

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ศึกษาหนังสือ เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะนำเสนอตามลำดับหัวข้อต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง
2. การดูแลสุขภาพตนเองในระดับครอบครัว
3. แนวคิดเกี่ยวกับความพร้อม
4. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง (Concept of Self Care)

การดูแลตนเอง สตีเจอร์ และ ลิปสัน (Steiger & Lipson, 1985) อ้างถึงใน กฤษฎา แสงวดี (2534) ให้แนวความคิดไว้ว่า เป็นเรื่องที่มีมนุษย์เรียนรู้ที่จะปรับตัวและดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

โอเร็ม (Orem, 1985) เสนอแนวความคิดว่า การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่จริงจังและมีเป้าหมาย เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเอง เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิการของตนเอง การดูแลตนเองเป็นเรื่องของธรรมชาติ และเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมของชนแต่ละกลุ่ม โดยมีเป้าหมายของการดูแลสุขภาพตนเองคือ

1. เป็นไปเพื่อประคับประคองกระบวนการชีวิต (Life Process) และสนับสนุนการดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข
2. เพื่อผดุงไว้ซึ่งการเจริญเติบโต พัฒนาการ และวุฒิภาวะที่เหมาะสม

3. เพื่อป้องกัน ควบคุม บำบัดรักษาโรคภัยไข้เจ็บ และภัยอันตรายต่าง ๆ
4. เพื่อป้องกันหรือปรับตัวให้สอดคล้องกับความบกพร่องของสมรรถภาพบุคคล

องค์การอนามัยโลกได้จัดให้มีการประชุมปรึกษาหารือของคณะกรรมการ เพื่อการสนับสนุนให้มีการดูแลสุขภาพด้วยตนเองในระดับครอบครัว (A Consultative Meeting on the Strengthening of Self Care at Home) ณ กรุงนิวเดลี อินเดีย เมื่อปี พ.ศ. 2533 ซึ่งจากการประชุมในครั้งนั้น องค์การอนามัยโลกได้ให้คำนิยามไว้ว่า "การดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อนบ้าน กลุ่มผู้ร่วมงานและชุมชน โดยรวมความถึงการตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพซึ่งครอบคลุมทั้งการรักษาสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาโรค (รวมทั้งการใช้ยา) และการปฏิบัติตนหลังรับบริการ"

โดยยึดตามคำนิยามที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ สมทรง รักเผ่า (2534) ได้ให้ความหมายของการดูแลสุขภาพด้วยตนเองว่า หมายถึง การดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพในเชิงบวกด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว และชุมชน รวมถึงการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสุขภาพให้กลับสู่ภาวะที่จะอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ภายหลังจากการเจ็บป่วย หรือเมื่อมีความพิการเกิดขึ้นโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเอง"

### การดูแลสภาพตนเองในระดับครอบครัว (Self Care at Home)

ครอบครัวเป็นหน่วยที่เล็กที่สุดของสังคม เป็นสถาบันมูลฐานซึ่งทำหน้าที่วางรากฐานให้แก่สถาบันอื่น ๆ ในสังคม สมาคมศหเศรษฐศาสตร์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชินูปถัมภ์ (2524) ได้ให้ความหมายของคำว่า "ครอบครัว" ไว้ว่า

ครอบครัว ในแง่สังคม หมายถึง กลุ่มคนที่รวมอยู่ในบ้านเดียวกัน อาจเกี่ยวหรือไม่เกี่ยวพันทางสายโลหิตหรือทางกฎหมาย แต่มีปฏิภริยาสัมพันธ์กัน ให้ความรักและเอาใจใส่ต่อกัน มีความปรารถนาดีต่อกัน ความสัมพันธ์นี้อาจจะแน่นแฟ้นมั่นคง ลั่นคลอนหรือร้าวราน แต่ยังไม่ถึงแตกแยก ก็ยังนับเป็นครอบครัว

ครอบครัว ในแง่เศรษฐกิจ หมายถึง คนที่ใช้จ่ำร่วมกัน จากเงินงบเดียวกัน ส่วนที่ทำการสมรสแล้วแยกบ้านไปอยู่ต่างหาก แต่มีพันธะทางศีลธรรมที่จะเลี้ยงน่อง คือต้องส่งเสียให้เงินน่องเล่าเรียน เช่นนั้นบวใช้จ่ำรจากงบเดียวกันและเป็นครอบครัวเดียวกัน

อุบล เสถียรปภิรณกรณ์ (2528) กล่าวว่า ครอบครัวหมายถึง บุคคลที่มารวมกันโดยการสมรส โดยทางสายโลหิต หรือโดยการรับเลี้ยงคูกี้ได้ และมีปฏิภริยาโต้ตอบซึ่งกันและกัน ในฐานะที่เป็นสามีและภรรยา พ่อ แม่กับลูก และญาติอื่น ๆ ตามแบบวัฒนธรรมเดิมและอาจจะมีการสร้างสรรค์วัฒนธรรมใหม่เกิดขึ้น

เบอร์เกส และ ล็อค (Burgess and Locke) อ้างถึงใน สุนัตรา สุภาพ (2519) อธิบายความหมายของครอบครัวว่า ประกอบด้วยลักษณะสำคัญ 4 ประการ คือ

1. ครอบครัวประกอบด้วยบุคคลที่มารวมกันโดยการสมรส หรือความผูกพันทางสายโลหิต รวมถึงการมีบุตรบุญธรรม
2. สมาชิกของครอบครัวเหล่านี้ อยู่ร่วมกันภายในครอบครัวเดียวหรือบางครั้งก็แยกกันไปอยู่ต่างหาก

3. ครอบครัวเป็นหน่วยของการติดต่อโต้ตอบระหว่างบุคคล เช่น สามี ภรรยา พ่อแม่ พี่น้อง โดยสังคมแต่ละแห่งจะกำหนดบทบาทของแต่ละครอบครัวไว้ และมีปฏิริยาเป็นเชิงสัมพันธ์ต่อกัน เช่น รักกัน เอาใจใส่กัน สั่งสอนกัน จิตใจผูกพันกัน

4. ครอบครัวถ่ายทอดรักษาวัฒนธรรม สมาชิกจะถ่ายทอดและรับแบบของความประพฤติกในการปฏิบัติต่อกัน เช่น ระหว่างสามี ภรรยา และลูก เมื่อผสมผสานกับวัฒนธรรมที่นอกเหนือไปจากครอบครัว ก็จะได้แบบของความประพฤติกที่สมาชิกปฏิบัติต่อกัน และต่อผู้อื่น

การแบ่งประเภทของครอบครัว ได้มีผู้แบ่งไว้ในหลายลักษณะ หากแบ่งตามลักษณะโครงสร้างของครอบครัวแล้ว อูบล เสถียรปัทมกรณ (2528) แบ่งไว้เป็น 3 ประเภท คือ

1. ครอบครัวเดี่ยว (Nuclear Family) เป็นครอบครัวที่ประกอบด้วยสามี ภรรยา และลูก มีขนาดเล็กโดยสภาพสังคมและเศรษฐกิจ
2. ครอบครัวขยาย (Extended Family) เป็นครอบครัวที่ประกอบด้วยครอบครัวเดี่ยวและญาติพี่น้อง (ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา ฯลฯ) อาจจะอยู่ภายใต้หลังคาเดียวกัน หรือแยกบ้านเดียวกันก็ได้ เป็นครอบครัวขนาดใหญ่มาก
3. ครอบครัวแบบหลายคู่สมรส (Polygamous Family) เป็นครอบครัวที่ประกอบด้วยสามีหนึ่งและหลายภรรยา จึงประกอบด้วยครอบครัวเดี่ยวหลายครอบครัวตามจำนวนภรรยา เช่น สังคมจีน อิสลาม เป็นต้น

ครอบครัวถือเป็นแหล่งกำเนิดและเป็นแหล่งหล่อเลี้ยงการมีและดำรงไว้ซึ่งคนที่มีคุณภาพต่อสังคม เป็นระบบที่มีความสมบูรณ์ในตัวเองที่จะจัดการด้านสุขภาพ ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ตามลำดับ ครอบครัวมีความสำคัญในการดูแลสุขภาพตนเอง ด้วยเหตุผลดังต่อไปนี้

1. ครอบครัวเป็นหน่วยของธรรมชาติ และหน่วยพื้นฐานของสังคมที่แข็งแกร่งและเหนียวแน่น เป็นสถาบันที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับบุคคลส่วนใหญ่
2. ครอบครัวปฏิบัติการเป็นผู้ดูแลพื้นฐานทางด้านสุขภาพ

3. ปัญหาสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวมีผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่น ๆ ของครอบครัว ครอบครัวจะต้องปรับบทบาทต่อสภาวะการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวนั้น

4. ครอบครัวเป็นศูนย์รวมของการตัดสินใจ และการกระทำต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง

นิมวัลย์ ปรีทาสวัสดิ์ และคณะ (2530) กล่าวว่า ครอบครัวมีหน้าที่เกี่ยวกับสุขภาพดังนี้

1. ดูแลสุขภาพและความเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ ได้อย่างอิสระ ตลอดจนสามารถให้การดูแลผู้ป่วยในระยะหนักนั้น ภาสได้การควบคุมของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขได้

2. ส่งเสริมสุขภาพสมาชิกในครอบครัวทุกคน และช่วยแบ่งเบาภาระงานของสมาชิกที่ป่วย

3. ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ง่าย ๆ ในการวินิจฉัยโรค และทำการรักษาเบื้องต้น เช่น การใช้ยา วัคซีน วัคซีนความดันโลหิต ใช้แก้อีเอ็ม ปูเตียง เป็นต้น

4. แสวงหาความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพแก่สมาชิก

5. มีอำนาจในการเลือกตัดสินใจว่าควรจะให้การดูแลในรูปใดที่จะไม่เป็นอันตรายแก่สมาชิกในครอบครัว ตลอดจนเป็นผู้กำหนดวิธีการและการปฏิบัติการดูแลที่เหมาะสมถูกต้องแก่สมาชิกที่เจ็บป่วย

รุจา ภูไพบูลย์ (2534) ได้เสนอโมเดลหลักด้านการศึกษาของครอบครัวตามทฤษฎีของโอเร็มไว้ดังนี้

1. การดูแลตนเองของครอบครัว (Family Self-Care) หมายถึงการปฏิบัติในกิจกรรมที่สมาชิกในครอบครัวริเริ่ม และกระทำอย่างจริงจังเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตนเองและของสมาชิกอื่น ๆ ในครอบครัว

2. ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของครอบครัว (Family Therapeutic Self-Care Demand) หมายถึงลักษณะกิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดที่สมาชิกในครอบครัวควรกระทำในระยะเวลาใดเวลาหนึ่งเพื่อให้สมาชิกได้รับการตอบสนอง

ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยใช้วิธีการที่ถูกต้อง

3. ความสามารถในการดูแลตนเองของครอบครัว (Family Self-Care Agency) หมายถึง ศักยภาพและความแข็งแกร่งของครอบครัวที่จะทำให้ครอบครัวสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองและสมาชิกในครอบครัวได้

4. ปัจจัยพื้นฐาน (Basic Conditioning Factors) หมายถึง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อครอบครัวและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งมีอิทธิพลต่อความสามารถของสมาชิกที่จะทำกิจกรรมการดูแลตนเอง ดูแลสมาชิก และความต้องการดูแลตนเองทั้งหมดของครอบครัว ซึ่งได้แก่ ข้อมูลทั่วไป พัฒนาการ ภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย ระบบบริการทางสุขภาพที่ครอบครัวใช้บริการ สถานทางเศรษฐกิจสังคมและวัฒนธรรม แบบแผนการดำเนินชีวิต สภาพความเป็นอยู่และสิ่งแวดล้อม แหล่งความช่วยเหลือ การเผชิญกับปัญหา และประสบการณ์ในชีวิตของครอบครัวที่ผ่านมา

5. ความบกพร่องในการดูแลตนเองของครอบครัว (Family Self-Care Deficit) เกิดขึ้น เมื่อความสามารถในการดูแลตนเองของครอบครัวมีน้อยหรือไม่เพียงพอที่จะสนองตอบต่อความต้องการดูแลตนเองทั้งหมดได้ ซึ่งเป็นผลกระทบจากองค์ประกอบภายในและภายนอกครอบครัว ที่ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองถูกจำกัด

6. ระบบการพยาบาลครอบครัว เป็นระบบการให้การดูแลครอบครัวที่ช่วยเสริมความสามารถของครอบครัวในการสนองตอบความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของครอบครัว และสมาชิกแต่ละคนได้อย่างเหมาะสม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### แนวคิดเกี่ยวกับความพร้อม (Concept of Readiness)

พจนานุกรมภาษาอังกฤษของ แซตเชอร์และคณะ (Thatcher, et al, 1970) และ แมคเคชิน (McKechine, 1966) ได้ให้ความหมายของความพร้อม (Readiness) ไว้คล้ายคลึงกัน สรุปได้ว่า ความพร้อมเป็นสภาพหรือลักษณะที่เกิดจากการเตรียมการ มีความกระตือรือร้น มีความตั้งใจ และพอใจ ในการทำพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อให้กิจกรรมที่ทำนั้นประสบผลสำเร็จตามที่ต้องการ

เคโซ สวานนท์ (2512) ได้ให้ความหมายของความพร้อมว่า หมายถึง สภาพการเตรียมตัว เพื่อการตอบสนองหรือการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งก็สอดคล้องกับ พรรณี ชูชัย (2522) ที่ให้ความหมายของความพร้อมว่า เป็นสภาวะของบุคคลที่จะเรียนรู้ สิ่งใดสิ่งหนึ่งอย่างบังเกิดผล ขึ้นกับบุคลิกภาพ การได้รับการฝึกฝน การเตรียมตัว มีความสนใจและมีแรงจูงใจในการทำกิจกรรมนั้น ๆ

สรุปได้ว่า ความพร้อม เป็นสภาพที่ต้องมีการเตรียมการ ในการปฏิบัติ กิจกรรมต่าง ๆ ให้สามารถสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี โดยมีความตั้งใจและพึงพอใจที่จะทำ กิจกรรมนั้น ๆ ด้วย

### แนวคิดในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

ในประเทศไทยแคนาดา ได้มีการเปลี่ยนแปลงแนวการรักษาผู้ที่เจ็บป่วยทางจิต มาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1963 โดยมีแนวคิดในการดำเนินการดังนี้

1. โรงพยาบาลจิตเวชระดับจังหวัดจะรับผู้ป่วยเฉพาะรายที่มีอาการรุนแรง เท่านั้น ซึ่งถือเป็นการให้บริการขั้นที่ 3 (Tertiary Care)
2. เพิ่มและยกระดับการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชแก่หน่วยจิตเวชที่อยู่ใน โรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งอยู่ในชุมชน โดยการผสมผสานงานเข้ากับการให้บริการทางการแพทย์อื่น ๆ

3. ให้ชุมชนมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการบริการทางจิตเวช (Community Support Service)
4. ให้มีการดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuity of Care)
5. ให้มีการเฝ้าระวังโรค และป้องกันความพิการที่อาจเกิดขึ้นจากอาการทางจิตรุนแรง
6. ให้ความสำคัญกับครอบครัวและสมาชิกในครอบครัว ซึ่งมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ซึ่งผลการเปลี่ยนแปลงในครั้งนี้ วาซิลเลนกี ดี และคณะ (Wasylenki D., et al, 1992) กล่าวว่า มีผลกระทบต่อจำนวนเตียงของโรงพยาบาลจิตเวช โดยพบว่า ตั้งแต่ปี 1960-1976 จำนวนเตียงในโรงพยาบาลจิตเวชระดับจังหวัดลดลงจาก 47,633 เตียง เหลือเพียง 15,011 เตียง ในขณะที่จำนวนเตียงในหน่วยจิตเวชของโรงพยาบาลทั่วไปในชุมชนเพิ่มขึ้นจาก 844 เตียง เป็น 5,836 เตียง ในประเทศอังกฤษ ก็มีการเปลี่ยนแปลงแนวคิดในเรื่องการรักษามือป่วยจิตเวชเป็นเช่นเดียวกัน สำหรับประเทศสหรัฐอเมริกา นั้นแตกต่างไป โดยที่จะจัดตั้งศูนย์สุขภาพจิตชุมชนขึ้น (Community Mental Health Center) เพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนแทนการอยู่รักษาในโรงพยาบาล (อ้างอิงใน Wasylenki D., et al, 1992)

องค์การอนามัยโลก เป็นอีกองค์การหนึ่งที่เห็นความสำคัญของงานด้านสุขภาพจิต ได้ส่งเสริมและสนับสนุนพัฒนาการให้บริการสาธารณสุขแบบเบ็ดเสร็จจึ้น (Comprehensive Health Care) โดยเห็นความสำคัญว่า ในการดูแลรักษามือป่วยนั้น ต้องดูแลคนทั้งคน (Holistic Approach) คือ ดูแลทั้งกาย จิตใจและสังคมควบคู่ไปด้วย

ในปี ค.ศ. 1975 โดยความร่วมมือขององค์การอนามัยโลก ได้มีการศึกษาแบบโครงการนำร่อง (WHO Collaborative Study on Strategies for Extending Mental Health Care) ทารูปแบบของงานให้บริการสุขภาพจิตที่เป็นไปได้และมีประสิทธิภาพมากที่สุดในประเทศที่กำลังพัฒนา 7 ประเทศ คือ โคลัมเบีย, อินเดีย,



ซีเนกาล, ซูดาน, ฟิลิปปินส์, อียิปต์ และ บราซิล ระยะเวลาในการศึกษา 5 ปี เป็นการศึกษาตามแนวนโยบายขององค์การอนามัยโลก ในการพัฒนาการมีส่วนร่วมในชุมชนของงานสาธารณสุขมูลฐาน ผลที่ได้จากการศึกษา ได้รูปแบบการดำเนินงานสุขภาพจิต โดยการจัดให้มีการผสมผสานเข้ากับระบบของงานสาธารณสุขที่มีอยู่แล้ว และให้ปฏิบัติงานโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขทั่วไป

ในปี ค.ศ. 1985 ได้จัดการประชุมผู้เชี่ยวชาญจากองค์การอนามัยโลก (WHO Collaborating Center for Research and Training in Mental Health) ที่เมืองโกรนิงเกิน ประเทศเนเธอร์แลนด์ ได้สรุปแนวความคิดไว้ว่า

1. ขอบเขตกิจกรรมงานสุขภาพจิต ควรผนวกเข้ากับงานบริการสุขภาพทั่ว ๆ ไป
2. งานสุขภาพจิตต้องเป็นบริการที่ไม่เพิ่มงานให้แก่เจ้าหน้าที่ แต่เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วย เนื่องจากให้การดูแลผู้ป่วยทั้งคน โดยคำนึงถึงปัญหาทางร่างกาย จิตใจและสังคมของผู้ป่วยด้วยในเวลาเดียวกัน
3. ภาวะความเจ็บป่วยทางจิตบางอย่าง ไม่จำเป็นต้องอาศัยการรักษาจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง

แต่จากการดำเนินงานดังกล่าว องค์การอนามัยโลกพบว่า การเน้นในเรื่องการรักษาและการวินิจฉัยตามแนวความคิดเดิม ไม่ทำให้จำนวนผู้ป่วยในโรงพยาบาลลดลงได้เลย การที่จะผสมผสานงานสุขภาพจิตเข้ากับงานสาธารณสุขมูลฐาน หรือผนวกเข้ากับงานบริการสุขภาพอื่น ๆ จึงมักไม่ได้ผล (World Health Organization, 1988) องค์การอนามัยโลกจึงได้ให้แนวความคิดในการดำเนินงานสุขภาพจิตใหม่ เพื่อให้งานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยเน้นในเรื่องปัจจัยทางจิตสังคม (Psychosocial Factors) จึงได้กำหนดแนวทางการดำเนินงานในด้านสุขภาพจิตชุมชนดังนี้

1. วางนโยบายด้านสุขภาพจิตระดับชาติ เช่น
  - 1.1 ในสถานบริการทุกระดับ ให้งานบริการด้านสุขภาพจิตผสมผสานเข้าไปในการให้บริการสุขภาพทั่ว ๆ ไปให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

1.2 ให้บริการแบบเบ็ดเสร็จในชุมชน โดยจัดตั้งศูนย์ให้บริการสุขภาพจิตในชุมชนโดยตรง ทำหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพจิตของประชาชนในชุมชน ซึ่งอาจไม่ต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง

1.3 ให้มีการฝึกอบรมทักษะที่จำเป็นด้านสุขภาพจิตและจิต-สังคม แก่บุคลากรทางสาธารณสุข

1.4 ควรมีการส่งเสริมทัศนคติของการมีสุขภาพดีตั้งแต่วัยเด็ก ป้องกันพฤติกรรมที่เบี่ยงเบน

1.5 ควรจัดเป็นนโยบายระดับชาติ ในการจัดการกับปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวเนื่องกับการคิด虑และสารเสพติด

1.6 ผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตใจ ควรได้รับการดูแลรักษา และให้ความช่วยเหลือเช่นเดียวกับผู้ป่วยทางกายต่าง ๆ

1.7 ผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิต ควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากชุมชนของตน โดยใช้ทรัพยากรที่มีในชุมชน

สำหรับในประเทศไทย แนวคิดในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนมีมาช้านานแล้ว จากแนวความคิดของศาสตราจารย์นายแพทย์ฝน แสงสิงแก้ว บิดาแห่งวิชาจิตเวชศาสตร์ไทยได้เสนอ "โครงการสุขภาพจิตซึ่งสามารถปฏิบัติได้ในประเทศไทย" แก่รัฐบาลตั้งแต่ปี 2510 โดยมีแนวคิดที่พอจะสรุปได้ ดังนี้

1. จัดตั้งศูนย์สุขภาพจิต (Mental Health Center) ทั้มีทั่วประเทศ หากยังจัดไม่ได้ ให้ผสมผสานเข้ากับสถานอนามัยชั้นหนึ่งและชั้นสอง
2. ฝึกอบรมพนักงานสุขภาพจิตและส่งออกไปทำงานในศูนย์/หน่วยสุขภาพจิตนั้น
3. จัดให้มีศูนย์สุขภาพจิตใหญ่ 1 แห่งในแต่ละภาค รับเป็นที่ปรึกษา และศูนย์การศึกษาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่าง ๆ
4. จัดให้มีกลุ่มชุมชน ประกอบด้วย ชาวบ้าน บิดามารดา ครูอาจารย์และผู้นำท้องถิ่น ช่วยกันแก้ปัญหาสุขภาพจิตเสื่อมในชุมชน
5. ให้ชุมชนช่วยจัดให้ผู้ป่วยจิตเวชได้อาศัยอยู่กับครอบครัว โดยสมาชิกในครอบครัวจัดที่อยู่อาศัย และจัดหางานในท้องถิ่นให้ทำ

ซึ่งผลที่คาดว่าจะได้รับ คือ

1. ลดจำนวนเตียงในโรงพยาบาลจิตเวช
2. เพิ่มบริการที่ดีในครอบครัวและชุมชน
3. ศูนย์สุขภาพจิตชุมชนจะกรองงานและทำงานในชุมชนได้ดี คือ
  - 3.1 คัดกรองโรคจิตเวชเฉียบพลัน (Acute Psychosis) ให้

โรงพยาบาลจิตเวช

- 3.2 คัดกรองและดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง (Chronic Psychosis)

ในชุมชน

- 3.3 ดูแลปัญหาเรื่องฮาเสตติคในชุมชนและอื่น ๆ
- 3.4 ดูแลปัญหาเรื่องติดเหล้า
- 3.5 ดูแลปัญหาเรื่องผู้สูงอายุ
- 3.6 ดูแลและแก้ปัญหาเรื่องเด็กที่มีปัญหาต่าง ๆ

แนวคิดดังกล่าวไม่สามารถดำเนินการได้ เนื่องจากในขณะนั้น นโยบายของรัฐบาลในเรื่องสาธารณสุข เน้นการกระจายสถานบริการให้ครอบคลุมทั่วประเทศ ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2510-2514) แต่กระนั้น งานสุขภาพจิตในประเทศไทยก็ได้ดำเนินการโดยยึดแนวทางขององค์การอนามัยโลกดังนี้

1. ผสมผสานงานสุขภาพจิตเข้ากับงานสาธารณสุขมูลฐาน ได้มีการทดลองดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ.2522 เพื่อศึกษารูปแบบ จนกระทั่งในปี พ.ศ.2525 เมื่อเริ่มเข้าสู่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 5 ได้บรรจุงานสุขภาพจิตให้เป็นองค์ประกอบหนึ่งของงานสาธารณสุขมูลฐาน จึงได้เริ่มดำเนินการเรื่อยมาจนถึงปัจจุบัน

2. จัดรูปแบบการดำเนินงานอีกรูปแบบหนึ่ง โดยการจัดตั้งฝ้ายจิตเวชขึ้นในโรงพยาบาลทั่วไปบางแห่ง และโรงพยาบาลศูนย์ทุกแห่ง และจัดหลักสูตรอบรมแพทย์อาสาสมัครในวิชาจิตเวชศาสตร์ และกลับไปทำงานในฝ้ายจิตเวชที่สร้างขึ้น

3. จัดทำโครงการสำรวจความต้องการบริการงานสุขภาพจิต (Monitoring of Mental Health Need) ขึ้นที่จังหวัดขอนแก่น พบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการบริการงานสุขภาพจิตพอสมควร

4. จัดทำโครงการระบบรายงานรูปสามเหลี่ยม (Triaxial Record System) เน้นให้แพทย์เห็นความสำคัญของการดูแลรักษาผู้ป่วยทั้งคน ซึ่งประกอบด้วย กาย จิต และสังคม

5. ลดจำนวนเตียงของโรงพยาบาลจิตเวช และขยายเตียงในโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป

6. เน้นปัจจัยทางจิต-สังคม (Psychosocial Factors) ประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ ในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข โดยการ

6.1 จัดทำคู่มือปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

6.2 เน้นให้มีการให้คำปรึกษา (Counselling)

7. ในเรื่องของการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตนั้น จะเน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และจะให้ชุมชนเป็นที่รักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยแทนการอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน ๆ (Ministry of Public Health, 1990)

#### งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โฮลท์ เจ และคณะ (Hoult J., et al, 1983) ได้ศึกษาความเป็นไปได้ ในการให้การรักษามือป่วยจิตเวชในชุมชน ที่เมืองซิดนีย์ ออสเตรเลีย โดยการเปรียบเทียบ การรักษาแบบมาตรฐานในโรงพยาบาล (Standard Hospital Care and After Care) และการให้การรักษแบบบริการเบ็ดเสร็จในชุมชน (Comprehensive Community Treatment) พบว่า การให้การรักษแบบบริการเบ็ดเสร็จในชุมชน นอกจากจะสามารถลดจำนวนวันอยู่ในโรงพยาบาลได้แล้ว ยังพบว่า ครอบครัวมีพึงพอใจ ไม่ถือว่าเป็นการเพิ่มภาระให้แก่ชุมชน ทั้งยังได้รับความช่วยเหลือจากผู้ป่วยและญาติเป็นอย่างดี หากคิดด้านต้นทุน-ผลได้ (Cost-Benefit) พบว่า ต้นทุนต่ำกว่าการให้การ รักษาแบบมาตรฐานในโรงพยาบาล

เพลลิตีเออร์ แอล (Pelletier L., 1988) ได้ศึกษาผลของการจัดทำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน (Psychiatric Home Care Program) ที่ ลอสแอนเจลิส สหรัฐอเมริกา พบว่า

1. เป็นการเพิ่มความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว
2. เป็นการขยายงานการให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ (Comprehensive Care)
3. เป็นการขยายงานให้บริการโดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน
4. เป็นการให้ศึกษาแก่ครอบครัวและผู้ป่วย
5. เป็นการเตรียมชุมชนเพื่อเตรียมพร้อมในการรับผู้ป่วยจากโรงพยาบาล
6. เป็นการขยายงานการสอนและการศึกษาแก่นักศึกษาฝึกงาน

มีการศึกษาที่ประเทศอังกฤษ และสหรัฐอเมริกา พบว่า ผลของการให้การรักษาที่บ้าน (Home Treatment) ซึ่งรับผิดชอบโดยศูนย์สุขภาพจิตชุมชน มีต้นทุน-ประสิทธิผล (Cost-Effective) มากกว่าการให้การรักษาในโรงพยาบาล (Hospital Treatment) (อ้างถึงใน เคทส เอ็น และคณะ (Kates N., et al, 1991))

สำหรับการวิจัยในประเทศไทย ได้มีผู้ศึกษาเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ดังนี้

นิมน์ทอง เจริญเมือง (2514) สำรวจทัศนคติของญาติต่อผู้ป่วยจิตเภท พบว่า เกือบทั้งหมด คือ 96.65% ที่ญาติรู้สึกสงสารผู้ป่วย เป็นห่วงกลัวหนีออกจากโรงพยาบาล และส่วนใหญ่อยากกลับด้วยความเต็มใจ ซึ่งผลการวิจัยดังกล่าวมีความขัดแย้งกับ จารุวรรณ ค.สกุล (2524) ซึ่งได้ศึกษาปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทที่ต้องกลับมานอนโรงพยาบาลอีก พบว่า ญาติเห็นว่าผู้ป่วยเป็นภาระของครอบครัวถึง 78.79% และต้องการให้โรงพยาบาลรับตัวไว้รักษาต่อ และยังพบว่า ผู้ป่วยได้รับความเคารพยกย่อง นับถือจากญาติน้อยกว่าเดิมหรือไม่มีเลย ถึง 60% ซึ่งผลการวิจัยดังกล่าวมีความสอดคล้องกับ วัชณี หัตถพนม และคณะ (2529) ที่ศึกษาปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมา

รักษาเข้าในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น พบว่า ส่วนใหญ่ถึง 63.99% ที่ผู้ป่วยขาดยา เนื่องจากญาติเข้าใจว่าโรคจิตรักษาหายขาดได้ ทั้งที่ส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำให้มารับยาหลังจากหายหมด แต่ยังมีเชื่อถือว่า โรคจิตสามารถรักษาได้ด้วยความร่วมมือของครอบครัว ในด้านความคิดเห็นของครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วย พบว่า มีความลำบากใจและมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วย 78.67% คิดว่าผู้ป่วยเป็นปัญหาสำคัญของญาติมากถึง 84% และอยากให้ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลตลอดไป 42.67% ด้านปัญหาทางเศรษฐกิจ พบว่า มากกว่าครึ่ง (57.33%) มีปัญหาทางเศรษฐกิจ

ภัทรา ถิรลาภ (2529) ศึกษาผลของการให้ส่งเคราะห์สภาพพร้อมการรักษาผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลศรีธัญญา พบว่า การได้รับส่งเคราะห์สภาพพร้อมรักษาภาวะของญาติในการดูแลผู้ป่วย แต่ไม่ได้ช่วยลดภาระของญาติผู้ป่วย เช่นเดียวกับระยะเวลาที่ป่วยนานกับรายได้ของญาติ ก็ไม่มีผลต่อภาระของญาติในการดูแลผู้ป่วยเช่นเดียวกัน

สุธีรา อุ่นตระกูล และมาลี แจ่มพงษ์ (2532) ศึกษาอิทธิพลของครอบครัวที่มีผลต่อการกลับมารักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภท ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยา พบว่า สถานภาพทางสังคมของครอบครัวผู้ป่วย เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการกลับมารักษาในโรงพยาบาลอีกครั้งหนึ่ง ส่วนความรู้สึกกังวลของญาติที่มีต่อผู้ป่วย ระดับความอดทนของสมาชิกในครอบครัวต่อภาวะผิดปกติ และระดับความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วย ไม่มีผลต่อการกลับมาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีกครั้งหนึ่ง

นางเยาว์ จุลชาติ (2535) ศึกษาลักษณะบางประการของครอบครัวที่มีผลต่อการเจ็บป่วยทางจิต พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวไม่ดี รายได้เหลือเก็บน้อย มีหนี้สิน ระดับการศึกษาต่ำ ปฏิบัติตนด้านพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ และเมื่อเผชิญปัญหาจะมีการใช้พฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขอารมณ์มากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับครอบครัวปกติ

สรพล ไชยเสนะ (2535) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความก้าวหน้าในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของครอบครัว พบว่า โครงสร้างของครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย การปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทและความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกเป็นไปในทางดี รายได้พอมีพอใช้ มีความรู้สุขภาพจิตอยู่ในระดับสูง เจตคติต่อผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับปานกลาง การดูแลผู้ป่วยจิตเภทและแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และกฤตยา แสงเงาเจริญ (2535) ศึกษาความต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือ และการเตรียมตัวรับผู้ป่วยของญาติ เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้สึกต่อผู้ป่วยในลักษณะขัดแย้ง คือมีทั้งความรู้สึกด้านบวกและลบในเวลาเดียวกัน ญาติเชื่อว่าการมาเยี่ยมผู้ป่วยที่โรงพยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยหายเร็ว แต่ไม่สามารถมาเยี่ยมได้ เนื่องจากมีอุปสรรคทางด้านเศรษฐกิจ ญาติต้องการให้ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลจนกว่าจะหาย และมีอุปสรรคถ้าต้องมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (ร้อยละ 91.67) เช่น ไม่มีเวลา ไม่มีประสบการณ์ มีปัญหาทางเศรษฐกิจ เบื่อหน่าย ญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มีการวางแผนรับผู้ป่วยได้ถูกต้อง แต่ญาติยังรู้สึกว่ายังไม่พร้อมในการรับผู้ป่วย (ร้อยละ 42.59) และคาดว่า จะมีอุปสรรคถ้าต้องดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (ร้อยละ 99.07) ญาติต้องการให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลหรือสาธารณสุขติดตามเยี่ยมบ้าน ส่วนความต้องการช่วยเหลือส่วนใหญ่ต้องการได้รับความรู้โดยการสอน และให้เจ้าหน้าที่ให้ความรู้ต่อเพื่อนบ้านให้มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย