



ความสำคัญและที่มาของปัญหา

ในปี พ.ศ. 2521 ได้มีการเสนอกลวิธีการสาธารณสุขมูลฐาน ตามคำประกาศในการประชุมนานาชาติที่เมือง อัลมา อตา สหภาพโซเวียต กลวิธีนี้มีเป้าหมายให้ประชากรโลกทุกคนมีสุขภาพดีถ้วนหน้าเมื่อปี 2543 งานสุขภาพจิตได้นำกลวิธีสาธารณสุขมูลฐานมาทดลองใช้ โดยจัดทำเป็นโครงการผสมผสานงานสุขภาพจิตกับการสาธารณสุขมูลฐานครั้งแรกที่ อำเภอเชียงใน จังหวัดอุบลราชธานี เมื่อปี พ.ศ.2522 ซึ่งประสบความสำเร็จพอสมควร (อคม ลักษณะวิจารณ์ และสุจิต สุวรรณชื่น, 2532) ต่อมาได้พัฒนารูปแบบและขยายพื้นที่ปฏิบัติการเรื่อยมาจนกลายเป็นโครงการสุขภาพจิตชุมชนในปัจจุบัน และทางกระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายบรรจุงานสุขภาพจิตเข้าเป็นส่วนหนึ่งของงานสาธารณสุขมูลฐาน ตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ฉบับที่ 5 (2525-2529) โดยยึดหลักให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการด้านสุขภาพอนามัย ให้สามารถช่วยเหลือตนเอง ช่วยเหลือซึ่งกันและกันได้ตามหลักการโดยชุมชน เพื่อชุมชน และของชุมชน อันมีภาครัฐบาลคอยให้ความสนับสนุนทางด้านวิชาการ การนิเทศงาน และระบบส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้ผลการตรวจรักษามีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

แต่เดิมการรักษาผู้ป่วยจิตเวช เน้นการรักษาให้ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลนานที่สุด ผู้ป่วยที่มีอาการทุเลาพอจะกลับบ้านได้แล้วจะแยกออกไปจากผู้ป่วยที่มีอาการมาก โดยการให้ยา การทำจิตบำบัด เกษตรกรรมบำบัด และอุตสาหกรรมบำบัด (หนังสือครบรอบ 50 ปี โรงพยาบาลศรีธัญญา , 2534) ในปัจจุบันแนวความคิดนี้เปลี่ยนแปลงไป โรงพยาบาลจะรับตัวผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล เฉพาะรายที่มีอาการรุนแรงหรืออาการเด่นชัด (Active Psychosis) และให้การรักษาในระยะสั้นเท่านั้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้ปรับตัวเข้ากับสังคมเดิมของตนให้เร็วที่สุด (Lazare, A., ed., 1989) การที่ผู้ป่วย

อยู่โรงพยาบาลเป็นเวลานานเกินไปนั้น ไม่ก่อให้เกิดผลดีกับผู้ป่วย แต่อาจเป็นผลเสียต่อการปรับตัวในด้านการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นในสังคมมากยิ่งขึ้น จึงทำให้มีการกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้มีแนวโน้มในการจำหน่ายให้ผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนให้เร็วขึ้น (Ministry of Public Health, 1990) เมื่อเป็นเช่นนั้น ครอบครัวจึงมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยอย่างมาก ในปัจจุบันโครงสร้างของครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงจากลักษณะครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น มีผลให้บทบาทและความสัมพันธ์ของระบบเครือญาติลดความเข้มข้นลง (อุดม ลักษณะวิจารณ์, 2534) ซึ่งอาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย ประกอบกับในปัจจุบันนโยบายการรับและจำหน่ายผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป ผู้ป่วยจิตเวชจำนวนมากไม่จำเป็นต้องรับตัวไว้รักษาในโรงพยาบาล การรับผู้ป่วยเน้นเฉพาะรายฉุกเฉินและรีบด่วนเท่านั้น และจะใช้เวลารักษาอยู่ในโรงพยาบาลช่วงระยะสั้น ๆ (สุพล รุจิรนิพนธ์, 2534) จากนั้นจะจำหน่ายผู้ป่วยให้รับยากลับไปเพื่อรักษาต่อในชุมชนเดิมของตน ครอบครัวจึงต้องเข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อให้ได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง แต่การรักษาผู้ป่วยจิตเวชนั้นจำเป็นต้องใช้ระยะเวลาการรักษาค่อนข้างนาน ค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยอยู่ที่เพิ่มขึ้นตามระยะเวลาการรักษา ครอบครัวต้องรับภาระเรื่องค่ายาของผู้ป่วย ราคายาของครอบครัวก็เพิ่มขึ้น ปัญหาทางเศรษฐกิจของครอบครัวจึงเป็นสิ่งที่ควรคำนึงถึง เช่นเดียวกับลักษณะโครงสร้างของครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไป สมาชิกในครอบครัวมีบทบาทในการทำงานหาเลี้ยงชีพ ไม่มีคนดูแลผู้ป่วยขณะอยู่บ้าน จากปัญหาดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยต้องการทราบว่า ปัญหาที่ครอบครัวมักอ้างเสมอ ๆ ว่าไม่มีเงินซื้อยาและไม่มีคนดูแลผู้ป่วยขณะอยู่บ้านนั้นเป็นจริงหรือไม่ จากการศึกษาผลการวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง พบว่ายังไม่มีผู้ใดทำการศึกษาถึงปัญหาของครอบครัวในด้านเศรษฐกิจและลักษณะโครงสร้างของครอบครัวอย่างจริงจังเลย

ในฐานะที่ผู้วิจัยทำงานอยู่ในโรงพยาบาลจิตเวช ซึ่งเป็นโรงพยาบาลจิตเวชแห่งเดียวในจังหวัดนนทบุรี มีขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของประชาชนในเขตจังหวัดนนทบุรีโดยตรง ผู้วิจัยจึงต้องการทำการศึกษาลักษณะโครงสร้างและสภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน เขตจังหวัดนนทบุรี เพื่อนำผลการวิจัยมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการติดตามเยี่ยมบ้าน

ให้คำแนะนำหรือให้การช่วยเหลือเฉพาะรายในลำดับต่อไป นอกจากนี้ผลการวิจัยจะเป็น ข้อมูลพื้นฐาน สำหรับเสนอแนะแนวทางให้รัฐบาล มองเห็นปัญหาและนำมากำหนดนโยบายที่ ชัดเจนในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวช โดยให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมรับผิดชอบ ในการดูแลผู้ป่วยด้วย ถือเป็นการทำงานผสมผสานงานสุขภาพจิตกับการสาธารณสุขมูลฐาน ที่ครบวงจร เพื่อเป้าหมายสูงสุดให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัวและสังคมของ ตนเองได้ตามอัธยาศัยและไม่เป็นภาระแก่ผู้อื่นอีกต่อไป

คำถามการวิจัย

ลักษณะโครงสร้าง และเศรษฐกิจของครอบครัวเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการ ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน เขตจังหวัดนนทบุรี หรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อศึกษาลักษณะโครงสร้าง และเศรษฐกิจของครอบครัว ที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน เขตจังหวัดนนทบุรี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาลักษณะโครงสร้างของครอบครัวในด้าน
 - จำนวนสมาชิกในครอบครัว
 - ลักษณะของครอบครัว
 - ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว
 - ผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย
 - จำนวนสมาชิกที่ร่วมรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย
2. เพื่อศึกษาระดับสภาวะทางเศรษฐกิจของครอบครัว โดยพิจารณาจาก
 - รายได้ของครอบครัว

- สัดส่วนค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยต่อรายจ่ายทั้งหมดของครอบครัว
 - ความพอเพียงของการใช้จ่ายในครอบครัว
 - ลักษณะของที่อยู่อาศัย
 - จำนวนผู้ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยด้านค่าใช้จ่าย
3. เพื่อศึกษาระดับความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน
 4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะโครงสร้างของครอบครัว กับระดับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน
 5. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว กับระดับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

ข้อตกลงเบื้องต้น

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยถือว่าการตอบแบบสัมภาษณ์ของกลุ่มประชากรตัวอย่างตอบตามความจริง

ข้อจำกัดและอุปสรรคของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยไม่ได้สัมภาษณ์และเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วยที่บ้าน แต่ศึกษากลุ่มตัวอย่างจากญาติผู้ป่วยจิตเวช เขตจังหวัดนนทบุรี ที่นำผู้ป่วยมารับบริการที่ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญาเท่านั้น เนื่องจากมีข้อจำกัด 2 ประการดังนี้

1. การจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนของผู้ป่วยเขตจังหวัดนนทบุรี ไม่มีแยกออกจากผู้ป่วยเขตอื่น ๆ อย่างชัดเจน ทำให้ไม่ทราบจำนวนผู้ป่วยเขตจังหวัดนนทบุรีที่แน่นอน
2. ผู้ป่วยบางส่วนมีการโยกย้ายถิ่นที่อยู่ ที่อยู่ที่แจ้งไว้กับโรงพยาบาลไม่ชัดเจน บางรายติดตามเยี่ยมบ้านแล้วไม่พบ มีการสูญหายหรืออาจเสียชีวิต ทำให้ไม่สามารถติดตามเก็บรวบรวมข้อมูลที่บ้านได้

ด้วยข้อจำกัดดังกล่าว อาจทำให้ได้ข้อมูลด้านความพร้อมที่ต้องการศึกษาขาดความสมบูรณ์ของข้อมูลไป ซึ่งผู้วิจัยไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ จึงได้แก้ไขโดยการเพิ่มจำนวนประชากรตัวอย่างในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้มากขึ้น จากขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้อีก 20%



ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัยครั้งนี้คือ ทราบความพร้อมของครอบครัวอย่างแน่ชัดในเรื่องลักษณะโครงสร้าง และสภาวะเศรษฐกิจ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ซึ่งนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับวางแผนติดตามเยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำและให้การช่วยเหลือเฉพาะราย นอกจากนี้ยังคาดว่าผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับเสนอแนะในการวางนโยบายของรัฐที่ชัดเจน เพื่อให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยจิตเวชในโอกาสต่อไป โดยครอบครัวเห็นความสำคัญและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยด้วย

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้แบ่งตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ออกเป็น

1. ตัวแปรอิสระ ได้แก่ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ลักษณะของครอบครัว ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย จำนวนสมาชิกที่ร่วมรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย รายได้ของครอบครัว สัดส่วนค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยต่อรายจ่ายทั้งหมดของครอบครัว ความพอเพียงของการใช้จ่ายในครอบครัว ลักษณะของที่อยู่อาศัย และจำนวนผู้ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยด้านค่าใช้จ่าย
2. ตัวแปรตาม ได้แก่ ระดับความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

คำนิยามเชิงปฏิบัติการ

1. ผู้ป่วยจิตเวช หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตชนิดต่าง ๆ ฮิตหลักการจำแนกความผิดปกติทางจิตตาม ICD.9 (International Classification of Diseases) ซึ่งผู้ป่วยโรคจิตทุกชนิดที่ได้รับการรักษาในระยะเฉียบพลันแล้ว เมื่ออาการทางจิตทุเลาลง จะสามารถกลับไปใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวโดยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากญาติที่บ้าน

2. ลักษณะโครงสร้างของครอบครัว หมายถึง ขนาดและคุณลักษณะของครอบครัว ได้แก่

จำนวนสมาชิกในครอบครัว หมายถึง จำนวนคนที่อาศัยอยู่รวมกันในพื้นที่บ้านเดียวกัน ทั้งที่เกี่ยวข้องทางสายโลหิตหรือไม่ก็ได้

ลักษณะของครอบครัว หมายถึง ประเภทของครอบครัวที่แบ่งตามลักษณะโครงสร้างของครอบครัว คือ ครอบครัวเดี่ยว ครอบครัวขยาย และครอบครัวหลายคู่สมรส
ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว

ผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย หมายถึง ผู้ที่เป็นหลักในการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ต่อเนื่องและปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือกิจกรรมอื่น ๆ ภายในบ้าน

จำนวนสมาชิกที่ร่วมรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย หมายถึง จำนวนสมาชิกของครอบครัวที่มีส่วนร่วมและช่วยดูแลผู้ป่วยบ้างเป็นบางเวลา

3. สภาวะทางเศรษฐกิจของครอบครัว หมายถึง การกำหนดสถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวออกเป็น 3 กลุ่ม คือ สูง ปานกลาง และต่ำ โดยนิยามกำหนดเกณฑ์จากตัวแปรดังนี้

3.1 รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อปี

3.2 สัดส่วนค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยต่อรายจ่ายทั้งหมดของ

ครอบครัว

- 3.3 ความพอเพียงของการใช้จ่ายในครอบครัว
- 3.4 ลักษณะของที่อยู่อาศัย
- 3.5 จำนวนผู้ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยด้านค่าใช้จ่าย

4. ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน หมายถึง การกำหนดการเตรียมพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านออกเป็น 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อย โดยนิยามกำหนดเกณฑ์ จากข้อแนะนำสำหรับญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านที่โรงพยาบาลจัดทำได้ แบ่งเป็น 2 ด้าน

4.1 ด้านการเตรียมครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ในเรื่อง

4.1.1 ความสนใจของญาติในการมาเยี่ยมผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาล และมารับกลับบ้านเมื่อแพทย์อนุญาต

4.1.2 ความพร้อมในด้านเศรษฐกิจ ผู้ดูแล ความเต็มใจและความพร้อมของครอบครัวที่จะดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

4.1.3 ทักษะติดต่อผู้ป่วย เมื่อต้องดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

4.1.4 ความรู้ในด้านการปฏิบัติตัวของญาติและผู้ป่วยขณะอยู่บ้าน

4.2 ด้านการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่บ้าน ในเรื่อง

4.2.1 การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

4.2.2 การดูแลให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันหรือเข้าสังคม

เช่นเดียวกับคนปกติ

4.2.3 การดูแลให้ผู้ป่วยช่วยเหลือกิจกรรมต่าง ๆ ภายในบ้าน

4.2.4 การดูแลให้ผู้ป่วยงดสิ่งเสียดิตทุกชนิด

4.2.5 การสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วยขณะอยู่บ้านและแนวทาง

ปฏิบัติ

4.2.6 การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าหรือระบายความทุกข์ใจ พร้อมทั้งรับฟังด้วยความตั้งใจ

4.2.7 การปฏิบัติตัวของญาติและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

กรอบแนวความคิดในการวิจัย

