

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การวิจัยนี้เป็นการศึกษา ความรู้ การปฏิบัติ และความต้องการการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลประสาทสงขลา จังหวัดสงขลา ที่แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จำนวน 150 คน ผลการศึกษาได้นำเสนอข้อมูลเป็นตารางประกอบคำบรรยาย ตามลำดับดังนี้คือ

4.1 ผลการการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านในครอบครัวไทยมุสลิม

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัวไทยมุสลิม

ส่วนที่ 2 ความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัวไทยมุสลิม

ส่วนที่ 3 การปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัวไทยมุสลิม

มุสลิม

ส่วนที่ 4 ความต้องการการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัวไทยมุสลิม

ส่วนที่ 5 ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัวไทยมุสลิม

4.2 การอภิปรายผล

4.1 ผลการการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านในครอบครัวไทยมุสลิมประกอบด้วย ลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษาสายสามัญ การศึกษาสายศาสนา อาชีพหลัก อาชีพรอง ค่ารักษาพยาบาลที่ใช้กับผู้ป่วยเฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ภูมิฐานะ

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวไทยมุสลิม จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน n=150	ร้อยละ
ลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
บิดา/มารดา	71	47.4
สามี/ภรรยา	11	7.4
บุตร	9	6.0
ญาติๆ (พี่ น้อง ลุง ป้า น้า อา)	59	39.3
เพศ		
ชาย	76	50.7
หญิง	74	49.3
อายุ		
ต่ำกว่า 20ปี	3	2.0
21-40 ปี	54	36.0
41-60 ปี	67	44.7
61 ปีขึ้นไป	26	17.3

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน n=150	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
โสด	14	9.3
คู่	118	78.7
หม้าย	13	8.7
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	5	3.3
ระดับการศึกษาสายสามัญ		
ไม่ได้รับการศึกษา	21	14.0
ประถมศึกษา	95	63.3
มัธยมศึกษา	28	18.7
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	3	2.0
ปริญญาตรี/สูงกว่า	3	2.0
ระดับการศึกษาสายศาสนา		
ไม่ได้รับการศึกษา	88	58.7
ประถมศึกษา	46	30.7
มัธยมศึกษา	15	10.0
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา/สูงกว่า	1	.7
อาชีพหลัก		
ทำสวนทำนาทำไร่	82	54.7
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	26	17.3
รับจ้าง	18	12.0
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	6	4.0
อื่นๆ เช่น เย็บผ้า ประมง	15	10.0
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	3	2.0

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน n=150	ร้อยละ
อาชีพครอง		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	104	69.3
ทำสวนทำนาทำไร่	15	10.0
รับจ้าง	11	7.3
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	10	6.7
อื่นๆ	10	6.7
ค่ารักษาพยาบาลที่ใช้กับผู้ป่วยเฉลี่ยต่อเดือน		
1,000 บาท	110	73.3
1,001-2,000 บาท	35	23.3
2,001-3,000 บาท	4	2.7
3,001-5,000 บาท	1	0.7
ความเพียงพอของรายได้		
พอใช้	89	59.3
ไม่พอใช้	59	39.3
เหลือเก็บ	2	1.3
ภูมิลำเนาของผู้ดูแล		
สงขลา	56	37.3
ปัตตานี	32	21.3
สตูล	18	12.0
นราธิวาส	16	10.7
ยะลา	13	8.7
พัทลุง	11	7.3
ตรัง	2	1.3

จากตาราง 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบิดามารดา ร้อยละ 47.4 รองลงมาญาติๆ (พี่ น้อง ลุง ป้า น้า อา) ร้อยละ 39.3 ส่วนใหญ่พบว่าเพศชาย และเพศหญิงมีจำนวนใกล้เคียงกัน เพศชาย ร้อยละ 50.7 รองลงมาเป็นเพศหญิง ร้อยละ 49.3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 41-60 ปี ร้อยละ 44.7 รองลงมาคือ อายุระหว่าง 21-40 ปี ร้อยละ 36.0 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 78.7 โดยมีวุฒิการศึกษาสายสามัญมากที่สุด คือระดับประถมศึกษา ร้อยละ 63.3 รองลงมาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 18.7 ส่วนวุฒิการศึกษาสายศาสนา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่ได้รับการศึกษา ร้อยละ 58.7 รองลงมาคือระดับประถมศึกษา ร้อยละ 30.7 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพหลักคือ ทำสวนทำนาทำไร่ ร้อยละ 54.7 รองลงมาคือค้าขายหรือทำธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 17.3 สำหรับการประกอบอาชีพรองคือ ส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพรอง ร้อยละ 69.3 รองลงมามีการประกอบอาชีพรอง คือทำสวนทำนาทำไร่ ร้อยละ 10.0 ค่ารักษาพยาบาลที่ใช้กับผู้ป่วยเฉลี่ยต่อเดือน ส่วนใหญ่ไม่เกิน 1000 บาท ร้อยละ 73.3 รองลงมาคือ 1001-2000 บาท ร้อยละ 23.3 ความเพียงพอของรายได้พบว่าญาติผู้ป่วยมีรายได้พอใช้ ร้อยละ 59.3 มากกว่าไม่พอใช้ ร้อยละ 39.3 ส่วนภูมิลำเนาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในจังหวัดสงขลา ร้อยละ 37.3 รองลงมาคือจังหวัดปัตตานี ร้อยละ 21.3

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัวไทยมุสลิม ประกอบด้วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความรับผิดชอบในการดูแล การรับภาระดูแลผู้ป่วยอื่น การได้รับการเยี่ยมจากบุคลากรทางการแพทย์ จำนวนครั้งที่นอนพักในโรงพยาบาล ความรุนแรงของอาการผู้ป่วย ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมจำแนกตามประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย

ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย	จำนวน n=150	ร้อยละ
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย		
<-1 ปี	4	2.7
2-5 ปี	64	42.7
6-10 ปี	37	24.7
10 ปีขึ้นไป	45	30.0
ความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย		
รับผิดชอบดูแลคนเดียวทุกเรื่อง	35	23.3
ดูแลทุกเรื่องและมีผู้ช่วยดูแล	103	68.7
รับผิดชอบดูแลเฉพาะเรื่อง	12	8.0
การรับภาระดูแลผู้ป่วยอื่นในครอบครัว		
ไม่มี	133	88.7
มี	17	11.3
การได้รับการเยี่ยมจากบุคลากรทางการแพทย์		
ไม่ได้รับการเยี่ยม	130	86.7
ได้รับจากบุคลากรจาก ร.พ. ประสาทสงขลา	4	2.7
ได้รับจากบุคลากรอื่นๆ	16	10.7

ตาราง 2 (ต่อ)

ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย	จำนวน n=150	ร้อยละ
จำนวนครั้งที่นอนพักในโรงพยาบาล		
ไม่เคยนอนพักในโรงพยาบาล	34	22.7
เคยนอนพักในโรงพยาบาล 1 ครั้ง	50	33.3
2-4 ครั้ง	51	34.0
5 ครั้งขึ้นไป	15	10.0
ความรุนแรงของอาการผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ดูแล		
ไม่รุนแรง	65	43.3
รุนแรงปานกลาง	68	45.3
รุนแรงมาก	17	11.3
ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย		
ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ทั้งหมด	83	55.3
ญาติช่วยดูแลบางส่วน	57	38.0
ญาติช่วยดูแลเกือบทั้งหมด	10	6.7

จากตาราง 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ อยู่ระหว่าง 2-5 ปี ร้อยละ 42.7 รองลงมาคือ 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 30.0 ส่วนความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่วนใหญ่พบว่าดูแลทุกเรื่องและมีผู้ช่วยดูแลร้อยละ 68.7 รองลงมาคือ รับผิดชอบดูแลคนเดียวทุกเรื่อง ร้อยละ 23.3 ส่วนใหญ่ ไม่มีการรับภาระดูแลผู้ป่วยอื่นร้อยละ 88.7 รองลงมาคือมีผู้ป่วยอื่นที่ต้องดูแล ร้อยละ 11.3 การได้รับการเยี่ยมจากบุคลากรทางการแพทย์ ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการเยี่ยมร้อยละ 86.7 รองลงมาได้รับการเยี่ยมจากบุคลากรอื่นๆ ร้อยละ 10.7 จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยนอนพักใน ร.พ. ส่วนใหญ่นอนพักครั้งที่ 2-4 ร้อยละ 34.3 รองลงมาคือนอนพักครั้งที่ 1 ร้อยละ 33.3 ความรุนแรงของอาการผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ดูแลส่วนใหญ่พบว่าอาการรุนแรงปานกลาง ร้อยละ 45.3 รองลงมาคือไม่รุนแรง ร้อยละ 43.3 ความสามารถในการดูแล

ตนเองของผู้ป่วยส่วนใหญ่พบว่าดูแลตนเองได้ ร้อยละ 55.3 รองลงมาคือญาติต้องช่วยดูแล บางส่วน ร้อยละ 38.0

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัวไทยมุสลิม (ตอบวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1)

ข้อมูลด้านความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัวไทยมุสลิม แบ่งเป็น 7 ด้านคือ ด้านความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท ด้านการรับประทานยาและผลข้างเคียงของยา ด้านการสังเกตอาการกำเริบ ด้านการดูแลกิจวัตรประจำวัน ด้านการทำงานประกอบอาชีพ ด้านการลดความเครียดของผู้ป่วย ด้านการจัดสิ่งแวดล้อม

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลในครอบครัวไทยมุสลิมจำแนกโดยรวมและเป็นรายด้าน (n=150)

ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน	\bar{X}	SD	การแปลผลความรู้
ด้านการลดความเครียดของผู้ป่วย	0.98	0.09	ดี
ด้านการสังเกตอาการกำเริบ	0.97	0.10	ดี
ด้านการทำงานประกอบอาชีพ	0.96	0.19	ดี
ด้านการดูแลกิจวัตรประจำวัน	0.96	0.19	ดี
ด้านการจัดสิ่งแวดล้อม	0.90	0.30	ดี
ด้านการรับประทานยาและผลข้างเคียงของยา	0.82	0.15	ดี
ด้านความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท	0.81	0.15	ดี
รวม	0.87	0.08	ดี

จากตาราง 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ที่ถูกต้องโดยรวม อยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาตามรายด้านพบว่ามีความรู้ในระดับดีทุกด้านคือ ด้านการลดความเครียดของผู้ป่วย ด้านการสังเกตอาการกำเริบ ด้านการดูแลกิจวัตรประจำวัน ด้านการทำงานประกอบอาชีพ ด้านการจัดสิ่งแวดล้อม ด้านการรับประทานยาและผลข้างเคียงของยา ด้านความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัวไทยมุสลิมจำแนกเป็นรายข้อ (n=150)

ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน	\bar{X}	S.D.	การแปลผลความรู้
1. ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท	0.82	0.15	ดี
1.1 ด้านความหมาย			
1. ลักษณะเด่นของโรคจิตเภทคือมีความผิดปกติของความคิด	0.85	0.36	ดี
1.2 ด้านสาเหตุ			
2. ความผิดหวังในเรื่องต่างๆ เป็นสาเหตุหนึ่งของการป่วยเป็นโรคจิตเภท เช่น ผิดหวังเรื่อง ความรัก เรื่องการเรียน	0.81	0.39	ดี
3. สาเหตุของโรคจิตเภทเกิดจากความผิดปกติของสารเคมีในสมอง	0.71	0.45	ดี
4. กรรมพันธุ์เป็นสาเหตุหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคจิตเภท	0.39	0.49	ปานกลาง
1.3 ด้านอาการ			
5. ผู้ป่วยจิตเภทบางคนมีอาการเปลี่ยนแปลงง่าย	0.98	0.14	ดี
6. ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการประสาทหลอนเช่นหูแว่วได้ยินเสียงแปลกๆ และมองเห็นสิ่งที่คนอื่นมองไม่เห็น	0.98	0.14	ดี
7. อาการสำคัญของโรคจิตเภท คือพูดคนเดียว เดินไปเดินมา ทำท่าทางแปลกๆ	0.95	0.21	ดี
8. ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการคลุ้มคลั่ง รุนแรงอาละวาดทำลายข้าวของ หรือทำร้ายคนอื่น	0.89	0.32	ดี
9. ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการพูดจาเรื่อยเปื่อยฟังไม่รู้เรื่อง	0.87	0.34	ดี
1.4 ด้านการพยากรณ์โรค			
10. ผู้ป่วยจิตเภทเมื่อรักษาแล้วในบางรายจะหายขาด	0.68	0.47	ดี

ตาราง 4 (ต่อ)

ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน	\bar{X}	S.D.	การแปลผล ความรู้
2. ด้านการรับประทานยาและผลข้างเคียงของยา	0.82	0.15	ดี
11. เมื่อผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากยาควรปรึกษาแพทย์	0.99	0.12	ดี
12. เมื่อผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงของยาต้องรีบพาผู้ป่วยไป โรงพยาบาล	0.99	0.12	ดี
13. โรคจิตเภทมีโอกาสป่วยซ้ำได้ถ้าไม่รับประทานยาให้ สม่ำเสมอ	0.98	0.14	ดี
14. ผู้ป่วยจิตเภทต้องรับประทานยาต่อเนื่อง จนกว่าแพทย์จะ เห็นสมควรให้หยุดยา	0.98	0.14	ดี
15. ผู้ป่วยจิตเภทเมื่ออาการทุเลาแล้วสามารถหยุดยาเองได้	0.63	0.48	ปานกลาง
16. ยารักษาโรคจิตเภทบางชนิดอาจทำให้เกิดผลข้างเคียง เช่น มือสั่น น้ำลายไหล คอแข็ง	0.63	0.48	ปานกลาง
17. การใช้ยาชนิดชนิดออกฤทธิ์นานจะออกฤทธิ์ในการควบคุม อาการผู้ป่วยจิตเภทได้นานกว่ายาเกิน	0.51	0.50	ปานกลาง
3. ด้านอาการกำเริบ	0.97	0.10	ดี
18. อาการเตือนก่อนที่ผู้ป่วยจะมีอาการกำเริบเช่นนอนไม่หลับ หงุดหงิด	0.97	0.16	ดี
19. ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาจนทุเลาแล้วหากมีเรื่องกระทบ กระเทือนใจจะทำให้มีอาการกำเริบได้อีก	0.95	0.23	ดี
20. ท่านควรดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างใกล้ชิดเพื่อคอยสังเกต อาการกำเริบ	0.96	0.20	ดี
4. ด้านกิจวัตรประจำวัน	0.96	0.19	ดี
21. ถ้าผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ควรปล่อยให้ผู้ป่วยทำกิจวัตร ประจำวันด้วยตัวเองในเรื่องต่างๆ เช่น สุขภาพอนามัย การรับ- ประทานอาหาร การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว เป็นต้น	0.98	0.14	ดี

ตาราง 4 (ต่อ)

ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน	\bar{X}	S.D.	การแปลผล ความรู้
22. ผู้ป่วยจิตเภทควรได้รับการสอนหรือฝึกให้ช่วยงานบ้าน บางอย่างได้ เช่น กวาดบ้าน รดน้ำต้นไม้	0.96	0.20	ดี
5. ด้านการทำงานประกอบอาชีพ	0.96	0.19	ดี
23. ผู้ป่วยที่อาการทุเลาและกลับบ้านได้แล้วควรได้รับการ สนับสนุนให้กลับไปทำงานตามปกติผู้ป่วยพอทำได้	0.96	0.20	ดี
6. ด้านการลดความเครียดของผู้ป่วย	0.98	0.19	ดี
25. ญาติผู้ป่วยจิตเภทควรปลอมโยนชมเชยและให้กำลังใจแก่ ผู้ป่วยจิตเภทตามความเหมาะสม	0.99	0.12	ดี
26. ญาติผู้ป่วยจิตเภทควรพูดคุยกับผู้ป่วยเมื่อมีเวลาว่าง	0.98	0.14	ดี
27. ผู้ป่วยจิตเภทสามารถสื่อสารกับบุคคลอื่นได้ดีทุกคน	0.93	0.26	ดี
7. ด้านสิ่งแวดล้อม	0.90	0.30	ดี
28. ควรเก็บของมีคมอันตรายไว้ในที่มิดชิดเมื่อผู้ป่วยจิตเภท อยู่ในบ้าน	0.90	0.30	ดี

จากตาราง 4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านอยู่ในระดับดีทุกข้อ ยกเว้นในหัวข้อกรรมพันธ์เป็นสาเหตุหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคจิตเภท เมื่อผู้ป่วยจิตเภทอาการทุเลาแล้วสามารถหยุดยาเอง ยารักษาโรคจิตเภทบางตัวทำให้เกิดผลข้างเคียงได้ เช่น มือสั่น น้ำลายไหล คอแข็ง การให้ยาชนิดชนิดออกฤทธิ์นานจะออกฤทธิ์ในการควบคุมอาการของผู้ป่วยจิตเภทได้นานกว่ายาเกิน ซึ่งมีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง

ส่วนที่ 3 การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทไทย มุสลิม (ตอบวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 2)

ข้อมูลด้านการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัวไทยมุสลิมแบ่งเป็น 6 ด้านคือ ด้านการรับประทานยาและผลข้างเคียงของยา ด้านการสังเกตอาการกำเริบ

ด้านการดูแลกิจวัตรประจำวัน ด้านการทำงานประกอบอาชีพ ด้านการลดความเครียดของผู้ป่วย
ด้านการจัดสิ่งแวดล้อม

ตาราง 5 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแล
ในครอบครัวไทยมุสลิมจำแนกโดยรวมและเป็นรายด้าน (n=150)

การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน	\bar{X}	SD	การแปลผลปฏิบัติ
ด้านการสังเกตอาการกำเริบ	1.90	0.30	ดีมาก
ด้านการลดความเครียดของผู้ป่วย	1.73	0.24	ดีมาก
ด้านการจัดสิ่งแวดล้อม	1.70	0.45	ดีมาก
ด้านการทำงานและการประกอบอาชีพ	1.64	0.55	ดีมาก
ด้านการดูแลกิจวัตรประจำวัน	1.46	0.33	ดีมาก
ด้านยาและผลข้างเคียงของยา	1.44	0.38	ดีมาก
รวม	1.46	0.22	ดีมาก

จากตาราง 5 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยรวมปฏิบัติ
ดีมาก และรายด้านส่วนใหญ่พบว่ามี การปฏิบัติอย่างดีมากทุกด้านคือ ด้านการสังเกต
อาการกำเริบ ด้านการลดความเครียดของผู้ป่วย ด้านการจัดสิ่งแวดล้อม ด้านการทำงานและ
การประกอบอาชีพ ด้านการดูแลกิจวัตรประจำวัน ด้านการรับประทานยาและผลข้างเคียงของยา

ตาราง 6 ค่าเฉลี่ยค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแลใน
ครอบครัวไทยมุสลิมจำแนกเป็นรายข้อ (n=150)

การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย	\bar{X}	SD	การแปลผลปฏิบัติ
1. การปฏิบัติเกี่ยวกับยา	1.44	0.38	ดีมาก
รับประทานยาและผลข้างเคียงของยา	1.93	0.39	ดีมาก
1. ทานดูแลผู้ป่วยเรื่องการรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่าง ครบถ้วน	1.53	0.60	ดีมาก
2. ทานดูแลผู้ป่วยเรื่องการรับประทานยาตามแพทย์อย่างถูกต้อง ตามเวลา	1.55	0.59	ดีมาก

ตาราง 6 (ต่อ)

การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย	\bar{X}	SD	การแปลผลปฏิบัติ
3. ท่านดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ แม้ว่าผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมหรือท่าทางเป็นปกติ	1.57	0.61	สม่ำเสมอ
4. ช่วงถือศีลอดท่านดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามเวลาครบถ้วนทุกมื้อ	1.46	0.75	สม่ำเสมอ
5. ท่านคอยสังเกตดูแลเรื่องผลข้างเคียงของยา เช่น น้ำลายไหล คอแข็ง แขนขาสั่นเป็นต้น	1.53	0.67	สม่ำเสมอ
6. เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีผลข้างเคียงของยาท่านให้ผู้ป่วยหยุดรับประทานยา	0.97	0.90	ไม่สม่ำเสมอ
7. เมื่อผู้ป่วยมีผลข้างเคียงของยาท่านรีบพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ทันที	1.31	0.85	ไม่สม่ำเสมอ
8. ท่านคอยสังเกตต่างๆ คอยกระตุ้นและให้กำลังใจในกรณีผู้ป่วยรับประทานยาได้เอง	1.63	0.67	สม่ำเสมอ
2. ด้านการสังเกตอาการกำเริบ	1.90	0.30	สม่ำเสมอ
9. ท่านเฝ้าคอยสังเกตอาการกำเริบของผู้ป่วย	1.90	0.30	สม่ำเสมอ
3. ด้านปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	1.46	0.55	สม่ำเสมอ
10. ท่านดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีประโยชน์	1.79	0.47	สม่ำเสมอ
11. ท่านดูแลให้ผู้ป่วยออกกำลังกายสม่ำเสมอ	.58	0.72	ไม่ได้ปฏิบัติ
12. ท่านดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ	1.63	0.62	สม่ำเสมอ
13. ท่านดูแลให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน	1.09	0.85	ไม่สม่ำเสมอ
14. ท่านสนับสนุนผู้ป่วยเกือบทุกอย่างเมื่อผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อย	1.78	0.48	สม่ำเสมอ
15. ท่านให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเกือบทุกอย่างเมื่อผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อย	1.89	0.41	สม่ำเสมอ

ตาราง 6 (ต่อ)

การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย	\bar{x}	SD	การแปลผลปฏิบัติ
4. ด้านการทำงานและประกอบอาชีพ	1.64	0.55	ดีมาก
16. ท่านดูแลให้ผู้ป่วยทำงานตามความเหมาะสมเท่าที่ผู้ป่วยทำได้	1.58	0.68	ดีมาก
17. ท่านพยายามค้นหาสิ่ง que ผู้ป่วยสามารถทำได้และช่วยให้ผู้ป่วยค่อยๆปรับตัวตามความสามารถ	1.70	0.58	ดีมาก
5. ด้านการลดความเครียดของผู้ป่วย	1.73	0.24	ดีมาก
18. ท่านให้ความสนใจเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยรู้สึก que ตนเองถูกทอดทิ้ง	1.83	0.38	ดีมาก
19. ท่านสร้างบรรยากาศที่บ้านให้อบอุ่นและเป็นมิตร	1.71	0.50	ดีมาก
20. ท่านได้พูดคุยกับผู้ป่วยดีมาก	1.82	0.39	ดีมาก
21. ท่านให้ความรักความเข้าใจในตัวผู้ป่วย	1.89	0.31	ดีมาก
22. ท่านปลอบโยน ชมเชย และให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย	1.85	0.37	ดีมาก
23. ท่านรักษาสัญญาที่ให้ไว้กับผู้ป่วย	1.37	0.61	ดีมาก
24. ท่านหลีกเลี่ยง การตำหนิตีเยียน ถากถาง	1.50	0.51	ดีมาก
25. ท่านหลีกเลี่ยงการวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วย	1.55	0.53	ดีมาก
26. เมื่อมีความขัดแย้งเกิดขึ้นระหว่างท่านกับผู้ป่วยท่านจะพูดคุยทำความเข้าใจ	1.72	0.51	ดีมาก
27. ท่านสนับสนุนให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าของตนเอง	1.77	0.51	ดีมาก
28. ท่านสื่อสารกับผู้ป่วยด้วยภาษาที่ง่ายๆและชัดเจน	1.97	0.18	ดีมาก
6. ด้านจัดสิ่งแวดล้อม	1.70	0.45	ดีมาก
29. ท่านเก็บของมีคม/อันตรายไว้ให้มิดชิดเมื่อผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในบ้าน	1.73	0.53	ดีมาก
30. ท่านจัดห้องที่เป็นส่วนตัวสำหรับผู้ป่วย	1.66	0.70	ดีมาก

จากตาราง 6 พบว่าส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน รายข้อปฏิบัติดีมากในทุกข้อ ยกเว้นในหัวข้อเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการข้างเคียงของยาให้ผู้ป่วยหยุดรับประทานยา เมื่อผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงของยารักษาผู้ป่วยไปพบแพทย์ทันที

การดูแลให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน ปฏิบัติไม่สม่ำเสมอ และในหัวข้อการดูแลให้ผู้ป่วยออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอไม่ปฏิบัติ

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัวไทยมุสลิม (ตอบวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่3)

ข้อมูลด้านความต้องการการสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านในครอบครัวไทยมุสลิมแบ่งเป็น 4 ด้านคือ ด้านบริการ ด้านแหล่งบริการ/วิธีการใช้บริการ ด้านค่าใช้จ่าย และด้านบริการเสริม

ตาราง 7 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานความต้องการการสนับสนุนการดูแล ผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัวไทยมุสลิมจำแนกโดยรวมและเป็นรายด้าน (n=150)

ความต้องการการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน	\bar{X}	SD	การแปลผล ความต้องการ
ด้านบริการเสริม (Promotion)	2.28	0.35	มาก
ด้านแหล่งบริการ/วิธีการใช้บริการ (Place)	2.26	0.26	มาก
ด้านบริการ (Service/Product)	1.93	0.39	ปานกลาง
ด้านค่าใช้จ่าย (Price)	1.78	1.09	ปานกลาง
รวม	2.03	0.36	ปานกลาง

จากตารางที่ 7 พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มีค่าเฉลี่ยของความต้องการการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการการสนับสนุน ด้านบริการเสริม และด้านแหล่งบริการ/วิธีการใช้บริการ อยู่ในระดับมาก ส่วนความต้องการการสนับสนุนด้านบริการ และด้านค่าใช้จ่ายอยู่ในระดับปานกลาง

ตาราง 8 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความต้องการการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัวไทยมุสลิมจำแนกเป็นรายข้อ (n=150)

ความต้องการการสนับสนุนการดูแลที่บ้านด้านการบริการ	\bar{X}	S.D.	การแปลผลความต้องการ
1. ด้านบริการ(Service)	1.93	0.39	ปานกลาง
1.1 ด้านการสอนเกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในประเด็นต่างๆ เหล่านี้	2.23	0.18	ปานกลาง
1. การสอนความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท	2.40	0.81	มาก
2. คู่มือปฏิบัติสำหรับญาติเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	2.38	0.84	มาก
3. คู่มือปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยเรื่องการดูแลตนเอง	2.12	1.06	ปานกลาง
4. การปลอบโยน ชมเชยและให้กำลังใจผู้ป่วย	2.19	0.77	ปานกลาง
5. การแสดงความรัก ความห่วงใย ความเอื้ออาทร และช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเหมาะสม	2.17	0.80	ปานกลาง
6. การช่วยผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	1.95	0.97	ปานกลาง
7. การดูแลเรื่องการรับประทานยา	2.25	0.88	ปานกลาง
8. การสังเกตผลข้างเคียงของยาและการช่วยเหลือเบื้องต้น	2.45	0.73	มาก
9. การเฝ้าระวังและสังเกตอาการกำเริบ	2.43	0.66	มาก
10. การดัดแปลงสิ่งแวดล้อมในบ้านเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้น	1.98	0.92	ปานกลาง
1.2 การเยี่ยมบ้านและการรักษาพยาบาลที่บ้าน	1.87	0.34	ปานกลาง
1. การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยหลังจำหน่ายเป็นเวลา 3 เดือนละ 1 ครั้ง	1.87	1.08	ปานกลาง
2. การเยี่ยมบ้านเป็นเวลา 6 เดือนในเวลา 2 เดือนต่อครั้ง	1.62	0.96	ปานกลาง
3. การเยี่ยมบ้าน 1 ปี ในเวลา 2 เดือนต่อครั้ง	1.42	0.91	น้อย
4. การเยี่ยมโดยบุคลากรจากโรงพยาบาลประสาท	2.51	0.92	มาก
5. การเยี่ยมบ้านโดยบุคลากรสาธารณสุขชุมชน	1.93	0.98	ปานกลาง

ตาราง 8 (ต่อ)

ความต้องการการสนับสนุนการดูแลที่บ้านด้านการบริการ	\bar{X}	S.D.	การแปลผลความต้องการ
6. การเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุข	1.61	0.93	ปานกลาง
7. การบริการแนะนำปรึกษาแก่ครอบครัวตามที่ขอ	2.16	0.74	ปานกลาง
8. การจัดหาให้ที่บ้าน	1.87	1.11	ปานกลาง
1.3 การช่วยเหลือด้านอาชีพการงาน	1.51	0.90	น้อย
1. ข้อมูลเกี่ยวกับการสมัครงานหรือฝึกอาชีพ	1.47	1.17	น้อย
2. การประสานงานกับผู้ว่าจ้างในชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยได้ทำงาน	1.53	1.21	ปานกลาง
3. การมีผู้ช่วยฝึกอาชีพหรือฝึกงานให้กับผู้ป่วย	1.47	1.18	น้อย
4. การมีแหล่งอาชีพที่เข้าใจและยินดีรับผู้ป่วยทำงาน	1.57	1.24	ปานกลาง
1.4 การผ่อนคลายความเครียดของญาติ	2.26	0.36	มาก
1. การสอนวิธีจัดการกับปัญหาประจำวันและความเครียด	2.28	0.78	มาก
2. ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งบริการสุขภาพทั่วไป	2.20	0.75	ปานกลาง
3. บริการการปรึกษาด้านจิตใจของญาติ	2.27	0.79	มาก
1.5 การดูแลในเวลากลางวัน	1.46	0.27	น้อย
1. การบริการดูแลกลางวันที่โรงพยาบาล	1.45	1.16	น้อย
2. การบริการดูแลกลางวันในชุมชน	1.65	1.18	ปานกลาง
3. การบริการดูแลกลางวันที่มีสยิด	1.11	0.98	น้อย
2. ด้านแหล่งบริการ/วิธีใช้บริการ(Place)	2.26	0.26	มาก
1. มีหน่วยงานที่มีการเตรียมตัวก่อนกลับบ้าน	2.13	0.80	ปานกลาง
2. มีหน่วยงานบริการเฉพาะที่สะดวกในการติดต่อเมื่อจำหน่ายผู้ป่วย	2.17	0.82	ปานกลาง
3. มีบริการทางโทรศัพท์ 24 ชั่วโมงเมื่อมีปัญหาวิกฤต	2.43	0.77	มาก
4. มีบริการซื้อขายทางไปรษณีย์	1.85	1.30	ปานกลาง

ตาราง 8 (ต่อ)

ความต้องการการสนับสนุนการดูแลที่บ้านด้านการบริการ	\bar{X}	S.D.	การแปลผล ความต้องการ
5. มีบริการจัดรถรับ-ส่งระหว่างบ้านและโรงพยาบาล	1.87	1.11	ปานกลาง
6. มีเตียงในโรงพยาบาลจิตเวชเพื่อรับผู้ป่วยจิตเภทฉุกเฉิน	2.54	0.73	มาก
อย่างเพียงพอ			
7. มีบริการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินจากโรงพยาบาลชุมชนสถานีนามัย มายังโรงพยาบาลประสาท	2.27	0.77	มาก
นอมัย มายังโรงพยาบาลประสาท			
8. มียาจิตเวชที่สถานีนามัย/โรงพยาบาลชุมชน	2.37	1.02	มาก
9. มีคำแนะนำเพื่อการใช้ระบบส่งต่อผู้ป่วย	2.27	0.75	มาก
10. มีพยาบาลที่มีความรู้และทักษะทางด้านจิตเภทในสถานีนามัย/โรงพยาบาลชุมชน	2.66	0.73	มาก
นอมัย/โรงพยาบาลชุมชน			
3. ด้านค่าใช้จ่าย(Price)	1.78	1.09	ปานกลาง
1. จ่ายตามราคาที่กำหนดของบริการที่ได้รับเช่น ค่าตรวจค่าทดสอบทางจิต ค่ายา	0.68	0.74	ไม่ต้องการ
ค่าทดสอบทางจิต ค่ายา			
2. ร่วมจ่าย เช่นจ่ายเพียงบางส่วน	1.03	0.91	น้อย
3. ใช้บัตร สปร./ประกันสังคม/บัตรสุขภาพ/อื่นๆ	2.89	0.37	มาก
4. จ่าย 30 บาททุกโรค	2.54	0.80	มาก
4. ด้านบริการเสริม (Promotion)	2.28	0.35	มาก
1. บริการสุขภาพจิตประชาชนในชุมชนที่มีสติ	2.78	0.52	มาก
2. บริการให้ความรู้สุขภาพจิตทางวิทยุ/โทรทัศน์ ทั้งภาษาไทยและมลายูถิ่น	2.21	1.11	ปานกลาง
ไทยและมลายูถิ่น			
3. การให้ความรู้ทางสุขภาพจิตเป็นเอกสารแปลเป็นภาษาไทยและมลายูถิ่น	1.91	1.21	ปานกลาง
มลายูถิ่น			
4. ประชาสัมพันธ์เรื่องการเยี่ยมบ้าน	2.17	0.71	ปานกลาง
5. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร	2.27	0.60	มาก

จากตารางที่ 8 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความต้องการการสนับสนุน

ด้านบริการ (Service/Product) อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ส่วนใหญ่มีความต้องการการสนับสนุน ในระดับมากคือ ต้องการการสนับสนุนวิธีการสังเกตผลข้างเคียงของยาและการช่วยเหลือเบื้องต้น การเฝ้าระวังและการสังเกตอาการกำเริบ การสอนความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท ให้มีคู่มือปฏิบัติสำหรับญาติเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ให้มีการเยี่ยมโดยบุคลากรจากโรงพยาบาลประสาท ให้มีการปรึกษาการผ่อนคลายความเครียดของญาติ การสอนวิธีจัดการกับปัญหาประจำวันและความเครียดบริการปรึกษาด้านจิตใจของญาติ ความต้องการการสนับสนุนในระดับน้อย คือ การเยี่ยมบ้าน 1 ปีในเวลา 2 เดือนต่อครั้ง การช่วยเหลือด้านอาชีพการงาน ข้อมูลเกี่ยวกับการสมัครงานหรือฝึกอาชีพ การช่วยดูแลผู้ป่วยในเวลากลางวัน

ด้านแหล่งบริการ/วิธีการใช้บริการ (Place) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความต้องการในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อพบว่ามีความต้องการการสนับสนุนในระดับมาก ในหัวข้อความต้องการสนับสนุนให้มีพยาบาลที่มีความรู้และทักษะทางด้านจิตเวชในสถานีนามัย/ร.พ. ชุมชน ให้มีเตียงใน ร.พ.จิตเวชเพื่อรับผู้ป่วยจิตเวชถูกเงินอย่างเพียงพอ ให้มีบริการทางโทรศัพท์ 24 ชั่วโมงเมื่อปัญหาวิกฤติ ให้มียารักษาโรคจิตเวชที่สถานีนามัย ร.พ. ชุมชน ให้มีการบริการส่งต่อผู้ป่วยถูกเงินจากสถานีนามัยมาโรงพยาบาลประสาท ให้มีคำแนะนำเพื่อเพื่อการใช้ระบบส่งต่อผู้ป่วย ความต้องการการสนับสนุนในระดับน้อยไม่มี

ด้านค่าใช้จ่าย (Price) มีความต้องการการสนับสนุนอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความต้องการการสนับสนุนในระดับมากในหัวข้อ ต้องการการสนับสนุนใช้ บัตรสปร. /บัตรประกันสังคม/บัตรสุขภาพอื่นๆ และต้องการจ่าย 30 บาทรักษาทุกโรค ความต้องการการสนับสนุนในระดับน้อยคือการร่วมจ่ายเพียงบางส่วน และไม่ต้องการคือการจ่ายตามราคาบริการที่ได้รับ

ด้านการบริการเสริม (Promotion) มีความต้องการการสนับสนุนในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อมีความต้องการการสนับสนุนในระดับมาก ในหัวข้อ ให้มีการบริการสุขภาพจิตประชาชนที่มัลลียิตและให้มีการสนับสนุนเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสาร ความต้องการการสนับสนุนในระดับน้อยไม่มี

ส่วนที่ 5 ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม
(ตอบวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 4)

5.1 ปัญหาด้านความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1. ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.1 ขาดความรู้เกี่ยวกับความหมาย

จากการการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในภาพรวมมีความรู้ในระดับดีแต่เมื่อสัมภาษณ์สัมภาษณ์เจาะลึกพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทยังมีความรู้ไม่ถูกต้องอยู่อีกหลายประเด็นซึ่งมีความสอดคล้องกัน เช่นในเรื่องของความหมาย ซึ่งส่วนใหญ่ไม่รู้จักโรคจิตเภท รู้จักโรคจิตเฉยๆ คือ หมายถึงคนบ้า คนไม่รู้โอโน่นโอหนั้น สกปรก เป็นโรคคล้ายโรคประสาท จากคำสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ดูแลกล่าวว่า

“เป็นโรคคล้ายๆ โรคประสาท” (ผู้ดูแล/เรื้อรัง/ชาย/ในเมือง)

“ไม่รู้จักโรคจิตเภท รู้จักแต่โรคจิตเฉยๆ คือ คนบ้า คนไม่รู้โอโน่นโอหนั้น สกปรก”

(ผู้ดูแล/เฉียบพลัน/หญิง/ชนบท)

“ไม่รู้จักโรคจิตเภท “

(ผู้ดูแล/เรื้อรัง/ชาย/ชนบท)

1.2 ขาดความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค

ความรู้ด้านสาเหตุการป่วยเป็นโรคจิตเภทพบว่าผู้ดูแลไม่รู้ว่ากรรมพันธ์เป็นสาเหตุหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคจิตเภท จากการสัมภาษณ์เจาะลึกพบว่าผู้ดูแลคิดว่าสาเหตุเกิดจากความเครียด ความต้องการไม่ได้ตั้งใจ ความผิดหวัง ด้านการเรียน ความรัก แต่เมื่อถามถึงสาเหตุว่าโรคจิตเภทเกิดจากกรรมพันธ์หรือไม่ ผู้ดูแลจะสับสนลำดับดูว่ามีปู่ ย่า ตา ยาย มีใครป่วยเป็นโรคจิตบ้าง ซึ่งส่วนใหญ่จะไม่ทราบว่าจะเกิดจากกรรมพันธ์ได้ ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ดูแลว่า

“ญาติพี่น้องเขาก็ไม่มี ผมคิดว่าอาจจะจากความเครียดมากกว่า”

(ผู้ดูแล/เรื้อรัง/ชาย/ชนบท)

“ไม่มีถามมาหมดแล้วทั้งทางพ่อ (ญาติฝ่ายพ่อ) ช้างฉันก็ไม่มี คิดว่าเกิดจากความเครียด”

(ผู้ดูแล/เรื้อรัง/หญิง/ชนบท)

“โรคจิตนี้มันมา (ป่วย) เอง พุดถึงโรคนี้กรรมพันธ์เราไม่มี” (ผู้ดูแล/เฉียบพลัน/ชาย/ในเมือง)

"สาเหตุจากอกหัก อยากขอผู้หญิงแต่ไม่มีเงินแล้วก็ (และ) รถมอเตอร์ไซด์ถูกยึดมัน เครียด"

(ผู้ดูแล/เรื่อรัง/ชาย/ในเมือง)

"สาเหตุมาจากความไม่ได้ตั้งใจของเขาความเครียดของเขา เขาคิดว่าเขาจะเรียนต่อก็ไม่มีทุน จะลงทุนให้เป็นรูปเป็นร่างก็ไม่มีเงิน แล้วพ่อแม่ก็แก่แล้วเขาว่าไม่รู้จะหวังอะไร เขาคิดมากอยากช่วยประชาชน แต่ในฐานะที่เขาไม่มีเงินเขาเครียด"

(ผู้ดูแล/เรื่อรัง/ชาย/ในเมือง)

1.3 ขาดความรู้เกี่ยวกับการพยากรณ์โรค

ในเรื่องของการพยากรณ์โรค จากการสัมภาษณ์เจาะลึกพบว่าผู้ดูแล ทั้ง 8 ราย คิดว่าหายขาดเนื่องจากผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามมีความเชื่อว่าทุกอย่างในโลกนี้พระเจ้าเป็นผู้ให้ การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ถ้าพระเจ้าให้เป็นก็เป็นและถ้าพระเจ้าจะให้หายก็หาย และต้องกินยาควบคุมไปด้วยเพราะ พระเจ้าให้โรคมาร่วมกับให้ยามาด้วยทุกโรค ยกเว้นโรคชราและผู้ป่วยก็ต้องกินยาโดยมีแพทย์ที่เรียนมาเป็นผู้สั่งยา ว่าต้องรับประทานยาขนาดเท่าไร นอกจากนี้ศาสนาอิสลามยังเชื่อว่าเมื่อเจ็บป่วยต้องรักษาไปเรื่อยๆจนกว่าจะหาย ดังคำสัมภาษณ์

"เราต้องขอพระเจ้าแล้วเราก็ต้องทำใจ เวลาละหมาดเราต้องนึกถึงพระเจ้าขอให้สิ่งที่เราไม่ปรารถนาหายไป พระเจ้าเขาให้เป็น (ป่วย) พระเจ้าก็ต้องให้หายวันหนึ่ง (หายป่วย) เราต้องมั่นใจในพระเจ้า เรากินยาตามหมอสั่งและขอต่ออัลเลาะห์สิ่งเดียวว่าให้หายแค่นี้มันก็มีวันหาย"

(ผู้ดูแล/เรื่อรัง/หญิง/ในเมือง)

"มันเป็นโรคของพระเจ้าที่ให้ก็เป็นก็ให้(ให้ป่วย)ให้หายก็หาย พระเจ้าจะทดสอบความอดทนของเราว่าเราต้องทนให้ได้ เราต้องดูแลคนที่บ้าถ้าเราทนไม่ได้เราก็จะบ้า คนมุสลิมถ้าไม่สบายก็ต้องรักษากันอยู่นั้นแหละ (รักษาอยู่ตลอดเวลา) รักษาจนหายถ้าไม่หายก็รักษากันไปเรื่อยๆ"

(ผู้ดูแล/เรื่อรัง/ชาย/ชนบท)

"คิดว่าถ้าพระเจ้าอี้ (จะ) ให้หายก็กินยาที่พระเจ้าให้มาถ้าพระเจ้าไม่ให้หายมันก็เป็นอยู่นั้นแหละ ถ้ากินยาตลอดมันไม่เป็นหรอก หลังๆนี้กินยาไม่เคยขาดนานแล้วที่ไม่ต้องไปนอนโรงพยาบาล"

(ผู้ดูแล/เรื่อรัง/ชาย/ในเมือง)

"เวลาไม่สบายทุกชนิดไม่ว่าเจ็บเป็นอะไร (อะไร) อิสลามต้องรักษากันอยู่นั้นแหละ เพราะว่าเป็นความเชื่อของเราทุกคนว่าถ้าเราดูแลไม่หายต้องไปเอายาที่โรงพยาบาลโดยให้แพทย์ที่เขาเรียนมา และรู้ว่าต้องให้ยาขนาดเท่าใดกับคนคนนี้นี่ยาพระเจ้าจะเป็นผู้ประทาน

มาแล้วพร้อมกับโรคที่เป็น (ป่วย) เป็นโรคอะไร (อะไร) ก็ได้ยกเว้นโรคคนชราที่ไม่มียามาให้”

(ผู้ดูแล/เจียบพลัน/ชาย/ชนบท)

2. ขาดความรู้เกี่ยวกับยา

2.1 ขาดความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยา

จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลพบว่ายังขาดความรู้เรื่องการรับประทานยาที่ถูกต้องเพราะเมื่อผู้ป่วยอาการทุเลาจะหยุดรับประทานยาโดยคิดว่าหายแล้ว เมื่อต้องถือศีลอดก็จะงดยามือเที่ยงไปโดยไม่ได้รับประทานมื้อกลางวันแทน ยาที่ต้องรับประทานวันละ 3 มื้อก็จะรับประทานเพียง 2 มื้อ บางรายหยุดรับประทานทุกมื้อในช่วงถือศีลอด ดังคำกล่าวของผู้ดูแลซึ่งกล่าวว่า

“แต่เรานี่พอตอนตี 11 เรานอนนี่เรากินนอน แล้วเราไม่อยากจะลุกขึ้นมากินยา ปกติแก้บวชตอน 6 โมงครึ่งกว่าๆ ตอนนั้นเราก็แก้บวชได้แล้วถึงหัวรุ่ง (ใกล้รุ่ง) กินข้าวราวๆตี 3 เราก็ได้กินยาแล้ว ถ้ากิน 3 เวลาเราก็ให้กิน 2 เวลาเสีย”(ชะ) (ผู้ดูแล/เรือรัง/หญิง/ในเมือง)

“ ยากินตอนแก้บวชเสร็จก็ข้ามไปเลย (ยามือเที่ยง) หมอให้กิน 3 ครั้งก็เหลือ 2 ครั้ง”

(ผู้ดูแล/เจียบพลัน/ชาย/ในเมือง)

“ผมก็ถามนะว่ากินยาอยู่หรือเปล่ายายังมีอยู่หรือเปล่า พออยู่ๆ ยาก็ดหมดแล้ว ก็คิดว่าไม่เป็นไรคิดว่าหายแล้วแหละ (ละ) ขาดยาไปนานเหมือนกัน” (ผู้ดูแล/เจียบพลัน/หญิง/ชนบท)

“ ดูแลให้กินยา แต่ดูเขามากเขาก็ไม่ชอบ เพราะเขารู้ว่าเขาต้องกินเท่าไร เขากินบ้างไม่กินบ้าง คิดว่าเขาหายแล้ว” (ผู้ดูแล/เรือรัง/ชาย/ชนบท)

“นอนโรงพยาบาลหลายครั้งแล้ว พอหายมันก็ไม่กินยา พอว่าถ้าหาย (ถ้าหากหายป่วย) มันช่วยงานได้ สักพักมันก็เป็นแล้ว” (ผู้ดูแล/เจียบพลัน/หญิง/ชนบท)

2.2 ขาดความรู้เกี่ยวกับผลข้างเคียงของยา

ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะไม่มีความรู้เรื่องยารักษาโรคจิตเภทบางชนิดจะทำให้เกิดผลข้างเคียง เช่น มือสั่น น้ำลายไหล คอแข็ง เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่พบอาการแพ้ยาหรือผลข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในขณะที่ดูแล เนื่องจากผู้ป่วยแทบทุกรายแพทย์จะสั่งยา (Aca 2 mg) ซึ่งเป็นยาป้องกันอาการข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้นได้ มีเพียงบางรายที่ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงของยาขณะรักษาตัวในโรงพยาบาลและแพทย์ก็ได้ปรับยาให้ บางรายจะมีอาการแพ้ยาที่บ้านและปฏิบัติไม่ถูกต้องเนื่องจากขาดความรู้ในเรื่องผลข้างเคียงของยา เช่นเมื่อมีอาการข้างเคียงของ

ยากีจะให้กินของเปรี้ยวๆบ้าง ให้ดื่มน้ำอุ่นบ้าง รอดูอาการไปก่อนบ้าง ดังคำสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ดูแลที่ว่า

“ เวลาแพ้ยามี้อจะเกร็ง น้ำลายยืด เหมือนกั๊ดลึ้นคอจะแข็งเขาบอกว่าเขาเป็นอะไร เขาจะชั๊กแล้วนะ ถ้าแบบนั้นหยุดยาอย่ากินนะลูกนะ ฟรุ้งนี่มะ (แม่) จะพาไปหาหมอ เปลี่ยนยานะลูกนะครั้งนี้ทดสอบก่อน ฟรุ้งนี่เข้าเขาเป็นอีก ฉันบอกไม่ได้แล้วแบบนี้ต้องเปลี่ยนยาตอนแพ้ยาก็หยุดยาให้เขากินน้ำร้อนอุ่นๆ ได้ถ่าย ก็ไม่รู้จะทำอย่างไรคุณหมอก็คิดขึ้นให้กินส้มมากๆ มะยม หรือส้มเขียวหวานก็ได้ที่มีให้เขากินเขาก็กิน รุงขึ้นก็ดีขึ้นนะ เขาก็บอกว่าเดี๋ยวฉันเป็นอีกนะให้กินยานี้ ฉันจะตายกับยานี้หลายครั้งแล้ว เลยไม่กินแล้ว มาบอกคุณหมอว่าไม่ได้แล้วคุณหมอตกลงมา 2 ครั้งแล้ว หมอเลยเปลี่ยนยาให้ไม่แพ้”

(ผู้ดูแล/เรื่องรัง/ชาย/ชนบท)

“เอามันมาอยู่ (ร.พ.) ื่บนี้กว่าจะปรับยาตัวใหม่นี้มันต้องใช้เวลาเป็น 10 วัน แล้ว มันเดินตัวแข็งน้ำลายยืด เดินเป็นแตกกูล่า พี่ว่ามันเหมือนแตกกูล่าเขียวตัวแข็ง เขาปรับยาตัวใหม่ให้ ยานี้ตอนอยู่โรงพยาบาลเขาปรับให้ พอดอนอยู่บ้านปกติแล้วกินยาตามปกติ ไม่แพ้”

(ผู้ดูแล/เรื่องรัง/หญิง/ชนบท)

โดยสรุปด้านความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านพบว่าผู้ดูแลส่วนยังขาดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทในส่วนของความหมาย สาเหตุ การพยากรณ์โรค การรับประทานยาที่ถูกต้อง และด้านความรู้เรื่องผลข้างเคียงของยา

5.2 ปัญหาด้านการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1. การปฏิบัติไม่ถูกต้องเรื่องยา

1.1 การปฏิบัติในการดูแลเรื่องการรับประทานยา

จากการการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในภาพรวมมีการปฏิบัติอยู่ในระดับปฏิบัติสม่ำเสมอ แต่ในบางประเด็นที่มีการปฏิบัติไม่สม่ำเสมอ ซึ่งสอดคล้องกับการสัมภาษณ์เจาะลึกพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ปฏิบัติ ในเรื่องการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ คือหยุดยาเองโดยแพทย์ไม่อนุญาต เมื่ออาการทุเลาคิดว่าหายดีแล้ว และเมื่อต้องประกอบพิธีทางศาสนาในการถือศีลอดจะไม่รับประทานยา มื้อกลางวันโดยไม่รับประทานตอนกลางคืนแทนเมื่อถือศีลอดได้ 2-3 วันก็มีอาการกำเริบ หรือต้องไปทำตะวะ (การเผยแพร่ศาสนา) แล้วไม่เอายาไปรับประทานทำให้มีอาการกำเริบ ดังคำสัมภาษณ์ผู้ดูแลที่ว่า

"แต่เรานี้พอตอนตี 11 เรานอนนี่เราก็นอน แล้วเราไม่ยากปลุกขึ้นมากินยา ปกติแก้บวช ตอน 6 โมงครึ่งกว่าๆ ตอนนั้นเราก็กินยาได้แล้วถึงหัวรุ่งกินข้าวราวๆตี 3 เราก็กินยาแล้ว ถ้ากิน 3 เวลาเราก็กิน 2 เวลาเสีย"(ชะ) (ผู้ดูแล/เรื้อรัง/ชาย/ชนบท)

"ยากินตอนแก้บวชเสร็จก็ข้ามไปเลย (ยามื้อเที่ยง) หมอให้กิน 3 ครั้งก็เหลือ 2 ครั้ง"

(ผู้ดูแล/เจ็บป่วย/ชาย/ในเมือง)

"เราก็บอกแฟน ขอช่วยคน เพื่อนบ้านให้ช่วยมาจับ ให้เขากินยา แล้วให้เขาอ้าปาก เขาไม่อ้าปากเราก็บอกว่าเดี๋ยวจะตบ รักษาที่โรงพยาบาลรับยาเวลามีเงินถ้าไม่มีเงินก็ไม่มา ตอนถือศีลอดไม่กินยาเลย ทั้งยา 8 โมง และยา 4 โมงเย็น งดหมดเลย โรคนี้คนจนจะมีปัญหามาก ไม่หายเพราะไม่มีเงินมารักษาเอาเยา" (ผู้ดูแล/เรื้อรัง/ชาย/ในเมือง)

"คิดว่ารู้อ่างแต่ไม่ทุกอย่าง ก็ปฏิบัติแต่ทำไม่ได้ทั้งหมด เพราะบางทีคนไข้ก็ไม่เคร่งครัด เตือนกันตลอดเรื่องยา หยัดเขา (ปล่อยเขา) บางทีก็ไม่กิน บางทีก็ลืม ถ้าเราอยู่บางครั้ง เราก็กินช่วยบอก แต่บางครั้งเราก็กินไม่อยู่" (ผู้ดูแล/เจ็บป่วย/หญิง/ชนบท)

"ช่วงแรกๆ กินมั่งไม่กินมั่ง ขาดยา 2-3 วันไม่ได้เลยมีอาการ เคยมานอนที่โรงพยาบาลหลายครั้ง ช่วงหลังจึงให้กินยาตลอดไม่ให้ขาดยาเลย ไม่ถือศีลอด"

"ความรู้กับการปฏิบัติก็คิดพยายามนะพยายามให้ไปด้วยกัน แต่บางครั้งมันก็ไม่อยากไปด้วยกัน (หัวเราะ) ขาดยานั้นแหละ ก็ช่วงที่มาอยู่ช่วงแรกๆ ขาดยาเป็นปี"

"ผู้ป่วยออกไปทำดะวะ ลืมเอายาไปกิน ขาดยาก็กินอีก ช่วงถือศีลอดอาการจะซา (ทุเลา) ลง ตอนถือศีลอดไม่กินยาเที่ยงคิดว่าทำตามหลักศาสนา มันจะดีขึ้น"

(ผู้ดูแล/เจ็บป่วย/ชาย/ชนบท)

"ช่วงถือศีลอดไม่กินยาเที่ยง งดไปเลย ปกติจะให้กินยาตลอดแต่ผู้ป่วยจะชอบทั้งยาตามพื้นจะไม่ค่อยกิน พอไปเรียนเครียดเรียนไม่ทันเป็นอีก (มีอาการอีก)"

(ผู้ดูแล/เรื้อรัง/หญิง/ชนบท)

"ทำตามโรงพยาบาลแนะนำให้กินยาตรงเวลาแต่มีปัญหาขาดยาเนื่องจากไม่มีเงินมารับยา"

(ผู้ดูแล/เจ็บป่วย/หญิง/ในเมือง)

1.2 การปฏิบัติไม่ถูกต้องเมื่อผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงของยา

จากการสัมภาษณ์เจาะลึกที่พบว่าเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงของยาผู้ดูแลจะไม่ว่าต้องปฏิบัติอย่างไร บางรายก็ให้รับประทานของที่มึนเมา บางรายก็จะไม่แก้ไขแต่จะรอดูอาการถึง 2 วันถ้าอาการไม่ทุเลาก็จะพาไปโรงพยาบาลเพื่อให้แพทย์เปลี่ยนยาให้ ดังคำให้สัมภาษณ์ที่ว่า

“ เวลาแพ้ยามีมือจะเกร็ง น้ำลายยืด เหมือนกัดลิ้นคอจะแข็งเขาบอกว่าเขาเป็นอะไร เขาจะชักแล้วนะ ถ้าแบบนั้นหยุดยาอย่ากินนะลูกนะ พຽ່ງนี้หมีจะพาไปหาหมอ เปลี่ยนยานะลูกนะครั้งนี้ทดสอบก่อน พຽ່ງนี้เข้าเขาเป็นอีก ฉันบอกไม่ได้แล้วแบบนี้ต้องเปลี่ยนยา ตอนแพ้ยาก็หยุดยาให้เขากินน้ำร้อนอุ่นๆ ได้ถ่าย (อุจจาระ) ก็ไม่ຽ່งจะทำอย่างไรคุณหมอก็ตีขึ้นให้กินส้มหลายๆ มะยม หรือส้มเขียวหวานก็ได้ที่มีให้เขากินเขาก็กิน รຽ່งขึ้นก็ตีขึ้นนะ เขาก็บอกว่าเดี๋ยวจนเป็นอีกนะให้กินยานี้ ฉันจะตายกับยานี้หลายครั้งแล้ว เลยไม่กินแล้ว มาบอกคุณหมอว่าไม่ได้แล้วคุณหมอตกลงมา 2 ครั้งแล้ว หมอเลยเปลี่ยนยาให้ไม่แพ้”
(ผู้ดูแล/เรื่อຽ່ງ/ชาย/ชนบท)

“ ก็ไม่ຽ່งนะเขาบอกเราว่า ทำไมต้องกินยานี้กินแล้วมันแข็ง คอแข็งมือก็สั่น ยาอะไรเขากินแล้วมือสั่นกินแล้วยามันซึมทั่วร่างกาย เราก็ไม่รู้เรื่องกันไม่ได้ทำอะไร เราไม่รู้คิดว่ายามันกำลังทำงานอยู่ แต่บอกให้เขานอนมากๆ อย่าไปเดิน”(ผู้ดูแล/เจียบพลัน/ชาย/ในเมือง)

1.3 การปฏิบัติไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการลดความเครียดของผู้ป่วย

จากการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ดูแลพบว่า ภายในครอบครัวมีความขัดแย้งกันกับผู้ป่วย ไม่เข้าใจกัน ระหว่างบุคคลในครอบครัว เช่น ขัดแย้งกับพ่อแม่ ขัดแย้งกับพี่น้องๆ คนในครอบครัวรู้สึกเบื่อ รำคาญ อารมณ์เสีย และเครียดที่ต้องดูแลผู้ป่วย ซึ่งไม่เป็นผลดีต่อผู้ป่วยอาจทำให้เกิดการป่วยซ้ำได้ และเป็นเรื่องยากในทางปฏิบัติที่จะไม่ให้เกิดขึ้นในครอบครัวที่มีความขัดแย้งเป็นประจำมาก่อน ดังคำสัมภาษณ์คือ

“ ทุกคนเครียดในบ้านนี้เครียดหมด” (ผู้ดูแล/เจียบพลัน/ชาย/ชนบท)

“ เบื่อ รำคาญ อารมณ์เสีย เดือดร้อนกันไปหมดทั้งครอบครัว” (ผู้ดูแล/เรื่อຽ່ງ/ชาย/ชนบท)

“ในครอบครัวแม่เป็นคนจู้จี้ถ้าพูดแบบว่าแม่จะดุกว่า ปากแข็งเสียงดังบ่อย”

(ผู้ดูแล/เรื่อຽ່ງ/หญิง/ในเมือง)

“เราอยู่กับแฟนแม่สามีไม่ชอบที่เราต้องดูแลพี่ชาย (ผู้ป่วย) ไม่ชอบพี่ชาย เพราะเขาคิดว่ามาเกาะเรากิน อะไรแบบนี้ปัญหาเยอะเลย ตอนนี้พี่น้องฝ่ายสามีก็ไม่ชอบ เขาจะว่าไอนี้มันซีก็เกียดแบบว่าเขาไม่ได้ทำงาน หนักๆนั้นต้องกินยา เขาไม่เข้าใจ เวลาไปที่บ้านเขาพูดว่านี่ถ้าเลี้ยงลูกตัวเองก็พอกินนี้ไปเลี้ยงไอนี้ (ผู้ป่วย) มาแทรก 1 คน เราต้องแบ่งไม่คอยพอกินเขาเลยไม่ชอบ” (ผู้ดูแล/เรื่อຽ່ງ/ชาย/ในเมือง)

“ก็มีมั่งทะเลาะกับแม่กับน้องเรื่องขอเงินซื้อบุหรี่”

(ผู้ดูแล/เรื่อຽ່ງ/ชาย/ชนบท)

1.4 การปฏิบัติไม่ถูกต้องในเรื่องเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน

จากการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ดูแลไม่ได้กล่าวถึงการออกกำลังกาย มีเพียง 1 ราย ที่ออกกำลังกายตามคำแนะนำจากโรงพยาบาล เพราะว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะต้องรับประทานยาและนอนมากไม่ค่อยทำอะไร ส่วนการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนพบว่าผู้ป่วยจะมีปัญหาในการเข้าชุมชน เนื่องจากถูกล้อเลียนว่าเป็นคนบ้า เรียกผู้ป่วยว่าไอ้บ้า ทำให้ผู้ป่วยต้องวิ่งกลับบ้าน หรือไปมัสยิดก็จะไปรื้อหนังสือแล้วจัดเก็บไม่เรียบร้อยทำให้ถูกต่อว่า ชุมชนชอบนินทาผู้ป่วย จึงไม่ให้ออกไปร่วมกิจกรรมต่างๆ ดังคำสัมภาษณ์ผู้ดูแล

“เขาแนะนำตัวเขาเองเขาตื่นแต่เช้ามีดอะไรเขาออกกำลังกายเดินบ้างกระโดดบ้าง บางทีเรายังไม่ทันตื่นตี 4 มันตื่นแล้วไม่รู้ทำอะไรตึกตักๆ ในบ้านเขาออกกำลังกาย”

(ผู้ดูแล/เจียบพลัน/หญิง/ในเมือง)

“ในชุมชนชอบนินทา ชอบว่าเด็กบ้า เทียวขว้างปา แสดงกริยารังเกียจ ครอบครัวยังต้องคอยเฝ้าไปไหนไม่ได้”

(ผู้ดูแล/เรื่อรัง/ชาย/ชนบท)

“คนดูถูกมากเลยเป็นโรคนี้ รู้สึกอายคนมาก เวลาไปมัสยิด จะไปรื้อหนังสือแล้วจัดวางไม่เรียบร้อย ดีะครูจะมาบอกว่าเขาไปทำไม่เรียบร้อย แต่ก็ไม่ได้ว่าอะไรมากพวกชาวบ้านนี่แหละที่เขาจะดูถูกเขาจะว่าเป็นพวกเชื้อสายบ้า อายมากเลย เขาจะว่าพวกไม่ดีถูกคนธรรม์ ถูกผีบ้างอะไรก็ไม่รู้”

(ผู้ดูแล/เรื่อรัง/ชาย/ในเมือง)

โดยสรุปในการปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านพบว่ายังมีการปฏิบัติที่ไม่สม่ำเสมอและไม่ปฏิบัติ เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจตามหลักวิชาการทางวิทยาศาสตร์ ที่ถูกต้องและความเชื่อความศรัทธาทางด้านศาสนาที่ต้องปฏิบัติอย่างเคร่งครัดเนื่องจากการทำพิธีทางศาสนานั้นเป็นยารักษาหนึ่งที่ใช้รักษาโรค ควบคู่กับยาที่ได้รับจากโรงพยาบาล เมื่อตนเองสามารถที่จะทำได้ผู้ป่วยจิตเภทก็เช่นเดียวกันเมื่อทุกอย่างทำตามปกติแต่ไม่ได้ปฏิบัติให้ถูกเมื่อต้องรับประทานยาทางจิตเภทที่ต้องรับประทานอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ไม่รับประทานยาในเวลา กลางคืนแทนและไม่เห็นความสำคัญของการรับประทานยา การเข้าใจผิดเมื่ออาการทุกอย่างคิดว่าหายเป็นปกติจึงไม่รับประทานยา ซึ่งเป็นผลเสียทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบได้และตัวผู้ป่วยก็ไม่ให้ความร่วมมือกับผู้ดูแลทำให้เกิดการป่วยซ้ำแล้วซ้ำเล่า ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญปัญหาหนึ่งของสาธารณสุขในการแก้ปัญหาและเกิดผลกระทบทั้งทาง ครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม

5.3 ปัญหาอื่นๆ

นอกจากปัญหาที่ได้จากการสัมภาษณ์เจาะลึกแล้วยังมีปัญหาที่ได้จากคำถามปลายเปิดในแบบสัมภาษณ์เชิงปริมาณพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังมีปัญหาพอสรุปได้ดังนี้

1. ปัญหาการเงิน/ค่าใช้จ่าย/เศรษฐกิจเนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทเป็นโรคที่เรื้อรังทำให้ความสามารถในการทำงานลดลงหรือบางคนไม่สามารถทำงานหรือประกอบอาชีพได้และบางรายไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทำให้ญาติต้องคอยดูแลอย่างใกล้ชิดทำให้ไม่สามารถออกไปประกอบอาชีพได้จึงขาดรายได้ ไม่พอจ่าย

2. ปัญหาระยะทางไกล การคมนาคมไม่สะดวกเนื่องจากบ้านอยู่ไกลจากโรงพยาบาล การเดินทางด้วยรถโดยสารหลายต่อต้องยุ่งยาก ต้องเหมารถมาโรงพยาบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางที่สูงในขณะที่ค่ายาราคาถูกหรือไม่ต้องเสียค่ายาเนื่องจากมีบัตรสงเคราะห์แต่ไม่มีเงินที่จะมารับยาได้เพราะต้องเสียค่าใช้จ่ายอื่นทำให้ผู้ป่วยต้องขาดยา

3. ปัญหาผู้ป่วยว่างงาน/ไม่มีงานทำ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทเป็นโรคที่เรื้อรังต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องการรับประทานยาทำให้ผู้ป่วยมีอาการง่วงนอน และโดยธรรมชาติของโรคที่ผู้ป่วยโรคนี้ความสามารถในการปฏิบัติงานน้อยลง

4. ปัญหาเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยผู้ดูแลมีความเครียดมากเมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรงอาละวาดและรู้สึกอาย เนื่องจากเมื่อมีอาการผู้ป่วยจะควบคุมตนเองไม่ได้

5. ปัญหาเรื่องภาษา พูดภาษาไทยไม่ได้ เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่อายุอยู่ระหว่าง 41-60 ปี ซึ่งเป็นวัยที่พูดภาษาไทยได้น้อยเพราะไม่ได้เรียนหนังสือ ไม่เหมือนเด็กวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่ตอนต้นที่ปัจจุบันต้องเรียนหนังสือภาษาไทยควบคู่กับเรียนทางศาสนา ทำให้มีความรู้แต่สมัยก่อนไม่ได้เรียนทำให้กลุ่มตัวอย่างพูดได้เฉพาะภาษาอิสลาม และเป็นการอนุรักษ์ภาษาถิ่นหรือภาษาพื้นบ้านของตนเอง เมื่อมารับบริการพบว่ามีปัญหาในการสื่อสารภาษา

สรุปปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัวไทยมุสลิมโดยรวมพบว่าผู้ดูแลมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเกี่ยวกับการขาดความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภทเช่น ความหมาย สาเหตุ การพยากรณ์โรค เรื่องการรับประทานยา เรื่องอาการข้างเคียงของยา ขาดการปฏิบัติที่ถูกต้องเช่น การรับประทานยาของผู้ป่วย การปฏิบัติเมื่อมีผลข้างเคียงของยา การลดความเครียดของผู้ป่วย และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันใน เรื่องการออกกำลังกาย การให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน และปัญหาอื่นๆ เช่น ปัญหาการเงินค่าใช้จ่าย/เศรษฐกิจ ปัญหาระยะทางไกล การคมนาคมไม่สะดวก ปัญหาผู้ป่วยว่างงานไม่มีงานทำ ปัญหาญาติไม่มีเวลาดูแล ปัญหาเรื่องภาษา พูดภาษาไทยไม่ได้

4.2 การอภิปรายผล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1.1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่พบว่ามีความสัมพันธ์เป็นบิดามารดาของผู้ป่วย (ร้อยละ 47.4) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริินภา นันทพงศ์ (2542) เรื่องการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนปรุงจังหวัดเชียงใหม่ ที่พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบิดามารดาของผู้ป่วย และสอดคล้องกับการศึกษาของ สติติย์ วงศ์สุริยประภิต (2542) เรื่องความต้องการการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน การศึกษาของ ทีปประพิน สุขเขียว (2543) เรื่องการสนับสนุนทางสังคมกับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบิดามารดาของผู้ป่วยเช่นเดียวกัน ซึ่งจัดได้ว่าเป็นลักษณะของสังคมไทยที่บิดามารดาจะมีความรักใคร่ผูกพันห่วงใยและดูแลลูกอยู่เสมอ ไม่ว่าจะเป็นเด็กหรือผู้ใหญ่ สุขภาพดีหรืออยู่ในภาวะเจ็บป่วย (จุฬา ภูไพบูลย์, 2535) ตามแนวทางของศาสนาอิสลามก็เช่นเดียวกัน พ่อแม่มีหน้าที่ดูแลปกป้องลูกร่วมกัน ควรวางแผนดูแลลูกร่วมกัน (เสาวนีย์ จิตต์หมวด, 2540) และพ่อแม่ต้องคอยดูแลรักษาและป้องกันจากโรคภัยไข้เจ็บต่างๆที่เกิดจากอันตรายของโรคตลอดช่วงชีวิต (คณะกรรมการอิสลามประจำจังหวัดปัตตานี, 2534) และพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 50.7) สอดคล้องกับการศึกษาของศิริินภา นันทพงศ์ (2542) ซึ่งพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ก็เป็นเพศชายเช่นเดียวกันการที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงเนื่องจากอาการของผู้ป่วยจิตเภทมักไม่แน่นอน คาดการณ์ล่วงหน้าไม่ได้ (Mishel, 1990) อาจจะทำให้เกิดอาการประสาทหลอน หลงผิด วุ่นวาย ก้าวร้าวเป็นบางครั้ง จึงจำเป็นต้องมีผู้ดูแลเป็นเพศชายที่ต้องคอยช่วยเหลือ (Gopimath, 1992)

ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-60 ปี (ร้อยละ 44.7) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สติติย์ วงศ์สุริยประภิต (2542) และการศึกษาของ ทีปประพิน สุขเขียว (2543) ที่พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-60 ปีเช่นเดียวกัน เนื่องจากวัยนี้เป็น ผู้ใหญ่มีจิตใจเข้มแข็งในการปรับแก้ความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากความเข้มแข็งของจิตใจในการปรับแก้ปัญหาของบุคคลจะพัฒนาขึ้นค่อยข้างถาวร เมื่ออายุ 30 ปี และสามารถพัฒนาได้อีก (Antonovsky, 1987) และวัยนี้ซึ่งเป็นวัยกลางคนวัยนี้จะเป็นวัยที่บำรุงและส่งเสริม ผู้อื่นบุคคลในวัยนี้ยิ่งอายุมากขึ้นเท่าไร จะมีการควบคุมอารมณ์ได้ดี มีการใช้ประสบการณ์และเหตุผลในการแก้ปัญหา (ทิพย์ภา เศรษฐ์ชาวลิต, 2541) ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 78.7

มีวุฒิการศึกษาสายสามัญระดับประถมศึกษา ร้อยละ 63.3 สอดคล้องกับการศึกษาของ สถิตย์ วงศ์สุริยประภิต (2542), ทีปประพิน สุขเขียว (2543), ศิริินภา นันทพงศ์ (2542) ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ และมีการศึกษาระดับประถมศึกษา สำหรับการศึกษาศาสนา พบว่าส่วนใหญ่ไม่ได้รับการศึกษาซึ่งสอดคล้องกับความเห็นของคณะกรรมการอิสลามประจำจังหวัดปัตตานี (2540) ที่มักพบว่าประชาชาติมุสลิมในสังคมของเรานี้มีความอ่อนแอไม่ว่าด้านการเมือง ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม หรือการศึกษา และแม้กระทั่งด้านอื่นๆ ประชาชาติมุสลิมอยู่ในภาวะที่อ่อนแอมาก สังคมอิสลามยังล้าหลังในเรื่องของการศึกษา ไม่ว่าจะเป็นการศึกษาทางศาสนา หรือการศึกษาในวิชาการสามัญ สำหรับการประกอบอาชีพหลักของผู้ดูแลส่วนใหญ่ ทำสวน ทำนา ทำไร่ ร้อยละ 54.7 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บุญพาณ นคร (2538) ที่พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพเกษตรกรรม การดำเนินชีวิตจะเป็นไปอย่างเรียบง่าย การที่ต้องเสนอแนวทางใหม่ที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต จึงไม่จำเป็นมากนัก และลักษณะของภาคใต้มีอาชีพทำการเกษตรกรรมเช่นการทำสวนยางพารามากที่สุด และส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพรอง ร้อยละ 69.3 มีความเพียงพอของรายได้มีพอใช้ ร้อยละ 59.3 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สถิตย์ วงศ์สุริยประภิต (2542), ศิริินภา นันทพงศ์ (2542) และ การศึกษาของ สมพร รุ่งเรืองกลกิจและคณะ (2535) ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรมเช่นเดียวกัน ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเฉลี่ยต่อเดือนไม่เกิน 1,000 บาท ร้อยละ 73.3 ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจิตเภทจะได้รับการส่งเคราะห์ค่ารักษาพยาบาลเป็นรายหัว ซึ่งจากการศึกษาของ วิวัฒน์ ยถาภูฐานนท์ (2536) เรื่องต้นทุนค่ารักษาผู้ป่วยจิตเภทพบว่าค่ารักษาสำหรับผู้ป่วยนอก 175.36 บาท/ครั้ง และค่ารักษาสำหรับผู้ป่วยใน 9,446.17 บาท/ครั้งซึ่งผู้ป่วยจะต้องมารับยาอย่างต่อเนื่องที่แผนกผู้ป่วยนอกเดือนละครั้งราคาไม่เกิน 1,000 บาท และพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาในจังหวัดสงขลา ร้อยละ 37.3 เนื่องจากประชาชนในจังหวัดสงขลาเดินทางมาสะดวกเพราะอยู่ใกล้ และโรงพยาบาลยะลาเป็นโรงพยาบาลนำร่องในโครงการประกันถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี 2543 ซึ่งประชาชนที่ลงทะเบียนไว้ต้องได้รับการดูแลเบื้องต้นที่โรงพยาบาลยะลาซึ่งทางโรงพยาบาลได้เปิดบริการด้านจิตเวชและมียาไว้บริการกรณีผู้ป่วยที่ไม่มีอาการรุนแรง จึงทำให้ประชาชนที่อยู่ใกล้เคียงสามารถมารับบริการได้

1.2 ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยพบว่าส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2-5 ปี ร้อยละ 42.7 ความรับผิดชอบในการดูแล ส่วนใหญ่พบว่าดูแลทุกเรื่องและมีผู้ช่วยดูแลร้อยละ

68.7 ที่ต้องดูแลทุกเรื่องเนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตส่วนใหญ่ไม่ทำงานและผู้ดูแลไม่กล้าให้ทำกลัวจะเครียดและเกิดอาการกำเริบได้ สอดคล้องกับ สมภพ เรื่องตระกูล (2536) ที่กล่าวว่าผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นผู้ป่วยเรื้อรัง ขาดความคิดริเริ่ม ไม่สนใจในการทำกิจกรรมใดๆ รวมทั้งขาดมนุษยสัมพันธ์และมักแยกตัวอยู่ตามลำพัง การรับภาระดูแลผู้ป่วยอื่นส่วนใหญ่ไม่มี ร้อยละ 88.7 การได้รับการเยี่ยมจากบุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการเยี่ยม ร้อยละ 86.7 เนื่องจากมีข้อจำกัดในเรื่องระยะทาง บุคลากรที่มีไม่เพียงพอ บุคลากรมีความคิดเห็นว่าการป่วยด้วยโรคจิตโรคประสาทจำเป็นต้องมีการตรวจวินิจฉัย และการดูแลรักษาพยาบาลจากผู้ให้บริการสุขภาพเฉพาะทางซึ่งมีจำนวนจำกัดในสถานบริการต่างๆ ดังนั้นผู้รับบริการดังกล่าวควรได้รับการดูแลในโรงพยาบาลมากกว่า และเนื่องจากแต่ก่อนจะเน้นเชิงรับมากกว่าเชิงรุก การศึกษาของวัชรีย์ ต้อยคำภีร์ (2536) เรื่องความคิดเห็นของผู้ให้บริการสุขภาพต่อบริการสุขภาพที่บ้านพบว่าแพทย์และพยาบาลมีความคิดเห็นเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ควรได้รับการบริการที่บ้านมากที่สุด คือผู้ป่วยเรื้อรัง ร้อยละ 94.9 ส่วนโรคจิตโรคประสาทควรได้รับการน้อยที่สุด ร้อยละ 52.4 ทำให้ผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคทางจิตไม่ค่อยได้รับความสนใจเรื่องการเยี่ยมบ้านมากนักเกี่ยวกับจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยนอนพักใน ร.พ. ส่วนใหญ่นอนพักในโรงพยาบาล 2-4 ครั้ง ร้อยละ 34.3 เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนมากมีอาการเรื้อรังและกลับป่วยซ้ำสูง (Baker, 1989; ธีระ สีสานันทกิจและคณะ, 2539) ความรุนแรงของอาการผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ดูแลส่วนใหญ่อาการรุนแรงปานกลาง ร้อยละ 45.3 สอดคล้องกับการศึกษาของราชกุลฮารา และอวาสติ (Raj; Kulhara & Arasthi, 1991) ที่พบว่าภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระยะติดตามอาการ จะต่ำกว่าภาวะของผู้ดูแลขณะที่ผู้ป่วยมีอาการ และเนื่องจากขณะผู้ดูแลถูกสัมภาษณ์ผู้ป่วยไม่ได้แสดงอาการทางจิตที่รุนแรง เพราะได้รับการรักษาจากทางโรงพยาบาลจนอาการทุเลาแล้วจึงจำหน่ายกลับเพื่อให้ผู้ดูแลไปดูแลต่อเองที่บ้าน ส่วนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยส่วนใหญ่ดูแลตนเองได้ ร้อยละ 55.3 ความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยและส่วนใหญ่พบว่า กลุ่มตัวอย่างต้องดูแลผู้ป่วยทุกเรื่องและมีผู้ช่วยในการดูแล ร้อยละ 68.7 เนื่องจาก อาการของผู้ป่วยจิตเภทมักไม่แน่นอน คาดการณ์ล่วงหน้าไม่ได้ (Mishel, 1990) อาจเกิดอาการประสาทหลอน หลงผิด วุ่นวาย ก้าวร้าวเป็นบางครั้ง จึงจำเป็นต้องมีผู้ดูแลเป็นเพศชายต้องคอยช่วยเหลือ (Gopimath, 1992) และส่วนใหญ่พบว่าผู้ป่วยที่ดูแลสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ร้อยละ 55.3 เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลจนอาการทุเลาจนสามารถช่วยเหลือตนเองได้แล้วจึงจะจำหน่ายกลับบ้าน

การศึกษาครั้งนี้มุ่งศึกษา ความรู้ การปฏิบัติ และความต้องการการสนับสนุน การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมสามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

ส่วนที่ 2 ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ไทยมุสลิม (ตามวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1)

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ถูกต้องโดยรวมอยู่ในระดับดี หมายถึง รู้ถูกต้อง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ.87 ซึ่งอภิปรายได้ดังนี้จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีความรู้ดี เนื่องจากส่วนหนึ่งได้รับจากเจ้าหน้าที่ ซึ่งสอดคล้องกับ จิววรรณ สัตยธรรม, (2540) กล่าวว่า บทบาทของพยาบาลจิตเวชต้องให้บริการที่ครอบคลุมทั้ง 4 มิติคือบริการส่งเสริมสุขภาพจิตได้แก่ การให้ข้อมูลความรู้ทางสุขภาพจิตทั่วไป รวมทั้งการให้บริการทางวิชาการซึ่งได้แก่ ข้อมูล ข่าวสาร เอกสารเผยแพร่ความรู้เป็นต้น บริการป้องกันสุขภาพจิต ได้แก่การให้คำแนะนำผู้มีปัญหาสุขภาพจิตในระยะต้นเพื่อไม่ให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรง รวมทั้งให้ข้อมูลในการปรับตัว การแก้ไขปัญหา การลดความเครียด บริการด้านบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่การรักษาด้วยยา จิตสังคม และการบริการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชให้กลับคืนสู่สภาพปกติให้มากที่สุด จากบทบาทของ เจ้าหน้าที่ดังกล่าวทำให้ได้มีการให้ความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ป่วยและญาติ นอกจากนั้นญาติยังได้รับความรู้จากลักษณะงานของโรงพยาบาลที่เมื่อผู้ป่วยและญาติมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกในช่วงเช้า จะมีการสอนสุขศึกษาที่เกี่ยวกับโรคจิตเภท และมีบอร์ดให้ความรู้ในเรื่องความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท และความรู้ ในการปฏิบัติดูแลติดไว้ประจำ ส่วนกิจกรรมของผู้ป่วยในก็มีการวางแผน จำหน่ายผู้ป่วย ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (กลุ่มงาน การพยาบาล โรงพยาบาลประสาทสงขลา, 2540) และอาจเป็นเพราะว่ามีการกระจายโอกาสทางการศึกษา มีการพัฒนาด้านคมนาคม สาธารณูปโภคต่างๆ ประชาชนมีโอกาสดูแลมีความรู้จากแหล่งต่างๆหลายทาง และในกลุ่มมุสลิมมีการพบปะกันอยู่เสมอ ทำให้มีการแลกเปลี่ยนด้านข้อมูล ข่าวสารมีสูง ทำให้ญาติมีความรู้ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทร่า ธีระสมบุรณ์ (2543) ซึ่งพบว่าญาติผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่ร้อยละ 95.1 มีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในระดับสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของ ปรีดา เบื่อน้อย (2539) ได้ศึกษาความรู้เรื่องสุขภาพจิตและการปฏิบัติเมื่อพบปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนในจังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่าประชาชนในจังหวัด สุราษฎร์ธานี มีความรู้เรื่องสุขภาพจิตและมีการปฏิบัติเมื่อพบปัญหาสุขภาพจิตในระดับสูง นอกจากนั้นญาติมีความรู้จากเจ้าหน้าที่และความรู้ตามประสบการณ์ การดูแลผู้ป่วยซึ่งพบตามสภาพความเป็นจริงเป็นความรู้ที่เกิดจากการเรียนรู้ด้วยตนเอง

นอกจากนั้นก็เป็นความรู้ตามความเชื่อ ความศรัทธาทางศาสนาของมุสลิมที่มีความเชื่อว่า ถ้าจิตหรือวิญญาณประสบความเจ็บป่วยสิ่งหนึ่งที่จะช่วยรักษาคือศาสนาหรือความศรัทธา ความเชื่อทั้งนี้เพราะถือว่าเป็นยาขนานเอกจะสามารถรักษาได้ดีสำหรับบรรดาผู้ศรัทธา (นุรุดดีน สารีมิง, 2540) และมีความเชื่อว่าโรคทุกโรคพระเจ้าให้เป็นได้และให้หายได้สุดแท้แต่พระเจ้าและเชื่อว่าการประกอบพิธีทางศาสนาช่วยให้อาการทางจิตดีขึ้น เช่น การทำละหมาด คือการสำรวมจิตใจระลึกถึงพระผู้เป็นเจ้านับว่าเป็นการฝึกจิต และเพิ่มพูนความสามารถในการตั้งสมาธิโดยหัวใจบริสุทธิ์ เป็นการผ่อนคลายความคิดที่ฟุ้งซ่าน ช่วยผ่อนคลายความตึงเครียด และผลพลอยได้คือช่วยให้จิตใจมีความเข้มแข็งและสงบสุข (อุ๋น หมั่นทวิ, ม.ป.ป.) การถือศีลอดซึ่งมีส่วนช่วยให้จิตใจผ่องแผ้ว มีคุณธรรมและจริยธรรม ทำให้จิตใจบริสุทธิ์ มีความเข้มแข็งบนความสว่างความสงบ (เสาวนีย์ จิตต์หมวด, 2540. อุ๋น หมั่นทวิ, ม.ป.ป.) ประกอบแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นด้วยคำถามที่ไม่ยากเกินไป เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นชาวบ้านเข้าใจได้ง่ายๆและเป็นคำถาม พื้นฐานที่ควรรู้และกลุ่มตัวอย่างประสบอยู่ในชีวิตประจำวัน อย่างไรก็ตามความรู้ที่มีควรได้รับอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ เช่นเรื่องยา ยาเท่านั้นที่จะช่วยระงับอาการถ้าไม่มียาหรือขาดยา ผู้ป่วยก็จะป่วยซ้ำซึ่งเป็นผลเสียอย่างรุนแรง ผู้ดูแลก็สามารถที่จะนำความรู้ที่ถูกต้องไปปฏิบัติอย่างเคร่งครัด สอดคล้องและไม่ขัดต่อหลักศาสนาที่ต้องประกอบศาสนกิจ เช่นเมื่อต้องให้ผู้ป่วยถือศีลอดก็ต้องรับประทานยาตอนเที่ยงคืนทดแทนมื้อกลางวัน หรือให้ยาฉีดควบคุมอาการก็จะเป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน สำหรับรายด้านสามารถอภิปรายได้ว่า

ด้านความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภทมีค่าเฉลี่ย .81 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ถูกต้องอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายชื่อพบว่ากลุ่มตัวอย่างยังมีความรู้อยู่ในระดับปานกลางเช่นสาเหตุของโรคจิตเภทพบว่ากลุ่มตัวอย่างรู้ว่าเกิดจาก ความเครียด ความผิดหวังในเรื่องต่างๆ เช่น ผิดหวังเรื่องความรัก เรื่องการเรียน แต่เมื่อถามถึงสาเหตุทางกรรมพันธุ์ว่าเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ป่วยเป็นโรคจิตเภท ซึ่งเป็นคำถามที่ลึกลงไปตามหลักวิชาการทางวิทยาศาสตร์ กลุ่มตัวอย่างรู้ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย .58 เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคที่เกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่นเกิดจากกรรมพันธุ์ สิ่งแวดล้อม พยาธิสรีระวิทยา ความผิดปกติของโครงสร้างสมอง แต่สรุปว่ามนุษย์ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด แนวคิดที่ยอมรับคือผู้ป่วยมีแนวโน้มจะเป็นอยู่แล้วพบกับความกดดันบางประการทำให้เกิดอาการ (มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิช, 2542) ทำให้กลุ่มตัวอย่างยากที่จะเข้าใจได้ แต่ตามความเชื่อของอิสลามเชื่อว่าสาเหตุของโรคที่เป็นอยู่ด้วยการอนุมัติของอัลลอฮ์โรคที่เป็นอยู่โรคร้ายนั้นก็จะหายด้วยการอนุมัติของอัลลอฮ์(คณะกรรมการอิสลามประจำจังหวัดปัตตานี, 2542) สอดคล้องกับการศึกษาของ ขฎาพรพรรณ รัตนติกานนท์, สาวิตรี อัจฉนวงศ์กรชัย

และ วรัญ ดันชัยสวัสดิ์ (2540) เรื่องพฤติกรรมการแสวงหาการรักษาของญาติผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ส่วนใหญ่ญาติทราบถึงอาการของโรคจิตแต่ไม่ทราบสาเหตุ จำนวนหนึ่งเชื่อว่าเป็นความกดดันและความวิตกกังวล หรืออำนาจเหนือธรรมชาติร้อยละ 90 ส่วนด้านอาการกลุ่มตัวอย่างจะมีความรู้ดี เนื่องจากมีประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้ป่วย และตอบตามอาการที่พบได้จากผู้ป่วยที่ตนเองดูแลอยู่

ด้านการรับประทานยาและผลข้างเคียงของยา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้อยู่ในระดับดีมีค่าเฉลี่ย .82 กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องการรับประทานยาว่าผู้ป่วยจิตเภทมีโอกาสป่วยซ้ำได้ถ้าไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ค่าเฉลี่ย .98 ผู้ป่วยจิตเภทต้องรับประทานอย่างต่อเนื่องจนกว่าแพทย์เห็นสมควรให้หยุดยา เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทเป็นโรคที่เรื้อรังต้องรับประทานอย่างต่อเนื่อง ทางโรงพยาบาลทั้งแพทย์และพยาบาลจะต้องเตือนย้ำผู้ป่วยและญาติเสมอเรื่องการรับประทานยาและการสังเกตเมื่อผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงของยา ทางแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในจะมีบอร์ดความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้ในเรื่องนี้ได้ดี แต่ยังมีบางประเด็นยังรู้ปานกลางคือ

ความรู้เรื่องว่าเมื่อผู้ป่วยมีอาการทุเลาลงสามารถหยุดยาเองได้ มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย .63 เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทเมื่ออาการทุเลาลงสามารถทำงานได้เหมือนคนปกติ และตามความเชื่อทางศาสนาอิสลามที่เชื่อว่าการป่วยเป็นโรคทุกโรคย่อมมียารักษาและเมื่อใช้ยาที่ถูกต้องกับโรคนั้นๆแล้วโรคก็จะหายจากการอนุมัติของพระองค์อัลลอฮ์ (สำนักงานคณะกรรมการอิสลามประจำจังหวัดปัตตานี, 2534) เมื่ออาการทุเลาจึงเข้าใจว่าหายดีแล้ว สอดคล้องกับการศึกษาของวัชนี หัตถพนม และคณะ (2539) Chen (1991) Corrigan (1993) Antaiotony (1993) ได้ให้ข้อคิดเห็นว่า ธรรมชาติของโรคจิตเภทจะหยุดกินยา เมื่อรู้สึกอาการดีขึ้น ดีขึ้นเล็กน้อย หรืออาการคงเดิม และสำหรับความรู้เรื่องยารักษาโรคจิตเภทบางตัวทำให้เกิดผลข้างเคียงของยา เช่น มือสั่น น้ำลายไหล คอแข็ง มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย .63 เนื่องจากการเกิดอาการข้างเคียงของยามักเกิดเมื่อผู้ป่วยรับประทานยาครั้งแรกๆ และส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่นอนพักในโรงพยาบาลแพทย์จะแก้ไขปัญหาโดยการรักษาอาการข้างเคียงของยาและปรับยาตัวใหม่ให้เป็นที่เรียบร้อยก่อนจำหน่ายและส่วนใหญ่จิตแพทย์มักจะสั่งยาแก้อาการข้างเคียงคือ Aca 2 mg (ยากกลุ่ม anticholinergic) ให้กับผู้ป่วยเกือบทุกรายเพื่อป้องกันการเกิดอาการข้างเคียงของยาทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่พบอาการดังกล่าว ซึ่งเรื่องการให้ยากกลุ่มนี้เพื่อป้องกันอาการข้างเคียงจิตแพทย์จำนวนมากยังมีความเห็นแตกต่างกันบ้าง แต่ผู้เชี่ยวชาญขององค์การอนามัยโลก (1990) แนะนำว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาโรคจิตไม่ควรใช้ยากกลุ่มนี้เพื่อการป้องกัน แต่ถ้าหากต้องการใช้ก็ควรใช้ระยะแรกๆ เท่านั้นและเสนอให้ใช้ในกรณี que ผู้ป่วยเป็น

parkinsonism (มานิต ศรีสุรภานนท์, จำลอง ดิษยวณิช, 2540) ด้วยเหตุผลดังกล่าวทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่ค่อยพบเห็นอาการข้างเคียงของยา

สำหรับหัวข้อการใช้ยาชนิดชนิดออกฤทธิ์นานจะออกฤทธิ์ในการควบคุมอาการผู้ป่วยจิตเภทได้นานกว่ายาเกิน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย .51 เนื่องจากการจ่ายให้ผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายกลับบ้านจะให้ยาชนิดรับประทานเป็นส่วนใหญ่ ส่วนยาชนิดออกฤทธิ์นาน (Long acting) จะให้เพียงบางรายตามแพทย์เห็นสมควรเท่านั้น สอดคล้องกับการศึกษาของวรภรณ์ ตั้งตรงไพโรจน์ (2541) เรื่องปัจจัยเสี่ยงในการเกิดเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ใช้ยาชนิดรับประทานในกลุ่มควบคุมร้อยละ 83 กลุ่มไม่ควบคุมร้อยละ 66.3 จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับปานกลางส่วนความรู้ด้านอื่นๆ พบว่ามีความรู้ในระดับดีหรือรู้ถูกต้อง เช่น การลดความเครียดของผู้ป่วย การสังเกตอาการกำเริบ การทำกิจวัตรประจำวัน การทำงาน/ประกอบอาชีพ ค่าเฉลี่ย .98, .97, .96, และ .96 ตามลำดับ

สรุปว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านโดยรวมอยู่ในระดับดี เนื่องจากได้รับความรู้ส่วนหนึ่งจากบุคลากรทางการแพทย์บางส่วนได้รับความรู้จากการเรียนรู้ในชีวิตจริงที่ดูแลผู้ป่วย รู้จากสื่อต่างๆ และอีกส่วนหนึ่งมีความรู้จากความเชื่อความศรัทธาทางศาสนาอิสลามที่เชื่อว่า ทุกโรคนั้นมียา ดังนั้นเมื่อใช้ยาถูกกับโรคด้วยการอนุมัติของอัลลอฮ์โรคนั้นก็จะหายไป การประกอบพิธีทางศาสนาเช่นการละหมาด การถือศีลอด การบริจาคทาน เป็นยาวนานสำคัญที่จะช่วยรักษาทางจิต แต่เมื่อวิเคราะห์จากคำถามเชิงวิชาการหรือทางวิทยาศาสตร์กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ รู้เพียงปานกลาง สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจในเรื่องโรคจิตเภทในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการใช้ชีวิตประจำวัน แต่ถ้าเป็นคำถามที่ลึกซึ้งในลักษณะทฤษฎี กลุ่มตัวอย่างจะตอบไม่ได้ ดังนั้นการสอนให้ความรู้ จึงควรเลือกเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้ที่กลุ่มตัวอย่างเข้าใจง่าย

ส่วนที่ 3 การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม (ตามวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 2)

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติโดยรวมสม่ำเสมอ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.46 ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้ เนื่องจากเป็นลักษณะของสังคมไทยที่บิดามารดาจะมีความรักใคร่ผูกพันห่วงใยและดูแลลูกอยู่เสมอ ไม่ว่าจะเป็นเด็กหรือผู้ใหญ่ สุขภาพดีหรืออยู่ในภาวะเจ็บป่วย (รุจา ภูไพบูลย์, 2535) ตามแนวทางของศาสนาอิสลามก็เช่นเดียวกัน พ่อแม่มีหน้าที่ดูแลปกป้องลูกร่วมกัน ควรวางแผนดูแลลูกร่วมกัน (เสาวนีย์ จิตหมวด, 2540) และพ่อแม่ต้องคอยดูแล

รักษาและป้องกันจากโรคภัยไข้เจ็บต่างๆที่เกิดจากอันตรายของโรคตลอดช่วงชีวิต (คณะกรรมการอิสลามประจำจังหวัดปัตตานี, 2534) และสอดคล้องกับการศึกษาของ จรี เจริญสุรพร (2538) ที่ว่า ญาติมีความยกย่องรักใคร่และให้เกียรติผู้ป่วย มีความเข้าใจผู้ป่วย และสังคมไทยมีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่รักใคร่กันในครอบครัว พ่อแม่พี่น้องจะคอยดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกันทั้งในภาวะปกติหรือเจ็บป่วย นอกจากนี้ที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้ดีเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ดีโดยความรู้ที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ ได้รับจากการเรียนรู้จากประสบการณ์จริงในชีวิตประจำวันที่ดีแลผู้ป่วย ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติได้ดี ซึ่งจากการทดสอบไคสแควร์ พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการปฏิบัติ ($\chi^2 = 0.43$) ดังตารางที่ 13 ภาคผนวก ค ผลการศึกษาครั้งนี้มีความสอดคล้องกับประภาเพ็ญ สุวรรณ (2520) กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงความรู้เป็นส่วนประกอบที่สำคัญ ทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการปฏิบัติที่คงทนถาวร และตามความเชื่อของศาสนาอิสลามที่กล่าวว่า โรคทุกโรคนั้นมียารักษา ดังนั้นต้องแสวงหาวิธีการป้องกันและรักษาโรค เมื่อเกิดโรคขึ้นมาต้องขอพรจากอัลลอฮ์และรีบปรึกษาแพทย์เพื่อขอคำแนะนำและรับการรักษาโรคนั้นๆ โดยเร็ว (คณะกรรมการอิสลามประจำจังหวัดปัตตานี, 2542) และจากความเชื่อความศรัทธาทางศาสนาอิสลามที่เชื่อว่า อิสลามให้ความสำคัญกับการรักษาโรคเมื่อโรคเกิดแล้วให้รีบรักษา ไม่ให้ปล่อยปละละเลย ให้ตัวเองตกอยู่ในความเสียหาย และไม่ปล่อยให้ตนเองอยู่ในความสิ้นหวังและเมื่อต้องมีการรักษา ก็ต้องหาผู้เชี่ยวชาญทางด้านนี้ (สาเหอะฮับดุลเลาะห์ อัลญุฟรี่ และคณะ, 2532) ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจที่จะดูแลรักษาให้หายโดยเร็วตามบัญชาของพระเจ้า ซึ่งทั้งหมดที่กล่าวมาจึงเป็นเหตุผลให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ สำหรับความรู้รายข้อยังมีบางประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติไม่สม่ำเสมอหรือไม่ปฏิบัติคือสามารถอภิปรายได้ดังนี้

ในด้านการรับประทานยาและผลข้างเคียงของยารายด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างปฏิบัติสม่ำเสมอมีค่าเฉลี่ย 1.44 เนื่องจากโรคจิตเภทต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ถ้าผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาลครั้งที่ 1 ผู้ป่วยจะต้องรับประทานยาน้อย 2 ปี ถ้าป่วยซ้ำครั้งที่ 2 ต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 5 ปี ถ้าป่วยซ้ำเป็นครั้งที่ 3 จะต้องรับประทานยาไปตลอดชีวิต (Kissling, 1991 อ้างถึงใน จำลอง ดิษยวณิช และมานิต ศรีสุรภานนท์, 2540) ทำให้กลุ่มตัวอย่างดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอเพราะถ้าเกิดการป่วยซ้ำจากการขาดยา ก็จะทำให้ต้องรับประทานยานานขึ้นเท่านั้น แต่เมื่อพิจารณารายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างปฏิบัติไม่สม่ำเสมอ ในหัวข้อเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการข้างเคียงของยาให้ผู้ป่วยหยุดรับประทานยาคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 0.97 และเมื่อผู้ป่วยมีผลข้างเคียงของยา ผู้ดูแลรีบพาผู้ป่วยมาพบแพทย์มี

คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.31 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่พบว่าผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงของยาเพราะ ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลแพทย์ได้ปรับยาให้อยู่ในระดับที่คงที่เรียบร้อยแล้วพร้อมกับให้ยาแก้อาการข้างเคียงของยาควบคู่ไปด้วยทุกรายเพื่อป้องกันอาการข้างเคียงของยา จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติไม่สม่ำเสมอ

สำหรับด้านการดูแลกิจวัตรประจำวันส่วนใหญ่พบว่ากลุ่มตัวอย่างปฏิบัติสม่ำเสมอ ยกเว้นด้านการออกกำลังกายที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่ได้ปฏิบัติมีค่าเฉลี่ย .58 เนื่องจากอาจเป็นการเข้าใจในความหมายที่ต่างกัน คือเข้าใจว่าการออกกำลังกายต้องทำตามที่โรงพยาบาลจัดให้โดยให้ผู้ป่วยออกกำลังกายท่าต่างๆ ทำให้กลุ่มตัวอย่างตอบว่าไม่ได้ปฏิบัติ ซึ่งในทางปฏิบัติตามแนวทางของศาสนาอิสลามการละหมาดเป็นการบริหารจัดการและบริหารร่างกายไปพร้อมๆ กัน กล่าวคือในขณะละหมาดต้องมีสมาธิ ต้องมีจิตผูกพันอยู่กับอัลลอฮ์ ในขณะที่ร่างกายต้องเปลี่ยนอิริยาบถต่างๆ ทั้งยืน นั่ง ก้มกราบ ก้มหน้า หันหน้าไปด้านซ้าย ด้านขวา ซึ่งทำทั้งหมดจะมีผลต่อร่างกาย ต่อระบบต่างๆ อาทิ ระบบการหมุนเวียนของโลหิต ระบบกระดูกและไขข้อ ระบบกล้ามเนื้อ ระบบประสาท ระบบการย่อยอาหาร (เสวานีย์ จิตหมวด, 2540) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าอิสลามมีการออกกำลังกายเป็นประจำ และในหัวข้อการดูแลผู้ป่วยให้เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนพบว่ากลุ่มตัวอย่างปฏิบัติไม่สม่ำเสมอ มีคะแนนเฉลี่ย 1.09 เนื่องจาก ส่วนหนึ่งญาติจะรู้สึกอายที่มีผู้ป่วยเป็นโรคจิตอยู่ในครอบครัว และกลัวว่าผู้ป่วยจะออกไปสร้างความวุ่นวายให้กับชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ เพชรา อินอิม (2531) ที่พบว่าญาติต้องคอยดูแลไม่ให้ผู้ป่วยกระทำในสิ่งที่น่าอาย และไม่ต้องการให้ผู้อื่นรู้ว่ามีคนในครอบครัวป่วยเป็นโรคจิต ว่าส่วนด้านอื่นพบว่ากลุ่มตัวอย่างปฏิบัติสม่ำเสมอดี เช่น การสังเกตอาการกำเริบ การลดความเครียดของผู้ป่วย การจัดสิ่งแวดล้อมการทำงานประกอบอาชีพ ค่าเฉลี่ย 1.90, 1.73, 1.70 และ 1.64 ตามลำดับ

สรุปการปฏิบัติพบว่าส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติสม่ำเสมอเนื่องจากญาติมีความรู้อยู่ในระดับดี ซึ่งมักได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ จากประสบการณ์ในชีวิต จากลักษณะงานของโรงพยาบาล จากสื่อต่างๆ และจากความเชื่อความศรัทธาทางศาสนาอิสลามที่เชื่อว่าการประกอบพิธีทางศาสนาเช่นการละหมาด การถือศีลอด การบริจาคทาน คือยาวนานหนึ่งที่ช่วยในการรักษาทางด้านจิตใจ และแนวทางศาสนาอิสลามให้ความสำคัญกับการรักษาโรคเมื่อโรคเกิดแล้วให้รีบรักษา ไม่ให้ปล่อยปละละเลย ให้ตัวเองตกอยู่ในความเสียหาย และไม่ปล่อยให้ตนเองอยู่ในความสิ้นหวังและเมื่อต้องมีการรักษา ก็ต้องหาผู้เชี่ยวชาญทางด้านนี้ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจที่จะดูแลรักษาให้หายโดยเร็วตามบัญญัติของพระเจ้าจึงมีการปฏิบัติสม่ำเสมอ และการที่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้การเปลี่ยนแปลงความรู้เป็นส่วนประกอบที่สำคัญ ทำให้บุคคลมี

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการปฏิบัติที่คงทนถาวร (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2520) จึงเห็นความสำคัญในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน อย่างไรก็ตามพบว่า ญาติที่เป็นเพศชาย ซึ่งมีความรู้มากกว่าญาติที่เป็นเพศหญิง จะมีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยไม่ค่อยสม่ำเสมอ และน้อยกว่าญาติที่เป็นเพศหญิง (ตาราง 12 ภาคผนวก ค) สะท้อนให้เห็นว่าเพศหญิงจะให้ความสำคัญและกระทำบทบาทของผู้ดูแลมากกว่าเพศชาย (นันทนา รัตนกร, 2536) ที่พบว่า เพศหญิงมีบทบาทและหน้าที่ในการดูแลทุกข์สุขของสมาชิกในครอบครัวตามลักษณะของสังคมไทย เมื่อสมาชิกเกิดความเจ็บป่วย เพศหญิงจึงเป็นผู้ดูแลและนำส่งโรงพยาบาลเสมอ

ส่วนที่ 4 ความต้องการการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน (ตามวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่3)

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความต้องการการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านโดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.03 สามารถอภิปรายรายละเอียดได้ดังนี้ การเจ็บป่วยเป็นภาวะที่ขัดขวางการดำเนินชีวิตตามปกติของมนุษย์ ทำให้สมรรถภาพต่างๆ ในการทำงานลดลง แม้ว่าในปัจจุบัน ความเจริญก้าวหน้าทางด้านทางการแพทย์ จะช่วยให้ผู้ป่วยหายจากโรคเร็วและมีอายุยืนยาวมากขึ้น แต่ก็ขึ้นอยู่กับลักษณะของโรค กระบวนการดำเนินโรค และผลกระทบที่เกิดจากโรคหรือการรักษาที่แตกต่างกันออกไป ถ้าเป็นโรคเฉียบพลัน จะรักษาหายในระยะสั้น แต่ถ้าเป็นโรคเรื้อรังจะต้องใช้เวลาในการรักษานาน สำหรับโรคจิตเภทนั้นเป็นกลุ่มอาการทางจิตที่เรื้อรังและรุนแรงมากที่สุด (สุรพล วีระศิริ, 2539) เมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทของบุคคลในครอบครัว ก็จะมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้สมาชิกในครอบครัวมีความเดือดร้อนเนื่องจากต้องใช้เวลาในการดูแลรักษาที่ยาวนาน หลังจากจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลมีความจำเป็นต้องดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านและครอบครัวไม่สามารถคาดการณ์พฤติกรรมหรืออาการของผู้ป่วยในอนาคตได้แน่นอน จึงเกิดความกังวล มีความหวาดกลัว สิ่งนี้อาจจะเกิดขึ้นในวันข้างหน้าต่อไป (เชษฐธิ์ พงศ์อนุตริ, 2536)

ซึ่งการศึกษาดังกล่าวมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ แฮทฟิลด์ (Hatfield, 1987) รายงานผลการสำรวจความเดือดร้อนของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 89 ราย พบว่าร้อยละ 27 ของญาติเห็นว่าอาการเจ็บป่วยทางจิตก่อให้เกิดความยุ่งยากกับบรรดาพี่ๆ น้องๆ ของผู้ป่วย ร้อยละ 27 ของญาติเห็นว่าทำให้ชีวิตสมรสของบิดามารดาของผู้ป่วยสั้นคลอน รวมทั้งทำให้ชีวิตในสังคมของครอบครัวยุ่งเหยิง และสอดคล้องกับการศึกษาของ สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และ กฤตยา แสงวงเจริญ (2535) ที่พบว่า สิ่งที่เกิดความเครียดในครอบครัว หลังจำหน่าย

ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลคือ ญาติส่วนใหญ่คิดว่ามีอุปสรรคที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และถ้าผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเร็วเกินไป จะมีสมาชิกในครอบครัวบางคนไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ จะเกิดความวิตกกังวลมากขึ้น เพราะคิดว่าผู้ป่วยจะไม่ได้เรียนรู้ในการดูแลตนเอง เท่าที่ควรประกอบกับญาติไม่มีเวลาเพราะต้องทำมาหากิน เนื่องจากมีปัญหาเศรษฐกิจต้องดูแลสมาชิกคนอื่นๆในครอบครัว และไม่มีความรู้ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน จึงรู้สึกกังวล หงุดหงิด เบื่อหน่ายและอายเพื่อนบ้านบางคนไม่มีคนช่วยดูแลผู้ป่วยและสอดคล้องกับการศึกษาของ เพชรา เอม่อม (2531) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความคิดเห็นของญาติผู้ป่วยจิตเภท พบว่าการมีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในครอบครัว ทำให้รายได้ของครอบครัวลดลง สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล รวมทั้งการที่ญาติต้องคอยดูแลผู้ป่วย ไม่ให้กระทำในสิ่งที่น่าอาย และไม่ต้องการให้ผู้อื่นรู้ว่าในครอบครัวมีผู้ป่วยเป็นโรคจิต ซึ่งความรู้สึกเช่นนี้ทำให้ผู้ดูแลเกิดภาวะในการดูแล (Doornbos, 1996)

จากเหตุผลดังกล่าวครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายกลับบ้านย่อมต้องการความช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่องและปลอดภัย อีกทั้งยังช่วยลดความวิตกกังวลของครอบครัวเนื่องจากมีทีมสุขภาพจิตให้ความช่วยเหลือสนับสนุนแนะนำ และสอนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นถ้าครอบครัวได้รับการตอบสนองที่ดี จะทำให้สามารถใช้พลังงานในการให้กำลังใจและช่วยให้ผู้ป่วยได้ดีขึ้น (ชนิตา มณีวรรณ, 2537) จากเหตุผลดังกล่าวทำให้ผู้ดูแลมีความต้องการการสนับสนุนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนความต้องการการสนับสนุนรายด้านสามารถอภิปรายได้ว่า

1. ความต้องการการสนับสนุนด้านบริการ (Service) อยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 1.93 สามารถอภิปรายได้ดังนี้

ด้านการสอนเกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความต้องการการสนับสนุนอยู่ในระดับปานกลางมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.23 โดยมีความต้องการพบว่าญาติต้องการการสนับสนุนด้านการสอนความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท คู่มือปฏิบัติสำหรับญาติเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสังเกตอาการข้างเคียงของยา และการช่วยเหลือเบื้องต้น การเฝ้าระวังและสังเกตอาการกำเริบอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.40 2.38 2.45 2.43 โดยเฉพาะหัวข้อการสอนเกี่ยวกับความรู้ทั่วไป ซึ่งมีเนื้อหาของความหมาย อาการ สาเหตุ และการพยากรณ์โรค การสังเกตอาการข้างเคียงของยา และการช่วยเหลือเบื้องต้น และการเฝ้าระวังและสังเกตอาการกำเริบพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือมาก เนื่องจากครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังต้องดูแลผู้ป่วยหลังจากทางโรงพยาบาลจำหน่ายกลับบ้านอย่างต่อเนื่อง ส่วนใหญ่ผู้ดูแลจะมี

ความวิตกกังวลสูง โดยเฉพาะเมื่อมีการจำหน่ายผู้ป่วยเร็ว และไม่ได้รับคำแนะนำในการป้องกัน การกำเริบซ้ำ จะมีความวิตกกังวลว่าผู้ป่วยจะมีโอกาสป่วยซ้ำอีก (ชูทิพย์ ปานปรีชา, 2539) และ สอดคล้องกับการศึกษาของ จิตารัตน์ ทิมพีติด (2541) พบว่าญาติและผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ขาด ความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง เกี่ยวกับอาการของโรค การดำเนินโรค เรื่องการใช้จ่ายด้านโรคจิต การดูแลตนเองเมื่อเกิดอาการข้างเคียงของยา การใช้ยาที่เหมาะสมและถูกต้อง การดูแลตนเองทั่วไป เช่น การดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวันและการทำงานเป็นต้น การที่จะทำให้ญาติมีมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ที่บ้านจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ญาติจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคเป็นอย่างดีตลอดจนวิธีการ ปฏิบัติดูแลผู้ป่วยที่บ้านด้วยความมั่นใจและปลอดภัย และซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สกาวรัตน์ ภูผา (2543) ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้เข้ากลุ่มบำบัดชนิดสุขภาพศึกษามีคะแนนภาวะ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการบำบัดชนิดสุขภาพจิตศึกษาสอดคล้องกับการ ศึกษาของ สถิตย วงศ์สุริยประภิต (2542) และสอดคล้องกับการศึกษาของ สมพร รุ่งเรือง กลกิจ และ กฤตยา แสงเจริญ (2535) ที่พบว่า ครอบครัวมีความต้องการความช่วยเหลือ ในด้านการสอนมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ (Reinhard, 1994) เช่นการศึกษาของ เรนฮาร์ด (Reinhard, 1994) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการช่วยเหลือจากทีมจิตเวชกับภาวะ ของผู้ดูแล การให้คำแนะนำจากทีมจิตเวชเกี่ยวกับอาการทางจิต การรับประทานยา การรับมือใน ภาวะวิกฤตและการวางแผนอนาคตของผู้ป่วยมีส่วนสำคัญในการช่วยลดภาระในการดูแล ซึ่ง การได้รับการแนะนำและความรู้ต่างๆ เป็นการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูล การได้รับการช่วยเหลือ จากทีมผู้รักษาสามารถทำนายภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้ ไวส์ (Weiss, 1974) กล่าวถึง การสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการได้รับคำแนะนำเป็นการได้รับความช่วยเหลือโดยการชี้แนะ ให้คำแนะนำ ปลอดภัย ให้กำลังใจ ทำให้บุคคลสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาเผชิญกับ ความเครียดได้

ด้านการเยี่ยมบ้านและการรักษาพยาบาลที่บ้านกลุ่มตัวอย่างมีความต้องการ การสนับสนุนอยู่ในระดับปานกลางค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.87 โดยเฉพาะหัวข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการ สนับสนุนมากคือการเยี่ยมโดยบุคลากรจากโรงพยาบาลประสาท เนื่องจากการที่บุคคลได้รับ การสนับสนุนอย่างเพียงพอก็จะช่วยลดความเครียด สามารถปรับตัวได้ถูกต้องเหมาะสมซึ่งจะส่งผลให้ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ด้วยซึ่งการเยี่ยมบ้านจึงมีความจำเป็นโดยเฉพาะพยาบาล จากโรงพยาบาลประสาทซึ่งรู้ข้อมูลและรายละเอียดประวัติของผู้ป่วยอยู่แล้วสามารถที่จะเข้าใจ ได้ง่ายซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และ กฤตยา แสงเจริญ (2535) ที่พบว่าครอบครัวผู้ป่วยมีความต้องการให้บุคลากรจากโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาดำเนิน

หรือบุคลากรทางสาธารณสุขอื่นออกติดตามเยี่ยมบ้านเพราะคาดว่าจะมีอุปสรรคหากต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

ด้านการผ่อนคลายความเครียดของญาติกลุ่มตัวอย่างมีความต้องการสนับสนุนอยู่ในระดับมากค่าเฉลี่ย 2.26 โดยเฉพาะหัวข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการการสนับสนุนมาก คือ การสอนวิธีจัดการกับปัญหาประจำวันและความเครียด บริการปรึกษาด้านจิตใจของญาติ ค่าเฉลี่ย 2.28, 2.27 เนื่องจากการที่ครอบครัวต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยทำให้ครอบครัวอยู่ในภาวะวิกฤติ ครอบครัวจึงเป็นแหล่งที่อิทธิพลทางอารมณ์ความรู้สึกเป็นอย่างมาก จึงรู้สึกเครียด ต้องการความช่วยเหลือ การประคับประคองทางจิตใจให้เผชิญการแก้ไขอารมณ์เหล่านั้น ซึ่งทีมสุขภาพจิตมีความเชี่ยวชาญในการประคับประคองทางอารมณ์แก่ครอบครัว เป็นรายบุคคลและกลุ่ม จะช่วยเหลือผู้ป่วยได้มาก (ดร.ณี รุจกรกานต์, 2536) และสอดคล้องกับการศึกษาของสถิตย์ วงศ์สุริยประทีป (2542) ที่พบว่า ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทมีความต้องการด้านการช่วยผ่อนคลายความเครียดอยู่ในระดับมาก และสอดคล้องกับการศึกษาของอุมาพร ตรังคสมบัติ (2540) ที่พบว่า การทำจิตบำบัดครอบครัวแบบให้การศึกษาย่อยเพิ่มเสถียรภาพในการดำเนินชีวิตประจำวันโดยการลดความกังวล ความเครียดของครอบครัวและเพิ่มความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย

ด้านการสนับสนุนประกอบอาชีพการงาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความต้องการน้อย ค่าเฉลี่ย 1.51 เนื่องจากภาคใต้นิยมทำการเกษตรกรรม มีการทำสวนยางซึ่งเป็นอาชีพผู้ป่วยจะช่วยเก็บยางบ้าง กรีดยางบ้าง ซึ่งเป็นอาชีพที่ทำอยู่เป็นประจำ ถ้าหากต้องทำงานที่ต้องฝึกอาชีพทำให้ผู้ป่วยต้องปรับตัวอาจทำให้ผู้ป่วยเครียดได้ในที่สุดผู้ป่วยอาจจะมีอาการกำเริบได้จึงมีความต้องการการสนับสนุนน้อยและตามแนวทางของศาสนาอิสลาม "การทำงานเป็นคานจิกอย่างหนึ่ง" การเลือกอาชีพไม่ได้ใช้เกณฑ์รายได้อย่างเดียวแต่จะใช้เกณฑ์ศาสนาอนุมัติและความสะดวกในการปฏิบัติศาสนกิจด้วย ประชาชนจึงไม่ยอมรับอาชีพบริการหลายๆ อาชีพเช่น นักร้องนักแสดง พนักงานในสถานเริงรมย์ ห้องอาหาร ร้านเสริมสวยเพราะขัดกับหลักศาสนาและไม่สะดวกในการปฏิบัติศาสนกิจ (อาหวัง ล่า่น้อย, อับดุลรอซิด เจมะมะ, กุสุม่า ล่า่น้อย, 2540)

ด้านความต้องการสนับสนุนการดูแลในเวลากลางวันพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการ คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.46 เนื่องจากไม่สะดวก เพราะต้องเดินทางไปกลับทุกวันต้องสิ้นเปลืองมากขึ้น และไม่เคยชินกับการดูแลผู้ป่วยแบบนี้ ซึ่งสอดคล้องกับปัญหาของการจัดบริการการดูแลในเวลากลางวัน (Day care) ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยาที่พบว่าปัญหาในการดำเนินการคือ คนไข้ที่ส่งตัวมารักษาส่วนใหญ่เป็นคนไข้จิตเภทเรื้อรังค่อนข้างซึมเฉย

เที่ยงเช้า เกียจคร้าน ขอบนอน ตื่นสายมาที่แผนกการดูแลในเวลากลางวัน (Day care) ไม่ทันขาดหายอยู่เสมอ ทำให้ผลการรักษาเป็นไปได้ช้า และพบว่าการดูแลในเวลากลางวัน (Day care) เป็นวิธีการรักษาแบบใหม่ บุคลากรในวงการจิตเวชอีกหลายท่านยังไม่วัดจักดี (สุวัฒน์ เดชาติวงศ์ ณ อยุธยา, พูนทรัพย์ บุษปรัาง, นงเยาว์ กุลโฆษะ, ชูติศย์ ปานปรีชา, 2527)

จะเห็นว่าถึงแม้กลุ่มตัวอย่างจะมีความต้องการการสนับสนุนด้านบริการอยู่ในระดับปานกลางแต่เมื่อพิจารณาตามข้อย่อยแล้วพบว่ากลุ่มตัวอย่างยังมีความต้องการการสนับสนุนในด้านการสอนความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค ต้องการการสนับสนุนคู่มือการปฏิบัติสำหรับญาติในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การช่วยผ่อนคลายความเครียดของญาติอยู่ในระดับมาก แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีความรู้อยู่ในระดับดี แต่ในส่วนของความต้องการก็ยังพบว่ายังต้องการด้านนี้อีก อาจเนื่องจากการสื่อสารด้านภาษาซึ่งผู้ดูแลพูดภาษาไทยไม่ได้ทำให้เป็นปัญหาในการในความรู้ การสื่อสารเพื่อที่จะให้การดูแลที่ดี กลุ่มตัวอย่างจึงยังมีความต้องการความรู้เพิ่ม และสอดคล้องกับแนวทางศาสนาดังที่ท่านนบีฯ กล่าวว่า "การแสวงหาความรู้เป็นหน้าที่จำเป็นแก่กลุ่มมุสลิมทั้งชายและหญิง" (ดลมนรจณ์ บากา และแวอูเซ็ง มะแดเฮาะ, 2536) ผู้วิจัยมีความเห็นว่าทั้ง 3 หัวข้อควรมีการดำเนินการในเรื่องการสอนความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ควรมีการวางแผนจำหน่ายอย่างครอบคลุมในทุกหอผู้ป่วย และจัดทำคู่มือสำหรับญาติในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและควรเป็นทั้งภาษาไทยและมลายูถิ่น และควรจัดตั้งคลินิกคลายเครียดและให้บริการการปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมงเพื่อช่วยเหลือครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ

2. ความต้องการการสนับสนุนด้านแหล่งบริการ/วิธีการใช้บริการ (Place) อยู่ในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ย 2.26 หัวข้อความต้องการการสนับสนุนการบริการ 24 ชั่วโมงเมื่อมีปัญหาวิกฤตต่อการการสนับสนุนให้มีในโรงพยาบาลจิตเวชเพื่อรับผู้ป่วยฉุกเฉินอย่างเพียงพอ ความต้องการการสนับสนุนให้มีบริการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินจากโรงพยาบาลชุมชน/สถานีนามัยมายังโรงพยาบาลประสาท ความต้องการการสนับสนุนให้มีจิตเวชที่สถานีนามัย/โรงพยาบาลชุมชน ความต้องการการสนับสนุนให้มีคำแนะนำเพื่อการใช้ระบบส่งต่อผู้ป่วย ความต้องการการสนับสนุนให้ มีพยาบาลที่มีความรู้และทักษะทางด้านจิตเภทที่สถานีนามัย/โรงพยาบาลชุมชน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความต้องการการสนับสนุนในระดับมาก ความต้องการการสนับสนุนการบริการทางโทรศัพท์ 24 ชั่วโมงเมื่อมีปัญหาวิกฤต เนื่องจากการให้บริการทางโทรศัพท์ตลอด 24 ชั่วโมงทำให้ญาติผู้ป่วยสามารถสอบถามหรือขอคำปรึกษาแนะนำได้ตลอดเวลาเมื่อมีปัญหาวิกฤตและการเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่ไม่แน่นอนจะเกิดขึ้นเมื่อไรก็ได้

สำหรับความต้องการการสนับสนุนให้มีบริการ ส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินจากโรงพยาบาลชุมชน/สถานีอนามัยมายังโรงพยาบาลประจำ พบว่ามีความต้องการการสนับสนุนให้มียาจิตเวชที่สถานีอนามัย/โรงพยาบาลชุมชนเนื่องจากที่สถานีอนามัยไม่มียาที่จะใช้รักษาผู้ป่วยทางจิตเวช จากการศึกษาของวิจารณ์ (2535) ที่ได้สำรวจเวชภัณฑ์ที่ใช้ในการรักษาโรคทางจิตเวชในสถานีอนามัยพบว่าส่วนใหญ่มี Diazepam ชนิดรับประทาน ร้อยละ 98.5 Diazepam ชนิดฉีด ร้อยละ 54.9 Phenobarbital ร้อยละ 73.8 และมียารักษาโรคจิต คือ Chlopromazine นั้นมีน้อยมากเพียงร้อยละ 5.1 ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการการสนับสนุนมากเพราะว่าถ้ามียาจิตเวชที่สถานีอนามัยจะทำให้สะดวกในการให้บริการ ส่วนความต้องการการสนับสนุนให้มีคำแนะนำเพื่อการใช้ระบบส่งต่อผู้ป่วย เนื่องจากในความเป็นจริงการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชประสบความสำเร็จน้อยมาก ดังตัวเลขการรายงานตามการสรุปผลการปฏิบัติงานของกรมการแพทย์ ปีงบประมาณ 2535 พบว่าในระบบส่งต่อของโรงพยาบาลสมเด็จพระยา ร้อยละ 0.51 โรงพยาบาลศรีธัญญา ร้อยละ 9.06 และโรงพยาบาลในสังกัดกองสุขภาพจิต ร้อยละ 4.75 อย่างไรก็ตามการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชไปรักษายังสถานบริการอื่น ที่ใกล้บ้าน โดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชน ก็ยังเป็นปัญหาอยู่มาก ยังมีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่ย้อนกลับมาได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลจิตเวช ทำให้ไม่สะดวกในการให้บริการระบบการส่งต่อ แต่อย่างไรก็ตาม ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2544 รัฐบาลมีนโยบายได้มีการปฏิรูปโดยให้ทุกสถานบริการสุขภาพให้มีหลักประกันทั่วหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค (ยกเว้นกรุงเทพมหานครบางเขต) ประชาชนต้องมีการจดทะเบียนกับสถานบริการที่ใกล้บ้าน และต้องได้รับบริการ เบื้องต้นจากสถานบริการนั้นๆ และถ้าหากเกินความสามารถที่สถานบริการระดับต้นจะดูแลรักษาได้ก็ต้องใช้ระบบส่งต่อไปยังสถานบริการอื่น (คณะกรรมการสร้างหลักประกันทั่วหน้า กระทรวงสาธารณสุข, 2544)

นอกจากนี้ยังมีความต้องการการสนับสนุนให้มีเตียงในโรงพยาบาลจิตเวชเพื่อรับผู้ป่วยจิตเภทฉุกเฉินอย่างเพียงพอ เนื่องจากปัจจุบันโรงพยาบาลประจำเปลี่ยนโครงสร้างใหม่เน้นให้บริการทางด้านประสาทวิทยาและลดจำนวนเตียงลงทำให้มีจำนวนเตียงไม่เพียงพอกับความต้องการของผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งประชาชนในภาคใต้ตอนล่างยังคงนิยมมาใช้บริการที่โรงพยาบาลประจำเพราะใกล้และสะดวก แต่หลังการปฏิรูประบบสาธารณสุขในการใช้หลักประกันสุขภาพทั่วหน้า 30 บาทรักษาทุกโรคจำนวนผู้ป่วยจะลดลงเนื่องจากหากไม่มีความจำเป็นสถานบริการใกล้บ้านก็จะเป็นผู้ดูแลเองทำให้เกิดความสะดวแก่ผู้ป่วยและครอบครัวมากขึ้น สำหรับความต้องการการสนับสนุนให้มีพยาบาลที่มีความรู้และมีทักษะเกี่ยวกับโรคจิตเภทในสถานีอนามัย/โรงพยาบาลชุมชน เนื่องจากที่สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลชุมชนขาดแคลนพยาบาลที่

เป็นเฉพาะทางกลุ่มตัวอย่างต้องการพยาบาลจิตเวชเพื่อความมั่นใจให้ความช่วยเหลือได้โดยตรง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนันทิกา ทวีชาชาติ (2539) กล่าวว่าผู้ป่วยและครอบครัว ต้องพยายามหาคำแนะนำ ปรีกษาผู้รู้ หรือบุคคลที่เกี่ยวข้องเพื่อลดความเครียดของผู้ป่วยและครอบครัว

จะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีความต้องการการสนับสนุนด้านแหล่งบริการอยู่ในระดับมากโดยต้องการพยาบาลที่มีความรู้และทักษะเกี่ยวกับจิตเวช ต้องการเตียงในโรงพยาบาลให้เพียงพอ ต้องการบริการทางโทรศัพท์ 24 ชั่วโมง ต้องการยาจิตเวชที่อ่อนมัย ต้องการให้มีการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนมาโรงพยาบาลประสาท ต้องการการแนะนำระบบส่งต่อ ครอบครัวไทยมุสลิมมีความต้องการสิ่งเหล่านี้เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยต้องเดินทางมาโรงพยาบาลประสาทอิสลามจะนิยมเหมารถมาและมีญาติพี่น้องมากันหลายคน 10-20 คนโดยครอบครัวผู้ป่วยเสียค่าน้ำมันรถให้ และดูแลญาติๆ ที่มาด้วยอาหารการกิน แต่ชาวไทยมุสลิมจะช่วยเหลือกันโดยให้เงินตามที่จะให้ได้ 30-40 บาท ถ้ามีมากก็ให้มาก ซึ่งถ้าหากสิ่งที่เขาต้องการมีเกิดขึ้นได้ก็就不用สิ้นเปลืองและสะดวกในการช่วยเหลือผู้ป่วย ผู้วิจัยมีความเห็นว่าจะมีการพัฒนาเรื่องของเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้สามารถให้บริการผู้ป่วยที่อาการทุเลาและรับยาต่อเนื่อง พัฒนาระบบการส่งต่อระบบข้อมูล และควรมีการประสานงาน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้บริการที่ใกล้บ้าน

3. ความต้องการการสนับสนุนด้านค่าใช้จ่าย (Price) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความต้องการอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 1.78 หัวข้อความต้องการการสนับสนุนในการใช้สิทธิบัตรต่างๆ เช่นบัตรสวัสดิการประชาชน บัตรประกันสุขภาพและบัตรอื่นๆ และบริการ 30 บาทรักษาทุกโรค มีความต้องการการสนับสนุนมามาก ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีความต้องการการสนับสนุนทางสังคมที่ดี เพื่อพัฒนาศักยภาพ และเพิ่มความแข็งแกร่งให้กับครอบครัว ให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ (พิเชษฐ อุดมรัตน์, 2539) การสนับสนุนที่ดีก็คือการสนับสนุนด้านเศรษฐกิจ ที่ครอบครัวมีความต้องการมาก โดยเฉพาะด้านเศรษฐกิจซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญที่ทำให้ ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกลับป่วยซ้ำเนื่องจากพบว่าครอบครัวไม่มีเงินมารับยาทำให้ผู้ป่วยขาดยา (วัชณี หัตถพนม และคณะ, 2529) มีผลให้ครอบครัวมีความต้องการการสนับสนุนด้านนี้มากและ จากการศึกษาของอาหวัง ถ่านุ้ย และคณะ (2540) ศึกษาเรื่องสภาพการมีงานทำและการว่างงานในชุมชนมุสลิมจังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่าชาวมุสลิมส่วนใหญ่เป็นครัวเรือนเกษตรกรรม การมีงานทำอยู่ในอัตราต่ำ ส่วนใหญ่จะว่างงานเนื่องจากในการทำงาน ชาวมุสลิมจะใช้เกณฑ์รายได้และเกณฑ์ศาสนาอนุมัติและความสะดวกต่อการปฏิบัติศาสนากิจด้วย ทำให้ชาวมุสลิมส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอจึงต้องการการสนับสนุนจากรัฐบาล

สำหรับการจ่ายตามบริการนั้นพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการบริการด้านนี้ ส่วนการให้ร่วมจ่ายเพียงบางส่วนนั้นพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความต้องการสนับสนุนน้อยสอดคล้องกับงานวิจัยของ อัจจิมา เศรษฐบุตร และสายสวรรค์ วัฒนพานิชย์ (2535) ที่พบว่าประชาชนส่วนใหญ่ไม่คุ้นกับการจ่ายค่าบริการทางสุขภาพในการรับบริการที่บ้าน มักคิดว่าเป็นบริการจากรัฐซึ่งเป็นบริการฟรี เช่นเดียวกับการจัดบริการที่บ้านของประเทศอิตาลีที่ค่าใช้จ่ายจะอยู่ในรูปของประกันส่วนใหญ่ให้บริการฟรี แต่ถ้าผู้รับบริการต้องการเหนือจากที่กำหนดไว้ ผู้รับบริการจะต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่ม (Zanoli, 1996 อ้างถึงใน พรทิพย์ เกตุรานนท์, 2539) ส่วนของประเทศเกาหลีค่าใช้จ่ายจะอยู่ในรูปของการประกันสุขภาพแห่งชาติ (The National Insurance) ซึ่งรัฐเป็นผู้จ่ายให้ ทั้งนี้ผู้รับบริการต้องมีส่วนร่วมในการจ่าย (Copayment) ค่าเยี่ยม 1 ครั้ง ประมาณ 22.5 \$ ซึ่งประมาณ 1000 บาท ผู้รับบริการจ่าย 20% ประกันจ่าย 80% ค่าเดินทางผู้รับบริการจ่ายคนเดียว อย่างไรก็ตามประเทศไทยตั้งแต่รัฐบาลมีนโยบายให้มีการประกันสุขภาพถ้วนหน้าจ่าย 30 บาทรักษาทุกโรคเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียมกัน และได้เริ่มดำเนินการครอบคลุมเกือบทุกจังหวัด การให้บริการเยี่ยมบ้านซึ่งจัดอยู่ในงบการส่งเสริมและป้องกันโรคซึ่งประชาชนไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย แม้แต่กรณีโรคจิตที่ต้องรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในเกิน 15 วัน เป็นกลุ่มที่ปัจจุบันมีงบประมาณจัดสรรให้เป็นการเฉพาะ แต่อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติขณะนี้อยู่ในระหว่างการดำเนินการซึ่งสอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง

จะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีความต้องการการสนับสนุนด้านค่าใช้จ่ายโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางแต่รายข้อคือต้องการการสนับสนุนในด้านการใช้สิทธิบัตร เช่น บัตรสปร. หรือร่วมจ่าย 30 บาท และไม่ต้องการจ่ายตามราคาบริการเนื่องจากชาวมุสลิมในเขตชายแดนภาคใต้ส่วนใหญ่มีการว่างงานสูง มีรายได้ค่อนข้างต่ำ ผู้วิจัยมีความเห็นว่าการจัดบริการเยี่ยมบ้านที่ปฏิบัติอยู่ขณะนี้ไม่ได้เรียกเก็บเงินจากประชาชน และรัฐบาลก็จัดงบประมาณไว้แล้วประกอบกับผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ไม่มีศักยภาพในการประกอบอาชีพครอบครัวรายได้น้อยจึงไม่ควรเรียกเก็บจากผู้ป่วย

4. ความต้องการการสนับสนุนด้านบริการเสริม (Promotion) อยู่ในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ย 2.28 หัวข้อความต้องการการสนับสนุนด้านการให้บริการสุขภาพจิตแก่ประชาชนที่มีสติ ความต้องการการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับมาก เนื่องจากการให้บริการในชุมชนในลักษณะนี้ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายมากเพราะไม่ต้องเดินทางไปโรงพยาบาลและมีสติก็เป็นที่ยอมรับของอิสลามในการประกอบพิธีทางศาสนา และเป็นบริการที่ป้องกันส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งการให้บริการเคลื่อนที่ในชุมชนให้กับผู้ป่วย จะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบได้อีก

(พิเชฐ อุดมรัตน์, 2539) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ทีประพิน สุขเขียว (2543) ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความต้องการการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน สำหรับกลุ่มตัวอย่างไทยมุสลิมยังต้องการด้านข้อมูลข่าวสารหรือสื่อที่เป็นภาษามลายูถิ่น (ยาวิ) ต่อการสนับสนุนบริการให้ความรู้สุขภาพจิต บทวิทยุ โทรทัศน์ ทั้งภาษาไทย-มลายูถิ่น ต้องการเอกสารแปลเป็นภาษามลายูถิ่นต้องการในระดับปานกลาง เนื่องจากประชากรส่วนใหญ่ในจังหวัดชายแดนภาคใต้พูดภาษามลายูท้องถิ่น

สรุปความต้องการการสนับสนุนทั้ง 4 ด้านโดยรวมพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง โดยรายด้านที่กลุ่มตัวอย่างต้องการมากในด้านบริการเสริมเกี่ยวกับการให้ความรู้สุขภาพจิตที่มัสยิดเพราะมัสยิดเป็นแหล่งรวมในการปฏิบัติศาสนกิจอยู่แล้วเช่นทุกวันศุกร์ทุกคนต้องไปทำละหมาดโดยพร้อมเพรียงกัน และต้องการการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารที่เป็นภาษามลายูถิ่นก็เพราะว่าชาวมุสลิมส่วนใหญ่นิยมพูดภาษาของตนเองและพูดภาษาไทยไม่ได้ ด้านแหล่งบริการกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ต้องการมากเช่น ต้องการพยาบาลที่มีความรู้ทางจิตเวช ต้องการยาที่สถานีอนามัย ต้องการบริการทางโทรศัพท์ 24 ชั่วโมง ต้องการระบบส่งต่อ ต้องการให้มีเตียงสำหรับรับผู้ป่วยฉุกเฉิน เพราะทำให้สะดวกในการรักษาที่เครือข่ายไม่ต้องมาถึงโรงพยาบาลประจำ เพราะชาวมุสลิมมีความเป็นพวกพ้องและกลุ่มก้อนเหนียวแน่นเมื่อมาโรงพยาบาลจะต้องเหมารด และต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงมาก สำหรับความต้องการการสนับสนุนปานกลางในด้านการบริการพบว่ากลุ่มตัวอย่างยังมีความต้องการการสนับสนุนในด้านการสอนความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค ต้องการการสนับสนุนคู่มือการปฏิบัติสำหรับญาติในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การช่วยผ่อนคลายความเครียดของญาติอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับแนวทางศาสนาตั้งที่ท่านนบีฯ กล่าวว่า "การแสวงหาความรู้เป็นหน้าที่ จำเป็นแก่กลุ่มมุสลิม ทั้งชายและหญิง" (ดลมนรจณ์ บากา และแวอุเซ็ง มะแดเฮาะ, 2536) เพราะยังไม่มี ความมั่นใจในความรู้ที่มีอยู่เนื่องจากส่วนใหญ่ได้จากประสบการณ์ในชีวิตจริงจากความเชื่อทางศาสนาแต่ที่เป็นวิชาการหรือเป็นวิทยาศาสตร์ ในเรื่องของจิตเภทแล้วยากที่จะเข้าใจได้ดีประกอบกับมุสลิมส่วนใหญ่มักมีปัญหาเรื่องการสื่อสารและการใช้ภาษาซึ่งมีความอ่อนแอด้านการศึกษาอย่างไรก็ตามปัจจุบันความเจริญทางสื่อต่างๆมีมากขึ้นหลายทางมีส่วนช่วยให้มีความเข้าใจมากขึ้นจึงมีความต้องการในระดับปานกลาง และด้านค่าใช้จ่ายต้องการการสนับสนุนในด้านการใช้สิทธิบัตร เช่น บัตรสปร. หรือร่วมจ่าย 30 บาท และไม่ต้องการจ่ายตามราคาบริการเนื่องจากชาวมุสลิมในเขตชายแดนภาคใต้ส่วนใหญ่การว่างงานสูง เพราะการเลือกงานทำต้องใช้เกณฑ์รายได้ร่วมกับเกณฑ์ศาสนาคืองานที่ต้องไม่ขัดกับหลักศาสนาและสามารถ

ปฏิบัติกิจทางศาสนาได้ด้วย ทำให้บางอาชีพชาวมุสลิมไม่สามารถทำได้ เมื่อการว่างงานก็จะไม่มีรายได้จึงต้องพึ่งภาครัฐ

แม้ว่าในปัจจุบันกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขได้นำเอาแนวคิดการตลาดมาใช้ในการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ด้านสุขภาพจิตมากขึ้นโดยอาศัยสื่อมวลชนแต่ยังไม่ครอบคลุม โดยเฉพาะในเรื่องการบริการการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ที่จัดดำเนินการมีเพียงบางโรงพยาบาลเท่านั้น และในแต่ละโรงพยาบาลที่จัดก็ยังไม่ต่อเนื่องและไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะกลุ่มเป้าหมายที่มีบริบทที่ต่างกัน การมีวัฒนธรรมประเพณีที่เป็นเอกลักษณ์เช่นผู้นับถือศาสนาอิสลามซึ่งต้องดูแลเป็นการเฉพาะ เช่นการรับประทานยาในช่วงการถือศีลอด การใช้สื่อการใช้ภาษาที่เป็นมลายูซึ่งเป็นภาษาเฉพาะของคนมุสลิม การประกอบพิธีทางศาสนาเพื่อการรักษา ใช้รักษาโรคจิตที่นับว่าเป็นยาวนานเอกของคนมุสลิม อย่างไรก็ตามขณะนี้รัฐบาลได้มีนโยบายให้มีการปฏิรูประบบ สุขภาพ โดยเน้นการบริการเชิงรุกมากกว่าเชิงรับในชุมชน และเน้นการส่งเสริมป้องกันมากกว่าการรักษาโรค จึงต้องพัฒนาในเรื่องของการออกเยี่ยมบ้านมากขึ้นเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการอย่างเป็นองค์รวม ผสมผสาน และต่อเนื่อง

ส่วนที่ 5 ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัวไทยมุสลิม (ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 4)

ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัวไทยมุสลิม

5.1 ด้านความรู้เกี่ยวกับความรู้ทั่วไปเรื่องโรคจิตเภท ในด้านความหมาย สาเหตุ และการพยากรณ์โรค สามารถอธิบายได้ว่าโรคจิตเภทเป็นโรคที่ยากต่อการเข้าใจเพราะโรคจิตมีหลายชนิดและโรคจิตเภทเป็นโรคที่ไม่สามารถบอกได้ชัดเจน เพราะแม้แต่บุคลากรทางจิตเวชก็ยังมีความเข้าใจไม่ตรงกัน แนวคิดที่ยอมรับคือผู้ป่วยมีแนวโน้มจะเป็นอยู่แล้วพบกับความกดดันบางประการจึงเกิดอาการ สภาพกดดันนี้อาจเกิดจากด้านชีวภาพ จิตสังคม หลายๆ ปัจจัยร่วมกัน ส่วนการพยากรณ์โรคก็เช่นเดียวกัน มีทั้งรักษาหายและไม่หาย ดังคำกล่าวของ พิเชษฐ อุดมรัตน์ (2541) ที่ว่า มีหลายขาดไม่กลับเป็นอีก หายโดยกลับเป็นอีก หายไม่สมบูรณ์แต่อยู่ในสังคมได้ เรื้อรังแต่ไม่มีอาการรุนแรง และมีการเสื่อมของสมรรถภาพ แม้แต่การวินิจฉัยโรคจิตเภทที่ WHO (1979) ทำโครงการวิจัย การศึกษาระหว่างชาติเพื่อเป็นแนวทางสำหรับโรคจิตเภท พบว่าศูนย์ที่วอชิงตัน และกรุงมอสโกใช้แนวคิดที่กว้างกว่าศูนย์อื่นๆ คือศูนย์ที่วอชิงตันรวมเอาอารมณ์ซึมเศร้าและอารมณ์ครั้นเคร่งเครียดรวมดาเข้าไปด้วย จึงสรุปได้ว่าเป็นการยากที่ประชาชนธรรมดาจะรู้และเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทอย่างละเอียด ส่วนเรื่องการรักษาในการรับประทานยาไม่มีใครบอกได้ว่า

จะให้เวลารักษานานเท่าใดผู้ป่วยจิตเภทจึงจะหายขาดแต่การรับประทานยาต่อเนื่อง การปรับลดยาอยู่ในดุลพินิจของแพทย์เท่านั้น พิเชฐ อุดมรัตน์ (2541) กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทควรให้รับประทานยาต่อเนื่องครบ 2 ปี ลองหยุดยา ครั้งแรก หลังหยุดยาอาการกำเริบ เริ่มรับประทานยาต่อครบ 5 ปี ลองหยุดยาครั้งที่ 2 หากอาการกำเริบอีกไม่ควรหยุดรับประทานยา ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยอาการทุเลา ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลก็จะหยุดเอง เพราะเข้าใจว่าหายแล้ว และเป็นที่ต้องรับประทานยายาวนาน

5.2 ด้านการปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยปฏิบัติไม่ถูกต้องเรื่องการรับประทานยาเช่นหยุดยาเองโดยแพทย์ไม่อนุญาตทำให้ขาดยา เนื่องเข้าใจผิดเมื่ออาการทุเลาคิดว่าหายเป็นปกติแล้วจึงพบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบเนื่องจากขาด สอดคล้องกับการศึกษาของ พิไลรัตน์ ทองอุไรและศุภวรรณ ศรีช่วย (2541) พบว่าสาเหตุของการกลับป่วยซ้ำเนื่องจาก ขาดยาและรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ สาเหตุที่ขาดยาเพราะคิดว่าหายดีแล้วและเบื่อกับการรับประทานยา และเมื่อต้องประกอบพิธีทางศาสนาถือศีลอดแล้วรับประทานยาไม่สม่ำเสมอลดขนาดยาเอง เนื่องจากความเชื่อทางศาสนาอิสลามที่เชื่อว่าการประกอบพิธีทางศาสนาถือเป็นยาขนานเอกที่ช่วยในการรักษาโรคดังกล่าวของ นูรีดีน สาริมิง (2540) ว่าการรักษาโรคทั่วไปจะช่วยบำบัดรักษาความเจ็บป่วยของร่างกาย แต่ถ้าจิตหรือวิญญาณประสบการเจ็บป่วย สิ่งหนึ่งที่จะช่วยรักษา คือศาสนาหรือความศรัทธา ความเชื่อ ทั้งนี้เพราะยาขนานนี้จะสามารถรักษาได้ดีสำหรับบรรดาผู้ศรัทธา แต่เนื่องจากขาดความรู้ที่จะประยุกต์ใช้หรือปฏิบัติให้สอดคล้องกับทางการแพทย์คือควรปรับยาเป็นมือเที่ยงคืนแทนมือเที่ยงหรือใช้ยาชนิดชนิดออกฤทธิ์นานแทนในเดือที่ถือศีลอด และสำหรับการปฏิบัติไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการลดความเครียดของผู้ป่วยคือมีความขัดแย้งในครอบครัว ผู้ดูแลรู้สึกเบื่อ รำคาญ อารมณ์เสีย ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความเครียดมากขึ้นตรงกับคำกล่าวของ เลอสรร์ค์ พุ่มชูศรี (2531) ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติมีบทบาทสำคัญมาก หลังจำหน่ายผู้ป่วย พบว่าหากญาติช่างวิพากวิจารณ์ผู้ป่วย วุ่นวายกังวลกับผู้ป่วยมากเกินไป และไม่รับยา 90% จะมีอาการป่วยซ้ำ ถ้าผู้ป่วยลดการพบปะญาติแบบวิพากวิจารณ์ และกินยาจะมีการป่วยซ้ำเพียง 15% เท่านั้น ส่วนเรื่องการออกกำลังกายซึ่งพบว่าไม่ปฏิบัติเนื่องจากความเข้าใจในความหมายไม่ตรงกัน คือมิได้หมายถึงเฉพาะการบริหารร่างกายท่าต่างๆ เหมือนที่ท่าที่โรงพยาบาลแนะนำ แต่การปฏิบัติตามแนวทางของศาสนาอิสลามการละหมาดเป็นการบริหารจัดการและบริหารร่างกายไปพร้อมๆ กัน กล่าวคือในขณะที่ละหมาดต้องมีสมาธิ ต้องมีจิตผูกพันอยู่กับอัลลอฮ์ ในขณะที่ร่างกายต้องเปลี่ยนอิริยาบถต่างๆ ทั้งยืน นั่ง ก้มกราบ ก้มหน้า หันหน้าไปด้านซ้าย ด้านขวา ซึ่งทำทั้งหมดจะมีผลต่อร่างกาย ต่อระบบต่างๆ อาทิ ระบบการหมุนเวียนของโลหิต ระบบกระดูก

และไขข้อ ระบบกล้ามเนื้อ ระบบประสาท ระบบการย่อยอาหาร (เสาวนีย์ จิตต์หมวด, 2540) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าคนมุสลิมมีการออกกำลังกายเป็นประจำ

3. ปัญหาอื่นที่พบจากคำถามปลายเปิดในแบบสัมภาษณ์

1. ด้านเศรษฐกิจการเงิน ค่าใช้จ่ายสูง รายได้ไม่เพียงพอ เนื่องจากครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่แม้จะมีรายได้พอใช้แต่ไม่เป็นหนี้แต่ก็ถือว่าค่อนข้างยากจน มีอาชีพเกษตรกรรมทำสวน ทำนา ทำไร่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นันทนา รัตนกร (2536) สมชาย เลื่อมพลอยแสงและคณะ (2532) พบว่าครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะมีฐานะค่อนข้างยากจน ถึงแม้จะมีรายได้พอใช้ในครอบครัวแต่ก็ไม่มีเหลือเก็บเพราะมีอาชีพเกษตรกรรมและรับจ้างและสอดคล้องกับการศึกษาของ จิดารัตน์ พิมพิดี (2541) ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภท มีปัญหา ด้านเศรษฐกิจญาติไม่มีเงินพาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมาพบแพทย์ในเวลาที่เหมาะสมได้ เนื่องจากต้องเตรียมหาเงินหรือขยิบยืมจากญาติพี่น้อง กว่าจะหาเงินได้ก็มีอาการรุนแรงด้วย อีกทั้งผู้ที่เป็นโรคจิตเภทบางรายมีอาการรุนแรงและไม่ยอมมารักษา ญาติหลายคนต้องช่วยกันควบคุมมาโรงพยาบาลจึงจำเป็นต้องเหมารถพามาทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น

2. ด้านการคมนาคมไม่สะดวกต้องเดินทางไกล เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ในภาคใต้ตอนล่างคือ จังหวัดยะลา ปัตตานี นราธิวาส สตูล พัทลุง สงขลา และจังหวัดตรัง ซึ่งโรงพยาบาลจิตเวชเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางที่มีจำนวนน้อย และมักตั้งอยู่ในตัวจังหวัด ผู้มารับบริการต้องเดินทางมาไกลทำให้ไม่สะดวกเหมือนโรงพยาบาลทั่วไปที่มีอยู่ในทุกจังหวัด

3. ด้านผู้ป่วยว่างงาน/ไม่มีงานทำ เนื่องจากเป็นลักษณะอาการของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมีความเสื่อมทางสังคม/ประกอบอาชีพ ไม่มีศักยภาพในการทำงาน หรือศักยภาพในการทำงานลดลง ขาดการกระตือรือร้นในการทำงาน และจากการยอมรับของสังคมไทยต่อผู้ป่วยจิตเวช จากการศึกษาของ ผน แสงสิงแก้ว, (2520) ได้ศึกษาทัศนคติของสังคมไทย พบว่านายจ้างที่ทำธุรกิจมักมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยจิตเวช คือนายจ้างจะจ้างผู้ป่วยโรคจิตทำงานก็ต่อเมื่อแพทย์รับรองว่าสามารถทำงานได้อย่างปลอดภัย และอาจจะให้เงินเดือนน้อยกว่าผู้ที่ไม่ป่วยเป็นโรคจิต

4. ด้านอาการของผู้ป่วยผู้ดูแลมีความเครียดมากเมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรง เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทเมื่อมีอาการไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ก้าวร้าวรุนแรง หลงผิดประสาท หลอน ไม่ให้ความร่วมมือ ไม่เชื่อฟังญาติ ทำให้ญาติมีความเครียด และต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดูแล เช่นบางรายต้องพึ่งพาเพื่อนบ้าน ต้องพึ่งตำรวจ สอดคล้องกับการศึกษาของ จิดารัตน์ พิมพิดี (2541) ที่พบว่าเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการรุนแรงขึ้นจะปรึกษาหารือกับคนรอบข้าง และญาติจะขยายวงกว้างขึ้น เริ่มจากเครือญาติ ชุมชน ตลอดจนตำรวจ

5. ด้านการสื่อภาษาผู้ดูแลพูดภาษาไทยไม่ได้ทำให้เป็นปัญหาในการให้ความรู้ การสื่อสารเพื่อจะให้การดูแลที่ดี เนื่องจากไทยมุสลิมในภาคใต้นิยมพูดภาษามลายูถิ่น เชื่อว่า แต่เดิมชาวมุสลิมมีเชื้อชาติมลายู วัฒนธรรมทางภาษาของกลุ่มคนในภูมิภาคนี้ คือภาษามลายู ประชาชนเรียนเกี่ยวกับศาสนาอิสลาม โดยใช้ภาษามลายูเป็นสื่อ ตำรา ศาสนาอิสลามล้วนเป็น ภาษามลายูทั้งสิ้น (อารง สุทธาศาสตร์, 2519) ภาษามลายูเป็นภาษาของไทยมุสลิม เป็นเอกลักษณ์ ของศาสนาอิสลาม บางครั้งถึงกับเข้าใจผิด คิดไปว่าการที่ผู้ใด ไม่พูดภาษามลายูหมายถึง ผู้ที่ไม่นับถือศาสนาอิสลามหรือกลายเป็นคนนอกศาสนาไปโดยปริยาย นอกจากนี้มีความเชื่อว่าการพูดภาษาไทยนั้นเป็นบาป เพราะภาษาไทยเป็นภาษาของศาสนาพุทธ มุสลิมที่ดีต้องพูด ภาษามลายูเท่านั้น จึงทำให้มุสลิมส่วนหนึ่งไม่ยอมพูดภาษาไทย เพราะกลัวจะได้รับการดูแคลน จากบุคคลอื่น หรือถูกหาว่าเปลี่ยนศาสนา (ชัจด์ภัย บุรุษพัฒน์, 2519)