนวทางในการช่วยเหลือครอบครัวและผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่องจากในโรงพยาบาลจิตเวชมาสู่ชุมชน ส่วนทางด้านครอบครัวแดงเป็นเพียงหนึ่งครอบครัว ที่การตัดสินใจรับกลับของครอบครัวไม่ได้ผ่านกระบวนการช่วยเหลือจากเครือข่ายและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งพบว่ามีความแตกต่างออกไปจาก 3 ครอบครัว เมื่อวิเคราะห์ลงไปพบว่า แม้ครอบครัวมิได้ผ่านกระบวนการช่วยเหลือจากเครือข่ายและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แต่ครอบครัวก็ยินดีรับผู้ป่วยกลับไปดูแล ส่วนหนึ่งมาจากพลังความรัก ความสงสารของบิดา มารดา ที่มีต่อลูก แม้บิดามารดารับรู้ว่าการครอบครัวมีความเสี่ยงต่อการกลับไปเผชิญต่อความรู้สึกที่เป็นกังวล หรือการต้องกลับไปเผชิญต่อเหตุการณ์ผู้ป่วยอาจกลับมาตีมีสรา มีพฤติกรรมก้าวร้าวทำร้ายบิดา ทำลายข้าวของก็ตาม แต่บิดามารดาก็ยังตัดสินใจรับลูกกลับไปดูแล ซึ่งมีความสอดคล้องกับการรับกลับของครอบครัววัชร ที่ครอบครัวมีการเตรียมตัวเตรียมใจ ต่อการตัดสินใจรับผู้ป่วยกลับไปดูแล ด้วยส่วนหนึ่งครอบครัวมีความรัก ความห่วงใย เมื่ออาการทุเลา ดีขึ้น ครอบครัวจึงมีความต้องการให้ผู้ป่วยกลับมาดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน

ต่อมาผลการตัดสินใจ ของครอบครัวพบว่า หากมุ่งให้ความสำคัญไปที่ผู้ป่วย สามารถแยกทำความเข้าใจได้ 2 ลักษณะ คือ ดี และไม่ดี ดีในที่นี้ ดีความหมายไปยังตัวผู้ป่วยเป็นสำคัญ โดยที่ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองเรื่องกิจวัตรประจำวันได้ รับประทานยาและไปพบแพทย์เพื่อติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง สามารถควบคุมตนเองเรื่องสุราและสารเสพติด ตลอดจนการสามารถช่วยเหลือครอบครัวเรื่องงานภายในบ้านได้ ประกอบไปด้วยผู้ป่วยหลง ผู้ป่วยแดง และผู้ป่วยอานนท์ ส่วนลักษณะที่ไม่ดี ในที่นี้ คือการที่ผู้ป่วยปฏิเสธการรับประทานยาและไม่ไปพบแพทย์เพื่อรับการรักษาที่ต่อเนื่อง พร้อมๆไปกับการยังปรากฏพฤติกรรมก้าวร้าวตีมีสรา ประกอบไปด้วยผู้ป่วยวัชร และผู้ป่วยธวัช โดยสามารถนำแนวคิดจิตเวชศาสตร์ชุมชนที่เป็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน (จันทพิมพ์ และนันทบุตร, 2561) อ้างถึงใน คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนสำหรับบุคลากรสถานบริการปฐมภูมิ) เพื่อทำความเข้าใจต่อลักษณะของผู้ป่วยแต่ละลักษณะ คือ ผู้ป่วยที่เมื่อกลับคืนสู่ครอบครัวแล้วอยู่ในลักษณะที่ “ดี” มีความสอดคล้องกับผู้ป่วยที่อยู่ในประเภทสีเหลือง และสีเขียว คือ กลุ่มบุคคลที่ควรได้รับการช่วยเหลือส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ทำกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมต่างๆในบ้าน และกลุ่มบุคคลที่ควรได้รับ

สนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยช่วยทำงานหรือประกอบอาชีพ ซึ่งอาจเป็นอาชีพที่ทำภายในครอบครัวอยู่แล้ว หรืองานใกล้บ้านที่ไม่ยากจนเกินไป ส่วนทางด้านผู้ป่วยที่เมื่อกลับคืนสู่ครอบครัวแล้วอยู่ในลักษณะที่ “ไม่ดี” มีความสอดคล้องกับ ผู้ป่วยที่จัดอยู่ในกลุ่มประเภทสีแดง คือ กลุ่มบุคคลที่ควรได้รับการช่วยเหลือ ส่งเสริมและสนับสนุน กระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลตนเองเรื่องกิจวัตรประจำวัน เช่น การทำความสะอาดร่างกาย ดูแลสุขอนามัย แต่งตัว การกินอาหารและกินยา

การวางแผนภายหลังการตัดสินใจ พบว่า แยกออกเป็น 2 รูปแบบ คือ การวางแผนภายหลังการตัดสินใจจากครอบครัวที่ผ่านการเตรียมความพร้อมของครอบครัวและชุมชน กับการวางแผนภายหลังการตัดสินใจจากครอบครัวที่ไม่ผ่านการเตรียมความพร้อมของครอบครัวและชุมชน พบว่า ครอบครัวหลง ครอบครัวแดง และครอบครัวอานนท์ เป็น 3 ครอบครัวที่ผ่านกระบวนการเตรียมความพร้อมของครอบครัวและชุมชน จึงปรากฏการวางแผนภายหลังการตัดสินใจ โดยพบการวางแผนที่มีความเกี่ยวข้องกับเรื่องต่างๆดังนี้ 1) การรับประทานยาและการฉีดยา 2) กิจวัตรประจำวัน 3) การมาพบแพทย์เพื่อรับการรักษาที่ต่อเนื่อง 4) การติดตามเยี่ยม 5) การเฝ้าระวังและช่วยเหลือกรณีผู้ป่วยมีอาการกำเริบ 6) การงดเว้นตัวกระตุ้นสุราและสารเสพติด และ 7) สิทธิและสวัสดิการต่างๆ การศึกษาพบว่าครอบครัวหลง ครอบครัวแดง และครอบครัวอานนท์ มีการวางแผนเกี่ยวกับกิจกรรมต่างๆที่กล่าวถึงข้างต้น ส่วนทางด้านครอบครัววัช และครอบครัววัชรี เป็น 2 ครอบครัวที่ไม่ได้ผ่านกระบวนการเตรียมความพร้อมของครอบครัวและชุมชน หรือปรากฏเพียงบางกิจกรรมที่กล่าวถึงข้างต้น และปรากฏเพียงการมีสมาชิกในครอบครัวร่วมในการดูแลผู้ป่วยเท่านั้น เมื่อมาวิเคราะห์ถึงการวางแผนภายหลังการตัดสินใจกับกระบวนการเตรียมความพร้อมของครอบครัวและชุมชน พบว่า จุดประสงค์หลักของการดำเนินงาน คือ การมุ่งให้เครือข่ายและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกระบบสาธารณสุขเข้ามามีส่วนร่วมรับรู้ ร่วมเข้าใจ ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินงาน ต่อการช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง เมื่อเครือข่ายและหน่วยงานมาร่วมรับรู้ ร่วมเข้าใจ ร่วมวางแผน ก็จะก่อให้เกิดการร่วมดำเนินงานที่เป็นทีม มีการแบ่งความรับผิดชอบตามบริบทหน้าที่ของแต่ละเครือข่าย แต่ละหน่วยงาน อาทิ การมีกิจกรรมเยี่ยมโดยเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) การเข้ามาฉีดยาโดยเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหรือเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลชุมชน ส่วนทางด้านครอบครัววัชและครอบครัววัชรี ที่ไม่ได้ผ่านกระบวนการเตรียมความพร้อมของครอบครัวและชุมชนนั้น เมื่อวิเคราะห์พบว่า ในพื้นที่มีเครือข่ายและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอยู่จริง แต่ไม่ปรากฏกิจกรรมการทำงานร่วมกัน อันเนื่องมาจาก การที่แต่ละเครือข่าย แต่ละหน่วยงานขาดกระบวนการร่วมรับรู้ ร่วมเข้าใจ ร่วมพูดคุย ร่วมวางแผน ตลอดจนการร่วมดำเนินงาน จึงส่งผลให้เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ร่วมกับครอบครัว จึงเป็นเพียงครอบครัวที่ต้องให้การดูแลแต่เพียงลำพัง ไม่สามารถผลักดันการดูแลผู้ป่วยจากพื้นที่ส่วนตัว มายังพื้นที่ที่เป็นพื้นที่สาธารณะได้ และเมื่อมาวิเคราะห์จะพบว่ากรณีที่ครอบครัวผู้ป่วย เครือข่าย ตลอดจนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามาให้การช่วยเหลือนั้น มีความซ้อนทับกันด้วย การให้ความช่วยเหลือตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับ กับความช่วยเหลือโดยคำนึงถึงจริยธรรมในการช่วยเหลือ ที่มีความสอดคล้องกับแนวคิดจริยศาสตร์การดูแล (วรรณลักษณ์ เมียตเกิด, 2557) ที่มีความเกี่ยวข้องกับความรู้ ใฝ่ใจต่อความกังวล เป็นทุกข์ของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย มีความเกี่ยวข้องกับคุณค่าเชิงอารมณ์ อารมณ์ที่เห็นอกเห็นใจ อ่อนไหว ต่อการที่ครอบครัวต้องเผชิญต่อสถานการณ์การดูแลผู้ป่วย หรือแม้แต่การเห็นอกเห็นใจต่อความยากลำบากของครอบครัวที่ต้องจัดการกับผู้ป่วยขณะที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ มีความเกี่ยวข้องกับพื้นที่สาธารณะ และพื้นที่ส่วนตัวเชื่อมโยงกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยแค่นี้พื้นที่ส่วนตัวอาจเป็นการดูแลที่ขาดประสิทธิภาพ ไม่มีคุณภาพ ไร้ความเหมาะสมหรือเป็นการดูแลเพียงครั้งคราว ผิดกับแนวโน้มครอบครัวบางครอบครัวไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ จึงจำเป็นต้องขยับการดูแลสู่พื้นที่สาธารณะ เพื่อดึงเครือข่ายทางชุมชน สังคมเข้ามาให้การช่วยเหลือ อาทิ การจ้างงานผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน การร่วมสังเกตอาการเตือนของผู้ป่วย หากมีอาการเตือนจะได้แจ้งไปยังบุคคลในชุมชนที่มีส่วนรับผิดชอบ

3. ความต้องการการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งเสริมครอบครัวให้สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อเนื่องที่บ้านได้

การศึกษาครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ต่อความต้องการการสนับสนุนทางสังคม ที่จะส่งเสริมให้ครอบครัวสามารถให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อเนื่องที่บ้านได้นั้น พบว่า ประกอบไปด้วยความต้องการที่เกี่ยวข้อง และมีความสำคัญ ดังนี้

- 3.1 ความต้องการการยอมรับ
- 3.2 ความต้องการการดูแลมิติกายมิติจิตใจ
- 3.3 ความต้องการการรับยาที่ต่อเนื่อง
- 3.4 ความต้องการการเยี่ยมให้กำลังใจ
- 3.5 ความต้องการการช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน
- 3.6 ความต้องการมีอาชีพ มีรายได้

โดยพบว่าทั้ง 5 ครอบครัวมีความต้องการการสนับสนุนเพื่อส่งเสริมให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อเนื่องที่บ้านเป็นไปได้ อย่างเป็นปกติ ความต้องการทั้ง 5 ครอบครัวต้องการ เป็นความต้องการการยอมรับ ความต้องการการดูแลมิติกายมิติจิตใจ ความต้องการการรับยาที่ต่อเนื่อง ความต้องการการเยี่ยมให้กำลังใจ และความต้องการการช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน ส่วน ความต้องการมีอาชีพ มีรายได้ พบเพียงครอบครัวของอานนท์เท่านั้น ที่ต้องการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีอาชีพ มีรายได้ เมื่อวิเคราะห์ ทำเข้าใจลงไปลึกๆพบว่า เหตุที่ครอบครัวอานนท์มีความต้องการให้ผู้ป่วยมีอาชีพ และมีรายได้นั้น สืบเนื่องมาจาก การที่ครอบครัวประเมินว่า ผู้ป่วยสามารถให้การดูแลตนเองเรื่องการรับประทานยา การไปพบแพทย์เพื่อรับการ รักษาที่ต่อเนื่อง การดื่มน้ำ การใช้สารกระตุ้นหรือเครื่องดื่มชูกำลังทุกชนิด ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือครอบครัว ดูแลมารดาเมื่อ ยามเจ็บป่วยได้ ในขณะที่ครอบครัวประเมินว่า การที่ต้องให้ผู้ป่วยมาช่วยงานในไร่ ในสวน ผู้ป่วยอาจไม่สามารถทำได้ ด้วยลักษณะงานที่ต้องเผชิญกับแดด กับฝน กับฝุ่น และเป็นงานที่หนัก ครอบครัวจึงมีความต้องการให้ผู้ป่วยได้ทำอาชีพอื่นๆที่ มีความเหมาะสมต่อตัวผู้ป่วย ต่อลักษณะความเจ็บป่วย ส่วน 4 ครอบครัวที่เหลือ ที่ประกอบด้วย ครอบครัววัช ครอบครัวยุชรี ครอบครัวแดง และครอบครัวหลง นั้น เป็นครอบครัวที่ความต้องการยังไม่สามารถไปสู่ความต้องการอยากให้ผู้ป่วยมี อาชีพ มีรายได้ โดยแยกพิจารณาเพื่อให้เกิดความเข้าใจ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มแรก เป็นกลุ่มครอบครัวที่ยังต้องเผชิญต่อการที่ผู้ป่วย มีพฤติกรรม การไม่รับประทานยา ไม่ไปพบแพทย์เพื่อรับการรักษายาที่ต่อเนื่อง ดังนั้นความต้องการของครอบครัวจึงคงอยู่ที่ ความต้องการการรับยาที่ต่อเนื่อง ความต้องการการเยี่ยมให้กำลังใจ และความต้องการการช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน ส่วน กลุ่มที่ 2 เป็นครอบครัวที่ก้าวข้ามจากความต้องการที่กลุ่มแรกต้องการมาสู่ความต้องการที่ท้าทายที่มากขึ้น นั่นคือ ความ ต้องการการยอมรับ ความต้องการการดูแลมิติกายมิติจิตใจ ความต้องการการเยี่ยมให้กำลังใจ และความต้องการการช่วยเหลือ เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน ซึ่งความต้องการที่แต่ละครอบครัวต้องการนั้น เป็นความต้องการที่เกิดขึ้น ณ ช่วงเวลาหนึ่ง อาจเป็นเพียง ช่วงเวลาขณะที่ผู้ศึกษาลงไปทำการศึกษา เมื่อเวลาเปลี่ยนแปลง ครอบครัวได้รับปัจจัยด้านอื่นๆเพิ่มเติม ความต้องการ ณ ช่วงเวลาหนึ่ง อาจมีการเปลี่ยนแปลง เพิ่ม ลด แตกต่างกันไปตามแต่ละช่วงเวลา และบริบท โดยที่ความต้องการของ ครอบครัวที่กล่าวถึงข้างต้น มีความสอดคล้องกับระบบการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (Cobb 1979, Kahn 1979, Jacobson 1986, Brandl & Weinert 1981, House 1981) ที่ประกอบไปด้วย 1) การสนับสนุนทางสังคมด้าน อารมณ์ ที่ประกอบไปด้วยการได้รับความรักและการดูแลเอาใจใส่รู้สึกได้รับความเห็นอกเห็นใจได้รับความไว้วางใจจากผู้อื่น ความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าได้รับการยกย่อง 2) การสนับสนุนทางสังคม อาทิ การให้ข้อมูลข่าวสาร การแนะนำ 3) การ สนับสนุนทางสังคมด้านเครื่องอำนวยความสะดวก ที่ประกอบไปด้วย การช่วยเหลือด้านวัสดุอุปกรณ์ การให้เงิน การแบ่งเบ าภาระงาน ให้เวลาและบริการ และ 4) การสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินข้อมูลย้อนกลับ คือ บุคคลต้องได้รับข้อมูล ย้อนกลับเกี่ยวกับตนเอง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพิจารณาปรับปรุงแก้ไขให้มีความเหมาะสม

4. อุปสรรค และข้อจำกัดของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อเนื่องที่บ้านนั้น

การทำความเข้าใจต่อครอบครัวผู้ป่วย ในมิติของอุปสรรค ข้อจำกัดที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้นเกี่ยวข้องกับ 3 องค์ประกอบ คือ อุปสรรค ข้อจำกัดที่เกิดจากผู้ป่วย จากครอบครัว และจากการสนับสนุนทางสังคม โดยอุปสรรคที่เกิดขึ้น จากตัวผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ 1) พฤติกรรมการดูแลตนเอง คือ การที่ผู้ป่วยหยุดรับประทานยา รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง 2) ไม่ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเอง อาทิ ไม่อาบน้ำ ใส่เสื้อผ้าตัวเดิมเป็นเวลาหลายสัปดาห์ 3) ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์

เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เช่น การไม่มาพบแพทย์ตามนัดเพื่อรับการรักษาที่ต่อเนื่อง การหยุดรับประทานยาด้วยตนเอง ต้มและใช้สุราและสารเสพติด 4) มีพฤติกรรมหวาดระแวง ตาขวาง ผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวไม่สามารถเข้าถึงเพื่อจัดยาให้รับประทานได้ 5) ไม่สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้ เช่น การทำร้ายบุคคลในครอบครัว ทำลายข้าวของ การจ้องมองด้วยแววตาปรารถนาต่อเพศตรงข้าม 6) ไม่ฟังคำแนะนำ ไม่เชื่อฟังผู้ดูแล ส่วนทางด้านอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากครอบครัวผู้ป่วย ได้แก่ 1) อายุ ที่มากขึ้นของผู้ดูแล และผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจ 2) รายได้ ที่เป็นปัญหาอันเนื่องมาจากผู้ดูแลต้องปลดตนเองออกจากระบบงานประจำ หรือการออกไปทำงานรับจ้าง เนื่องจากต้องให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทตลอดเวลา ในการประเมิน ติดตาม อาการ พฤติกรรมในแต่ละวัน 3) เศรษฐกิจ คือ การมีรายได้ไม่แน่นอน ไม่สอดคล้องกับภาระค่าใช้จ่ายที่มีจริงในครอบครัว หรือแม้แต่ภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาพบแพทย์เพื่อรับการรักษาที่ต่อเนื่อง ณ โรงพยาบาลจิตเวชฯ โรงพยาบาลชุมชน 4) การมีสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวที่ต้องดูแล เช่น การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้สูงอายุ เด็ก หรือแม้แต่สมาชิกอื่นๆ ในครอบครัวที่มีความเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ 5) การตัดสินใจ ที่ประกอบไปด้วยการตัดสินใจที่ไม่มีประสิทธิภาพ ขาดความรู้ ทักษะ และแนวทางในการตัดสินใจ ขาดการสื่อสารระหว่างสมาชิกในครอบครัว กลัวการตัดสินใจ หรือแม้แต่การตัดสินใจที่ขึ้นอยู่กับบุคคลคนเดียว 6) การสนับสนุนทางสังคม คือ ความต้องการการช่วยเหลือและสนับสนุนทางสังคมจากเครือข่าย หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ยังไม่สอดคล้อง ปรากฏการช่วยเหลือสนับสนุนเฉพาะกับครอบครัวผู้ป่วยบางครอบครัว บางบริบทพื้นที่เท่านั้น และสุดท้ายอุปสรรคที่เกิดจากการสนับสนุนทางสังคม คือ การพบการสนับสนุนทางสังคมที่น้อย ไม่แน่นอน โดยเฉพาะการสนับสนุนทางสังคมแบบที่ไม่เป็นทางการ จากสมาชิกในครอบครัว ชุมชนในพื้นที่หากวิเคราะห์ ทำความเข้าใจต่อมิติด้านอุปสรรค ข้อจำกัดที่เกิดขึ้น ทั้ง 3 องค์ประกอบจะพบว่ามีความเชื่อมโยง สอดคล้องกับการศึกษาของ อิดาร์ตัน คะนิงเพียร์ (2556) ในด้านการรับรู้การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลอย่างมากในการดูแลเพื่อตอบสนองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ตลอดจนมีความวิตกกังวล ความเครียดจากการที่ต้องคอยให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีระดับความรุนแรง ที่ไม่สามารถคาดเดาอาการ คาดเดาการเกิดพฤติกรรมรุนแรง ส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกกลัว เบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง หมดพลังและเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิตใจ

สรุป

1. การตัดสินใจของครอบครัวในการรับผู้ป่วยจิตเภทไปดูแล กับการต่อกร อำนาจโรงพยาบาลจิตเวชฯ

การต่อกรในที่นี้ เป็นการต่อกรที่นิยาม ไปยังการที่ครอบครัวผู้ป่วยสามารถมีอำนาจในการตัดสินใจ ต่อสถานการณ์หรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เช่น การตัดสินใจ การวางแผน ตลอดจนการมีอำนาจในการเลือกหรือแสวงหาแนวทางการตัดสินใจ การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่เหมาะสมต่อบริบทครอบครัว และชุมชนได้ด้วยตัวครอบครัวเอง โดยปราศจากการถูกบีบบังคับ หรือการไร้ซึ่งทางเลือกอันเนื่องมาจาก ระบบโรงพยาบาลจิตเวชฯมีรูปแบบการตัดสินใจให้แก่ครอบครัวที่ตายตัว ขาดซึ่งความยืดหยุ่น อาทิ เมื่อผู้ป่วยจิตเภทอาการทุเลา แพทย์ผู้ทำการรักษาประเมินว่า ผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้ หรือแม้แต่กรณีที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทุเลาและมีวันนอนเรื้อรนาน (อยู่ในโรงพยาบาลจิตเวชฯมากกว่า 35 วัน ขึ้นไป) โรงพยาบาลจิตเวชฯ จะมีการใช้มาตรการ ที่สำแดงให้ครอบครัวผู้ป่วยได้รับรู้ถึงการมีอำนาจที่เหนือกว่า ด้วยการยับยั้งการหาข้อสนับสนุนเหตุผลความจำเป็นที่ครอบครัวต้องตัดสินใจมารับผู้ป่วยกลับไปดูแล ด้วยกลวิธีที่หลากหลาย อาทิ การให้ผู้ป่วยเดินทางกลับบ้านด้วยตนเอง โดยโรงพยาบาลจิตเวชฯ เป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายในการเดินทางกลับ การบันทึกข้อความสีแดงในแฟ้มประวัติผู้ป่วย ด้วยข้อความที่สะท้อนข้อมูลที่ครอบครัวไม่สามารถรับรู้ หรือปฏิเสธได้ หรือแม้แต่การใช้มาตรการเด็ดขาด ด้วยการรับผู้ป่วยเข้ารักษาแบบผู้ป่วยใน (ครึ่งถัดไป) ยากขึ้น โดยใช้ข้อสนับสนุนด้านการตัดสินใจของครอบครัวเป็นสำคัญ ดังนั้น การศึกษาในครั้งนี้ ผู้ศึกษาประสงค์นำเสนอเรื่องราวที่เกิดขึ้นจริงของครอบครัวผู้ป่วยต่อการตัดสินใจรับผู้ป่วยไปดูแลต่อที่บ้าน ว่ามีความเกี่ยวข้องต่อปัจจัย องค์ประกอบ หรือกระบวนการใด เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับรู้ ร่วมหาแนวทางการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วย และผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

2. การสนับสนุนทางสังคมที่ส่งเสริมครอบครัวให้สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อเนื่องที่บ้านได้บนหลักความยุติธรรม

การสนับสนุนทางสังคมที่ส่งเสริมครอบครัวให้สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อเนื่องที่บ้านได้ นั้น ควรเป็นการสนับสนุนที่เหมาะสม เป็นไปตามบริบท ความต้องการ ความจำเป็น ที่แต่ละครอบครัวผู้ป่วยต้องการ โดยไม่ควรใช้การช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมในรูปแบบสำเร็จ เหมารวม หรือเป็นแบบแพ็คเกจ ที่ถูกสร้างขึ้นจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งปราศจากการลงไปร่วมพูดคุย ประเมินหรือค้นหาความต้องการการสนับสนุนที่เป็นจริงของแต่ละครอบครัวแล้วนั้น การสนับสนุนทางสังคมก็เสมือนเป็นสะพานเชื่อมความเหลื่อมล้ำให้ยังคงอยู่ในสังคม โดยเฉพาะความเหลื่อมล้ำที่เกิดขึ้นในครอบครัวผู้ป่วย และผู้ป่วยจิตเภท การศึกษาในครั้งนี้ จึงเป็นการศึกษาเพื่อนำเสนอความต้องการการสนับสนุนทางสังคม ที่มีความต้องการจริง ของครอบครัวที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน เช่น ความต้องการการยอมรับจากสมาชิกในครอบครัว และบุคคลอื่นๆในชุมชน ความต้องการการรับยาที่ต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเภท หรือแม้แต่ความต้องการการช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินของผู้ป่วยจิตเภทนั่นเอง

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

1. โรงพยาบาลจิตเวชควรจัดให้มีรูปแบบการประชุมครอบครัวผู้ป่วย เพื่อช่วยครอบครัวให้ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท ตลอดจนรับรู้ปัญหา อุปสรรค ข้อจำกัดที่เกิดขึ้นของครอบครัว เพื่อหาแนวทางในการช่วยเหลือ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการรับผู้ป่วยจิตเภทกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
2. โรงพยาบาลจิตเวชควรมีการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อติดตามการกลับไปอยู่กับครอบครัว เพื่อประเมิน รับรู้ สถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยจิตเภทกับครอบครัว ตลอดจนชุมชน
3. โรงพยาบาลจิตเวชควรกำหนดให้มีการรูปแบบ วิธีการรับผู้ป่วยจิตเภทกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ที่หลากหลาย ตรงต่อลักษณะปัญหา ข้อจำกัดของแต่ละครอบครัว
4. กระตุ้นให้เครือข่าย หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกระบบสาธารณสุขเข้ามาเป็นแหล่งการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วย ในกรณีที่ต้องตัดสินใจรับผู้ป่วยจิตเภทกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
5. ควรศึกษาเพิ่มเติมในครอบครัวผู้ป่วยรายโรคอื่นๆ เพื่อวิเคราะห์การตัดสินใจของครอบครัวผู้ป่วยรายโรคอื่นๆในการรับผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อเนื่อง ซึ่งจะเป็นแนวทางในการแสวงหารูปแบบ กระบวนการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยที่ตรงต่อลักษณะปัญหา ความต้องการ

เอกสารอ้างอิง

- กนกพร จิวประสาท. (2558). บทบาทพยาบาลและการสนับสนุนการตัดสินใจเลือกการรักษาในระยะสุดท้ายในผู้ป่วยวิกฤติ: กรณีศึกษา. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 26(2), 15-23
- กรมสุขภาพจิต. (2560). แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-พ.ศ.2564) นโยบายกรมสุขภาพจิต ประจำปี 2560-2561.
- กรมสุขภาพจิต. (2558). คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนสำหรับบุคลากรระดับปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต.
- ขวัญชนก สุขช่วย. (2550). การมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการส่งเสริมการมีงานทำของผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร.
- ณัชชา สุวรรณวงศ์. (2560). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกเข้าศึกษาต่อระดับปริญญาตรีในมหาวิทยาลัย เทคโนโลยีราชมงคลอีสาน นครราชสีมา (ระบบโควตา) ประจำปีการศึกษา 2560. งานบริหารงานทั่วไป. สำนักส่งเสริมวิชาการและงานทะเบียน. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน. นครราชสีมา.

- นริศรา ฉัพพรรณรังสี. (2549). เจตคติของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้วยวิธีการล่ามขัง ศึกษาเฉพาะพื้นที่จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์หาบัณฑิต. คณะสังคมสงเคราะห์. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร.
- นฤมล สุริยะ, จำเนียร สุรวรางกูร, และกัญนิภา กลิ่นขจร. (2557). พฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำ. *วารสารสุขภาพจิตชุมชนแห่งประเทศไทย*. 1-11
- นิภาพร ภารัตนวงศ์. (2547). การเผชิญความเครียดกับปัจจัยทางสังคมของครอบครัวผู้ป่วยในหอบำบัดผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลตากสิน. วิทยานิพนธ์หาบัณฑิต. คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร.
- บุญวดี เพชรรัตน์ และเยาวนาถ สุวลักษณ์. (2546). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน. *สงขลา-นครินทร์เวชสาร*, 21(4), 249-258.
- ประนอม โฉมกาย และคณะ. (2560). ประสิทธิภาพของการประชุมครอบครัวของผู้ป่วยระยะสุดท้ายโรงพยาบาลชลบุรี.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2558). *จิตเวชศาสตร์รวมาริบัติ*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์.
- รุจิรา จงสกุล, สิวลี เปาโรหิตย์, วรณภา แห้วดี, เพ็ญศิริ สมใจ และวัชนี หัตถพนม. (2540). ปัจจัยที่มีต่อความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน. *วารสารกรมสุขภาพจิต*, 4(1), 21-35.
- ลิธฎ ชูโต. (2553). การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัวสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต. คณะสังคมสงเคราะห์. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร.
- วรรณลักษณ์ เมียดเกิด. (2557). การปฏิบัติการดูแล และคุณค่าทางจริยธรรมในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลตำบลบางสีทอง จังหวัดนนทบุรี. ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต. วิทยาลัยสหวิทยาการ. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร.
- วันทนิย์ วาสิกะสิน, สุรางค์รัตน์ วศินารมณ และกิติพัฒน์ นนทปัทมะดุลย์. (2550). *ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วิมาลา เจริญชัย. (2545). พฤติกรรมการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. คณะพยาบาลศาสตร์. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. เชียงใหม่.
- สิริมา สาระนันท์. (2548). การยอมรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ของประชาชนในเขตเทศบาลนครอุดรธานี. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา. มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี. อุดรธานี.
- สุนทรภรณ์ ทองไสย. (2558). การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในบริบทสังคมไทยอย่างยั่งยืน. *วารสารกองการพยาบาล*, 42(3), 159-167.
- สมลรัตน์ ดอกเขียว. (2553). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากงาน การสนับสนุนจากครอบครัวและความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัว: ศึกษาเฉพาะกรณีพนักงานบริการโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต. คณะศิลปศาสตร์. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร.
- สุพัตรา ทองคุณ. (2545). กระบวนการปรับตัวของภรรยาผู้ป่วยจิตเภท: กรณีศึกษาที่จังหวัดนครพนม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2559). บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับประเทศไทย (ICD-10-TM) อังกฤษ-ไทย เวอร์ชัน 2016 เล่มที่ 1 ตารางการจัดกลุ่มโรค. ศรีเมืองการพิมพ์. กรุงเทพมหานคร.
- อัจฉรา ศักรางกูร. (2550). การปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวกรณีศึกษาโรงพยาบาลศรีธัญญา. วิทยานิพนธ์ศาสตรมหาบัณฑิต. คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร.