

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาภาวะซึมเศร้าของเด็กในสถานแรกรับเด็กหญิงบ้านธัญพร และความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของบุคลากรที่มีต่อการรักษาด้วยยาทางจิตเวชในเด็ก แบ่งการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

4.1 การวิจัยเชิงปริมาณ โดยนำเสนอเกี่ยวกับการศึกษาภาวะซึมเศร้าของเด็กในสถานแรกรับเด็กหญิงบ้านธัญพร

4.2 การวิจัยเชิงคุณภาพ โดยนำเสนอเกี่ยวกับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ของบุคลากรที่มีต่อการรักษาด้วยยาทางจิตเวชในเด็ก

การวิจัยเชิงปริมาณ

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาภาวะซึมเศร้าของเด็กในสถานแรกรับเด็กหญิงบ้านธัญพร จำนวน 97 คน ระยะเวลาในการ เก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 11 ตุลาคม ถึง วันที่ 26 ธันวาคม พ.ศ. 2551

ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ตารางประกอบการบรรยาย แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ความชุกของภาวะซึมเศร้า

ส่วนที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับภาวะซึมเศร้า

ตอนที่ 1

1.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 97 คน เป็นเพศหญิงทั้งหมด ร้อยละ 58.7 มีอายุอยู่ในช่วง 13-15 ปี ส่วนใหญ่กำลังศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 51.5 และรองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 33 มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 51.5 และ ร้อยละ 93.8 นับถือศาสนาพุทธ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 39.2 เป็นบุตรคนโต ประมาณ 4 ใน 5 ของกลุ่มตัวอย่างไม่มีโรคประจำตัว ซึ่งโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ โรคหอบหืด ร้อยละ 8. สำหรับระยะเวลาที่เข้ามาอยู่ในสถานแรกรับส่วนใหญ่ไม่เกิน 1 ปี ในจำนวนนี้ร้อยละ 61.9 เป็นการเข้ามาอยู่เป็นครั้งแรก สำหรับสาเหตุของการเข้ามาอยู่พบว่าส่วนใหญ่มีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว ร้อยละ 49.5 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล (N = 97)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี)($\bar{X} = 14.52$ S.D=0.6334)(N=97)		
10-12	14	14.4
13-15	57	58.7
16หรือ สูงกว่า	26	26.9
การศึกษา		
ไม่ได้เรียน	3	3.1
กำลังเรียน	82	84.5
เคยเรียนแต่ตอนนี้ไม่ได้เรียน	12	12.4
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	3	3.1
ประถมศึกษาต้น	8	8.3
ประถมศึกษาปลาย	4	4.1
มัธยมศึกษาต้น	50	51.5
มัธยมศึกษาปลาย	32	33.0

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล(ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล(N = 97)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ศาสนา		
พุทธ	91	93.8
คริสต์	2	2.1
อิสลาม	4	4.1
ภูมิลำเนา		
กรุงเทพมหานคร	50	51.5
ต่างจังหวัด	47	48.5
ลำดับบุตร		
คนที่ 1	38	39.2
คนที่ 2	36	37.1
คนที่ 3-7	23	23.8
จำนวนพี่น้องร่วมบิดา-มารดา		
ไม่มี	8	8.2
1-2	46	47.4
3-4	25	25.7
5-9	18	18.5
โรคประจำตัว		
ไม่มี	77	79.4
หอบหืด	8	8.2
กระเพาะอาหาร	3	3.1
ภูมิแพ้	1	1.0
ไขมัน	2	2.1
ไทรอยด์	1	1.0
เบาหวาน	1	1.0
ไมเกรน	1	1.0
ชัก	1	1.0
ซีมีเศร้า	1	1.0
หัวใจ	1	1.0

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล(ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล (N = 97)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาในการเข้ามาอยู่ (ปี)		
0-1	79	81.4
>1-2	7	7.2
>2-3	6	6.2
>3	5	5.2
การกลับเข้ามาอยู่ (ครั้ง)		
ไม่เคย	60	61.9
1 ครั้ง	27	27.8
2 ครั้ง	7	7.2
>2 ครั้ง	3	3.1
สาเหตุของการเข้ามา		
ถูกทอดทิ้ง	5	5.2
ถูกทำร้ายร่างกาย	24	24.7
ถูกล่วงละเมิดทางเพศ	25	25.8
พฤติกรรมก้าวร้าว	48	49.5
ติดเกมส์ /หนีเรียน	29	29.9
ติดยาเสพติด	18	18.6
เที่ยวกลางคืน/มั่วสุม	10	10.4

1. 2 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยด้านครอบครัว

แสดงปัจจัยด้านครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบิดามารดา ร้อยละ 34 รองลงมา คืออยู่กับพ่อหรือแม่คนเดียว ร้อยละ 24.7 ซึ่งจำนวนครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างบิดามารดาอยู่ร่วมกันและกว่าร้อยละ 40 ของบิดามารดาจบการศึกษาระดับประถมศึกษา อายุของบิดาอยู่ในช่วง 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 41.2 ส่วนอายุมารดาอยู่ในช่วง 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 51.5 ซึ่งส่วนใหญ่บิดามารดาประกอบอาชีพรับจ้าง มีรายได้ไม่เกิน 5,000 บาทต่อเดือน สำหรับประวัติการใช้สารเสพติด พบว่ากลุ่มตัวอย่างบิดาและพี่น้องใช้บุหรี่เป็นส่วนใหญ่ แต่พบว่ามารดาดื่มสุรามากที่สุดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยด้านครอบครัว

ปัจจัยส่วนบุคคล (N = 97)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สถานภาพสมรสของผู้ปกครอง		
สมรส	42	43.3
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	51	52.6
หม้าย	4	4.1
ผู้เลี้ยงดู		
พ่อและแม่	33	34.0
พ่อหรือแม่คนเดียว	24	24.7
แม่เลี้ยงหรือพ่อเลี้ยง	9	9.3
ปู่ย่าหรือตายาย	23	23.7
ลุงป้า/น้าอา/พี่น้อง	8	8.2
ระดับการศึกษาของบิดา		
ประถมศึกษา	41	42.3
มัธยมศึกษา	34	35.1
อาชีวศึกษา/อนุปริญญา	7	7.2
ปริญญาตรี หรือ สูงกว่า	15	15.5
ระดับการศึกษาของมารดา		
ประถมศึกษา	48	49.5
มัธยมศึกษา	28	28.9
อาชีวศึกษา/อนุปริญญา	6	6.2
ปริญญาตรี หรือ สูงกว่า	15	15.5

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยด้านครอบครัว(ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล (N = 97)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาชีพของบิดา		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	9	9.3
ค้าขาย	6	6.2
รับจ้าง	68	70.1
เกษตรกรรม	3	3.1
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	11	11.4
อาชีพของมารดา		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	8	8.2
ค้าขาย	8	8.2
รับจ้าง	71	73.2
เกษตรกรรม	2	2.1
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	8	8.2
อายุของบิดา(ปี)		
20-30	13	13.4
31-40	37	38.1
41-50	40	41.2
51 ปีขึ้นไป	7	7.2
อายุของมารดา(ปี)		
20-30	21	21.6
31-40	50	51.5
41-50	20	20.6
51 ปีขึ้นไป	6	6.1

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยด้านครอบครัว(ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล (N = 97)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รายได้ของบิดา(บาท/เดือน)		
0-5000	64	66.0
5,001-10,000	29	29.9
10,001-25,000	3	3.0
>25,000	1	1.0
รายได้ของมารดา(บาท/เดือน)		
0-5,000	73	75.3
5,001-10,000	20	20.6
10,001-25,000	3	3.0
>25,000	1	1.0
การใช้สารเสพติดของกลุ่มตัวอย่าง		
บุหรี่	21	21.6
สุรา	9	9.3
ฝิ่น	1	1.0
กัญชา	3	3.1
ยาบ้า	8	8.2
เฮโรอีน	1	1.0
กาว	7	7.2
ยาอี	1	1.0
การใช้สารเสพติดของบิดา		
บุหรี่	56	57.7
สุรา	48	49.5
ฝิ่น	2	2.1
กัญชา	9	9.3
ยาบ้า	8	8.2
เฮโรอีน	1	1.0
กาว	6	6.1
ยาอี	1	1.0

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยด้านครอบครัว(ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล (N = 97)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การใช้สารเสพติดของมารดา		
บุหรี	15	15.5
สุรา	24	24.7
ฝิ่น	1	1.0
กัญชา	2	2.1
ยาบ้า	4	4.1
เฮโรอีน	4	4.1
กาว	2	2.1
ยาอึ	1	1.0
การใช้สารเสพติดของพี่น้อง		
บุหรี	16	16.5
สุรา	13	13.4
ฝิ่น	4	4.1
กัญชา	5	5.2
ยาบ้า	4	4.1
เฮโรอีน	1	1.0
กาว	5	5.2
ยาอึ	1	1.0



ตอนที่ 2

1. ความสุขของภาวะซึมเศร้าของเด็กในสถานแรกรับเด็กหญิงบ้านธัญพร

ใช้วัดด้วยข้อคำถาม 20 ข้อจากแบบสอบถาม CES-D โดยมีจุดตัดคะแนนที่ 22 คะแนน พบว่า มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 59 คนคิดเป็นร้อยละ 60.8 ซึ่งมีคะแนนของภาวะซึมเศร้าเฉลี่ย 26.42 คะแนนต่ำสุด เท่ากับ 6 คะแนนสูงสุดเท่ากับ 51 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 10.872 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลจำนวนและค่าร้อยละของเด็กในสถานแรกรับเด็กหญิงบ้านธัญพรที่มีภาวะซึมเศร้าและ ไม่มีภาวะซึมเศร้า

N =97	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มีภาวะซึมเศร้า (มากกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนน)	59	60.8
ไม่มีภาวะซึมเศร้า (น้อยกว่า 22 คะแนน) (\bar{X} = 26.42, Min = 6 , Max = 51, SD = 10.872)	38	39.2
รวม	97	100.0

ตอนที่3

1.เปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะซึมเศร้า

เมื่อเปรียบเทียบปัจจัยต่างๆที่สัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้า พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าเพียงปัจจัยเดียว

การศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เรียนในระดับประถมศึกษาและต่ำกว่า มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 86.7 ส่วนคนที่เรียนในระดับมัธยมศึกษา มีจำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 56.1ซึ่งมีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Fisher' Exact Sig = 0.041) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ร้อยละของการมีภาวะซึมเศร้าจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล (N =97)	ไม่มีภาวะซึมเศร้า n (ร้อยละ)	มีภาวะซึมเศร้า n(ร้อยละ)	df	X ²	P
อายุ (ปี)					
10-12	6(42.9)	8(57.1)	2	2.243	.326
13-15	25(43.9)	32(56.1)			
16หรือ มากกว่า	7(26.9)	19(73.1)			
การศึกษา					
ประถมศึกษาและต่ำกว่า	2(13.3)	13(86.7)	1		
มัธยมศึกษา	36(43.9)	46(56.1)			Fisher'sExact Sig.= 0.041*
ศาสนา					
พุทธ	37(40.7)	54(59.3)	1		
อื่นๆ	1(16.7)	5(83.3)			Fisher'sExact Sig.= 0.399

p < 0.05 *

ตารางที่ 4 ร้อยละของการมีภาวะซึมเศร้าจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล(ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	มีภาวะซึมเศร้า	df	X ²	P
(N = 97)	n(ร้อยละ)	n(ร้อยละ)			
ภูมิลำเนา					
กรุงเทพมหานคร	16(32.0)	34(68.0)	1	2.230	.135
ต่างจังหวัด	22(46.8)	25(53.2)			
ลำดับบุตร					
คนที่ 1	12(31.6)	26(68.4)	2	1.518	.468
คนที่ 2	16(44.4)	20(55.6)			
คนที่ 3 ขึ้นไป	10(43.5)	13(56.5)			
จำนวนพี่น้องต่างบิดามารดา					
(คน)					
ไม่มี	17(37.8)	28(62.2)	2	.843	.656
1 คน	10(47.6)	11(52.4)			
2 คนขึ้นไป	11(35.5)	20(64.5)			
โรคประจำตัว					
ไม่มี	28(36.4)	49(63.6)	1	1.239	.195
มี	10(50.0)	10(50.0)			
ระยะเวลาในการเข้ามาอยู่					
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 เดือน	24(40.0)	36(60.0)			
6 เดือน - 1 ปี	6(31.6)	13(68.4)	2	.687	.709
มากกว่า 1 ปี	8(44.4)	10(55.6)			

p < 0.05 *

ตารางที่ 4 ร้อยละของการมีภาวะซึมเศร้าจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล(ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล (N = 97)	ไม่มีภาวะซึมเศร้า n(ร้อยละ)	มีภาวะซึมเศร้า n(ร้อยละ)	df	χ^2	P
การกลับเข้ามาอยู่(ครั้ง)					
ไม่เคย	27(45.0)	33(55.0)	1	2.240	.135
เคย	11(29.7)	26(70.3)			
สาเหตุของการเข้ามา					
ถูกทอดทิ้ง	1(20.0)	4(80.0)	1		
Fisher's Exact Sig. = 0.645					
ถูกทำร้ายร่างกาย	10(41.7)	14(58.3)	1	.083	.773
ถูกล่วงละเมิดทางเพศ	6(20.0)	19(80.0)	1	2.756	.097
พฤติกรรมก้าวร้าว	18(37.5)	30(62.5)	1	.112	.738
ติดเกมส์/หนีเรียน	10(34.4)	19(65.6)	1	.205	.651
ติดยาเสพติด	12(66.6)	6(33.4)	1	1.569	.210
เที่ยวกลางคืน/มั่วสุม	6(66.6)	4(33.4)	1		
Fisher ' Exact Sig. = 0.643					

p < 0.05 *

2.เปรียบเทียบปัจจัยส่วนครอบครัวกับภาวะซึมเศร้า

เมื่อเปรียบเทียบปัจจัยต่างๆด้านครอบครัวที่สัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้า พบว่า ไม่มีปัจจัยใดมีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่อย่างใด ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ร้อยละของการมีภาวะซึมเศร้าจำแนกตามปัจจัยส่วนครอบครัว

ปัจจัยส่วนบุคคล (N = 97)	ไม่มีภาวะซึมเศร้า n(ร้อยละ)	มีภาวะซึมเศร้า n(ร้อยละ)	df	χ^2	P
สถานภาพสมรสของผู้ปกครอง					
อยู่ด้วยกัน	16(38.1)	26(61.9)	1	.036	.849
หย่าร้าง/แยกกันอยู่/หม้าย	20(36.4)	35(63.6)			
ผู้เลี้ยงดู					
พ่อและแม่	12(36.4)	21(63.6)	2	.685	.710
พ่อหรือแม่คนเดียว	12(36.4)	21(63.6)			
ปู่ย่า/ตายาย/ลุงป้า/น้าอา/ พี่น้อง/อื่นๆ	14(45.2)	17(54.8)			
ระดับการศึกษาของบิดา					
ประถมศึกษา	18(43.9)	23(56.1)	2	1.697	.428
มัธยมศึกษา/อาชีวศึกษา	13(31.7)	28(68.3)			
ปริญญาตรี หรือ สูงกว่า	7(46.7)	8(53.3)			
ระดับการศึกษาของมารดา					
ประถมศึกษา	19(39.6)	29(60.4)	2	1.929	.381
มัธยมศึกษา/อาชีวศึกษา	11(32.4)	23(67.6)			
ปริญญาตรี หรือ สูงกว่า	8(53.3)	7(46.7)			

$p < 0.05$

ตารางที่ 5 ร้อยละของการมีภาวะซึมเศร้าจำแนกตามปัจจัยส่วนครอบครัว (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล (N = 97)	ไม่มีภาวะซึมเศร้า n(ร้อยละ)	มีภาวะซึมเศร้า n(ร้อยละ)	df.	χ^2	P
อาชีพของบิดา					
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	7(63.6)	4(36.4)	1		
ประกอบอาชีพ	31(36.0)	55(64.0)			Fisher' Exact Sig. = 0.308
อาชีพของ					
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	4(50.0)	4(50.0)	1		
ประกอบอาชีพ	34(38.2)	55(61.8)			Fisher' Exact Sig. = 0.297
อายุของบิดา(ปี)					
20-30	8(61.5)	5(38.5)	2	3.797	.150
31-40	15(40.5)	22(59.5)			
41 ขึ้นไป	15(31.9)	32(68.1)			
อายุของมารดา(ปี)					
20-30	10(47.6)	11(52.4)	2		
31-40	24(48.0)	26(52.0)			Fisher' Exact Sig. = 0.336
41 ขึ้นไป	14(15.4)	22(84.6)			

p < 0.05 *

ตารางที่ 5 ร้อยละของการมีภาวะซึมเศร้าจำแนกตามปัจจัยส่วนครอบครัว (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล (N = 97)	ไม่มีภาวะซึมเศร้า n(ร้อยละ)	มีภาวะซึมเศร้า n(ร้อยละ)	df	X ²	p
รายได้ของบิดา(บาท/เดือน)					
0-5000	26 (40.6)	38(59.4)	1	.166	.684
5,001 ขึ้นไป	12 (36.4)	21(63.6)			
รายได้ของมารดา(บาท/เดือน)					
0-5000	25(34.2)	48(65.8)	1	3.008	.083
5,001 ขึ้นไป	13(54.2)	11(45.8)			
การใช้สารเสพติดของกลุ่มตัวอย่าง					
บุหรี่	7(33.3)	14(66.7)	1		Fisher' Exact Sig. = 0.619
สุรา	4 (44.4)	5(55.6)	1		Fisher' Exact Sig. = 0.308
ฝิ่น	1(100.0)	0(0.0)	1		Fisher' Exact Sig. = 0.392
กัญชา	2 (66.7)	1(33.3)	1		Fisher' Exact Sig. = 0.559
ยาบ้า	3 (37.5)	5 (62.5)	1		Fisher' Exact Sig. = 1.000
เฮโรอีน	0 (0.0)	1(100.0)	1		Fisher' Exact Sig. = 1.000
กาว	3 (42.9)	4(57.1)	1		Fisher' Exact Sig. =1.000
ยาฉี	0 (0.0)	1(100.0)	1		Fisher' Exact Sig. = 1.000

p < 0.05 *

ตารางที่ 5 ร้อยละของการมีภาวะซึมเศร้าจำแนกตามปัจจัยส่วนครอบครัว (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล (N = 97)	ไม่มีภาวะซึมเศร้า n(ร้อยละ)	มีภาวะซึมเศร้า n(ร้อยละ)	df	χ^2	p
การใช้สารเสพติดของบิดา					
บุหรี่	20(35.7)	36(64.3)	1		Fisher' Exact Sig. = 0.833
สุรา	18(37.5)	30(62.5)	1		Fisher' Exact Sig. = 0.300
ฝิ่น	1(50.0)	1(50.0)	1		Fisher' Exact Sig. = 1.000
กัญชา	2(22.2)	7(77.8)	1		Fisher' Exact Sig. = 1.000
ยาบ้า	2(25.0)	6(75.0)	1		Fisher' Exact Sig. = 1.000
เฮโรอีน	1(100.0)	0(0.0)	1		Fisher' Exact Sig. = 0.392
กาว	1(16.7)	5(83.3)	1		Fisher' Exact Sig. = 0.399
ยาอื่น	0(0.0)	1(100.0)	1		Fisher' Exact Sig. = 1.000

p < 0.05 *

ตารางที่ 5 ร้อยละของการมีภาวะซีมเศร้าจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล (N = 97)	ไม่มีภาวะซีมเศร้า n(ร้อยละ)	มีภาวะซีมเศร้า n(ร้อยละ)	df	X ²	p
การใช้สารเสพติดของมารดา					
บุหรี่	5(33.3)	10(66.7)	1		Fisher' Exact Sig. = 0.776
สุรา	9(37.5)	15(62.5)	1		Fisher' Exact Sig. =0.812
ฝิ่น	1(100.0)	0(0.0)	1		Fisher' Exact Sig. = 0.392
กัญชา	0(0.0)	2(100.0)	1		Fisher' Exact Sig. = 0.518
ยาบ้า	2(50.0)	2(50.0)	1		Fisher' Exact Sig. =0.643
เฮโรอีน	3(75.0)	1(25.0)	1		Fisher' Exact Sig. =0.134
กาว	0(0.0)	2(100.0)	1		Fisher' Exact Sig. = 0.518
ยาฉี	0(0.0)	1(100.0)	1		Fisher' Exact Sig. = 1.000

p < 0.05 *

ตารางที่ 5 ร้อยละของการมีภาวะซึมเศร้าจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล (N = 97)	ไม่มีภาวะซึมเศร้า n(ร้อยละ)	มีภาวะซึมเศร้า n(ร้อยละ)	df	χ^2	p
การใช้สารเสพติดของพี่น้อง					
บุหรี	56.2(9)	43.8(7)	1		Fisher' Exact Sig. = 0.168
สุรา	5(38.5)	8(61.5)	1		Fisher' Exact Sig. =0.360
ฝิ่น	3(75.0)	1(25.0)	1		Fisher' Exact Sig. =0.296
กัญชา	3(60.0)	2(40.0)	1		Fisher' Exact Sig. =0.080
ยาบ้า	2(50.0)	2(50.0)	1		Fisher' Exact Sig. = 0.269
เฮโรอีน	1(100.0)	0(0.0)	1		Fisher' Exact Sig. = 0.392
กาว	2(40.0)	3(60.0)	1		Fisher' Exact Sig. = 0.377
ยาอี	0(0.0)	1(100.0)	1		Fisher' Exact Sig. = 1.000

p < 0.05

การวิจัยเชิงคุณภาพ

การวิจัยเชิงคุณภาพ ศึกษาเกี่ยวกับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของบุคลากรที่มีต่อการรักษาด้วยยาทางจิตเวชในเด็ก โดยการวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) เกี่ยวกับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของบุคลากรต่อการรักษาด้วยยาทางจิตเวชในเด็ก โดยผู้วิจัยได้จัดทำกรอบแนวคิดและแนวคำถามขึ้นมาเองควบคู่กับแบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของบุคลากรที่ดูแลเด็ก เช่น อายุ การศึกษา สถานภาพ ตำแหน่ง หน้าที่ รายได้ ระยะเวลาที่ทำงาน เป็นต้น จำนวน 14 ข้อ หลังจากนั้นได้มีการให้ผู้ทรงคุณวุฒิเป็นผู้พิจารณาตรวจสอบแนวคำถาม จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมี 12 คน ได้แก่ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ครู แม่บ้านหรือพี่เลี้ยง ซึ่งในการสัมภาษณ์ได้ต้องได้รับการยินยอม จากกลุ่มตัวอย่าง การสัมภาษณ์ใช้เวลาคนละประมาณ 45-60 นาที และได้ทำการบันทึกการสัมภาษณ์จากเทปเสียงซึ่งถูกถอดคำต่อคำเพื่อนำมาวิเคราะห์ โดยการตีความในรูปของการวิเคราะห์เนื้อหา(content analysis) สำหรับข้อมูลดิบที่บ่งชี้ถึงตัวผู้ให้ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยรายละเอียดของผลการศึกษามีดังนี้

1. ด้านข้อมูลทั่วไป

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 12 คน ซึ่งประกอบไปด้วยนักจิตวิทยา 1 คน ซึ่งมีระยะเวลาในการทำงานที่สถานแรกรับเด็กธัญญพรเป็นเวลา 3 ปี 10 เดือน นักสังคมสงเคราะห์จำนวน 2 คน มีระยะเวลาในการทำงานเฉลี่ย 1 ปี พี่เลี้ยงหรือแม่บ้านประจำตึกจำนวน 7 คน ซึ่งมีระยะเวลาทำงานอยู่ในช่วง 1-30 ปี และครูจำนวน 2 คน มีระยะเวลาในการทำงาน 1 ปี 5 เดือน และพบว่าเจ้าหน้าที่ทุกคนเคยได้รับการอบรมทางสุขภาพจิตโดยเฉลี่ยแล้วประมาณปีละ 1-2 ครั้ง จากกรมสุขภาพจิต โรงพยาบาลศรีธัญญาและโรงพยาบาลธรรมศาสตร์

โดยนักจิตวิทยามีบทบาทหน้าที่ในการดูแล ประเมินเด็กแต่ละคนและวิเคราะห์ถึงปัญหาที่เกิดขึ้นและให้การช่วยเหลือทั้งด้านตัวเด็ก ครอบครัว สิ่งแวดล้อม โดยการพูดคุยให้คำปรึกษา ทำกิจกรรมบำบัดและส่งเสริมสุขภาพจิต นักสังคมสงเคราะห์มีหน้าที่ในส่วนของการรับเด็กเข้ามาในสถานแรกรับเด็กธัญญพร ประเมินและคัดเลือกกิจกรรมให้เหมาะสมกับเด็ก รวมทั้งการส่งต่อเด็กไปสถานที่อื่นๆ เช่น เด็กที่ต้องกลับบ้านหรือเด็กที่ต้องไปรักษาตัวต่อยังโรงพยาบาล เป็นต้น พี่เลี้ยงมีหน้าที่ในการดูแลเด็กซึ่งประจำตามตึกต่างๆ โดยเฉลี่ยดูแลเด็กประมาณ 30-40 คน นอกเหนือจากที่ดูแลเด็กประจำตึกแล้วบางคนที่มีความถนัดด้านอาชีพก็จะ

ทำการสอนด้านการงานอาชีพและทางด้านปฐมพยาบาลเบื้องต้นให้กับเด็ก และครู กคน. มีหน้าที่สอนเด็กตามหลักสูตร กคน. ทั้งชั้นประถมศึกษาและมัธยมศึกษา

1.2 ลักษณะทั่วไปของเด็ก

ลักษณะทั่วไปของเด็กที่สถานแรกรับเด็กหญิงธัญญพรจะเป็นเด็กหญิง มีอายุตั้งแต่ 6-18 ปีโดยส่วนใหญ่เป็นเด็กที่มีปัญหาทางพฤติกรรม เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว หนีเรียน ติดเกมส์ เป็นต้น และอีกกลุ่มหนึ่งคือมีการถูกละเมิดทางร่างกายจิตใจและอารมณ์ เช่นถูกทำร้ายร่างกาย ถูกทารุณกรรมทางเพศ เป็นต้น ซึ่งสาเหตุมักเกิดจากปัญหาครอบครัว โดยทำให้เด็กแสดงออกในทางที่ไม่เหมาะสมหรือไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ในสภาพแวดล้อมเช่นเดิม ได้รับความกระทบทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งปัญหาทางสุขภาพจิตที่พบได้มากคือ จะมีภาวะซึมเศร้า อารมณ์รุนแรง อาละวาด เรียกร้องความสนใจ ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ จึงต้องมีการส่งตัวมารับการดูแลที่สถานเด็กแรกรับเด็กหญิงบ้านธัญญพร และยังพบว่าเด็กต้องได้รับการรักษาด้วยการทานยาทางจิตเวชประมาณ 15 -16 คน

จากการสัมภาษณ์ถึงการรับรู้ของบุคลากรต่อภาวะซึมเศร้าของเด็กในสถานแรกรับเด็กหญิงบ้านธัญญพร โดยส่วนใหญ่บอกว่าเด็กมีภาวะซึมเศร้าค่อนข้างมาก โดยเฉพาะในช่วงที่เข้ามาอยู่แรกๆ จะมีอาการซึม ร้องไห้ ไม่พูดกับใคร และต้องการจะกลับบ้าน ซึ่งในระยะแรกจะมีการดูแลอย่างใกล้ชิด ให้เด็กเกิดความไว้วางใจและเมื่อปรับตัวได้ก็จะมีอาการดีขึ้นและมีการจัดกิจกรรมที่เด็กสนใจ เพื่อไม่ให้เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย เช่น การฝึกงานประดิษฐ์ดอกไม้ เครื่องประดับ ร้องเพลง เล่นดนตรี เป็นต้น

2. ด้านความรู้

2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเวช

การจำแนกโรคทางจิตเวชนั้นมีการจำแนกทั้งในระบบ DSM –IV และ ICD-10 ซึ่งสามารถแบ่งกลุ่มความผิดปกติในทางปฏิบัติ เป็น 5 กลุ่มคือ ความผิดปกติทางอารมณ์ (emotional disorder) ความผิดปกติทางความประพฤติ(disruptive behaviour disorder) ความผิดปกติของพัฒนาการด้านต่างๆ(deveiopmental disorder) ความผิดปกติของเด็กที่เหมือนความผิดปกติของผู้ใหญ่ ความผิดปกติที่ไม่อยู่ในกลุ่มที่กล่าวมา และปัญหาอื่นที่ไม่เข้าในความผิดปกติตามระบบการจำแนกความผิดปกติ ซึ่งอาการหรือความรุนแรงที่พบจะเกิดขึ้นตามกลุ่มความผิดปกติแต่ละชนิด

ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเวชพบว่า บุคลากรจำนวน 10 ใน 12 คนบอกว่า เป็นโรคที่มีความผิดปกติทางด้านจิตใจ อารมณ์และความคิดทำให้จะแสดงพฤติกรรมบางอย่างที่ไม่เหมาะสมออกมา เช่น มีอาการซึมเศร้า แยกตัว คิดฆ่าตัวตาย ก้าวร้าว อาละวาด ร้องไห้โดย

ไม่มีสาเหตุ เรียกร้องความสนใจโดยการกรีดแขนตัวเอง ไม่มีสมาธิ ย้ำคิดย้ำทำ เห็นภาพหลอน เป็นต้น สาเหตุเกิดจากมีปัญหาดังกล่าวเข้ามากระทบ ไม่ว่าจะเป็นปัญหาครอบครัว สังคม การถูกทารุณกรรม การเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม หรือเกิดจากพันธุกรรมของเด็กเอง ส่งผลให้เด็กมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และเกิดเป็นโรคจิตเวชขึ้น ดังจะเห็นจากตัวอย่างดังต่อไปนี้

“พี่ว่าเป็นโรคเกี่ยวกับจิตใจ เกิดจากการที่สภาพจิตใจของเขาไม่ปกติ ไม่สามารถจะดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ บางครั้งจะมีท่าทีหงุดหงิด บางครั้งก็ซึมเศร้า มีพฤติกรรมรุนแรงหรือก้าวร้าว ซึ่งพี่คิดว่าถ้ารักษาก็สามารถหายได้” (ผู้สัมภาษณ์รายที่ 2)

นอกจากนี้ยังมีบุคลากรจำนวน 8 คนที่บอกว่าโรคจิตเวชสามารถรักษาให้หายได้ซึ่งอาจต้องใช้เวลาในการรักษา ดังจะเห็นจากตัวอย่างดังต่อไปนี้

“คือเป็นโรคที่เกิดจากความเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคม เกิดการปรับตัวทำให้เกิดการรับรู้และปรับตัวผิดปกติ ซึ่งสาเหตุเกิดจากการถูกผลกระทบจากการถูกทารุณกรรม การเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม อาจแสดงออกโดยมีภาวะซึมเศร้าหรือก้าวร้าวซึ่งดิฉันคิดว่าสามารถรักษาให้หายได้แต่ต้องใช้เวลา” (ผู้สัมภาษณ์รายที่ 12)

และบุคลากรจำนวน 2 ใน 12 คน บอกว่าไม่สามารถรักษาให้หายได้เพียงแค่ช่วยให้อาการทุเลาขึ้น ดังจะเห็นจากตัวอย่างดังต่อไปนี้

“เป็นโรคทางความคิดยึดติดกับสิ่งๆหนึ่งที่เขาเคยทำมา คือทำสิ่งนั้นอยู่ซ้ำๆซากๆซึ่งเขาจะไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ โวยวาย ไม่ฟังอะไร บางครั้งร้องไห้ หวาดระแวง อารมณ์แปรปรวนแต่ไม่หายขาดเพียงแค่ทำให้อาการทุเลาลงเท่านั้น” (ผู้สัมภาษณ์รายที่ 8)

แต่มีบุคลากร 2 คน บอกว่าโรคทางจิตเวชบางชนิดสามารถรักษาให้หายได้ แต่บางชนิดถ้าเป็นรุนแรงเป็นเพียงทำให้อาการดีขึ้นได้เท่านั้น ดังจะเห็นจากตัวอย่างดังต่อไปนี้

“คนที่ป่วยนั้นะ พี่ว่าก็สามารถช่วยทำให้เขาหายได้เหมือนกันนะถ้ารักษาแต่ถ้าเป็นมากคงช่วยได้นิดหน่อยคงไม่ใช่หายไปแล้วนะ” (ผู้สัมภาษณ์รายที่ 7)

จากการสัมภาษณ์นั้นคำตอบของผู้ให้สัมภาษณ์จะตอบจากประสบการณ์ที่พบมาเป็นส่วนใหญ่

2.2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและการรักษาด้วยยา

สิ่งหนึ่งนอกเหนือจากความรู้เรื่องยาและโรคทางจิตเวชแล้ว ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยทางจิตเวชก็เป็นสิ่งสำคัญ ดังนั้นผู้ดูแลก็ควรจะมีความรู้ในด้านนี้เช่นกัน ซึ่งจากการสัมภาษณ์พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่จะตอบไปในทางเดียวกัน คือ ต้องมีการดูแลผู้ป่วยทางจิตเวชอย่างใกล้ชิด และเป็นพิเศษ ต้องมีการระมัดระวังทางด้านความปลอดภัย เช่น เก็บของมีคม เศษแก้ว สารเคมีหรืออุปกรณ์ต่างๆที่อาจเป็นอันตราย ให้ไกลมือเพราะผู้ป่วยอาจจะใช้ในการทำร้าย

ตัวเองได้นอกจากการดูแลทางด้านความปลอดภัยแล้ว สำหรับการดูแลผู้ป่วยทางจิตเวชนั้นมีวิธีการดูแลโดยสรุป 4 วิธีคือ พยายามให้คำปรึกษาเพื่อหาสาเหตุและช่วยในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความสบายใจและไว้วางใจผู้ดูแลมากขึ้น นอกจากนั้นยังมีวิธีที่ 2 อีกคือ กิจกรรมกลุ่มหรือกลุ่มบำบัด ซึ่งการทำกิจกรรมบำบัดทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย สนุกสนานและรู้จักการมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนๆ วิธีที่ 3 คือการประเมินโดยการทำแบบทดสอบทางจิตเวช เช่นการวัด IQ เป็นต้น เพื่อช่วยคัดกรองผู้ป่วยเบื้องต้น และวิธีสุดท้ายคือการพบแพทย์และทานยาตามแพทย์สั่ง ในกรณีที่ประเมินแล้วผู้ป่วยมีอาการมากก็จะมีการส่งไปพบแพทย์ และปฏิบัติตามแนวทางการรักษาของแพทย์ เช่น การให้ยา ซึ่งการให้ทานยานั้นต้องให้รับอย่างสม่ำเสมอตามขนาดที่แพทย์ได้ให้ และต้องคอยสังเกตอาการหลังจากได้รับยาแล้ว ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงอย่างไรเพื่อรายงานให้แพทย์ทราบในครั้งต่อไป ดังจะเห็นจากตัวอย่างดังต่อไปนี้

“ต้องมีการดูแลเป็นพิเศษ ถ้าเด็กกลุ่มนี้อยู่ที่ไหนจะวางของเกะกะไม่ได้ เช่น ผงซักฟอก น้ำยาต่างๆต้องเก็บให้หมด ระวังเรื่องความปลอดภัย ถ้าเป็นมากก็พาไปพบแพทย์ กินยาสม่ำเสมอ” (ผู้สัมภาษณ์รายที่ 3)

นอกจากนั้นผู้วิจัยยังพบว่าจากการสัมภาษณ์บุคลากร 12 คน มีจำนวน 2 คนที่กล่าวถึงการดูแลผู้ป่วยทางจิตเวชจะต้องดูแลผู้ป่วยทางจิตเวชให้เหมือนกับคนทั่วไปเพราะจะไม่ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าเขามีปมด้อยหรือได้รับสิทธิพิเศษนอกเหนือจากผู้อื่น ไม่เกิดการแบ่งแยก แต่ส่วนของวิธีรักษาแล้วมีวิธีการรักษาดัง 4 วิธีที่กล่าวมาข้างต้นเช่นเดียวกัน ดังจะเห็นจากตัวอย่างดังต่อไปนี้

“พี่จะดูแลไม่ให้แตกต่างกับเด็กอื่นเพราะไม่อยากให้เขารู้สึกแตกต่างจากเพื่อนคนอื่น” (ผู้สัมภาษณ์รายที่ 8)

“ก็ต้องพยายามให้เหมือนกับคนอื่นเพราะกลัวว่าจะมองว่ามีสิทธิพิเศษ” (ผู้สัมภาษณ์รายที่ 9)

2.3 ความรู้เกี่ยวกับยาทางจิตเวช

จิตเภสัชบำบัดหรือ Psychopharmacology เป็นการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต โดยใช้สารเคมีที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาท ซึ่งควบคุมเกี่ยวกับความคิด อารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วยให้อยู่ในภาวะปกติ ซึ่งสารเคมีที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทเรียกกันว่า “ยาทางจิตเวช” การใช้ยาทางจิตเวชทำให้ได้ผลดีและรวดเร็ว โดยเฉพาะผู้ป่วยทางจิตที่อยู่ในระยะรุนแรง เช่น มีพฤติกรรมก้าวร้าวคลุ้มคลั่งหรือมีอาการซึมเศร้ารุนแรง เพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นจากพฤติกรรมดังกล่าว นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วยกลับเข้าสู่สังคมและมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ดีขึ้น ซึ่งการรักษาด้วยยาต้องให้ร่วมกับวิธีการรักษาอื่นๆเพื่อก่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

สำหรับด้านความรู้เกี่ยวกับยาทางจิตเวชของบุคลากรนั้น พบว่าบุคลากรโดยส่วนใหญ่ ประมาณ ร้อยละ 83 ไม่ทราบกลไกการออกฤทธิ์ของยา ซึ่งยาและกลุ่มยาทางจิตเวช แต่ยาจะช่วยควบคุมและระงับอาการที่เด็กเป็นอยู่ เช่น ควบคุมอารมณ์ในกรณีที่เด็กมีอารมณ์รุนแรง ก้าวร้าว อาละวาด คึกครื้นทำร้ายตัวเองหรือผู้อื่น ยาก็จะช่วยลดอาการที่เป็นอยู่ทำให้อาการเหล่านั้นสงบลง หรือบางคนมีภาวะซึมเศร้า แยกตัวไม่ค่อยพูดคุยเมื่อนานยาก็จะทำให้อารมณ์ดีไม่มีภาวะซึมเศร้าให้เห็นอีก ดังจะเห็นจากตัวอย่างดังต่อไปนี้

“เป็นยาที่อาจช่วยลดภาวะอะไรในตัวเขา ไม่ทราบว่าลดอะไรหรือว่าคนที่ซึมเศร้ากินแล้วทำให้คึกครื้นหรือคนที่คึกหรือทำร้ายตัวเองกินแล้ววังงหรือหลับไปทำให้เขาไม่ทำร้ายตัวเอง” (ผู้สัมภาษณ์รายที่ 1)

“ ย่าจะไปช่วยระงับอาการที่เขาเป็นแต่ไม่รู้ว่าจะออกฤทธิ์อย่างไรและถ้าไม่กินติดต่อกันจะเป็นอย่างไร “(ผู้สัมภาษณ์รายที่ 2)

“ คิดว่าเป็นยาที่ช่วยรักษาคนที่มีอาการก้าวร้าว อารมณ์รุนแรงให้สงบลง พุดแล้วฟังมากขึ้น แต่ไม่รู้ว่าจะไปทำอะไรยังไง ออกฤทธิ์ยังไงหรือว่ายาตัวไหนชื่ออะไรก็ไม่รู้” (ผู้สัมภาษณ์รายที่ 7)

ผลข้างเคียงของยาทางจิตเวชนั้นมีหลายอย่างซึ่งจะเกิดขึ้นแล้วแต่ชนิดหรือตัวยานั้นๆ เช่น ยารักษาโรคซึมเศร้า (antidepressant) อาจเกิดผลข้างเคียง ได้แก่ ปากแห้ง ง่วงนอน ปวดเมื่อยตามตัว ปวดศีรษะ หัวใจเต้นผิดปกติ เป็นต้น ยารักษาโรคจิต(antipsychotics) อาการข้างเคียงอาจทำให้ง่วงนอน กินจุ น้ำหนักเพิ่ม ภาวะวุ่นวาย การเคลื่อนไหวช้า ยาปรับอารมณ์ (mood stabilizers) เช่น Lithium ผลข้างเคียงที่พบบ่อยได้แก่ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ง่วงนอน มือสั่นและปัสสาวะบ่อย เป็นต้น ซึ่งยาในกลุ่มเหล่านี้เป็นยาที่ใช้กันมาก และจากการสัมภาษณ์ทางด้านผลข้างเคียงของยานั้นบุคลากรส่วนใหญ่ร้อยละ 66.6 ไม่ทราบว่ายาทางจิตเวชนั้นเมื่อใช้แล้วจะมีผลข้างเคียงกับผู้ใช้อย่างไรบ้าง ดังจะเห็นจากตัวอย่างดังต่อไปนี้

“ ไม่แน่ใจค่ะ ว่ายานี้มีผลข้างเคียงอะไรบ้างไม่ค่อยมีความรู้ทางด้านนี้ค่ะ” (ผู้สัมภาษณ์รายที่ 7)

“ก็รู้ว่ายาจะไปช่วยควบคุมอารมณ์แต่ พี่ก็ไม่รู้หรอกว่ากินมากๆ แล้วมันจะเป็นยังไงแต่เท่าที่เห็นส่วนมากเด็กจะง่วงนอนมากนะ” (ผู้สัมภาษณ์รายที่ 10)

แต่มีบุคลากร 3 คนที่บอกว่ายาทางจิตเวชเมื่อนานแล้วจะทำให้เกิดอาการง่วงนอน ดังจะเห็นจากตัวอย่างดังต่อไปนี้

“เป็นยาที่ช่วยปรับระบบทางจิตให้สงบลงสามารถควบคุมพฤติกรรมของเด็กได้ แต่มีผลข้างเคียงอาจทำให้ง่วง เรียนไม่ได้บางครั้ง” (ผู้สัมภาษณ์รายที่ 5)

นอกจากนี้ยังพบว่ามีบุคลากรจำนวน 1 คน ที่บอกว่ามีน้ำหนักไหล เมื่อทานมากๆอาจจะสะสมในร่างกายส่งผลให้เป็นโรคตับ กระดูกพรุนหรือสุดท้ายอาจเกิดการตี้อยา ต้องทานยาในปริมาณที่เพิ่มขึ้นหรือเปลี่ยนตัวยาเนื่องจากเมื่อใช้นานๆอาจทำให้เด็กมีอาการชินกับยาและใช้ไม่ได้ผลทำให้ยังมีอาการนั้นอยู่หรือเป็นมากขึ้น ดังจะเห็นจากตัวอย่างดังต่อไปนี้

“เป็นยาที่ใช้ควบคุมอารมณ์ คือถ้าเขามีพฤติกรรมซี้มเศร้า ก็จะช่วยให้เขาอารมณ์ดี หรือคนที่คิดมากฟุ้งซ่านก็จะมียาทำให้เขาลดความคิดฟุ้งซ่าน ซึ่งอาจจะมีผลข้างเคียงบางอย่าง เช่นอาจมีน้ำหนักไหลหรือบางทีก็ส่งผลให้เป็นโรคตับ กระดูกพรุนหรือสุดท้ายอาจเกิดการตี้อยา” (ผู้สัมภาษณ์รายที่ 11)

3. ด้านเจตคติ

ความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยทางจิตเวชและการรักษาด้วยยา

เจตคติ เป็นแนวความคิดของบุคคลที่เกิดจากประสบการณ์ที่บุคคลได้ประสบมา ซึ่งมีผลต่อการกำหนดการแสดงออกของบุคคลต่อบุคคลอื่น สิ่งของหรือสภาพการณ์ต่างๆ ว่าจะมีแนวทางการแสดงออกไปในทางใด การที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งจะแสดงออกต่อสิ่งๆหนึ่งนั้นในลักษณะใด ย่อมมาจากเจตคติที่เขามีต่อสิ่งๆนั้น เช่นถ้ามีเจตคติในทางบวกก็มักจะแสดงออกมาในทางที่ดี แต่ถ้ามีเจตคติในทางลบก็มักจะแสดงออกในทางที่ไม่ดี ดังนั้นหากสามารถประเมินได้ว่าบุคคลคนนั้นมีเจตคติเกี่ยวกับเรื่องนั้นอย่างไรก็สามารถทำให้เข้าใจถึงการแสดงออกนั้นๆ และปรับเปลี่ยนเจตคติในทางลบที่อาจนำไปสู่การแสดงออกที่ไม่เหมาะสมได้ เช่นเดียวกับการวิจัยในครั้งนี้หากบุคลากรมีเจตคติที่ดีเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยทางจิตเวชและการรักษาด้วยยาย่อมนำไปสู่การดูแลให้ความช่วยเหลือที่ถูกต้องเหมาะสมได้

จากการสัมภาษณ์ผู้วิจัยสามารถสรุปได้ถึงวิธีในการดูแลผู้ป่วยทางจิตเวชทั้งหมดมี 3 วิธี คือ การรักษาด้วยยา การให้คำปรึกษา การทำกิจกรรมหรือกลุ่มบำบัด ซึ่งรวมทั้งครบถ้วนบำบัด

ทางด้านการรักษาด้วยยานั้นพบว่า บุคลากรประมาณร้อยละ 80 บอกว่า การรักษาด้วยยาทำให้เด็กที่ป่วยทุเลาลงจากที่เคยอะอะโววายววย ก็สงบลงหรือจากที่มีอาการซี้มเศร้ายิ่งขึ้น แต่ไม่สามารถทำให้หายขาดได้ การทานยามากๆอาจทำให้เกิดอาการตี้อยารักษาแล้วไม่ดีขึ้น ต้องเพิ่มขนาดหรือเปลี่ยนยาซึ่งถ้าผู้ป่วยทานยาในปริมาณมากๆหรือนานอาจทำให้เกิดผลข้างเคียงตามมาเช่น การร่งวงนอนมากเกินไป ทำให้ไม่อยากทำอะไรเรียนหนังสือไม่ได้ เป็นต้น และในกรณีที่รุนแรงขึ้นอาจทำให้เป็นอันตรายต่อตับ กระดูกพรุนหรืออาจเป็นโรคมะเร็งได้ ดังจะเห็นจากตัวอย่างดังต่อไปนี้

“การรักษาด้วยยา ช่วยควบคุมด้านอารมณ์ได้ดีค่อนข้างเห็นผลแต่ถ้าใช้ในระยะที่นานเกินไปก็กลัวจะทำให้เกิดการติดยาหรืออาจทำให้เกิดผลกระทบเหมือนว่าเป็นมะเร็ง” (ผู้สัมภาษณ์รายที่ 6)

“อีกวิธีหนึ่งก็คือการรักษาด้วยยาเมื่อทานยาก็จะสามารถควบคุมอาการได้อยู่ชั่วคราวแต่ถ้ามีอะไรมากระทบจิตใจมาก ๆ อาจทำให้อาการนั้นกลับมาแต่สิ่งสำคัญต้องทานยาให้ครบเพราะถ้าไม่ครบก็ทำให้อาการไม่ดีขึ้นและถ้าทานมาก ๆ ก็อาจทำลายกระดูกและตับได้” (ผู้สัมภาษณ์รายที่ 9)

นอกจากนี้มีบุคลากรจำนวน 3 คนหรือร้อยละ 25 ที่มีความคิดเห็นว่าบางครั้งผู้ป่วยอาจได้รับยาไม่ตรงกับอาการที่ผู้ป่วยเป็นอยู่เนื่องจากผู้ป่วยบางคนอาจไม่บอกอาการที่แท้จริงของตนเองออกมาให้แพทย์ทราบ ซึ่งสาเหตุอาจเกิดจากผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาคิดว่าตัวเองไม่ได้ป่วยและคิดว่าผู้ป่วยทานยานั้นเป็นคนบ้า จึงทำให้แพทย์วินิจฉัยโรคไม่ตรงตามอาการที่เป็นจริง ผู้ป่วยจึงได้รับยาที่ถูกต้องทำให้อาการไม่ดีขึ้นและอาจเป็นรุนแรงขึ้น ดังจะเห็นจากตัวอย่างดังต่อไปนี้

“ปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาด้วยยา คิดว่าการให้ยาตรงกับโรคที่เขาเป็นอยู่ เพราะตอนที่เด็กไปพบแพทย์อาจพูดไม่ตรงแล้วได้ยามาอีกอย่าง” (ผู้สัมภาษณ์รายที่ 1)

“การทานยาทำให้อาการดีขึ้น อาจหายเป็นปกติแต่ถ้าทานแล้วไม่หายก็อาจจะร้ายแรงขึ้น แพทย์ต้องรู้ว่าเด็กมีปัญหาอะไรจะได้ให้ยาที่ถูกต้องเพราะเด็กบางคนบอกอาการไม่หมด” (ผู้สัมภาษณ์รายที่ 2)

“การรักษาบางตัวค่อนข้างเห็นผล กินแล้วสบายใจแต่บางคนกินแล้ววังทำอะไรไม่ค่อยได้ บางคนไม่ยอมทานยาพอพี่ถามเขาก็บอกว่ายาสำหรับคนบ้าและกลัวเพื่อนล้อ หรือบางคนตอนอยู่ที่หอหลับดีแต่พอไปพบแพทย์ก็บอกนอนไม่หลับ แพทย์ก็ให้ยานอนหลับมา” (ผู้สัมภาษณ์รายที่ 7)

จะเห็นได้ว่าบุคลากรบางส่วนมีความกลัวและกังวลว่ายาที่เด็กได้รับอาจไม่ตรงกับอาการที่เป็นอยู่อาจไม่ใช่เกิดจากความที่ไม่เชื่อในความสามารถของแพทย์แต่เหตุผลโดยส่วนใหญ่ คือคิดว่าเด็กที่อยู่ที่นี่มีหลายรูปแบบโดยเฉพาะมีปัญหาพฤติกรรม เด็กบางคนมักเรียกร้องความสนใจมากหรือบางคนมีความกลัว เช่น กลัวเพื่อนล้อ อายเพื่อน หรือหวาดกลัวสิ่งต่างๆ ทำให้ไม่แสดงความรู้สึกที่แท้จริงออกมามากกว่า ซึ่งปัญหาเหล่านี้ทางสถานแรกรับเด็กหญิงบ้านธัญญพร ได้มีการแก้ไขโดยทุกครั้งที่เด็กเข้าพบแพทย์จะมีพี่เลี้ยง นักจิตวิทยาหรือนักสังคมสงเคราะห์ที่มีความใกล้ชิดเด็กเข้าร่วมพบแพทย์เพื่อให้ข้อมูลเพิ่มเติม แต่ก็เป็นการยากเพราะบางกรณีต้องนำ

เด็กไปตรวจที่โรงพยาบาลบางครั้งเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอไม่สามารถเข้าไปพบแพทย์พร้อมกับเด็ก ได้จึงยังเป็นปัญหาอยู่บ้าง

อีกประเด็นหนึ่งที่ถูกวิจัยได้จากการสัมภาษณ์ คือ เด็กบางคนปฏิเสธการทานยา เนื่องจากกลัวเพื่อนจะล้อว่าเป็นคนบ้า เป็นโรคจิต เกิดอาการอายเพื่อน จึงทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมทานยา ซ่อนยา แอบเอายาทิ้ง ซึ่งผู้ดูแลนั้นจะต้องใช้วิธีทำให้ผู้ป่วยต้องทานยาให้ครบตามที่แพทย์สั่ง ดังจะเห็นจากตัวอย่างดังต่อไปนี้

"เด็กบางคนถ้ารู้ว่าเป็นยาทางจิตเวชจะไม่อยากกิน เพราะคิดว่าเขาเป็นบ้าซึ่งเขาไม่ได้บ้า เพื่อนก็จะล้อว่าเป็นบ้า บางคนก็จะบ้วนออกข้างนอก" (ผู้สัมภาษณ์รายที่ 3)

โดยสรุปเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อการรักษาด้วยยาทางจิตเวช บุคลากรร้อยละ 80 เห็นว่าการรักษาด้วยยาทำให้อาการผู้ป่วยดีขึ้น จำเป็นที่จะต้องใช้ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง ควรจะมีการรักษาด้วยยาแต่การรักษาด้วยยานั้นไม่สามารถทำให้ให้รักษาให้หายขาดได้ แต่การเข้าร่วมกับการรักษาด้วยวิธีอื่น และคิดว่าการทานยาเป็นระยะเวลาอาจเกิดผลข้างเคียงได้

การบำบัดโดยให้คำปรึกษาหรือพูดคุยจะได้ผลดีในกรณีที่ผู้ป่วยบุคคลเนื่องจากผู้ป่วยแต่ละคนมีปัญหาที่แตกต่างกันและการรับรู้ที่แตกต่างกัน การให้การรักษารายบุคคลจึงช่วยทำให้แก้ปัญหาได้ตรงจุดการให้คำปรึกษาเป็นวิธีที่บุคลากรสามารถทำได้ทุกคนอาจเป็นการพูดคุยแบบไม่มีแบบแผน เพื่อให้ผู้ป่วยไว้วางใจและสบายใจไม่รู้สึกลดเดี้ยว แต่การให้คำปรึกษานั้นจะใช้ได้ดีในรายไม่มีอาการรุนแรงมีการรับรู้ที่ดี เพื่อส่งเสริมให้สามารถจัดการกับปัญหาและมีวิธีคิดที่ถูกต้อง แต่ปัญหาที่พบในการพูดคุยให้คำปรึกษา คือ ต้องใช้ระยะเวลาในการพูดคุยให้คำปรึกษาเป็นเวลานาน บุคลากรอาจไม่เพียงพอ ผู้ป่วยอาจเกิดการสับสนหากผู้ให้คำปรึกษามีหลายคนและมีความคิดเห็นที่แตกต่างกัน ดังจะเห็นจากตัวอย่างดังต่อไปนี้

"การให้คำปรึกษาช่วยให้เด็กรับรู้ในสิ่งที่เขาคิดเพื่อจะรับรู้ปัญหาและหาทางในการแก้ไข แต่ต้องทำให้เด็กเขาไว้วางใจแต่ที่คิดว่ามันก็มีข้อเสียนะคือ เมื่อมีคนให้คำปรึกษาหลายคนก็อาจทำให้เด็กงงหรือสับสนได้" (ผู้สัมภาษณ์รายที่ 9)

การทำกิจกรรมบำบัดหรือกลุ่มบำบัดซึ่งรวมถึงครอบครัวบำบัด จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ทั้งหมด ประมาณครึ่งหนึ่งมีความเห็นว่าการทำกิจกรรมบำบัดนั้น หากเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยสนใจก็สามารถช่วยให้เกิดความสนุกสนาน มีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้างมากขึ้น แต่สามารถช่วยให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้นได้ในระยะเวลาสั้นๆ เมื่อเลิกทำกิจกรรมก็กลับมาเป็นเหมือนเดิม ซึ่งต้องมีการทำอย่างสม่ำเสมอ และปัญหาที่พบคือ หากกิจกรรมที่จัดนั้นไม่เหมาะสมอาจทำให้เบื่อหน่ายไม่อยากทำกิจกรรม หรือในกรณีที่จัดกลุ่มผู้ที่

เข้าร่วมกิจกรรมไม่เหมาะสม อาจส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจต่อผู้ป่วยทางจิตเวช เช่น เพื่อนล้อ หรือไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ เป็นต้น

ทางด้านครอบครัวบำบัดนั้น ก็มีผลสำคัญ เนื่องจากปัญหาส่วนใหญ่ที่พบเกิดจากปัญหาครอบครัวทำให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมนั้นเป็นสิ่งที่ดีแต่เป็นการยากเนื่องจากครอบครัวไม่มีเวลา หากจะจัดกิจกรรมต้องใช้ระยะเวลาสั้นๆ ซึ่งอาจไม่ได้ผลมากนัก ดังจะเห็นจากตัวอย่างดังต่อไปนี้

"ด้านครอบครัวก็สามารถช่วยได้เหมือนกัน ถ้าครอบครัวให้ความร่วมมือซึ่งควรจะมีการอบรมครอบครัวนะ" (ผู้สัมภาษณ์รายที่ 1)

"การทำกิจกรรมบำบัดจะช่วยให้เพียงระยะสั้นๆ เมื่อเลิกทำกิจกรรมก็จะกลับมาคิดหมกมุ่นเหมือนเดิม" (ผู้สัมภาษณ์รายที่ 9)

กล่าวโดยสรุปแล้ว บุคลากรร้อยละ 80 มีความคิดเห็นพ้องกันว่า การรักษาด้วยยานั้นเป็นสิ่งจำเป็นโดยเฉพาะรายที่มีความรุนแรง แต่ควรได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้องเพื่อให้ได้รับยาที่เหมาะสมแต่ไม่ควรใช้ยาในระยะเวลาที่นานเพราะอาจทำให้เกิดผลข้างเคียงตามมา เช่น มีผลต่อตับ หรือการดีดยา เป็นต้น ถ้าเป็นการรักษาที่ดีที่สุดคือ มีการรักษาควบคู่กันหลายวิธีและควรเลือกวิธีที่เหมาะสมกับผู้ป่วยมากที่สุดจึงจะเห็นผล อย่างไรก็ตามมีบุคลากรจำนวน 1 คนที่มีความเห็นว่าครอบครัวบำบัดเป็นวิธีที่เหมาะสมที่สุดเพราะปัญหาที่เกิดขึ้นเกิดจากครอบครัว การให้ครอบครัวมาช่วยในการรักษา และเมื่อเปรียบเทียบทางด้านเจตคติของบุคลากรแต่ละฝ่าย เกี่ยวกับการบำบัดรักษาซึ่งพบว่า โดยส่วนใหญ่มีความคิดเห็นที่เหมือนกันซึ่งมองว่าเด็กควรได้รับการรักษาด้วยยา แต่มีฝ่ายแม่บ้านจำนวน 2 คนที่เห็นว่าถ้าเป็นไปได้ไม่อยากจะให้เด็กทานยาเพราะรักษาได้ชั่วคราวเมื่อหยุดยาก็กลับมาเป็นอีก อยากให้หายด้วยตัวเองไม่จำเป็นต้องให้ยา และคิดว่าผลข้างเคียงของยาทำให้เด็กบางคนไม่สามารถทำกิจกรรมร่วมกับคนอื่นได้

4.ด้านการปฏิบัติ

วิธีการดูแลผู้ป่วยทางด้านจิตเวชและวิธีการให้ผู้ป่วยทานยา

จากการสอบถามจากบุคลากรดูแลเด็กที่ป่วยทางจิตเวชและวิธีการให้เด็กทานยานั้น ทั้งหมด ได้เล่าสอดคล้องกันว่าในขั้นตอนของการรับเด็กเข้ามาจะเป็นหน้าที่ของนักสังคมสงเคราะห์และจะส่งต่อไปยังนักจิตวิทยาเพื่อทำการประเมินทางด้านร่างกายจิตใจและอารมณ์ของเด็ก เพื่อให้การดูแลที่เหมาะสม หลังจากนั้นนักจิตวิทยาจะรายงานผลการประเมินให้ทีมที่ดูแลเด็กรับทราบทั้งข้อมูลส่วนตัว ปัญหาที่เกิดขึ้นและแนวทางในการดูแลเพื่อความเข้าใจที่ตรงกันและมีการวางแผนในการดูแลที่เหมาะสม ซึ่งผู้ที่มีบทบาทที่สำคัญในการดูแลเด็กคือที่

เลี้ยงหรือแม่บ้านซึ่งต้องดูแลเด็กตลอด 24 ชั่วโมง ตั้งแต่ปัจจัย 4 ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เมื่อพบปัญหาที่เกิดขึ้นก็จะนำมารายงานให้นักสังคมสงเคราะห์และนักจิตวิทยารับทราบ เพื่อประเมินหากมีปัญหาหรืออาการที่รุนแรงก็จะนำไปรักษาที่โรงพยาบาล และการดูแลเด็กที่ป่วยทางจิตเวชนั้นต้องมีความระมัดระวังทางด้านความปลอดภัย เก็บอุปกรณ์ที่อาจเกิดอันตรายต่อเด็ก เช่น มีด ของมีคม สารเคมีต่างๆ ต้องมีความใจเย็น ไม่ใช้ความรุนแรงเพราะอาจทำให้เกิดอาการกำเริบขึ้นได้

ส่วนขั้นตอนในการให้เด็กทานยานั้นบุคลากรจำนวน 11 ใน 12 คน พบว่า มีขั้นตอนการให้ทานยาที่ใกล้เคียงกัน คือ เมื่อได้รับยาจากแพทย์นักสังคมสงเคราะห์หรือนักจิตวิทยาจะเป็นผู้นำยามาให้แม่บ้านหรือพี่เลี้ยงเก็บไว้โดยมีการบอกรายละเอียดเกี่ยวกับยาว่าเป็นยาอะไรวิธีและขนาดการรับประทาน ในบางครั้งอาจบอกผลข้างเคียงของยาบางตัวเท่าที่ทราบเพื่อให้พี่เลี้ยงช่วยในการสังเกตอาการที่อาจเกิดขึ้นได้ สำหรับวิธีในการให้ยานั้นเมื่อถึงเวลา พี่เลี้ยงจะเรียกเด็กมาทานยาทีละคน โดยให้ทานต่อหน้าและให้ยืนอยู่สักครู่จนมั่นใจว่าเด็กได้กลืนยาแล้วมีการตรวจสอบโดยการให้เด็กอ้าปากให้ดูอีกครั้งเพราะเด็กบางคนจะแอบซ่อนไว้ใต้ลิ้นแล้วบ้วนทิ้ง ภายหลัง จะไม่มีการให้เด็กเก็บยาไว้เองในกรณีที่เด็กต้องไปโรงเรียนหรือกลับบ้านจะนำยาไปที่ครูหรือผู้ปกครองโดยกำชับไม่ให้ผ่านมือเด็กและให้ยาตรงเวลา ดังจะเห็นจากตัวอย่างดังต่อไปนี้

“เมื่อเด็กไปพบแพทย์ได้ยามาจะเขียนชื่อเด็กไว้ที่ของยาแล้วแม่บ้านจะเป็นคนเก็บไว้ พอถึงเวลาทานยาแม่บ้านจะเรียกมาทานทีละคนต่อหน้า ถ้าบางคนไม่ยอมทานยาก็จะบอกเด็กว่าเป็นยานำร่องสมองกินแล้วจะดีเขาก็ยอมแต่ถ้าไม่ยอมจริงๆก็จะบดยาผสมกับน้ำให้เด็กทานเลย” (ผู้สัมภาษณ์รายที่ 3)

“เมื่อเด็กไปพบแพทย์และให้ยามาจะให้ยาไว้ที่พี่เลี้ยงซึ่งพี่เลี้ยงจะขึ้นกระดานชื่อเด็กไว้เพื่อกันลืมส่วนใหญ่เด็กก็จะรู้หน้าที่ของตัวเองแต่บางคนก็จะไม่ยอมทานเพราะได้ยินเพื่อนพูดว่าเป็นยาสำหรับคนบ้าซึ่งเราก็จะอธิบายให้เขาเข้าใจ เมื่อถึงเวลาทานยาก็จะเรียกเด็กมาทีละคนและให้เด็กนั่งต่อหน้าประมาณครึ่งชั่วโมงและให้อ้าปากไว้ให้ดูเพราะเด็กบางคนจะซ่อนยาเอาไว้ใต้ลิ้น ถ้ามีโอกาสก็จะบ้วนทิ้งเมื่อเด็กทานยาก็คอยสังเกตผลข้างเคียงของยาเช่นบางคนอาจมีอาการคลื่นไส้อาเจียนมากก็จะแจ้งให้แพทย์ทราบเพื่อปรับเปลี่ยนยาในกรณีที่เด็กต้องกลับบ้านอาจจะขอความร่วมมือผู้ปกครองในการให้เด็กทานยาและให้ข้อมูลที่ถูกต้องกับผู้ปกครอง” (ผู้สัมภาษณ์รายที่ 12)

แต่มีเพียง 1 คนที่บอกว่าไม่ค่อยแน่ใจว่ามีวิธีการให้ยาเด็กอย่างไร เนื่องจากไม่ได้มีหน้าที่เกี่ยวข้องในการให้ยา ดังจะเห็นจากตัวอย่างดังต่อไปนี้

“จริงๆแล้วก็ไม่ได้เป็นคนที่ให้เด็กทานยา ก็เลยไม่ทราบถึงวิธีการปฏิบัติซักเท่าไรเพราะจะเป็นหน้าที่ของพี่เลี้ยง แต่เท่าที่รู้จักก็ต้องให้เด็กทานยาตามแพทย์สั่งนั่นแหละ” (ผู้สัมภาษณ์รายที่ 2)

นอกจากนี้ยังมีวิธีในการสังเกตว่าเด็กได้รับยาครบหรือไม่ โดยคอยสังเกตพฤติกรรมว่าเด็กมีอาการดีขึ้นหรือไม่ เพื่อนำมาวิเคราะห์ว่าการที่เด็กมีอาการไม่ดีขึ้นนั้นอาจเกิดจากการได้รับยาไม่ครบในการสังเกตนั้นจะให้เด็กโตที่ไว้ใจได้หรือเจ้าหน้าที่ที่ดูแลเด็กในทีม เช่น ครูคอยสังเกตอาการเพิ่มเติมว่ามีอาการผิดปกติหรือเปลี่ยนแปลงอย่างไร สำหรับปัญหาส่วนใหญ่ที่พบคือ เด็กไม่ยอมทานยาซึ่งพบประมาณ 5-6 คนและในจำนวนนี้มี 1 คนไม่สามารถควบคุมได้ทำให้มีอาการรุนแรงจึงส่งตัวไปรักษาที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ การที่เด็กไม่ยอมทานยาเพราะกลัวเพื่อนล่อว่าเป็นคนบ้า ทานยาแล้วไม่หาย กลัวผลข้างเคียงของการใช้ยา และการที่เด็กได้รับยาไม่ตรงกับโรคที่เป็น ในกรณีที่เด็กไม่ยอมทานยาอาจต้องมีการพูดคุยให้เด็กเข้าใจว่าเป็นยาที่ช่วยในการควบคุมอาการให้ดีขึ้นหรืออาจบอกว่าเป็นยาบำรุงไม่ใช้ยาสำหรับคนบ้า แต่จะมีเด็กบางคนที่ไม่ยอมทานยาจริงๆ ก็จะไปปรึกษาแพทย์เพื่อให้แพทย์อธิบาย เพราะเด็กค่อนข้างจะเชื่อแพทย์มากกว่าเจ้าหน้าที่ที่ดูแล นอกจากนี้จะอธิบายให้เด็กทางจิตเวชเข้าใจแล้วแล้วยังต้องเปลี่ยนทัศนคติให้เด็กอื่นเข้าใจที่ถูกต้องเพื่อไม่ให้เกิดการล้อเพื่อน สำหรับปัญหาที่เด็กอาจได้รับยาไม่ตรงกับโรคนั้น มีวิธีการแก้ไขคือ เมื่อเด็กไปพบแพทย์จะต้องมีเจ้าหน้าที่เข้าไปให้ข้อมูลร่วมด้วยเช่น พี่เลี้ยง นักสังคมสงเคราะห์ หรือนักจิตวิทยา เพื่อให้ได้ข้อมูลและได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้อง และเมื่อเปรียบเทียบทางด้านการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่แต่ละฝ่ายนั้นทุกฝ่ายจะมีความเข้าใจและปฏิบัติไปในทางเดียวกัน ถึงแม้ว่าบางฝ่าย เช่น ครู จะมีความเกี่ยวข้องกับการให้ยาเด็กไม่มากนักแต่ก็มีความเข้าใจ และสนับสนุนการปฏิบัติที่ถูกต้องในการให้ยาทางจิตเวชในเด็ก

5. ประเด็นอื่นๆ

ด้านความเครียดในการทำงาน บุคลากรร้อยละ 60 จะมีความเครียดในการดูแลเด็กในช่วงแรกเนื่องจากไม่มีความรู้ในการดูแลเด็กทางจิตเวชและเด็กมีหลายประเภททั้งมีปัญหาด้านจิตเวช พฤติกรรม การถูกทารุณกรรม ซึ่งทำให้เกิดปัญหาในการดูแลทำให้ไม่สามารถควบคุมเด็กได้เด็กบางคนเกิดอาการหวาดระแวง ทำร้ายร่างกาย แต่เมื่อได้รับการอบรมและคำปรึกษาจากผู้ที่มีความรู้ทางด้านนี้รวมทั้งประสบการณ์ที่มากขึ้น ทำให้ความเครียดนั้นลดลงและเมื่อเกิดความเครียดก็จะมีจัดการกับความเครียดคือ ทำกิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลาย ปรึกษาครอบครัว เพื่อนร่วมงานหรือผู้บังคับบัญชาเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นหรือหาทางแก้ปัญหาที่ช่วยลดความเครียดที่เกิดขึ้นได้

6. ข้อเสนอแนะอื่นๆ

ข้อเสนอแนะของบุคลากรซึ่งร้อยละ 60 นั้นต้องการบุคลากรเพิ่มขึ้นไม่ว่าจะเป็นพี่เลี้ยงหรือผู้ที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญทางจิตเวชโดยตรง รองลงมาคือ ต้องการทราบถึงวิธีและแผนการรักษาของแพทย์เพื่อวางแผนในการดูแลเด็กร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังต้องการให้มีการแยกเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรมและเด็กจิตเวชไม่ให้ปะปนกันเพื่อจะได้ง่ายในการดูแล อีกเรื่องหนึ่งคือต้องการรับทราบเกี่ยวกับเรื่องยาทางจิตเวช ผลดีผลเสียและผลข้างเคียงต่างๆ และสุดท้ายคือ ต้องการปรับเปลี่ยนทัศนคติของผู้ดูแลให้มีทัศนคติในทางบวก เพื่อเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีในการดูแลเด็กที่ป่วยทางจิตเวช