

อภิปรายผลการวิจัย สรุปและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional Descriptive Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะโครงสร้างและเศรษฐกิจของครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน เขตจังหวัดนนทบุรี ผลของการวิจัยจะนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับวางแผนติดตามเยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำและให้การช่วยเหลือเฉพาะราย นอกจากนี้ยังจะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับเสนอแนะในการวางนโยบายของรัฐที่ชัดเจน เพื่อให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยจิตเวชในโอกาสต่อไป โดยครอบครัวเห็นความสำคัญและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยด้วย

ประชากรตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ญาติของผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับตัวไว้รักษาในโรงพยาบาลเขตจังหวัดนนทบุรี ขณะที่พามผู้ป่วยมาขอรับบริการที่ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัดนนทบุรี จำนวนทั้งสิ้น 350 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 7 ท่าน และนำไปทดสอบโดยใช้สัมภาษณ์ญาติผู้ป่วยจิตเวชเขตจังหวัดอื่น ๆ ที่มาขอรับบริการที่ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 15 ชุด เพื่อตรวจสอบข้อบกพร่องและนำมาแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) วิเคราะห์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรม SPSS/PC+ แบ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 5 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของประชากรที่ศึกษา วิเคราะห์ในรูปการแจกแจงความถี่ แสดงผลทางตารางค่าร้อยละ

ส่วนที่ 2 ลักษณะโครงสร้างของครอบครัว วิเคราะห์แยกแต่ละตัวแปรที่แสดงลักษณะโครงสร้างของครอบครัว ในรูปของการแจกแจงความถี่ แสดงผลทางตารางค่าร้อยละ

ส่วนที่ 3 สภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว วิเคราะห์แยกแต่ละตัวแปร กำหนดเกณฑ์การให้ค่าคะแนน วิเคราะห์ในรูปการแจกแจงความถี่ แสดงผลทางตารางค่าร้อยละ และวิเคราะห์สรุปผลรวมของค่าคะแนนที่ได้ กำหนดออกมาในรูปสภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว 3 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง และสูง

ส่วนที่ 4 ความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ปวยจิตเวชที่บ้าน วิเคราะห์แยกรายข้อ กำหนดเกณฑ์การให้ค่าคะแนน วิเคราะห์ในรูปการแจกแจงความถี่ แสดงผลทางตารางค่าร้อยละ และวิเคราะห์สรุปผลรวมของค่าคะแนนที่ได้ กำหนดออกมาในรูปความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ปวยจิตเวชที่บ้าน 3 ระดับ คือ มีความพร้อมน้อย ปานกลาง และมีความพร้อมมาก

ส่วนที่ 5 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ โดยใช้การทดสอบไคแอสควร์ (Chi-Square test) กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ $\alpha = .05$

อภิปรายผลการวิจัย

1. ลักษณะโครงสร้างของครอบครัว พบว่า เป็นครอบครัวใหญ่ มีสมาชิกในครอบครัว 5-8 คน (ร้อยละ 50.6) มีลักษณะเป็นครอบครัวขยาย (ร้อยละ 53.1) จะเห็นได้ว่า ตามลักษณะของวัฒนธรรมไทยนิยมอยู่รวมกันเป็นครอบครัวใหญ่ จังหวัดนนทบุรี เป็นจังหวัดหนึ่งที่แม้ว่าจะอยู่เขตติดต่อกับกรุงเทพมหานคร ซึ่งเจริญมากในทางเทคโนโลยีต่าง ๆ แต่อาณาเขตส่วนใหญ่ของจังหวัดนนทบุรีก็ยังมีส่วนที่เป็นเรือสวนไร่นาอยู่มาก ประชากรส่วนใหญ่ยังคงดำรงชีวิตแบบชาวชนบททั่วไป นิยมอยู่กันเป็นครอบครัวใหญ่ แม้จะแต่งงานมีครอบครัวใหม่ก็ยังนิยมอาศัยอยู่กับครอบครัวเดิม ซึ่งจากผลการวิจัยยังพบว่า



ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวส่วนใหญ่รักใคร่กันดี (ร้อยละ 78.0) ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทของ สุรพล ไชยเสนะ (2535) พบว่า ครอบครัว ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวดี แต่เมื่อนำไปหาความสัมพันธ์กับระดับความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านกลับพบว่า จำนวนสมาชิกในครอบครัว และลักษณะของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความพร้อม ของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) แต่ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับระดับความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย จิตเวชที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แสดงให้เห็นว่า แม้จะเป็นครอบครัวใหญ่ มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวมาก แต่ก็ไม่เกี่ยวข้องกับระดับความพร้อมของครอบครัวในการ ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านเลย สิ่งที่มีความสัมพันธ์กับระดับความพร้อมกลับเป็นความสัมพันธ์ ภายในครอบครัว แสดงให้เห็นว่า ครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กันดี น่าจะมีความพร้อมใน การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านด้วย ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาในผู้ป่วยโรคจิตเภทของ สุรพล ไชยเสนะ (2535) ที่พบว่า ความก้าวหน้าในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของครอบครัว ไม่มีความแตกต่างกันในด้านความสัมพันธ์ของสมาชิก

หากพิจารณาในด้านผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านแล้ว ส่วนใหญ่เป็น มารดาของผู้ป่วย (ร้อยละ 35.7) และไม่มีผู้ร่วมรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยเลย (ร้อยละ 50.0) จะเห็นได้ว่า แม้ว่าลักษณะของครอบครัวจะเป็นครอบครัวขยาย มีสมาชิกใน ครอบครัวมาก (เฉลี่ย 5 คนต่อครอบครัว) แต่ผู้ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยมากที่สุด ก็ยังคงคือ มารดาของผู้ป่วย ผู้ซึ่งถือว่ามิมีบทบาทและหน้าที่ในการดูแลทุกข์สุขของสมาชิกในบ้านตาม ลักษณะของสังคมไทย แม้ว่าสมาชิกในครอบครัวจะมีมาก แต่ส่วนใหญ่ก็ไม่มีผู้ใดมาร่วม รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยด้วย ซึ่งเมื่อนำไปหาความสัมพันธ์กับระดับความพร้อมของ ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน พบว่า ผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย และจำนวน ผู้ร่วมรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับระดับความพร้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังนั้นจึงอาจพิจารณาได้ว่า จำนวนสมาชิกในครอบครัวไม่มีความสำคัญเท่ากับ จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ร่วมรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ซึ่งอาจขึ้นกับ ปัจจัยอีกหลายประการ ดังการศึกษาถึงความต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือ และการ

เตรียมตัวรับผู้ป่วยของญาติ เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช ของ
สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และกฤตยา แสงวงเจริญ (2535) พบว่า ญาติส่วนใหญ่คิดว่า มี
อุปสรรคในการที่ญาติจะมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน นั่นคือ ไม่มีเวลา ไม่มีประสบการณ์
ไม่มีความรู้ มีปัญหาเศรษฐกิจ และญาติเองมีความรู้สึกกลัว หงุดหงิด เบื่อหน่าย และอาย
เพื่อนบ้าน

2. สภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว พบว่า ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชเขต
จังหวัดนนทบุรี ส่วนใหญ่มีสภาวะเศรษฐกิจอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 85.2) ซึ่งหาก
พิจารณาตัวแปรย่อยที่กำหนดค่าคะแนนสภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว พบว่า ส่วนใหญ่
ครอบครัวมีรายได้เฉลี่ยต่อบีคอนข้างสูง คือมากกว่า 120,000.- บาท (ร้อยละ 37.7)
คิดว่าพอเพียงในการใช้จ่ายแต่ไม่มีเหลือเก็บ (ร้อยละ 42.0) ลักษณะที่อยู่อาศัยของ
ครอบครัว ร้อยละ 56.9 ก่อสร้างด้วยวัสดุที่ถาวรและปลูกบนที่ดินของตนเอง ซึ่งเมื่อนำไป
หาความสัมพันธ์กับระดับความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน พบว่า
รายได้ของครอบครัว ความพอเพียงในการใช้จ่าย และลักษณะที่อยู่อาศัยของครอบครัวมี
ความสัมพันธ์กับระดับความพร้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งอาจพิจารณาได้ว่า
หากครอบครัวมีความพร้อมด้านรายได้ ความพอเพียงในการใช้จ่าย และมีที่อยู่อาศัยที่เป็น
ของตนเองอย่างถาวร ก็มีแนวโน้มที่ครอบครัวจะมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่
บ้านได้

หากพิจารณาในด้านสัดส่วนค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยต่อรายจ่าย
ทั้งหมดของครอบครัวและจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ให้ความช่วยเหลือผู้ปวยด้านค่าใช้จ่าย
นั้น พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความพร้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)
ซึ่งอาจแสดงให้เห็นว่า รายจ่ายที่ครอบครัวต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านนั้น
ครอบครัวรับภาระได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยเขตนนทบุรีซึ่งสะดวกต่อการมาติดต่อขอรับการรักษา
ที่โรงพยาบาล เสียค่าใช้จ่ายและเสียเวลาในการเดินทางน้อย ทำให้ครอบครัวส่วนใหญ่
ไม่ต้องรับภาระหนักในเรื่องค่าใช้จ่ายมากนัก ซึ่งมีผลทำให้จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่
ให้ความช่วยเหลือผู้ปวยด้านค่าใช้จ่ายไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความพร้อมของครอบครัวใน

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านด้วย ด้านภาระค่าใช้จ่ายที่ญาติต้องจ่ายในเรื่องของค่ายานั้น พบว่า ส่วนใหญ่โรงพยาบาลสงเคราะห์คำยาให้ (ร้อยละ 44.3) ซึ่งใกล้เคียงกับที่ญาติต้องจ่ายเงินตัวเอง (ร้อยละ 43.4) ซึ่งจากการรวบรวมข้อมูลแสดงความคิดเห็นของญาติที่ต้องการให้โรงพยาบาลช่วยเหลือ มีถึงร้อยละ 37.2 ที่ต้องการให้โรงพยาบาลช่วยคำยา และช่วยให้การรักษาฟรีต่อไป แม้ว่าส่วนใหญ่แล้ว ญาติผู้ป่วยจิตเวช เขตจังหวัดนนทบุรีจะไม่มีปัญหาทางเศรษฐกิจมากนัก แต่ก็ยังต้องการได้รับการสงเคราะห์ด้านค่ารักษาพยาบาลจากโรงพยาบาล จากการศึกษาของภัทรา ภิรลภ (2529) ศึกษาผลของการให้สงเคราะห์ยาฟรีต่อการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทของโรงพยาบาลศรีธัญญา พบว่าการสงเคราะห์ยาฟรี มีความสัมพันธ์กับภาระของญาติในการดูแลผู้ป่วย แต่ไม่ได้ช่วยลดภาระของญาติ และยังพบว่าอัตราการป่วยซ้ำ และการอยู่ในชุมชนได้นาน ไม่มีความสัมพันธ์กับการได้รับสงเคราะห์ยาฟรี

การศึกษาที่ขัดแย้งกันในเรื่องของปัญหาเศรษฐกิจของครอบครัวนั้น พบได้ในการศึกษาของวิชณี หัตถพนม และคณะ (2529), สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และ กฤตยา แสงวงเจริญ (2535) ศึกษาไว้ที่จังหวัดขอนแก่นต่างก็พบว่า ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่มีอาชีพทางเกษตรกรรมเพียงอย่างเดียว และมีปัญหาทางเศรษฐกิจด้วยกันทั้งสิ้น แต่การศึกษาของสุรพล ชัยเสนะ (2535) และนางเยาว์ จุลชาติ (2535) ซึ่งศึกษาที่โรงพยาบาลศรีธัญญา พบว่า ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชมีรายได้พอมีพอใช้ และรายได้เหลือเก็บ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยในครั้งนี ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่แล้ว แม้จะมีอาชีพหลักเพียงอย่างเดียว แต่เมื่อสรุปคุณภาพรวมของสภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวแล้วพบว่า อยู่ในระดับปานกลาง จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า อาชีพหลักส่วนใหญ่คือ รับจ้าง (ร้อยละ 31.7) รองลงมาคือ ไม่ได้ทำงานอะไร (ร้อยละ 28.3) ซึ่งอาจจะวิเคราะห์ได้ว่า ในปัจจุบันนี้มีการขยายตัวทางอุตสาหกรรมมากขึ้น จังหวัดนนทบุรีซึ่งเป็นปริมณฑลของกรุงเทพมหานคร มีเขตติดต่อกับกรุงเทพมหานคร เป็นจุดเป้าหมายของการขยายเมือง มีการขยายที่นา ที่สวน ในบางเขตของจังหวัดนนทบุรีเพื่อการอุตสาหกรรมต่าง ๆ โรงงานอุตสาหกรรมก็มีมากขึ้น การประกอบอาชีพทางเกษตรกรรมค่อย ๆ ลดลง ส่วนอาชีพรับจ้างมีมากขึ้น เนื่องจากได้รายได้จากค่าแรงขั้นต่ำที่สูงกว่าในบางจังหวัด จึงพอจะสรุปได้ว่า

ปัญหาทางเศรษฐกิจของครอบครัวผู้ปวยจิตเวชนั้น แตกต่างกันตามลักษณะของพื้นที่

3. ความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ปวยจิตเวชที่บ้าน พบว่า ครอบครัวของผู้ปวยจิตเวช เขตจังหวัดนนทบุรี มีความพร้อมในการดูแลผู้ปวยที่บ้านอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 75.1) ซึ่งหากวิเคราะห์เป็นรายข้อแล้วพบว่า ส่วนใหญ่คิดว่าผู้ปวยสามารถอยู่ร่วมกับบุคคลในครอบครัวได้ (ร้อยละ 94.9) พร้อมทั้งจะรับภาระด้านเศรษฐกิจ (ร้อยละ 85.4) เต็มใจที่จะดูแลผู้ปวยที่บ้าน (ร้อยละ 95.4) และคิดว่าผู้ปวยยังเป็นคนที่มีความสำคัญหรือมีประโยชน์ต่อครอบครัว (ร้อยละ 89.1) มีเกินครึ่ง (ร้อยละ 63.1) ที่คิดว่าคนในครอบครัวมีเวลาพอที่จะดูแลผู้ปวยที่บ้านได้ แต่ที่น่าสังเกตอย่างหนึ่งจากการศึกษาพบว่า ญาติไม่เคยได้รับคำแนะนำด้านการดูแลผู้ปวยจิตเวชที่บ้านจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลมีมากเกินครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 57.1) ซึ่งเป็นสิ่งที่น่าคิดและเห็นควรมีการแก้ไขในเรื่องการให้คำแนะนำแก่ผู้ปวยและญาติก่อนกลับบ้านทุกราย เพื่อผลในการรักษาที่ต่อเนื่อง และเพื่อให้ญาติยอมรับและให้ความร่วมมือกับทางโรงพยาบาลในการดูแลรักษาผู้ปวยต่อไป ซึ่งอาจอภิปรายได้ว่า การให้คำแนะนำแก่ญาติและผู้ปวยก่อนกลับบ้านนั้น เป็นการให้คำแนะนำเฉพาะรายซึ่งมีลักษณะเหมือนเป็นการพูดคุยกับญาติธรรมดา ซึ่งเจ้าหน้าที่จะสอดแทรกคำแนะนำต่าง ๆ ไปด้วย ด้วยเหตุที่ไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน อาจทำให้ญาติเข้าใจว่ายังไม่ได้รับคำแนะนำใด ๆ จากเจ้าหน้าที่

ในด้านการดูแลผู้ปวยขณะอยู่ที่บ้าน อาจวิเคราะห์ในประเด็นที่สำคัญได้ดังนี้ เรื่องการรับประทานยา มีถึงร้อยละ 65.1 ที่ผู้ปวยหยิบยาเอง โดยที่ในจำนวนนี้ ร้อยละ 55.7 ญาติไม่ได้ตรวจสอบซ้ำว่าถูกต้องตรงตามแพทย์สั่งหรือไม่ ซึ่งอาจวิเคราะห์ได้ 2 ประการ คือ ประการแรก ผู้ปวยมีอาการทางจิตที่สงบ สามารถทำงานเลี้ยงชีพและครอบครัวได้ ญาติจึงไว้วางใจในการหยิบยารับประทานเอง ประการที่สอง อาจพบว่า ญาติไม่สนใจในเรื่องการดูแลผู้ปวยโดยเฉพาะเรื่องการรับประทานยา จึงปล่อยให้ผู้ปวยหยิบยาเอง ซึ่งในการดูแลผู้ปวยจิตเวชที่บ้านโดยที่ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลนั้น ญาติควรสนใจในการหยิบยาให้ผู้ปวยรับประทานตามแพทย์สั่ง หากผู้ปวยมีอาการทางจิตสงบ สามารถทำงานเลี้ยงชีพและครอบครัวได้ เมื่อให้ผู้ปวยหยิบยาเอง ญาติควรตรวจสอบซ้ำ

ว่าผู้ป่วยได้รับประทานยาตรงตามแพทย์สั่งทุกมื้อ นอกจากนั้น ยังพบว่า การดูแลผู้ป่วยขณะ
 อยู่บ้านนั้น ครอบครัวส่วนใหญ่ขาดความรู้และขาดการให้คำแนะนำ โดยเฉพาะในการ
 เตรียมตัวของญาติเพื่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน จึงพบว่า ผู้ป่วยเคย
 ขาดยา หรือมารับยาไม่ต่อเนื่อง (ร้อยละ 54.3) เนื่องจากคิดว่าหายแล้ว (ร้อยละ 40.0)
 ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของการป่วยซ้ำได้ จากการศึกษาของวัชนี หัตถพนม และคณะ (2529)
 พบว่า ส่วนใหญ่ทั้งผู้ป่วยและญาติเข้าใจว่าโรคจิตรักษาหายขาดได้ จึงมักขาดยา ทั้ง ๆ
 ที่ได้รับคำแนะนำให้มารับยาหลังจากยาหมด ห้ามขาดยา และให้รับประทานยาตรงตาม
 แพทย์สั่ง ซึ่งคล้ายกับการศึกษาของสุธีรา อุ่นตระกูล และมาลี แจ่มพงษ์ (2530) พบว่า
 ความรู้ความเข้าใจของญาติต่อการบริการการรักษาของโรงพยาบาล เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ
 การกลับมารักษาในโรงพยาบาลอีกครั้ง ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า การให้ความรู้แก่ญาติ
 และผู้ป่วย เป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งในการเตรียมความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย
 จิตเวชที่บ้าน

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป

ประชากรที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 63.4) มีอายุอยู่ในช่วง 40-
 59 ปี (ร้อยละ 40.0) มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นมารดา (ร้อยละ 23.4) มีอาชีพ
 หลักคือ รับจ้าง (ร้อยละ 31.7) และร้อยละ 92.8 ไม่ได้ทำงานอะไรที่เป็นอาชีพรอง

2. ลักษณะโครงสร้างของครอบครัว

พบว่า ร้อยละ 50.6 ที่ครอบครัวมีสมาชิกจำนวน 5-8 คน ซึ่งคิดเฉลี่ย 5 คน
 ต่อครอบครัว ในด้านลักษณะของครอบครัวนั้น ส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นครอบครัวขยาย
 (ร้อยละ 53.1) ซึ่งมีความห่วงใยรักใคร่กันดีภายในครอบครัว (ร้อยละ 78.0) และยัง
 พบว่า ผู้ที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ร้อยละ 35.7 คือมารดาของผู้ป่วย โดย

ไม่มีผู้ร่วมรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยด้วยเลย (ร้อยละ 50.0)

3. สภาพเศรษฐกิจของครอบครัว

ส่วนใหญ่มีสภาพเศรษฐกิจอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 85.2) เมื่อพิจารณาตัวแปรย่อย พบว่า ส่วนใหญ่ครอบครัวมีรายได้เฉลี่ยต่อปีมากกว่า 120,000.- บาท (ร้อยละ 37.7) คิดเฉลี่ย 96,000.- บาทต่อปี ด้านสัดส่วนรายจ่ายของผู้ป่วยในครัวเรือน พบว่าน้อยกว่าร้อยละ 25 (ร้อยละ 78.6) มีความพอเพียงของการใช้จ่ายในครอบครัว (ร้อยละ 42.0) ลักษณะที่อยู่อาศัย ก่อสร้างตัววัสดุที่ถาวร ปลูกบนที่ดินของตัวเอง (ร้อยละ 56.9) และพบว่าไม่มีผู้ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยด้านค่าใช้จ่ายเพียงคนเดียว (ร้อยละ 70.3)

4. ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

พบว่า ร้อยละ 75.1 ครอบครัวมีความพร้อมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาตัวแปรย่อย ด้านการเตรียมครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ส่วนใหญ่ญาติมาเยี่ยมผู้ป่วยไม่เกิน 2 สัปดาห์ต่อครั้ง (ร้อยละ 67.4) แต่ไม่เคยได้รับคำแนะนำด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล (ร้อยละ 57.1)

ในความคิดของญาติ คิดว่า ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับบุคคลในครอบครัวได้ (ร้อยละ 94.9) พร้อมทั้งจะรับภาระทางด้านเศรษฐกิจ (ร้อยละ 85.4) คิดว่าคนในครอบครัวมีเวลาพอที่จะดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ (ร้อยละ 63.1) เต็มใจที่จะดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (ร้อยละ 95.4) ครอบครัวยังมีความคิดว่า ผู้ป่วยยังเป็นบุคคลหนึ่งที่มีความสำคัญหรือมีประโยชน์ต่อครอบครัว (ร้อยละ 89.1) และทราบว่าผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการการรักษาอย่างต่อเนื่องกัน (ร้อยละ 75.4)

ส่วนใหญ่แล้ว ครอบครัวไม่เคยได้รับจดหมายติดต่อกับโรงพยาบาลแจ้งให้มารับผู้ป่วยกลับบ้าน (ร้อยละ 80.9) และมีญาติมารับผู้ป่วยกลับบ้านทุกครั้งเมื่อแพทย์อนุญาต (ร้อยละ 85.1) และยังพบว่า เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านแล้ว ไม่ทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความเครียดหรือเดือดร้อนมากขึ้นกว่าเดิม (ร้อยละ 72.9)

ในด้านการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา พบว่า ส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยหยิบยาเอง (ร้อยละ 65.1) โดยที่ญาติไม่ได้ตรวจสอบซ้ำว่าถูกต้องตรงตามแพทย์สั่ง (ร้อยละ 55.7) และยังพบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 54.3) ที่ผู้ป่วย เคยขาดยาหรือมารับยาไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากคิดว่าหายแล้ว (ร้อยละ 40.0)

ด้านการสังเกตอาการผิดปกติขณะผู้ป่วยรับประทานยาที่บ้าน พบว่า ส่วนใหญ่แล้วไม่มีอาการผิดปกติ (ร้อยละ 61.7) ส่วนที่สังเกตว่ามีอาการผิดปกติก็ไม่ทำอะไร เพราะผู้ป่วยพอจะอยู่บ้านได้ (ร้อยละ 56.0)

การดูแลให้ผู้ป่วยงดยาเสพติดหรือสารกระตุ้นประสาทอื่น ๆ พบว่า ได้ดูแลให้ผู้ป่วยงดยาเสพติด (ร้อยละ 79.1) ส่วนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยนั้น ญาติไม่ได้ดูแล (ร้อยละ 84.6) เนื่องจากผู้ป่วยทำได้เอง แต่ญาติก็ไม่ได้ตรวจสอบความเรียบร้อย (ร้อยละ 64.2) ด้านการมอบหมายให้ผู้ป่วยช่วยทำงานต่าง ๆ ภายในบ้าน พบว่า ได้มอบหมายให้ผู้ป่วยช่วยทำงาน (ร้อยละ 56.6) มีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในบ้าน (ร้อยละ 79.7) และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เข้าสังคมเช่นเดียวกับคนปกติทั่วไปด้วย (ร้อยละ 76.9)

การระบายความทุกข์ใจของผู้ป่วย พบว่า ส่วนใหญ่ ผู้ป่วยไม่เคยมีเรื่องทุกข์ใจมาระบายให้ญาติฟัง (ร้อยละ 66.9) แต่หากมีเรื่องทุกข์ใจ ญาติมักรับฟังและแนะนำให้ผู้ป่วยสบายใจ (ร้อยละ 73.3) ด้านการแสดงความคิดเห็นก็เช่นกัน พบว่า ส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยไม่เคยแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ในครอบครัว (ร้อยละ 63.4) แต่หากผู้ป่วยแสดงความคิดเห็น ส่วนใหญ่แล้วญาติรับฟังดี (ร้อยละ 86.0) ด้านความรู้สึกของญาติที่มีต่อผู้ป่วย พบว่า รู้สึกสงสาร (ร้อยละ 44.9) และไม่มีสมาชิกในครอบครัวแสดงท่าทางหรือคำพูดที่ดูถูก รังเกียจ หรือหวาดกลัวผู้ป่วย (ร้อยละ 81.7) และญาติไม่เคยทะเลาะกันเนื่องมาจากพฤติกรรมของผู้ป่วย (ร้อยละ 80.9)

5. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ พบว่า

5.1 จำนวนสมาชิกในครอบครัว และลักษณะของครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

5.2 ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน จำนวนสมาชิกที่ร่วมรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย และสถานะเศรษฐกิจของครอบครัว ซึ่งได้แก่ รายได้ ความพอเพียงของการใช้จ่ายในครอบครัว และลักษณะที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับระดับความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ข้อเสนอแนะ

1. ควรให้ความรู้และให้คำแนะนำแก่ญาติและครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชก่อนกลับบ้านทุกราย ถึงแนวทางการปฏิบัติตัวของญาติและผู้ป่วยขณะอยู่บ้าน โดยจัดทำในลักษณะของกลุ่มกิจกรรมที่มีรูปแบบที่ชัดเจน เพื่อให้ญาติมีความรู้ เกิดความมั่นใจ เต็มใจ และมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้

2. ควรมีการรณรงค์ให้ความรู้เรื่องโรคทางจิตเวช แนวทางการรักษาและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตทางสื่อมวลชนให้มาก เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนทั่วไปมีความเข้าใจ สอดรับ และเห็นใจผู้ป่วยจิตเวช ตลอดจนให้โอกาสแก่ผู้ป่วยที่เคยเจ็บป่วยทางจิตให้อยู่ร่วมในสังคมได้เช่นเดียวกับคนปกติทั่ว ๆ ไป

3. ควรจัดเป็นนโยบายในการติดตามการรักษา และส่งต่อผู้ป่วยเข้าระบบ (Referral System) มีการกำหนดขอบเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลจิตเวชอย่างชัดเจน โดยส่งต่อให้ผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนของตน ให้สถานบริการสาธารณสุขในชุมชนและบุคลากรหรืออาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนนั้น เป็นผู้ร่วมรับผิดชอบในการติดตาม เชื่อมบ้านให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ และร่วมกับครอบครัวดูแลรักษาผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่อง

4. ควรมีการผสมผสานงานสุขภาพจิตเข้ากับงานสาธารณสุขทุกสาขา เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขทุกคนตระหนัก เห็นความสำคัญ ช่วยกันหาทางป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิตแก่ประชาชน ตั้งแต่วัยเด็ก โดยเน้นที่สถาบันครอบครัวให้มาก เพื่อให้เด็กเติบโตขึ้นมาเป็นประชาชนที่สมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ เป็นบุคคลที่มีคุณภาพของประเทศชาติสืบไป

5. ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ เป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในเรื่องภาพรวมของลักษณะครอบครัว ที่สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการปรับปรุงงานสาธารณสุขด้านต่าง ๆ โดยเน้นความสำคัญที่สถาบันครอบครัวเป็นหลัก

6. ควรได้มีการศึกษาวิจัยถึงลักษณะโครงสร้าง และสภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ในเขตจังหวัดอื่น ๆ โดยศึกษาในโรงพยาบาลจิตเวชทุกแห่งทั่วประเทศ ศึกษาความเหมือน ความแตกต่าง และปัญหาที่พบ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานด้านลักษณะครอบครัวที่สำคัญของประเทศในการเสนอแนะการวางแผนนโยบายของรัฐที่ชัดเจน เพื่อให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยจิตเวชในโอกาสต่อไป

7. การวิจัยครั้งนี้ศึกษาเฉพาะญาติของผู้ป่วยจิตเวชที่มาขอรับบริการที่ตึกผู้ป่วยนอกเท่านั้น จึงควรมีการประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในการทำวิจัยเชิงสำรวจเพื่อศึกษาในลักษณะเช่นเดียวกันนี้ โดยการสัมภาษณ์ญาติของผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน เพื่อจะได้ข้อมูลที่ครอบคลุม ครบถ้วนมากยิ่งขึ้น