

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ การปฏิบัติและความต้องการการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมโรงพยาบาลประสาทสงขลา ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย โดยจะกล่าวถึงแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคจิตเภท
 - 1.1 ความหมาย
 - 1.2 อาการ
 - 1.3 สาเหตุ
 - 1.4 การวินิจฉัย
 - 1.5 การดำเนินโรค
 - 1.6 การรักษา
2. แนวทางปฏิบัติสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
 - 2.1 แนวทางปฏิบัติสำหรับญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
 - 2.2 ศาสนาอิสลามกับการดูแลทางด้านจิตใจ
 - 2.3 แนวทางปฏิบัติสำหรับครอบครัวมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
3. ความต้องการการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัวไทยมุสลิม
 - 3.1 แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม
 - 3.2 ลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลและให้การสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
 - 3.3 การสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านโดยใช้แนวคิดการตลาดสุขภาพ

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.1 ความหมายของโรคจิตเภท

โรคจิตเภท (Schizophrenia) หมายถึงโรคทางจิตชนิดหนึ่ง มีความผิดปกติทางความคิด เป็นลักษณะเด่นทำให้มีอาการแสดงออกของพฤติกรรม การรับรู้ และอารมณ์ที่ผิดไปจากคนปกติ (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และคณะ, 2541)

1.2 อาการของโรคจิตเภท

ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มีอาการแสดงออกที่ผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสารซึ่งมีลักษณะอาการทั้งด้านบวก (positive symptom) และด้านลบ (negative symptom) (WHO, 2001)

ลักษณะอาการด้านบวกประกอบด้วยอาการหลงผิดและประสาทหลอนเป็นสำคัญ อาการหลงผิดอาจเป็นอาการที่ผู้ป่วยมีลักษณะแปลกๆ พุดในเรื่องที่เป็นไปไม่ได้ที่พบบ่อยได้แก่ คิดว่ามีคนมาปองร้าย หวาดระแวง ทำที่ที่ไม่เป็นมิตรมีอารมณ์โกรธ ก้าวร้าวและพาลทะเลาะวิวาท ส่วนอาการประสาทหลอนจะพบบ่อยทางหู อาจเป็นเสียงคนพุดถึงเรื่องของตนเอง เสียงวิพากษ์วิจารณ์ เสียงสั่งให้ทำตามและเสียงอื่นๆที่ไม่มีความหมาย ทำให้ผู้ป่วยมีอาการพุด ยิ้มหรือหัวเราะคนเดียว ส่วนอาการอื่นๆได้แก่ การสื่อสารกับผู้อื่นไม่มีประสิทธิภาพ มีการใช้คำหรือสำนวนแปลกๆ ตลอดจนการแสดงออกที่ผิดปกติอย่างมาก เช่นแต่งตัวแปลกๆ สกปรก ไม่เหมาะสมกับสภาวะการณ์ตลอดจนมีพฤติกรรมก่อความเดือดร้อนรำคาญแก่ชาวบ้านเป็นต้น (มานิช หล่อตระกูลและคณะ, 2542)

ลักษณะอาการด้านลบ ประกอบด้วยอาการซึ่งเป็นภาวะที่พร่องไปไม่เหมือนในคนปกติ ได้แก่ พุดน้อย คิดนานก่อนตอบ แยกตัวเองไม่สูงส่งกับใคร ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ยังมีการแสดงออกทางอารมณ์ลดลง เจยเมยไม่ค่อยสบตากับผู้อื่น ขาดความกระตือรือร้น ขาดแรงจูงใจ เกียจคร้าน ละเลยเรื่องสุขอนามัย อาจนั่งอยู่เฉยๆทั้งวันโดยไม่ทำอะไรเลย อาการทางลบที่สำคัญที่สุดคืออาการซึมเศร้า ที่พบถึงร้อยละ 25 ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราการฆ่าตัวตายมากกว่า 10 เท่า และมีการเสียชีวิตทั้งหมดเป็น 2 เท่าของคนปกติ (ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2534) ซึ่งสอดคล้องกับ เกษม ตันติพลาชีวะ (2536) ที่กล่าวว่า การฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคนี้เป็นปัญหาสำคัญ เพราะป้องกันได้ยาก เนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่คาดทำนายไม่ได้ สำหรับอาการ

ด้านลบจะเห็นในระยะหลังๆ ของโรคซึ่งระยะของโรคจะมี 3 ระยะ (มาโนช หล่อตระกูล และคณะ, 2542) ดังนี้

1. ระยะเริ่มมีอาการ ระยะเวลานี้ไม่แน่นอน จึงบอกยากว่าเริ่มผิดปกติตั้งแต่เมื่อไรผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยเฉลี่ยนานประมาณ 1 ปี ก่อนอาการกำเริบการพยากรณ์โรคจะไม่ดี หากระยะนี้เป็นอยู่นาน

2. ระยะอาการกำเริบ เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการชัดเจน ส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มอาการด้านบวก

3. ระยะอาการหลงเหลือ อาการจะคล้ายคลึงกับระยะที่ 1 ยังมีอาการโรคจิตหลงเหลืออยู่ อาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว อาการส่วนใหญ่กำเริบเมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ ยิ่งมีอาการบ่อยครั้งก็จะมีอาการหลงเหลือมากขึ้นหรือเสื่อมลงเรื่อยๆ

1.3 สาเหตุของโรคจิตเภท

สาเหตุของโรคจิตเภทมีอยู่หลายสาเหตุร่วมกัน คนที่จะป่วยเป็นโรคจิตเภทนั้นมีแนวโน้มทางชีววิทยาที่จะป่วยอยู่แล้วเมื่อพบกับความเครียดจึงเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทขึ้น ปัจจัยที่เชื่อว่าเป็นสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทมีดังนี้คือ

1. ปัจจัยทางกรรมพันธุ์ การศึกษากรรมพันธุ์ของโรคจิตเภท พบว่าร้อยละ 4-14 พบในบิดา มารดา และพี่น้องร่วมบิดามารดาของผู้ป่วย ร้อยละ 40 พบในบุตรที่บิดาหรือมารดาป่วยเป็นโรคจิตเภท ร้อยละ 77.60 พบในแฝดใบเดียวกัน แต่แยกกันอยู่ และร้อยละ 91.50 พบในแฝดใบเดียวกันและอยู่ร่วมกัน อย่างไรก็ตาม ยังไม่สามารถบอกได้ว่าการถ่ายทอดทางพันธุกรรมเป็นแบบใด และมีปัจจัยอะไรที่เป็นตัวถ่ายทอดทางพันธุกรรม มีการศึกษาเรื่อง Gene ที่ผิดปกติเป็นสาเหตุของโรคจิตเภท โรคจิตเภทเกิดจากความผิดปกติของโครโมโซมที่ 1-3-5-11 และ X การวิจัยโครโมโซมที่ 6 หาความสัมพันธ์พบว่ามีความสัมพันธ์กับโรคจิตเภท (สมภพ เรืองตระกูล, 2523)

2. ปัจจัยทางชีววิทยา มีความเชื่อว่า โรคจิตเภทมีสาเหตุทางร่างกาย และได้มีการศึกษาปัจจัยทางชีววิทยาต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย พบว่าสัมพันธ์กับ Dopamine ในสมองซึ่งอาจเป็นได้ 3 ทางคือ

2.1 มีปริมาณ Dopamine มากเกินไปที่ Synapses ในสมอง

2.2 มีจำนวนของ Receptor ต่อ post synaptic มากเกินไป

2.3 มีความไม่สมดุลระหว่าง excitatory action ของ acetylcholine inhibitory action ของ dopamine และ gamma-amino butyric acid (GABA) มีข้อเสนอแนะหลายอย่าง คือการใช้

สารบางชนิดสามารถทำให้เกิดอาการคล้ายโรคจิตเภทเช่น amphetamine (จำลอง ดิษยวณิช, 2531)

3. ปัจจัยทางด้านจิตวิทยาและสังคม

3.1 ปัจจัยทางด้านสังคมและครอบครัว ผู้ป่วยที่อยู่ในครอบครัวที่มีการแสดงออกของอารมณ์สูง (high expressed emotion) ซึ่งหมายถึงการที่ครอบครัวเข้าไปยุ่งเกี่ยวหรือวุ่นวายกับเรื่องส่วนตัวของผู้ป่วยมากเกินไป ไม่เป็นมิตร วิพากวิจารณ์ ตำหนิติเตียน หรือควบคุมผู้ป่วยมากเกินไป ทำให้มีอัตราการป่วยซ้ำสูงกว่าครอบครัวที่มีการแสดงออกของอารมณ์ต่ำ (low expressed emotion)

3.2 ปัจจัยทางจิตใจ ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ เชื่อว่าอาการทางโรคจิตเกิดจากความผิดปกติในการทำหน้าที่ของอีโก้ (ego) ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับ การปรับตัว การควบคุมพฤติกรรม การสร้างสัมพันธภาพกับคนอื่น ดังนั้นหากมีการกระทบกระเทือนทางจิตใจ (psychic trauma) เกิดขึ้นในระหว่างพัฒนาการของบุคลิกภาพ โดยเฉพาะในขวบปีแรกจะมีผลให้เกิดพยาธิสภาพ ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภทมีความไวต่อความเครียดในชีวิตประจำวันแตกต่างกันไป และมีการเลือกใช้กลไกทางจิตในลักษณะที่ไม่เหมาะสมจนกลายเป็นพยาธิสภาพ (เกษม ต้นติผลาชีวะ, 2536)

จะเห็นว่าปัจจัยต่างๆ ที่เชื่อว่าเป็นสาเหตุของโรคจิตเภท มีทั้งปัจจัยทางกรรมพันธุ์ ปัจจัยทางชีววิทยา และปัจจัยด้านจิตวิทยาและสังคม ซึ่งแต่ละปัจจัยมีส่วนสนับสนุนและเอื้อให้บุคคลป่วยเป็นโรคจิตเภทได้เช่นกัน

1.4 การวินิจฉัยโรคจิตเภท

การวินิจฉัยโรคจิตเภทตาม DSM -IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV) ซึ่งเริ่มใช้ตั้งแต่ปี ค.ศ.1994 ได้รวมเอาหลักเกณฑ์ที่กำหนดโดย ชไนเดอร์ (Schneider) ซึ่งบรรยายถึงลักษณะอาการหลงผิดประสาทหลอนที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคจิตเภท อีกทั้งยังกำหนดระยะเวลาการเจ็บป่วยไว้อย่างน้อย 6 เดือน สำหรับ ICD-10 (International Classification of Diseases) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่า เป็นโรคที่มีลักษณะทั่วไปคือ มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านความคิด และการรับรู้ ที่มีลักษณะเฉพาะ และอารมณ์เป็นแบบไม่เหมาะสม หรือสติสัมปชัญญะและความสามารถด้านเชาวน์ปัญญามักดีอยู่ แม้ว่าจะสูญเสียของการรับรู้เมื่อป่วยนานและกำหนดระยะเวลาการเจ็บป่วยไว้อย่างน้อย 1 เดือน (เกษม ต้นติผลาชีวะ, 2536) อาการจะเกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไปและดำเนินไปอย่างเรื้อรังจน

ในที่สุดการปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวัน การงาน ความสัมพันธ์กับสังคมเสื่อมลงอย่างมาก นอกจากนี้เมื่อเป็นโรคนี้แล้ว มักไม่หายเป็นปกติเหมือนเดิม จะมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2540) และผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ 40-60 จะมีอาการค่อนข้างมากไปตลอดชีวิต (ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2535)

1.5 การดำเนินโรคจิตเภท

ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่มักเริ่มมีอาการตอนวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ ตอนต้นการดำเนินโรคเกิดขึ้นช้าๆ ไม่สามารถรู้แน่ชัดว่าโรคเริ่มต้นเมื่อไร แต่อาการหลงผิดมักเริ่มตอนอายุ 20 ปีไปแล้วแต่ไม่เกินอายุ 40 ปี แรกๆอาการอาจจะน้อยและไม่ชัดเจน ทำให้ผู้ดูแลไม่สังเกตหรือไม่เห็นความสำคัญ และเมื่ออาการชัดเจนขึ้นผู้ดูแลจึงพามาพบแพทย์ ปัจจุบันมีการรักษาดีขึ้น ทำให้การดำเนินโรคเปลี่ยนไป ซึ่งแตกต่างกัน 5 แบบดังนี้ (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และคณะ, 2541)

1. หายขาดโดยไม่กลับเป็นอีก
2. หายโดยกลับเป็นอีก
3. หายไม่สมบูรณ์แต่พอจะเข้าสังคมได้
4. เรื้อรังแต่ไม่มีอาการรุนแรง
5. มีการเสื่อมของบุคลิกภาพ

ในสมัยก่อนมักคาดหมายว่าจะมีอาการเรื้อรังเพียงอย่างเดียว ปัจจุบันการรักษาดีขึ้นมาก พบว่า ร้อยละ 25 รักษาได้ผลดีหายสนิท อีกร้อยละ 25 หายได้ระยะยาว ส่วนที่เหลือยังมีอาการเป็นๆ หายๆ ยังต้องทำกิจกรรมบำบัดเป็นประจำ (WHO, 2001)

1.6 การรักษาโรคจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีสาเหตุมาจากปัจจัยหลายอย่างประกอบกัน การรักษาส่วนใหญ่มักใช้หลายวิธีร่วมกัน โดยแต่ละวิธีมีส่วนช่วยในการรักษาต่างกัน แต่สาเหตุที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการทางจิตคือ สารสื่อประสาทผิดปกติไปจากคนทั่วไป การรักษาด้วยยารักษาโรคจิต (antipsychotic drugs) จะเป็นตัวปรับให้สารสื่อประสาทเหล่านี้ กลับสู่สภาวะปกติ จะช่วยให้ผู้ป่วยอาการทางจิตดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัดและเมื่อรับประทานยาสม่ำเสมอยังสามารถป้องกันอาการกำเริบได้อีกด้วย จากประสบการณ์ในการใช้ยารักษาโรคจิตมากกว่า 40 ปี พบว่ายาสสามารถป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทได้ โดยลดอัตราการกำเริบจากร้อยละ 40-70 เป็นร้อยละ 15-30

นอกเหนือจากการรับประทานยาแล้วการรักษาที่ได้ผลคือการรักษาทางจิตใจและสังคมร่วมด้วย (พิเชษฐ อุดมรัตน์และคณะ, 2541) เช่นการใช้จิตบำบัด ครอบครวับำบัด การใช้สิ่งแวดล้อม และทำกิจกรรมต่างๆ บางรายก็รักษาด้วยไฟฟ้า แต่อย่างไรก็ตามจากการศึกษาพบว่าโรคจิตเภทเป็นโรคหนึ่งที่มีอัตราการกำเริบของโรค หรือกลับมืออาการโรคจิตได้อีกค่อนข้างบ่อย โดยพบว่าผู้ป่วยประมาณร้อยละ 40-70 จะกลับมือการกำเริบของโรคได้อีกภายใน 1 ปีหากไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามการรักษาด้วยวิธีการต่างๆ ดังกล่าว สามารถที่จะช่วยให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น แต่ไม่ได้ยืนยันแน่ชัดว่าผู้ป่วยจะไม่มีอาการป่วยซ้ำได้อีก เนื่องจากการป่วยซ้ำยังปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องอีกหลายปัจจัยดังนี้

เพศ พบว่ามีอาการป่วยเป็นโรคจิตเภทเท่าๆ กันสำหรับการป่วยซ้ำจากรายงานการวิจัยของ วัชนี หัตถพนม และคณะ (2530) เรื่อง ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น พบว่าเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงคือร้อยละ 72% ซึ่งได้ผลเช่นเดียวกับการศึกษาของพิไลรัตน์ ทองอุไร และคณะ (2541)

สถานภาพสมรส โรคจิตเภทเป็นโรคที่มักเกิดในวัยรุ่นตอนปลายและวัยผู้ใหญ่ตอนต้นเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยในวัยดังกล่าวจึงมีสภาพเป็นโสดมากกว่ามีคู่การป่วยเป็นโรคจิตเภทที่เรื้อรังเมื่อเกิดการป่วยซ้ำจึงมักพบในคนโสด

ที่อยู่อาศัย ที่อยู่อาศัยที่อยู่ในแหล่งที่เสื่อมโทรม มีความแออัด ต้องต่อสู้ดิ้นรนเพื่อความอยู่รอดตลอดเวลาและบางครั้งจะไม่สนใจว่าสิ่งที่กระทำอยู่นั้นถูกหรือผิดจากสังคมภายนอกแน่นอนบุคคลเหล่านี้ถูกมองในแง่ลบ ตลอดเวลาทำให้ขาดโอกาสที่ดีในเรื่องการแสดงออกและการมีส่วนร่วมในสังคมซึ่งก็เป็นการเพิ่มความกดดันทางด้านจิตใจมากขึ้นผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในสังคมแบบนี้สิ่งแวดล้อมแบบนี้มีโอกาสป่วยซ้ำได้สูง

จำนวนพี่น้องและสภาพการเป็นบุตร พบว่าผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำมีจำนวนพี่น้องมากกว่า 2 คนจนถึง 10 คนการมีบุตรเป็นจำนวนมากอาจทำให้บิดามารดาเอาใจใส่ดูแลบุตรของตนได้ไม่ทั่วถึง (วัชนี หัตถพนมและคณะ, 2530)

ระดับการศึกษา ป.1-ป.4 พบได้มากที่สุด อาจเป็นเพราะการศึกษาดำเนินมีความรู้ความเข้าใจต่อโรคนี้น้อยทำให้เมื่อเกิดการป่วยเป็นโรคจิตเภทการดูแลไม่ถูกต้องเกิดการป่วยซ้ำได้ง่าย

อาชีพ ทำสวน ทำนา ทำไร่ รับจ้าง รายได้ไม่พอใช้มากที่สุด ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีรายได้ตั้งแต่ 1,000บาท ลงมา ทั้งนี้อาจเป็นเพราะความผิดปกติของโรคจิตเภทที่พบบ่อยในพวกที่มีฐานะเศรษฐกิจต่ำ (วัชนี หัตถพนมและคณะ, 2530) จากการศึกษาเกี่ยวกับอาชีพรายได้ ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยจิตเภทนั้นมีผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งมีสาเหตุมาจากสังคมไม่ยอมรับผู้ป่วยจิตเวช

เหล่านี้ทำให้ไม่มีงานทำหรือมีงานทำแต่รายได้น้อย มีผลทำให้รายได้ต่ำไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ในครอบครัวก่อให้เกิดความเครียด มีความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง และป่วยเป็นโรคจิตเวชซ้ำอีก

เศรษฐกิจ ภาวะเศรษฐกิจที่ตกต่ำทำให้ครอบครัวผู้ป่วยต้องมีปัญหา จากการศึกษาของ ผน แสงสิงแก้ว, (2520) ได้ศึกษาทัศนคติของสังคมไทย พบว่านายจ้างที่ทำธุรกิจมักมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยจิตเวชคือ นายจ้างจะจ้างผู้ป่วยโรคจิตทำงานก็ต่อเมื่อแพทย์รับรองว่าสามารถทำงานได้อย่างปลอดภัย และอาจให้เงินเดือนน้อยกว่าผู้ที่ไม่เป็นโรคจิตเภทเนื่องจากว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ และไม่แน่ใจในอาการของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยหมดโอกาสและมีปัญหาในการปรับตัวในสังคม และในที่สุดต้องกลับเข้าโรงพยาบาลอีก

สังคมและสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย ผู้ป่วยจิตเภทมักถูกเพื่อนบ้านล้อเลียนว่าเป็นบ้ามากที่สุด มีการขบขิบแอบมองผู้ป่วยเป็นประจำ ซึ่งจะเห็นได้ว่าสังคมและสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยไม่ยอมรับผู้ป่วย ซึ่งสังเกตได้จากการล้อเลียนมองผู้ป่วยไปในทางลบ (วัชณี หัตถพนมและคณะ, 2530) ผู้ป่วยที่กลับไปอยู่ในสภาพแวดล้อมทางบ้านที่ดีจะมีอาการดีขึ้น ซึ่งขึ้นอยู่กับทางบ้านและละแวกบ้านที่ผู้ป่วยอยู่นั้นเอื้ออำนวยให้ดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ส่วนผู้ป่วยที่อาการไม่ดีส่วนใหญ่จะอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดี การคบเพื่อนผู้ป่วยจะมีการสังสรรค์กับเพื่อนบ้านมีการชักชวนให้ผู้ป่วยดื่มหรือเสพสิ่งเสพติด ซึ่งสรุปได้ว่าปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยกลับป่วยซ้ำต้องเข้านอนในโรงพยาบาลอีก

การปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้าน การปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้านของผู้ป่วยจิตเภทมักก่อปัญหาให้กับครอบครัวเช่นการไม่สนใจตัวเองและสิ่งแวดล้อม รับประทานอาหารมากกว่าปกติ นอนมาก มีพฤติกรรมไม่แน่นอน อารมณ์ขึ้นๆ ลงๆ เดี่ยวดีเดี่ยวร้าย วุ่นวาย ฯลฯ ทำให้ส่งผลกระทบต่อครอบครัว และสมาชิกในการที่ต้องคอยสังเกต และควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา ทำให้สมาชิกแต่ละคนมักจะไม่ให้การยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วย จึงรู้สึกว่าตนได้รับการกระตุ้นอยู่ตลอดเวลาและรู้สึกว่ามากเกินไป ทำให้ครอบครัวเกิดความเครียดทั้งผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว เป็นเหตุให้ผู้ป่วยมีโอกาสป่วยซ้ำได้มากขึ้น

ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น จากการศึกษาของละเอียด ชูประยูร, (2533) ผู้ป่วยที่มีปัญหาในการมีสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เช่น ไม่กล้าปฏิเสธผู้อื่นต้องทำตามคำขอร้องที่ไร้สาระของผู้อื่น ไม่กล้าเปลี่ยนเรื่องที่สนทนาที่น่าเบื่อหน่าย ถ้ามีการแสดงออกที่ไม่เหมาะสมจะเกิดความวิตกกังวลได้ และนอกจากนี้ยังได้กล่าวถึง ผู้ป่วยบางประเภทที่มีอาการกลัวสังคมถึงแม้จะได้รับการรักษาหายแล้วแต่ยังมีอาการหลงเหลือให้เห็นซึ่งจะนำไปสู่การอยู่ในชุมชนไม่ได้ต้องกลับมาโรงพยาบาลอีก

ความสัมพันธ์ในครอบครัว ผู้ป่วยที่มีการป่วยซ้ำส่วนมากมักมีความขัดแย้งกับครอบครัว เนื่องจากขาดคนที่เข้าใจผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ความสัมพันธ์ของญาติกับ

ผู้ป่วยภายหลังจากที่กลับไปอยู่กับครอบครัวญาติส่วนใหญ่ลำบากใจและมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ครอบครัวและญาติเกิดความท้อแท้เบื่อหน่ายในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ญาติผู้ป่วยอยากให้ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลตลอดไปถึงร้อยละ 42.67 และร้อยละ 57.3 ที่ไม่ยอมให้ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลตลอดไป วัชณี หัตถพนมและคณะ (2530)

ภาวะของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเมื่อผู้ป่วยจิตเภทกลับสู่ครอบครัวแล้วทั้งผู้ป่วยและญาติอาจจะดีใจที่ได้กลับมาแต่ในบางครั้งการที่ผู้ป่วยไปอยู่โรงพยาบาลนานๆหลายเดือนหลายปีญาติที่เคยชินกับการไม่มีผู้ป่วยมานานเมื่อผู้ป่วยกลับมาที่อาจจะรู้สึกอึดอัดใจ รู้สึกต้องรับภาระในการเลี้ยงดูเอาใจใส่ และเกิดอาการรังเกียจโดยไม่รู้ตัวผู้ป่วยเองก็เช่นกันอยู่โรงพยาบาลนานจนลืมนิสิตวัตรธรรมดา เมื่อกลับมาบ้านอาจรู้สึกอึดอัดที่คนอื่นทำงานตัวเองไม่ได้ทำงาน หรือไม่ก็เฉยเมยกินแล้วนอน หรือติดนิสัยที่อยู่โรงพยาบาล อย่างอื่นๆเหล่านี้ล้วนก่อให้เกิดปัญหาและค่อยๆเพิ่มขึ้นจนต้องกลับเข้าโรงพยาบาลอีก

ญาติขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและวิธีการดูแล ผลการศึกษาเท่าที่มีอยู่ในปัจจุบัน พบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการป่วยซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้แก่

1. การแสดงอารมณ์ในครอบครัว (Expressed Emotion = EE) ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่กับญาติที่มีการแสดงอารมณ์น้อย (low expressed emotion) จะมีอัตราการป่วยซ้ำน้อยกว่าผู้ป่วยที่อยู่กับญาติที่มีอารมณ์มาก (high expressed emotion) โดยเฉพาะการศึกษาของ Leff & Vaughn, 1981 พบว่าในครอบครัวที่มี high EE นั้น การใช้ยารักษาโรคจิตอย่างต่อเนื่อง ก็ไม่สามารถช่วยลดอัตราการป่วยซ้ำได้ ลักษณะที่เรียกว่า high EE คือการวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วย ความไม่เป็นมิตรหรือความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป ซึ่งอาจมีลักษณะใดลักษณะหนึ่งเท่านั้นก็ได้ (Goldstein et al., 1994)

2. การใช้ยาอย่างต่อเนื่อง จะช่วยลดอัตราการป่วยซ้ำได้ (Leff & Vaughn, 1976)

3. ความตึงเครียดในชีวิต (Life stress) ผู้ป่วยที่ประสบเหตุการณ์ต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความเครียดจะเกิดการป่วยซ้ำได้ (Leff & Vaughn, 1976) เมื่อพิจารณาดูทั้ง 3 ปัจจัย จะเห็นว่าขึ้นอยู่กับญาติที่ดูแลผู้ป่วยอย่างมาก กล่าวคือ ญาติมีส่วนสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยได้รับยาสม่ำเสมอ ญาติสามารถปรับท่าทีการดูแลผู้ป่วยให้มี low EE และญาติสามารถป้องกันและแก้ไขภาวะเครียดของผู้ป่วยได้

บุคลิกภาพของผู้ป่วย การมีบุคลิกภาพชนิด schizoid เป็นคนเก็บตัว ไม่ชอบเข้าสังคม ไม่มีเพื่อน พูดน้อย ไม่ไว้วางใจ คนช่างระแวง ขาดน้ำใจ รู้สึกประหม่าง่ายเวลาพบเพื่อนและ

อาการปวณแปร่ง่าย มักมีโอกาสปวณเป็นโรคจิตเภทได้ง่ายและเมื่อปวณเป็นโรคจิตแล้วก็จะมีการปวณซ้ำได้ง่าย

2. แนวทางปฏิบัติสำหรับการดูแลผู้ปวณจิตเภทที่บ้าน

2.1 แนวทางปฏิบัติสำหรับญาติในการดูแลผู้ปวณจิตเภทที่บ้าน

จากการที่ลักษณะของผู้ปวณจิตเภท เป็นผู้ปวณที่มีอาการรุนแรงและเรื้อรังมีอาการกำเริบได้บ่อยๆ การดูแลรักษาในปัจจุบัน เน้นการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยเร็ว (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2540) แต่ยังไม่มียุทธวิธีที่ครอบคลุมสมบูรณ์มารองรับ จึงเกิดผลกระทบต่อครอบครัวอย่างมากมาย เช่นความวิตกกังวลในการดูแลที่บ้าน ครอบครัวไม่สามารถที่จะคาดหวังได้ว่าจะหายหรือไม่แต่ต้องคอยดูแลช่วยเหลือขณะที่ผู้ปวณอยู่ที่บ้าน ดังนั้นสิ่งที่ครอบครัวต้องดูแลตามแนวทางทั่วไปในการดูแลผู้ปวณจิตเภทของญาติ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2540) คือ การรับประทานยาเพื่อ ควบคุมอาการของผู้ปวณ การแพทย์ ในระหว่างผู้ปวณรับประทานยาอาจมีอาการแพ้เช่น ตัวแข็ง น้ำลายไหล เดินไปแกว่งแขนขา พุดลิ้นแข็ง ปากแห้งคอแห้งตาเหลือก คอบิดเบี้ยว ท้องผูก พุดลำบาก อาการเหล่านี้ไม่เป็นอันตราย แต่หากได้รับประทานยาแก้แพ้อาการยังไม่หายก็ให้ไปพบแพทย์ การส่งผู้ปวณไปรับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลจิตเวช หรือคลินิกจิตเวชเมื่อมีอาการเหล่านี้ อาการและพฤติกรรมเปลี่ยนไปจากเดิม เช่น พุดมาก ก้าวร้าว คลุ้มคลั่ง ก่อความวุ่นวาย ซึมเฉย ไม่ยอมพุด แยกตัวไม่สนใจตัวเองและสิ่งแวดล้อม แต่งกายสกปรก ประสาทหลอนหลงผิด เช่นได้ยินเสียงคนมาพุดด้วย ผู้ปวณจะพุดหรือด่าได้ตอบคล้ายพุดคนเดียว บางครั้งนั่งหัวเราะคนเดียว อาจมีหลงผิดร่วมด้วย เช่นหวาดระแวง กลัวคนจะมาทำร้าย จะหลบหนีซ่อนตัว ไม่นอน การดูแลต้องให้ได้รับยาตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ แม้ว่าผู้ปวณมีท่าทางหรือการกระทำเหมือนเป็นปกติแล้วก็ตาม เพื่อป้องกันไม่ให้อาการกำเริบกลับมาอีก ถ้าผู้ปวณมีอาการทรงหรือทุเลาเล็กน้อยญาติอาจต้องเป็นผู้ให้ยาด้วยตัวเองทุกมื้อ ถ้าทุเลาปานกลางอาจต้องกระตุ้น ถ้าทุเลามากอาจต้องสังเกตอยู่ห่างๆ และคอยเสริมกำลังใจ และต้องคอยดูแลในการให้ผู้ปวณ ไปรับการรักษาตรวจรักษาและพบแพทย์ตามนัด นอกจากนั้นดูแลให้งดสิ่งเสพติด สิ่งมีเมาทุกชนิด เช่น เหล้ากัญชา และงดทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักร เช่นการขับรถ ขับเรือ การทำงานที่ต้องใช้เครื่องจักร การทำงานในที่สูงๆ การทำงานก่อสร้างในที่สูง เป็นต้น และถ้ากรณีที่ผู้ปวณนอนไม่หลับ ไม่ควรให้ผู้ปวณนอนในเวลากลางวันมากเกินไปควรหางานให้ผู้ปวณทำอย่างสม่ำเสมอ ออกกำลังกาย หรือเที่ยวบ้างตามสมควร หากปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้วยัง

นอนไม่หลับ ควรปรึกษาผู้รักษา ถ้าผู้ป่วยมีอาการหมกมุ่นครุ่นคิด โกรธง่าย อุนเฉียว ซึมเศร้า ควรหาสาเหตุของอาการเหล่านี้ เช่น ดูเรื่องยา การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและสิ่งที่มากระทบทางด้านจิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม ต่างๆ ญาติต้องสังเกตอาการของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ญาติต้องไม่บังคับหรือตามใจผู้ป่วยจนเกินไป ไม่ควรคิดว่าเขาเป็นผู้ป่วยตลอดเวลา ควรอธิบายในผู้ป่วยเข้าใจเหตุผล ไม่ควรหลอกเพราะจะทำให้ผู้ป่วยขาดความไว้วางใจ ซึ่งจะไม่เป็นผลดีในภายหน้า ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ใช้เวลาให้เป็นประโยชน์ ได้รับมิตรชอบการงานเท่าที่จะทำได้ พยายามให้เขาได้ใช้ชีวิตเหมือนคนทั่วไปให้มากที่สุด ยึดทางสายกลางและมีความยืดหยุ่นหลีกเลี่ยงการระบายอารมณ์ใส่ผู้ป่วย หรือทำให้ผู้ป่วยกระทบกระเทือนใจ เพื่อในผู้ป่วยสามารถปรับตัวหรือดูแลตัวเองร่วมกับญาติในการประคับประคองให้ผู้ป่วยสามารถที่จะอยู่ในครอบครัวและสังคมได้ยาวนานลดการกำเริบและกลับป่วยซ้ำลงในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท

ครอบครัวจึงมีส่วนสำคัญมาก ในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย ซึ่งบทบาทที่สำคัญที่ครอบครัวต้องดูแลและปฏิบัติต่อผู้ป่วยได้แก่การช่วยป้องกันการกำเริบของโรค ทั้งนี้เพราะโรคจิตเภทเป็นโรคที่ต้องการเวลายาวนานในการรักษา และเป็นโรคที่มีโอกาสกำเริบสูง ซึ่งอาจเกิดจากการขาดยา ผู้ป่วยมีความเครียดหรือขาดการดูแลเอาใจใส่จากญาติ การป้องกันการกำเริบของโรคดังนี้

1. ช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตัวเอง

ผู้ป่วยจิตเภทอาจมีอาการแยกตัวจากสังคม เฉยชา ไม่มีเป้าหมายชีวิต การดูแลตนเองไม่ดีทำให้อาณามัยส่วนตัวไม่ดี ซึ่งอาจทำให้ญาติเข้าใจผิดว่าผู้ป่วยซึ่เกียจ และทำให้ญาติมีความรู้สึกไม่ดีกับผู้ป่วย ซึ่งญาติต้องเข้าใจให้ถูกต้องว่าพฤติกรรม ที่ผู้ป่วยต้องแสดงออกนั้นเป็นอาการของโรค ญาติต้องช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเช่น การรับประทานอาหาร ญาติต้องดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่มีคุณค่าตามหลักโภชนาการ และครบ3มื้อในแต่ละวัน ดูแลเรื่องการพักผ่อนนอนหลับโดยปกติผู้ใหญ่ต้องการการนอนหลับ 7 ชั่วโมงต่อวัน การออกกำลังกาย จะช่วยผ่อนคลายความเครียดได้และรักษาความสมดุลทางด้านอารมณ์ การพักผ่อนหย่อนใจ การให้ช่วยเหลืองานต่างๆ ในบ้าน เช่น มอบหมายให้ล้างถ้วยชาม ให้ถูบ้าน เป็นต้น

2. คอยสังเกตอาการกำเริบ

การสังเกตอาการ เริ่มต้นจากญาติ เช่นญาติอาจสังเกตได้ว่าผู้ป่วยเริ่มสับสน เริ่มระแวงไม่ยอมนอน พุดมากขึ้น แยกตัวเก็บตัวเงียบ หงุดหงิด

3. ช่วยลดความเครียดให้ผู้ป่วย

ความเครียดบางอย่างอาจเป็นปัญหากับผู้ป่วยในช่วงที่กำลังจะดี ความเครียดอาจเกิดจากภายในหรือภาคนอกครอบครัวก็ได้ ซึ่งญาติต้องช่วยลดความเครียดให้กับผู้ป่วย

3.1 ปรับเปลี่ยนความคาดหวังในตัวผู้ป่วยให้เหมาะสม ตามระดับความสามารถของผู้ป่วยที่จะทำได้ พยายามค้นหาสิ่งที่ผู้ป่วยทำได้ และช่วยให้ผู้ป่วยค่อยๆ ปรับตัวตามความสามารถพูดกับผู้ป่วยสั้นๆ ให้ได้ใจความ อย่าเปลี่ยนแปลงเวลาต่างๆ ถ้าไม่จำเป็น และรักษาสัญญาที่ให้ไว้กับผู้ป่วย

3.2 หลีกเลี่ยงการทะเลาะวิวาทกับผู้ป่วย

3.3 ลดความตึงเครียดของตัวเอง โดยหาเวลาส่วนตัว หรือพักผ่อน เพื่อผู้ป่วยจะเครียดน้อยลงถ้าญาติมีความเครียดน้อยลง

4. ค้นหาจุดดีและสนับสนุนแม้จะเป็นจุดเล็กๆ ที่ผู้ป่วยจะดีขึ้น

สนับสนุนให้ผู้ป่วยค่อยๆ ปรับตัวโดยไม่เร่งรัด สมาชิกอาจชมเชยและให้กำลังใจ เช่น ผู้ป่วยอาบน้ำเอง ทักทายสวัสดิ์กับคนอื่น จุดเล็กๆ เหล่านี้ จะรวมเป็นจุดใหญ่ให้ผู้ป่วยดีขึ้น

5. การพบแพทย์ตามนัดและการดูแลผู้ป่วยเรื่องการรับยา

เนื่องจากโรคจิตเภทต้องการระยะเวลาที่นานพอสมควรในการรักษา ตลอดจนการกลับเป็นใหม่ของโรคเกิดได้มาก ดังนั้นการรับยาจึงเป็นสิ่งสำคัญ ถ้าสมาชิกรู้สึกว่ารโรคดีขึ้น หรือมีผลข้างเคียงของยาแล้วไม่ยอมรับยาตามนัด จะทำให้ผู้ป่วยขาดยาและเกิดปัญหาขึ้นมา ดังนั้นจึงควรปรึกษาแพทย์ก่อนหยุดยา ควรดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

2.2 ศาสนาอิสลามกับการดูแลทางด้านจิตใจ

ไทยมุสลิมมีวัฒนธรรมเป็นเอกลักษณ์ของตนเอง เป็นวิถีการดำเนินชีวิต หรือรูปแบบแห่งพฤติกรรมของมุสลิม เพื่อเป็นแนวทางในการดำรงชีวิตที่สังคมมุสลิม ถือว่าถูกต้องดีงาม โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานแห่งความศรัทธาว่า อัลลอฮ์ คือพระเจ้าองค์เดียว และมุฮัมมัด คือศาสนทูตของพระองค์ (เลวณีย์ จิตต์หมวด, 2540)

วัฒนธรรมอิสลามเป็นวัฒนธรรมที่มีความครอบคลุมวิถีชีวิตทุกด้าน ด้วยองค์ประกอบภายในทางด้านความเชื่อในศาสนาอิสลาม คือการเชื่อพระเจ้า ศาสนทูตโลกหน้าและสิ่งอื่นๆ ซึ่งเป็นความศรัทธาที่ตรงกันของมุสลิมทั่วโลก และมีอิทธิพลอย่างมากในการเป็นตัวกำหนดองค์ประกอบส่วนอื่นๆ ทั้งในส่วนที่เป็นพิธีกรรม องค์การ ตลอดจนการสร้างข้อปฏิบัติ และการใช้วัตถุต่างๆ เช่น มุสลิมจะไม่ใช่ทั้งผู้ผลิต และการกระทำการเคารพรูปปั้นต่างๆ ไม่เคารพบูชาธรรมชาติทั้งหมด เช่น ต้นไม้ ภูเขา ฯลฯ ในด้านพิธีกรรมนอกเหนือจากส่วนที่กำหนดไว้แล้ว พิธีกรรมอื่นๆ อันเกี่ยวเนื่องกับศาสนกิจหรือวัฒนธรรมอิสลาม เช่น พิธีอาทิเกาะฮ์ให้เด็กแรกเกิด พิธีแต่งงาน และการจัดการกับผู้ป่วย หรือคนตาย ฯลฯ พิธีเหล่านี้ต้องไม่ขัดกับหลักทางศาสนา

ในส่วนองค์กรอิสลามได้กำหนดรูปแบบขององค์กร หรือสถาบันทางสังคม ไว้อย่างครบสมบูรณ์ เช่นในเรื่องครอบครัว ศาสนาอิสลามมีบัญญัติในเรื่องการแต่งงาน หน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว ตลอดจนการกำหนดในเรื่องการหย่า การคืนดี เป็นต้น ส่วนในเรื่องการศึกษา ศาสนาอิสลาม ให้แสวงหาความรู้ การอ่าน การเขียน การเรียน ข้อบังคับต่างๆ ในศาสนา และเรื่องต่างๆ ที่มีความจำเป็นในการดำรงชีวิต ดังที่ท่านนบี ให้โอวาทว่า "การแสวงหาความรู้เป็นหน้าที่จำเป็นแก่มุสลิม ทั้งชายและหญิง" (ดลมนรจน บากา และแวอุเซ็ง มะแดเฮาะ, 2536) นอกจากนี้ อิสลามยังได้วางกฎเกณฑ์และแนวปฏิบัติในด้านเศรษฐกิจ การเมือง กฎหมาย รวมทั้ง การสาธารณสุข ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้ระบบการดำเนินชีวิตของมุสลิมครบวงจร (เสาวนีย์ จิตต์หมวด, 2540)

1. หลักศรัทธา และหลักปฏิบัติในศาสนาอิสลาม

หลักที่สำคัญที่ให้มุสลิมยึดถือมี 2 ประการ คือหลักศรัทธา และหลักปฏิบัติ โดยที่หลักศรัทธานั้นเป็นนามธรรมจับต้องไม่ได้ แต่เป็นสิ่งที่นำไปสู่ หลักปฏิบัติ อันเป็นรูปธรรม ดังนั้นมุสลิมที่เคร่งครัดในการปฏิบัติตามศาสนบัญญัติจึงจำเป็นต้องมีการศึกษาข้อเท็จจริงในวัฒนธรรมอิสลามอันมีที่มาจากคัมภีร์ อัลกุรอาน ซึ่งมักจะให้เกิดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องแล้ว ย่อมนำไปสู่ความศรัทธา ที่มั่นคงและนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้อง (เสาวนีย์ จิตต์หมวด, 2540) ศาสนาอิสลามมีหลักศรัทธา 6 ประการ

1. ศรัทธาในเอกภพของพระเจ้า การศรัทธาดังกล่าว หมายถึงการเชื่อว่าอัลลอฮ์เป็นสิ่งสูงสุด หรือเป็นพระเจ้าเพียงพระองค์เดียวเท่านั้น ไม่มีสิ่งใดอยู่ในฐานะดังกล่าว พระองค์ทรงมีคุณลักษณะและกิจต่างๆ เช่นทรงเป็นอมตะ ทรงมีอำนาจสูงสุด มีปัญญาและความเมตตา กรุณาสูงสุด พระองค์ทรงให้กำเนิดมวลมนุษย์และสรรพสิ่ง ทรงเป็นผู้ดูแลคุ้มครองจักรวาล และทรงเป็นผู้พิพากษามนุษย์แล้วให้ผลตอบแทนความดี ความชั่วในวันอวสาน

2. ศรัทธาในมาลาอิกะฮ์ มาลาอิกะฮ์ เป็นผู้ที่อัลลอฮ์ทรงสร้างขึ้น จากแสงสว่าง มีสภาพความเป็นอยู่ นอกประสบการณ์ของมนุษย์ ไม่มีเพศ ไม่รับประทานอาหาร ไม่หลับนอน บางครั้งจำแลงตนในรูปของมนุษย์ ทำหน้าที่ในระบบการดำรงอยู่ของสิ่งทั้งหลายตามพระบัญชาของอัลลอฮ์โดยไม่ขัดขึ้นคำสั่งของพระองค์ มาลาอิกะฮ์ มีจำนวนมาก ทำหน้าที่ต่างกัน เช่นนำพระดำรัสของอัลลอฮ์มาแจ้งแก่ศาสดา เพื่อถ่ายทอดแก่คนทั่วไป ปลิดชีวิตของผู้ถึงวาระที่ต้องตาย ดูแลนรกและสวรรค์ เป็นต้น มุสลิมมีความเชื่อและศรัทธาในสิ่งนี้

3. ศรัทธาในบรรดาคัมภีร์ที่พระเจ้าผู้เป็นเจ้าของทรงประทานแก่บรรดาศาสดาในทุกยุคสมัย
มุสลิมทุกคนต้องยอมรับว่า อัลลอฮ์ได้ประทานคัมภีร์อัลกุรอาน เพื่อเป็นหลักในการดำรงชีวิต
แก่มนุษยชาติ โดยผ่านทางศาสดามุฮัมมัด ซึ่งเป็นคัมภีร์ที่สมบูรณ์ที่สุด และเป็นคัมภีร์สุดท้าย

4. ศรัทธาในบรรดาศาสดา มุสลิมทุกคนจะต้องศรัทธาว่าอัลลอฮ์ได้ประทานศาสดามา
สอนศาสนาของพระองค์แก่มวลมนุษยชาติ ทุกชนชาติในยุคสมัยต่างๆ ศาสดาหรือศาสนทูต ทั้งที่
เอ่ยนามและไม่เอ่ยนาม มีหลายท่านเช่นศาสดาองค์แรกคือศาสดาอาดัม องค์อื่นๆ ได้แก่ นูห์
(โนอาห์) อิบรอฮีม (อับราฮาม) มูซา (โมเสส) อีซา (พระเยซู) ส่วนศาสดาองค์สุดท้าย ได้แก่ศาสดา
มุฮัมมัด

5. ศรัทธาในวันอาสาน (อาคิเราะฮ์) มุสลิมจะต้องยอมรับว่า โลกนี้ต้องถึงวาระที่ดับ
สลายไป และมีโลกอีกโลกหนึ่งเกิดขึ้นซึ่งเป็นโลกถาวร เป็นโลกที่มีการพิพากษาการกระทำของ
มนุษย์ มนุษย์จะถูกทำให้ฟื้นขึ้นมาเพื่อรับการพิจารณา และได้รับผลตอบแทนผลการกระทำของตน
อย่างเป็นทางการจากอัลลอฮ์ หากเป็นความดีก็จะได้รับการตอบแทนเป็นสวรรค์ หากเป็นความชั่วก็
จะได้รับการตอบแทนเป็นนรก

6. ศรัทธาในกฎกำหนดของอัลลอฮ์ มุสลิมยอมรับว่า พระเจ้าผู้เป็นเจ้าของทรงกำหนดสิ่งทั้ง
หลายพร้อมทั้งวางกฎเกณฑ์ กำกับภาวะสิ่งเหล่านั้น ไม่ว่าจะเกี่ยวกับธรรมชาติ หรือมนุษย์ ดังนั้น
มนุษย์จึงมีอำนาจ แต่ก็อยู่ในขอบเขตที่จำกัด มนุษย์มีความรับผิดชอบต่อการกระทำของตน และ
ต้องชวนชวยบากบัน ใช้ความอดทนเพื่อแสวงหาสิ่งที่ดี ละเว้นสิ่งที่ชั่วทั้งปวงตามแนวทางของ
อัลลอฮ์ เพื่อแสวงหาความโปรดปราน และการตอบแทนที่ดีจากพระองค์

นอกจากหลักศรัทธา 6 ประการแล้วมุสลิมทุกคนต้องมีหลักปฏิบัติอีก 5 ประการ คือ

1. การปฏิญาณตน มุสลิมต้องกล่าวประกาศยืนยันฐานะของตนว่า “ฉันขอปฏิญาณว่าไม่มี
พระเจ้าอื่นใดนอกจากอัลลอฮ์ และฉันขอปฏิญาณว่าศาสดามุฮัมมัด เป็นศาสนทูต ของพระองค์
“การกล่าวคำปฏิญาณนี้ประกอบอยู่ในการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาในชีวิตประจำวันของมุสลิม
เช่นการละหมาดวันละ 5 เวลา และการปฏิญาณตนนี้เป็นเงื่อนไขให้บุคคลต้องกล่าวสำหรับการ
เข้ารับนับถือศาสนาอิสลาม

2. การนมาซ หรือละหมาด คือการแสดงความเคารพภักดีต่อพระเจ้าทั้งร่างกาย และ
จิตใจ โดยทำวันละ 5 เวลา คือเวลารุ่งอรุณ เวลาบ่าย เวลาเย็น เวลาพลบค่ำ นอกจากจะมี
การละหมาดประจำวันแล้วยังมีการละหมาดอื่นๆอีก เช่นการละหมาดในวันศุกร์ ที่มีสลัต ซึ่งเป็น
ข้อบังคับเฉพาะชายมุสลิมส่วนผู้หญิงไม่บังคับ และยังมีการละหมาดอื่นอีกที่มุสลิมทำในบางโอกาส
เช่นการละหมาดให้แก่ผู้ตาย ละหมาดในวันตรุษอีดิลฮัจญ์ฮา

3. การถือศีลอดเป็นการงดการดื่ม การมีความสัมพันธ์ทางเพศและรักษาจริยธรรมต่างๆ ตลอดช่วงเวลากลางวัน ตั้งแต่รุ่งอรุณพลบค่ำเป็นเวลา 1 เดือน คือเดือน รอมฎอน ซึ่งเป็นเดือนที่ 9 ของปีปฏิทินจันทรคติของอิสลาม การถือศีลอดมีจุดมุ่งหมายสำคัญเพื่อเสริมสร้างคุณธรรม จริยธรรม เป็นการขัดเกลาจิตใจให้ผ่องแผ้ว มีความผูกพันกับอัลลอฮ์ดำรงตนอยู่ในจริยธรรมขณะที่ประสบภาวะกดดันจากความหิวกระหายและอารมณ์ต่างๆ มุสลิมที่บรรลุนิติภาวะทุกคนต้องกระทำยกเว้นผู้ป่วย ผู้อยู่ในระหว่างการเดินทาง หญิงที่มีประจำเดือน ส่วนหญิงที่มีครรภ์เป็นที่ต้องห้ามในการถือศีลอด ผู้ที่ขาดศีลเพราะช้อยกเว้น หรือข้อห้าม ต้องถือศีลอดชดใช้ในภายหลัง

4. การจ่ายซะกาต หมายถึง การชำระขัดเกลาจิตใจ ความจำเริญ ความมั่งคั่ง หรือหมายถึงส่วนของทรัพย์สินที่มุสลิมครอบครองต้องจ่ายให้ผู้มีสิทธิรับตามเงื่อนไข ซึ่งมีอยู่ 8 ประเภท คือ คนยากจน คนอนาถา เจ้าหน้าที่ผู้จัดการเกี่ยวกับซะกาต ผู้เพิ่งเข้ารับเป็นอิสลาม การไถ่ทาส ผู้มีหนี้สินล้นพ้นตัว (จากการประกอบอาชีพสุจริต) สาธารณประโยชน์ทั่วไป และผู้เดินทาง การจ่ายซะกาตถือเป็นหลักปฏิบัติพื้นฐานของอิสลาม เพราะมีคุณค่าในการยกระดับจิตใจ ป้องกันความเสียหายในทรัพย์สิน สร้างสวัสดิการและลดความเหลื่อมล้ำทางสังคม ซะกาตมี 2 ชนิด คือ ซะกาตมาล หรือซะกาตทรัพย์สิน ซึ่งมุสลิมต้องจ่ายเมื่อครบรอบปี และซะกาตฟิฏเราะฮ์ซึ่งเป็นซะกาตที่มุสลิมจ่ายเนื่องในโอกาสสิ้นสุดการถือศีลอดในเดือนรอมฎอน ส่วนทรัพย์สินที่ต้องจ่ายซะกาตมีดังนี้ ทองคำ เงิน เงินตรา สินค้า ที่ผลจากการเกษตร กรุทรัพย์สิน แร่ ปศุสัตว์ ซึ่งพิศัดและอัตราที่ต้องจ่ายนั้นจะแตกต่างกันตามประเภทของทรัพย์สิน

5. การประกอบพิธีฮัจญ์ มุสลิมทุกคนไม่ว่าหญิงชาย ที่บรรลุนิติภาวะ และมีความสามารถทั้งกำลังกาย และกำลังทรัพย์ จะต้องเดินทางไปเยี่ยมเยียนและประกอบพิธีต่างๆ ในเมืองมักกะฮ์ ปัจจุบันอยู่ในประเทศซาอุดีอาระเบีย อย่างน้อย 1 ครั้งในชีวิต

เอกลักษณ์ของชาวไทยมุสลิมในชายแดนภาคใต้ โดยเฉพาะใน 4 จังหวัดภาคใต้ซึ่งประกอบด้วย จังหวัดปัตตานี จังหวัดยะลา จังหวัดนราธิวาส และจังหวัดสตูล ซึ่งมีมุสลิมร้อยละ 71.2 จะมีลักษณะเฉพาะทางวัฒนธรรม และขนบธรรมเนียมประเพณี เพราะเป็นกลุ่มชนที่มีมาตั้งแต่ในอดีต โดยสืบเชื้อสายมาจากมาเลเซีย ความแตกต่างที่เห็นได้ชัดเจนคือ การนิยมเรียนศาสนามากกว่าเรียนสายสามัญ และการใช้ภาษามาเลเซีย (มลายู) เป็นภาษาพูด (พัทยา สายหู, 2524) สิ่งเหล่านี้จะเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาในด้านต่างๆ มากขึ้น หากเจ้าหน้าที่ไม่เข้าใจหลักการ และข้อปฏิบัติของศาสนาอิสลามเพียงพอ (อิมรอน มะลูลิม, 2538) ดังนั้นเพื่อความเข้าใจในมุสลิมที่อาศัยอยู่ในแถบชายแดนภาคใต้ให้ชัดเจนมากขึ้น ยกตัวอย่างเช่น เรื่องของภาษาประชากรส่วนใหญ่ในจังหวัดชายแดนภาคใต้พูดภาษามลายูท้องถิ่น โดยเฉพาะชาวไทยมุสลิมที่

อยู่ในจังหวัดปัตตานี จังหวัดยะลา จังหวัดนราธิวาส เหตุที่เป็นเช่นนี้เพราะว่าชาวไทยมุสลิมในสามจังหวัดดังกล่าว เป็นกลุ่มชนที่มีมาตั้งแต่อดีตโดยมีเชื้อชาติมลายู โดยเฉพาะศาสนาอิสลามที่ชาวไทยมุสลิมนับถือ นั้น ภาษามลายู ได้กลายเป็นภาษาของศาสนาอิสลามเนื่องจากประชาชนได้เรียนรู้เกี่ยวกับศาสนาอิสลามโดยใช้ภาษามลายู เป็นสื่อไม่ว่าจะเป็นการสอนในโรงเรียนหรือสอนตามบ้าน หรือจะเป็นตำราทางศาสนา ล้วนเป็นภาษามลายูทั้งสิ้น (อารง สุทธาศาสตร์, 2519) และบางครั้งถึงกับมีการเข้าใจผิดคิดไปว่าการที่ผู้ใดไม่พูดภาษามลายูหมายถึงผู้นั้นไม่นับถือศาสนาอิสลามหรือกลายเป็นคนนอกศาสนาไปโดยปริยาย นอกจากนี้มีความเชื่อว่า การพูดภาษาไทยนั้นเป็นบาป เพราะภาษาไทยนั้นเป็นภาษาของศาสนาพุทธ มุสลิมที่ดีต้องพูดภาษามลายูเท่านั้น จึงทำให้มุสลิมส่วนหนึ่งไม่กล้าพูดภาษาไทย เพราะกลัวจะได้รับการดูแคลนจากบุคคลอื่นหรือถูกหาว่าเปลี่ยนศาสนา (ขจิตภัย นุระพัฒน์, 2519) สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดปัญหาด้านการติดต่อสื่อสารและการสื่อความหมายระหว่างเจ้าหน้าที่กับประชาชน เพราะถึงแม้ประชาชนส่วนใหญ่จะเข้าใจภาษาไทย แต่ชาวไทยมุสลิมในจังหวัดชายแดนภาคใต้ถือว่าภาษามลายูเป็นสมบัติของสังคม และเป็นเอกลักษณ์ของเขา จึงมีความเคยชินกับการพูดภาษามลายูท้องถิ่นเท่านั้นทำให้ไม่ยอมพูดหรืออายุที่จะพูดภาษาไทย ในขณะที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่สามารถใช้ภาษามลายูท้องถิ่นได้ จึงเป็นอุปสรรคในการสื่อสารซึ่งเป็นสิ่งสำคัญต่อการให้สุขศึกษาและการดำเนินการสาธารณสุขในทุกๆ ด้าน

สำหรับด้านการศึกษาศาสนาอิสลามสนับสนุนและเน้นในเรื่องการศึกษาของมุสลิมอย่างมาก ดังโอวาทของท่านนบีที่ว่า "การแสวงหาความรู้ เป็นหน้าที่ที่จำเป็นแก่มุสลิมทั้งชายหญิง" (บุคคลอรี อ่างถึงใน ดลมนรจรณ์ บากา และแวอูเซ็ง มะแดเฮาะ, 2536) ซึ่งมุสลิมจะมีการเรียนด้านศาสนา และสายสามัญ ในโรงเรียนเอกชนสอนศาสนา โดยสอนตามหลักสูตรของกระทรวงศึกษารวมทั้งสอนศาสนาอิสลามด้วยทำให้ในปัจจุบันชาวไทยมุสลิมมีความรู้ในด้านต่างๆมากขึ้น รวมถึงด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยซึ่งรวมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

สำหรับการดูแลทางด้านจิตใจ คนมุสลิมมีความเชื่อว่าการป่วยทางจิตนอกจากรักษาด้วยยาแล้วต้องรักษาด้วยแนวทางศาสนาหรือความศรัทธา ความเชื่อ ทั้งนี้เพราะยาขนานนี้จะสามารถใช้รักษาได้ดีสำหรับบรรดาผู้ศรัทธา (นุรุดดิน สารีมิง, 2540) และศาสนาอิสลามได้ให้ความสำคัญกับการรักษาโรค คือเมื่อเกิดโรคแล้วให้รีบรักษา ไม่ให้ปล่อยปละละเลย ให้ตัวเองต้องตกอยู่ในความเสียหาย และไม่ปล่อยให้ตัวเองอยู่ในสภาพที่สิ้นหวัง และเมื่อมีการรักษาแล้วก็ต้องหาผู้เชี่ยวชาญในด้านนี้ จะเห็นได้จาก อัล-หะดีษ ความว่า มีคนอาหรับพื้นเมืองได้ถามท่านเราะซูลฯ ว่า "เราควรรักษาโรคหรือไม่ ใ้ท่านเราะซูลฯ" ท่านเราะซูลฯว่า "ใช่ท่านควรจะรักษาโรคนั้น

ไอ้ป่าวของอัลลอฮ์ ท่านจงรักษาโรคเพราะอัลลอฮ์จะไม่ส่งโรคต่างๆโดยปราศจากการสงยาที่เหมาะสมกับโรคนั้นๆ โรคทุกโรคมียารักษา..." (สาเหอะอับดุลเลาะห์ อัลยุฟรีและคณะ, 2532)

สำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นโรคที่เรื้อรังการที่จะดูแลให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในสังคมได้นั้นผู้ดูแลต้องมีความรู้ในเรื่องของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน แต่ผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมมีความแตกต่างกัน ในเรื่องของความเชื่อ ความศรัทธาในศาสนาเข้ามาเกี่ยวข้อง มากกว่าผู้ป่วยทั่วไป เห็นได้จากศาสนาอิสลามได้ชี้แนวทางเกี่ยวกับความเจ็บป่วยข้อปฏิบัติของผู้ป่วยต่อตนเองและของสมาชิกในครอบครัว (นุรุดดีน สารีมิง, 2540) ดังนี้คือ องค์ประกอบของมนุษย์ทั้งสองส่วนต่างก็มีความต้องการเป็นการเฉพาะส่วน ร่างกายมีความต้องการในปัจจุบันยังชีพทั้งสี่ประการ คือ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัยและยารักษาโรค เพื่อการอยู่รอดและเจริญเติบโต วิญญาณก็มีความต้องการในความรู้ ความศรัทธา ต้องการแนวทางแห่งศรัทธา และการปฏิบัติในการดำรงชีวิตของตนทั้งสำหรับในโลกปัจจุบัน และหลังจากการตาย คือโลกสุสานและปรโลก วิญญาณของมนุษย์เมื่อถูกกำเนิดมาแล้วก็จะยืนตลอดไปอย่างอมตะ ส่วนร่างกายจะดับสลายเมื่อตาย แต่จะฟื้นขึ้นอีกเป็นวาระสุดท้ายในวันปรโลก เมื่อมนุษย์ประกอบด้วยร่างกายและวิญญาณ มนุษย์ก็จะประสบกับความเจ็บป่วยทั้งสองด้าน และถ้าองค์ประกอบใดได้รับความกระทบกระเทือนหรือเจ็บป่วยแล้ว องค์ประกอบอีกด้านหนึ่งก็จะพลอยผิดปกติไปด้วย หรือได้รับผลกระทบด้วย แต่ลักษณะของความเจ็บป่วยต่างกัน และต้องการการบำบัดรักษาที่แตกต่างกันไปด้วย ยารักษาโรคทั่วไปจะช่วยรักษาความป่วยของร่างกาย แต่ถ้าจิตหรือวิญญาณ ประสบความเจ็บป่วย สิ่งหนึ่งที่ต้องช่วยรักษาคือศาสนาหรือความศรัทธา ความเชื่อ ทั้งนี้เพราะยาวนานนี้จะสามารถใช้รักษาได้ดีสำหรับบรรดาผู้ศรัทธา ส่วนผู้ไร้ศาสนาหรือมีศรัทธาอ่อนนั้น นับเป็นการลำบากเหลือเกินที่จะบรรเทาอาการเจ็บป่วยทางใจของเขาได้ และอาจจะยิ่งทวีเพิ่มขึ้นอันเนื่องมาจากความหวาดระแวงกระวนกระวายและความกลัวนานัปการ

การกล่าวในลักษณะนี้มีได้หมายความว่าปฏิเสธคุณประโยชน์ของยา อิสลามส่งเสริมให้ใช้ยาในการรักษาโรค ทั้งศาสนาและยาต่างมีความจำเป็นต่อการรักษาโรคของมนุษย์ อิสลามได้ชี้แนวทางเกี่ยวกับการเจ็บป่วยข้อควรปฏิบัติต่อตนเอง การเจ็บและการหายป่วยเป็นสิทธิของอัลลอฮ์เพียงผู้เดียวเท่านั้น อิสลามได้สอนให้ทุกคนเชื่อว่าทุกสิ่งทุกอย่างมาจากอัลลอฮ์และจะกลับสู่อัลลอฮ์ทั้งหมด ความเจ็บป่วยและการบำบัดความเจ็บป่วย ทั้งมวลถูกกำหนดให้มีขึ้นจากอัลลอฮ์ ผู้ป่วยที่อดทนต่อความเจ็บปวดย่อมได้รับการลดบาปและได้กุศล เนื่องจากความอดทนเป็นส่วนหนึ่งของการศรัทธา เพราะฉะนั้นผู้อดทนต่อการพิสูจน์ของอัลลอฮ์ถือว่าเป็นลักษณะของการศรัทธาต่ออัลลอฮ์อย่างหนึ่ง (นุรุดดีน สารีมิง, 2540) ด้วยเหตุ ดังกล่าวจึงเป็นการสมควรยิ่งที่

ผู้อดทนจะได้รับการปลดปล่อยในบาปที่เป็นมลทินของตน และได้รับบุญกุศล การปฏิบัติตนของผู้ป่วย ผู้ป่วยต้องเอามือของตนเองวางบนส่วนที่ตนเจ็บแล้วให้ขอพรจากอัลลอฮ์ เพื่อให้ตนเองหายจากการเจ็บป่วย

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าเมื่อมีการเจ็บป่วยทางจิตคนมุสลิมจะทำการรักษาด้วยศาสนา หรือความเชื่อ ความศรัทธา ทั้งนี้เพราะยาคานานี้จะสามารถใช้รักษาได้ดี และเมื่อเกิดโรคแล้วตามแนวทางศาสนาอิสลามให้รีบรักษา ไม่ให้ปล่อยปละละเลย ให้ตัวเองต้องตกอยู่ในความเสียหาย และไม่ปล่อยให้ตัวเองอยู่ในสภาพที่สิ้นหวังและเมื่อมีการรักษาแล้วก็ต้องหาผู้เชี่ยวชาญในโรคนั้นๆ

2.3 แนวทางปฏิบัติสำหรับครอบครัวมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยหลักการสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมอาจมีการยกเว้นในบางอย่างตามความเชื่อทางศาสนาอิสลาม (นุรุดดีน สารีมิง, 2540) จากการศึกษาสำรวจของผู้วิจัย โดยการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตซึ่งได้ให้รายละเอียด ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิต ว่าเริ่มตั้งแต่ เห็นว่ามีอาการแปลกๆ ไม่ปกติหรือเครียดจัด ชาวมุสลิมจะช่วยกันแนะนำให้ปฏิบัติดังนี้ 1) ทำน้ำละหมาดโดยมีจุดประสงค์ว่าจะทำให้เกิดความเย็น ความสงบ ทำให้ใจเย็นลง หากทำแล้วไม่ได้ผล ก็เปลี่ยนวิธี 2) ให้ทำละหมาดเพื่อแสดงความเคารพต่อพระเจ้า คือองค์พระอัลลอฮ์ 3) เมื่อทำละหมาดแล้วยังมีอาการอยู่ก็จะใช้การอ่านคัมภีร์กุรอาน ซึ่งเชื่อกันว่า แม้อ่านเพียง 1 คำก็ได้บุญ ถ้าอ่านมากๆ ก็จะได้บุญ ถ้าทำดังกล่าวยังไม่เกิดผลก็จะใช้วิธีต่อไป 4) วิธีรักษาอีกแบบหนึ่งคือ การให้ผู้ป่วยออกไปดะวะที่มัสยิดใช้เวลา 10-15 วัน ไปอยู่กับนอนที่มัสยิด ตลอดโดยไม่กลับบ้านญาติจะนำอาหารไปให้ส่วนใหญ่อาการจะดีขึ้น บางคนหายเป็นปกติ บางคนก็เป็นอีก ถ้าหากเป็นอีกก็จะใช้วิธีต่อไป 5) การรักษาทางยา คือพาคนป่วยไปหาแพทย์เพื่อทำการให้ยาตามที่แพทย์จ่ายยาให้เพราะแพทย์จะรู้ว่าควรจะให้ยาขนาดเท่าไร แต่ก็เป็นความเชื่อที่ว่าโรคทุกโรค พระเจ้าจะประทานยามาให้คู่กับโรคนั้นๆ ผู้ป่วยจึงต้องรับประทานยา คู่กับการรักษาทางใจ คือใช้ศาสนาเป็นที่พึ่ง และจึงมีการให้ผู้ป่วยดื่มน้ำ ที่ผ่านการอ่านจากคัมภีร์กุรอาน ซึ่งเปรียบเสมือนยา ซึ่งจะคล้ายกับน้ำมนต์ทางศาสนาพุทธ ผู้เล่าได้ยกตัวอย่าง การดื่มน้ำ 2 แก้วที่เอามาจากที่เดียวกัน แต่แก้วหนึ่งเป็นน้ำธรรมดา ไม่มีการอ่านคัมภีร์กุรอาน เมื่อดื่มเข้าไปจะแตกต่างกัน เพราะมีความศรัทธาต่างกัน แก้วที่ได้รับ การอ่านคัมภีร์กุรอานจะทำให้อาการผู้ป่วยดีขึ้น ซึ่งเป็นเรื่องของจิตใจ เป็นเรื่องของจิตวิทยา ส่วนที่ผู้ป่วยไทยมุสลิมถือคือลอด แล้วไม่ยอมรับประทานยา มีอยู่กลางวัน เนื่องจากเขาไม่รู้ไม่เข้าใจ ผู้เล่า

บอกว่า ช่วงถือศีลอดซึ่งเป็นช่วงที่ชาวมุสลิมทุกคนต้องกระทำถ้าหากสามารถทำได้เพราะมีความสำคัญมากทำแล้วได้บุญกุศลและฝึกความอดทน ส่วนผู้ป่วยถ้าอาการไม่รุนแรงสามารถถือศีลอดได้ก็ต้องปฏิบัติ เรื่องการรับประทานยา สามารถรับประทานยาตามแพทย์สั่งได้ทุกอย่าง แต่ต้องเปลี่ยนกลางวันเป็นกลางคืนแทน คือรับประทานตอนเย็นหลัง 18.00 น. ต่อมารับประทานตอนเที่ยงคืนแทนยามื้อเที่ยง และรับประทานอีกครั้งก่อนพระอาทิตย์ขึ้น ก็จะครบทั้ง 3 มื้อ เช่นเดียวกัน จึงอยากให้แพทย์ให้คำแนะนำ แก่ผู้ที่ไม่รู้ด้วย ตามปกติไทยมุสลิมจะไม่ต้องการให้ผู้ป่วยเข้านอนในโรงพยาบาล ถ้าไม่จำเป็นจริงๆ เพราะต้องการทำพิธีทางศาสนา เช่น การละหมาด อานคัมภีร์ ซึ่งเชื่อว่าเป็นการรักษาที่ดีมาก แต่เมื่อแพทย์เห็นสมควรให้นอนโรงพยาบาลก็จำเป็นต้องการให้ทางโรงพยาบาลอนุญาตให้มีการรักษาตามความเชื่อของผู้ป่วย

3. ความต้องการการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัวไทยมุสลิม

3.1 แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยแวดล้อมที่สำคัญ มีอิทธิพลต่อบุคคลทั้งในภาวะปกติและภาวะวิกฤตของชีวิต โดยเฉพาะในภาวะที่บุคคลมีความเจ็บป่วย หรือมีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตัวเอง การสนับสนุนทางสังคมจะมีบทบาทสำคัญต่อการรักษาและฟื้นฟู ในด้านจิตสังคมและมีผลต่อเนื่องไปถึงสุขภาพด้วย (Cohen & Syme, 1985) ในระบบบริการสุขภาพมีการศึกษาถึงการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มตัวอย่างหลายกลุ่ม ทั้งที่เป็นผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยให้ความหมายไว้แตกต่างกันดังนี้

ไวส์ (Weiss, 1974) ให้ความหมาย การสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นความพึงพอใจต่อความต้องการที่เกิดขึ้นจากสัมพันธ์ภาพของบุคคลในสังคม มาช่วยสนับสนุนค้ำจุน เพื่อดำรงไว้ซึ่งความผาสุกทางด้านจิตใจ

คอบบ์ (Cobb, 1976) ให้ความหมาย การสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นการที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้ตัวเขาเชื่อว่ามีบุคคลให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่า ยกย่อง รวมทั้งรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

คานัน (Kahn, 1979) ให้ความหมาย การสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดหมายระหว่างบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่ง มีการช่วยเหลือด้านวัตถุซึ่งกันและกัน ยอมรับในพฤติกรรมซึ่งกันและกัน แสดงออกถึงความรู้สึกที่ดีต่อกัน รับรู้ถึงการแสดงออกสิ่งเหล่านี้ อาจเกิดเพียงอย่างใดอย่างหนึ่งหรือมากกว่า

บารริเอร์รา (Barrera, 1981) ให้ความหมาย การสนับสนุนทางสังคมว่า ความใกล้ชิดและการช่วยเหลือโดยให้สิ่งของ แรงงาน การให้คำแนะนำข้อมูลข่าวสาร การให้ข้อมูลป้อนกลับ และการมีส่วนร่วมทางสังคม

เฮาส์ (House, 1981) ให้ความหมาย การสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งประกอบด้วยความรักและเห็นคุณค่า ความไว้วางใจและรับฟังความห่วงใย การช่วยเหลือด้านการเงิน วัสดุสิ่งของ แรงงาน การบริการ เวลา การให้ข้อมูลข่าวสารและการให้คำแนะนำ เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ตลอดจนการให้ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบประเมินตัวเองในสังคม

ทอยส์ (Thoits, 1982) ให้ความหมาย การสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นการที่บุคคลในเครือข่ายสังคมได้รับความช่วยเหลือด้านอารมณ์และสังคม สิ่งของหรือข้อมูล ซึ่งการช่วยเหลือนี้จะทำให้บุคคลสามารถเผชิญกับความเครียดและการตอบสนองต่อความเครียดได้รวดเร็ว

บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์ (2528) ให้ความหมาย การสนับสนุนทางสังคมว่า แรงสนับสนุนทางสังคมหมายถึง สิ่งที่ได้รับแรงสนับสนุนได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือการสนับสนุนด้านจิตใจ จากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่ม แล้วมีผลทำให้ผู้รับไปปฏิบัติในทิศทางที่ผู้รับต้องการ ซึ่งหมายถึงการมีสุขภาพที่ดี

สวาท กรศิริลักษณ์ (2544) ให้ความหมาย การสนับสนุนทางสังคมว่า การที่บุคคลได้รับกิจกรรม การกระทำหรือการช่วยเหลือจากบุคคลในเครือข่ายของสังคมประกอบด้วย การได้รับการตอบสนอง ความต้องการด้านอารมณ์ การได้รับข้อมูลข่าวสาร การได้รับการช่วยเหลือด้านสิ่งของ เงิน และ บริการ การยอมรับและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

สรุปการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับรู้ถึงการช่วยเหลือทางสังคม ทั้งด้านจิตใจอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร เงิน วัสดุสิ่งของ และบริการ จากบุคคลต่างๆ ในสังคม

ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม

ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม เป็นการช่วยเหลือในด้านต่างๆ ที่บุคคลได้รับจากแหล่งต่างๆ ในสังคม ซึ่งแต่ละบุคคลมีความต้องการและการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่แตกต่างกัน จึงมีผู้ศึกษาและแบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคม ไว้แตกต่างกันดังนี้

คอบบ์ (Cobb, 1976) แบ่งการสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 3 ชนิด คือ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่า เขาได้รับความรักและการเอาใจใส่ ซึ่งมักจะได้จากความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน การสนับสนุนทางสังคมด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (esteem support) เป็นข้อมูลที่บุคคลรับรู้ว่าตนเองมีคุณค่า มีผู้อื่นยอมรับและเห็น

คุณค่า หรือความสามารถของตนได้รับการเชื่อถือจากสมาชิกในกลุ่มสังคม ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (socially support) เป็นข้อมูลที่คุณรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งหรือเป็นสมาชิกในเครือข่ายสังคม (network) และมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

ไวส์ (Weiss, 1974) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 6 ชนิด คือ ความผูกพันใกล้ชิดสนิทสนม (attachment) ซึ่งทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย มีความอบอุ่น ช่วยไม่ให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว ความสัมพันธ์นี้จะเกิดในคู่สมรส เพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน ความรู้สึกมีส่วนร่วมในสังคม (social integration) ซึ่งบุคคลจะมีการแลกเปลี่ยนความคิด ข้อมูล ประสบการณ์กับบุคคลอื่นในสังคม ทำให้บุคคลรู้สึกมีเป้าหมาย มีความเป็นเจ้าของ และได้รับการยอมรับว่ามีคุณค่าต่อกลุ่มหรือสังคม โอกาสที่ได้เลี้ยงดูหรือดูแลรับผิดชอบ (opportunity for nurturance) เป็นการสนับสนุนที่บุคคลมีความรับผิดชอบต่อบุคคลอื่น ซึ่งทำให้ตนเองเกิดความรู้สึกว่าเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น และพึ่งพาผู้อื่นได้ หากไม่ทำหน้าที่นี้จะทำให้เกิดความคับข้องใจ ชีวิตไม่สมบูรณ์และไร้จุดหมาย การได้รับคำยืนยันรับรองในคุณค่าของตนเอง (Reassurance of worth) เป็นการที่บุคคลได้รับการยอมรับในพฤติกรรมที่แสดงออกในสังคม มีผู้ตระหนักในบทบาทของตนเองในสังคม ซึ่งทำให้เกิดความรู้สึกในคุณค่า และเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง ความรู้สึกมีสัมพันธภาพที่ไว้ใจได้ (a sense of reliable alliance) ได้แก่สัมพันธภาพจากสถาบันครอบครัว ญาติ หรือเพื่อน ที่บุคคลหวังจะได้รับอย่างต่อเนื่อง การได้รับคำแนะนำ (obtaining guidance) เป็นการได้รับการช่วยเหลือ โดยการชี้แนะ ให้คำแนะนำ ปลอบใจ ให้ กำลังใจ ทำให้บุคคลสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาเผชิญกับความเครียดได้ เชฟเฟอร์และคณะ (Schaefer, et. al., 1981) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) เป็นการแนะนำในการแก้ไขปัญหา หรือการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมและการกระทำของบุคคล และการสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของเครื่องใช้ (tangible support) เป็นการช่วยเหลือด้านสิ่งของ การเงินหรือการบริการ ซึ่งจากการแบ่งของคอบบ์และเชฟเฟอร์และคณะดังกล่าวยังไม่ครอบคลุมทุกด้าน ดังนั้นเนตรนภา คู่พันธ์วิ (2534) จึงได้นำแนวคิดของคอบบ์และเชฟเฟอร์และคณะมาแบ่งการสนับสนุนออกเป็น 5 ด้าน เพื่อใช้ในการศึกษาผู้ป่วยในประเทศไทย โดยแบ่งเป็น การสนับสนุนด้านอารมณ์ ซึ่งหมายถึงการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ การได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ความใกล้ชิดสนิทสนมผูกพัน และไว้ใจซึ่งกันและกัน และจากบุคคลใกล้ชิด การสนับสนุนทางสังคมด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า หมายถึง การได้รับการทักทายและการแสดงความเคารพจากผู้อื่น การยอมรับต่อการแสดงออก การได้รับการให้อภัย และโอกาสในการปรับปรุงตัวเอง

การสนับสนุนทางสังคมด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม หมายถึง การได้รับการตอบสนองในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม และความรู้สึกเป็นเจ้าของในสังคมของตนเอง การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำต่างๆ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และด้านการสนับสนุนด้านสิ่งของและแรงงาน การได้รับบริการ

ในประเทศไทยมีการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมไว้หลายกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่แบ่งตามการรับรู้ของผู้ดูแลที่มีต่อการได้รับการสนับสนุนทางสังคม และในการศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมด้วยเนื่องจากเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการสนับสนุน

แหล่งสนับสนุนทางสังคม

แหล่งสนับสนุนทางสังคมแบ่งออกเป็น 3 ประเภทตามแนวคิดของแคปแลน (Caplan, 1974) คือ 1)กลุ่มที่มีความผูกพันโดยธรรมชาติ ซึ่งพบได้ทั่ววัฒนธรรมและสังคม ได้แก่ คู่สมรส และครอบครัว พบว่าทุกวัฒนธรรมมีแนวทางปฏิบัติในการผูกมัดบุคคลในสายเลือด หรือบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันในครอบครัวว่าจะต้องช่วยเหลือกันเมื่อมีปัญหาหรือมีความลำบาก 2)กลุ่มองค์กรหรืออาสาสมัครในชุมชนที่รวมตัวกันเป็นหน่วย ชมรม สมาคมโดยสมัครใจหรือสนใจที่จะช่วยเหลือผู้ที่ประสบความยุ่งยาก เช่น The National Association of Psychiatric Survivors (NAPS) ซึ่งเป็นองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนางานด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนของสหรัฐอเมริกา และ The Nation Alliance for the Mentally Ill (NAMI) ซึ่งเป็นองค์กรที่จัดตั้งขึ้น โดยครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในประเทศสหรัฐอเมริกา ที่การเน้นส่งเสริมให้ครอบครัวมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น โดยจัดโปรแกรมต่างๆ เพื่อให้ความรู้และช่วยเหลือผู้ดูแลอย่างสม่ำเสมอ (leffley, 1993) 3)กลุ่มบุคลากรทางวิชาชีพซึ่งดูแลสุขภาพ คือบุคคลที่ทำหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันรักษาและฟื้นฟู ไรส (Rose, 1997)

จรียาวัตร คมพัยคม (2531) แบ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคม เป็น 2 ประเภทคือ 1)กลุ่มสังคมปฐมภูมิ ได้แก่ครอบครัวญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน หรือเรียกว่ากลุ่มที่มีความผูกพันตามธรรมชาติ 2)กลุ่มสังคมทุติยภูมิ ซึ่งได้แก่ กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่นๆ หรือเรียกว่ากลุ่มช่วยเหลือทางวิชาชีพ

ลินด์ซีย์ (Lindsey, 1981) ได้กล่าวแหล่งสนับสนุนทางสังคมของบุคคลได้จาก 1)บุคคลใกล้ชิด เช่น บิดามารดา คู่สมรส บุตร 2)บุคคลที่เกี่ยวข้องทางสังคม เช่น มิตรสหาย

เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน 3) บุคลากรด้านสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล 4) เครือข่ายทางชุมชน เช่น กลุ่มคนที่ไปวัดหรือไปโบสถ์ด้วยกัน

เพนเดอร์ (Pender, 1996) แบ่งแหล่งการสนับสนุนทางสังคม ได้เป็น 5 ประเภท คือ 1) การสนับสนุนตามธรรมชาติ (natural support) ได้แก่การสนับสนุนจากครอบครัว และญาติพี่น้อง ซึ่งถือว่าสำคัญมากที่สุด เพราะมีบทบาทที่สำคัญต่อบุคคลตั้งแต่วัยเด็ก เป็นแหล่งถ่ายทอด ค่านิยม ความเชื่อแบบแผนของพฤติกรรม และประสบการณ์ต่างๆ 2) การสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน (peer support) เป็นการสนับสนุนที่ได้รับจากบุคคล ซึ่งมีประสบการณ์ มีความชำนาญในการที่จะค้นคว้าหาความต้องการ สามารถที่จะชักนำ ให้บรรลุถึงความสำเร็จ และสามารถปรับตัว ได้เป็นอย่างดีในสถานการณ์ที่เลวร้ายต่างๆ ในชีวิตได้ 3) การสนับสนุนจากบุคคลทางศาสนา หรือแหล่งอุปถัมภ์ต่างๆ (religious organization) ได้แก่พระ ผู้นำศาสนา หรือบุคคลในองค์กร ศาสนา โดยยึดหลักคำสอนของศาสนาเป็นเป้าหมายในการให้การสนับสนุน 4) การสนับสนุนจากกลุ่มบุคลากร ทางด้านสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา ที่จะช่วยให้บุคคลรู้จักการส่งเสริม ป้องกันดูแล และฟื้นฟูสุขภาพของตน และผู้ใกล้ชิด 5) การสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพอื่นๆ ได้แก่กลุ่มที่ให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทำให้บุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมบรรลุถึงความต้องการพื้นฐานตามสถานการณ์ต่างๆ

แหล่งสนับสนุนทางสังคมมีมากมายหลายกลุ่ม กลุ่มเหล่านี้จะตอบสนองของความ ต้องการของผู้ดูแล เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ที่ต้องการ

หน้าที่ของแหล่งสนับสนุนทางสังคม

บารีร์รา และแอนลีย์ (Barrera & Ainlay, 1983) ได้กล่าวว่าแหล่งสนับสนุนทางสังคม มีหน้าที่ 6 ประการคือ 1) ให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลด้านการเงิน วัตถุอื่น ที่อยู่อาศัย และปัจจัยที่จำเป็นในการดำรงชีวิต 2) ให้ความช่วยเหลือด้านประกอบอาชีพ 3) ให้การประคับประคองด้านจิตใจ ทำให้เกิดความใกล้ชิดสนิทสนม มีความอบอุ่น รู้สึกมีคนห่วงใยเอาใจใส่ 4) ให้คำแนะนำ ข้อมูลและข่าวสารต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ 5) ให้ข้อมูลย้อนกลับในสิ่งที่ได้กระทำ ให้บุคคลได้ปรับปรุงแก้ไข หรือได้รับกำลังใจในสิ่งที่ทำได้แล้ว 6) เสริมสร้างโอกาสให้บุคคลมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

เพนเดอร์ (Pender, 1996) กล่าวว่าแหล่งสนับสนุนทางสังคมมีหน้าที่ดังนี้

1. ด้านการสนับสนุนแหล่งสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้บุคคลบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ หรือปรับตัวต่อสถานการณ์ ต่างๆ โดยการสนับสนุนทางสังคมในเรื่องต่างๆ ดังนี้

- 1.1 ให้สิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิต ได้แก่เงิน สิ่งของที่ต้องการ
- 1.2 ให้การประคับประคองด้านจิตใจ ได้แก่การให้ความรัก ความอบอุ่น
2. ด้านการให้คำแนะนำ แหล่งสนับสนุนทางสังคม จะเป็นผู้ให้ข้อมูล หรือแนวทางที่จะกระทำลงไป ในเรื่องต่างๆ เพื่อช่วยให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ
3. ด้านการให้ข้อมูลย้อนกลับ แหล่งสนับสนุนทางสังคม จะเป็นผู้ประเมิน สิ่งต่างๆ ที่บุคคลได้กระทำลงไป และให้คำติชมที่เป็นประโยชน์ ที่สามารถใช้พิจารณา การเปลี่ยนแปลงหรือปรับปรุงตนเอง ให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญของบุคคล ที่ช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อความเครียดจากเหตุการณ์ในชีวิตได้ ด้วยการบรรเทาปัญหา อันเป็นสาเหตุของความเครียด ให้ลดความรุนแรงลงได้ เช่นการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ ชี้นำ เกี่ยวกับการดูแลจะช่วยให้ผู้ให้การดูแลเกิดความเข้าใจวิธีการดูแลมากขึ้น สามารถที่จะจัดการกับปัญหาหรือความเครียดของการดูแลได้ อีกทั้งผู้ดูแลอาจได้รับการช่วยเหลือในด้านต่างๆ ทั้งการเงิน วัสดุ อุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการดูแล ทำให้เกิดความสะดวกสบาย ในการดูแล ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นบุคคลที่ควรได้รับการช่วยเหลือเนื่องจากต้องรับภาระและมีหน้าที่ไม่เฉพาะดูแลผู้ป่วยเท่านั้นแต่ยังมีหน้าที่อื่นอีก เช่นการดูแลสมาชิกในครอบครัว การหารายได้ การมีส่วนร่วมในงานสังคม ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้น ความร่วมมือของญาติ หรือผู้ดูแลและทีมจิตเวชในการรักษาจึงเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะทำให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วย ช่วยลดอัตราการป่วยซ้ำ การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการดูแล (Pallet , 1993) มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท พบว่าการมีเพื่อน หรือญาติที่ให้ความช่วยเหลือ การได้รับการบริการจากทีมจิตเวช การได้รับการดูแลแบบกลุ่มทำให้ผู้ดูแลสามารถควบคุมอาการทางจิตของผู้ป่วยได้ (Hatfield, 1979) ซึ่งจะช่วยลดภาระของผู้ดูแลลงได้ ซึ่งจะช่วยลดภาระของผู้ดูแลลงได้ นอกจากนี้ (Robinson, 1990) ศึกษาการใช้กระบวนการกลุ่ม โดยนำผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 11 คน เข้ากลุ่มทักษะทางสังคม พบว่าผู้ดูแลรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมากขึ้น และการเข้ากลุ่มช่วยลดภาระที่มีอยู่จริง และภาระตามความรู้สึกของผู้ดูแลลง และยังทำให้ผู้ดูแลรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองมากขึ้น รู้จักใช้พฤติกรรมที่เหมาะสมเป็นการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์แก่ผู้ดูแล นอกจากนี้การนำญาติเข้าร่วมกลุ่มประคับประคองซึ่งเป็นกลุ่มที่มีสมาชิกทั้งหมดเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อสนทนาถึงปัญหาและความลำบากในการปรับตัวเมื่อต้องรับมือกับผู้ป่วยจิตเวช ผู้ดูแลที่ได้เข้ากลุ่ม

เพิ่มทักษะการดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลลดความรู้สึกเป็นภาระ (Gonyea, 1990) ซึ่งการได้เข้าร่วมกลุ่มระดับประคองจิตใจเป็นการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ซึ่งผู้ดูแลได้รับจากบุคลากรผู้ให้การรักษาและบุคคลที่มีปัญหาคล้ายกัน (Potaszniak & Nelson, 1984) ได้ทำการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับความรู้สึกแสบที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยศึกษาจากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 43 คน พบว่าการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับช่วยลดระดับภาระในการดูแลผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคมยังทำให้ผู้ดูแลเข้าใจบทบาทของตนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้น

นอกจากผู้ดูแลจะได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิดแล้ว บุคลากรในทีมจิตเวชได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ ก็เป็นบุคคลที่ให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ดูแลโดยเฉพาะด้านข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วย เช่นการศึกษาของ เรนฮาร์ด (Reinhard, 1994) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการช่วยเหลือจากทีมจิตเวชกับภาระของผู้ดูแล การให้คำแนะนำจากทีมจิตเวชเกี่ยวกับอาการทางจิต การรับประทานยา การรับมือในภาวะวิกฤต และการวางแผนอนาคตของผู้ป่วยมีส่วนสำคัญในการช่วยลดภาระในการดูแล ซึ่งการได้รับการแนะนำและความรู้ต่างๆ เป็นการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูล การได้รับการช่วยเหลือจากทีมผู้รักษาสามารถทำนายภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้ และภาระมีความสัมพันธ์ทางลบกับการได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากรวิชาชีพ กล่าวคือ หากได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากรวิชาชีพซึ่งได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาล และนักสังคมสงเคราะห์ จะทำให้ผู้ดูแลมีภาระน้อย จากการศึกษาเชิงคุณภาพของ (Hobbs, 1997) ในกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นมารดาและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 10 คน พบว่าภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญกับปัญหาของมารดาที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมและภาระทำให้บุคลากรในทีมจิตเวชสามารถส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างเหมาะสม

3.2 ความต้องการการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของครอบครัวไทยมุสลิม

จากการศึกษานำร่องของผู้วิจัยซึ่งใช้การศึกษาเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ความต้องการการสนับสนุนการดูแลจากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านในครอบครัวไทยมุสลิมจำนวน 5 รายพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านในครอบครัวไทยมุสลิมมีปัญหาเกี่ยวกับความรู้ และการปฏิบัติในการดูแลเมื่อผู้ป่วย มีอาการรุนแรงอาละวาด การรับประทานยาช่วงถือศีลอด ซึ่งช่วงถือศีลอดส่วนใหญ่ไม่รับประทานยาบางราย ไม่รับประทานทั้งหมด บางรายก็รับประทานเฉพาะ

มือเช้าและมือเย็นหยุดยา 2-3 วันมีอาการก็เลิกการถือศีลอด กลับมากินยาตามปกติ บางรายถือศีลอดแล้วกินยาตอนกลางคืนแทน กินยาได้ครบถ้วน การทำพิธีทางศาสนา เช่นการละหมาดต้องทำวันละ 5 ครั้ง การทำละหมาดเป็นการทำให้จิตสงบเป็นการติดต่อกับพระเจ้า เมื่อละหมาดเสร็จจะมีการขอพรพระเจ้า ขอให้หายป่วยเร็วๆ ถ้าคนไข้ทำไม่ได้ญาติก็จะทำและขอพรให้คนไข้และมีความต้องการการสนับสนุนดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน เพื่อให้เกิดความรู้สึกมั่นใจปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยความต้องการความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งส่วนใหญ่ไม่รู้จักโรคจิตเภทไม่รู้สาเหตุที่แน่ชัดแต่คิดว่าเกิดจากความเครียด ความผิดหวัง ออกหัก ความยากจน ไม่รู้ว่าจะมีสาเหตุอื่นได้ แต่เมื่อมีอาการป่วยทางจิตตอนแรกๆ ประึกษากับญาติๆ พาไปหาหมอบ้าน เมื่อไม่หายจะมาโรงพยาบาล ตามแนวทางศาสนาอิสลามต้องรักษาทั้งทางศาสนา และทางการแพทย์ เพราะแพทย์จะรู้ดีเพราะแพทย์เรียนมาจะรู้ว่าจะให้รับประทานยาขนาดเท่าไรกับแต่ละคนซึ่งไม่เหมือนกัน ถ้าคนไข้วุ่นวายมากจะต้องช่วยมัด ตอนแรกช่วยกันในวงศ์ญาติก่อน ต่อมาขยายวงกว้างออกไปขอแรงจากตำรวจมาช่วยใส่กุญแจมือ บางครั้งไปฝากขังที่โรงพัก 1-2 คืน เมื่ออาการสงบลงบ้าง จึงช่วยกันนำส่งโรงพยาบาล การรักษาก็ต้องรักษาไปเรื่อยๆจนกว่าจะหายและเชื่อว่าพระเจ้าให้เป็นได้ก็ให้หายได้ มั่นใจว่าต้องหายต้องขอพรพระเจ้า แต่ขอพรอย่างเดียวก็ไม่ได้ต้องรับประทานยาที่พระเจ้าให้มาด้วย พระเจ้าจะให้ยามาคู่กับโรคแล้ว และจัดหาแหล่งบริการ/วิธีการให้บริการโดยอยากให้มีการจัดบริการที่ ใกล้บ้าน เช่นมีศูนย์บริการฉุกเฉิน มียาไว้รักษาที่สถานี สำหรับคนที่อาการไม่วุ่นวาย จะได้ไม่ต้องเดินทางมาไกลถึงโรงพยาบาลประสาท เพราะค่ารถแพงแม้ว่า ค่ายาจะฟรี หรือเสียเงินไม่มาก แต่ถ้าผู้ป่วยมีอาการรุนแรงก็ต้องเหมารถมา 600-700-800 บาท ตามระยะทางใกล้ไกล คนมุสลิมจะนิยมมากันครั้งละหลายๆ 10-20 คน มากันเต็มรถเพราะว่าต้องมาช่วยกันพูดบอกอาการกับหมอบ เพราะบางครั้งญาติพูดภาษาไทยไม่ได้มาให้กำลังใจ และที่ต้องมากันหลายคนเพราะคนไข้จะวุ่นวายมาก ต้องช่วยกันมัดมาหลายๆคน อีกอย่างคนมุสลิม เมื่อเจ็บป่วยตามหลักศาสนาต้องมีการเยี่ยมกันเป็นประจำ และต้องให้เงินกันคนละเล็กละน้อยตามแต่ที่มี 30-40 บาทแล้วแต่ใครจะให้เท่าไรถ้ามีมากจะให้มาก และต้องมาแสดงความเป็นกลุ่มก้อนซึ่งต้องให้เหนียวแน่น ถ้าหากป่วยที่บ้านจะมีการเยี่ยมเยียนเอาน้ำตาลมาให้หรือเอาเงินมาให้ เพราะการเฝ้าดูแลผู้ป่วยต้องอยู่เป็นเพื่อนคุยกัน ต้องมีการชงชา กาแฟ ครอบครว้ของคนไข้ เจ็บป่วยจะได้ไม่ต้องจัดหาต้องช่วยๆ กัน เขานิยมทำกันเป็นประจำ นอกจากนั้นก็ต้องการให้มีเจ้าหน้าที่ทางจิตเวชที่คอยช่วยเหลือที่สถานีอนามัยใกล้บ้าน ด้านการสนับสนุนค่าใช้จ่ายยินดีที่จะร่วมจ่ายหากเจ้าหน้าที่ไปเยี่ยมที่บ้านแต่อย่าให้ราคาแพงมาก ถ้าแพงมากจะไม่มีเงินให้ ถ้ามีมากก็ให้ได้ แต่ต้องบอกล่วงหน้าก่อนจะมา และต้องการให้มีบริการ

เสริมพิเศษ เช่นการจัดสื่อเอกสารที่เป็นภาษามลายูถิ่น เนื่องจากคนที่อ่านภาษาไทยไม่ได้จะได้อ่านภาษามลายูถิ่นจะได้ เข้าใจ แต่ไม่เคยได้รับเอกสารไม่เคยมีคู่มือในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

สรุปว่าผู้ดูแลผู้ป่วยอิสลามมีความต้องการความช่วยเหลือสนับสนุนเพื่อให้เกิดความมั่นใจและปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้งความรู้และการปฏิบัติที่ถูกต้อง และความต้องการทั้ง 4 ด้านคือ การบริการ แหล่งบริการ / วิธีใช้บริการ การสนับสนุนค่าใช้จ่าย และความต้องการด้านบริการเสริม

3.3 ลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลและให้การสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

การศึกษาถึงความต้องการการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ควรคำนึงถึงปัจจัยส่วนบุคคลบางประการที่อาจมีอิทธิพลต่อความต้องการการสนับสนุนบริการ ได้แก่ ลักษณะความสัมพันธ์ กับผู้ป่วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาอาชีพ ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยเฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยอื่นที่ต้องดูแล การได้รับการเยี่ยม และที่อยู่ปัจจุบัน

1. ลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

สมาชิกครอบครัวที่เป็นมารดา จะมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลสูงกว่าสมาชิกคนอื่น เพราะต้องมีหน้าที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวทุกคนในทุกเรื่อง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อม (คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2535)

2. เพศ

เพศหญิงจะถูกอบรมให้เป็นผู้ดูแลงานบ้านและช่วยดูแลสมาชิกในครอบครัวซึ่งบทบาทนี้มักจะเป็นธรรมชาติของเพศหญิง ส่วนเพศชายจะเป็นผู้หารายได้มาสนับสนุนครอบครัว (วิมลรัตน์ ภูวราชูฒิพานิช, 2537) และจากการศึกษาของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (2535) พบว่าเพศหญิงจะมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลมากกว่าเพศชาย ซึ่งจากความเชื่อ ทศนคติ และธรรมชาติของเพศที่ต่างกันเช่นนี้มีผลต่อการเผชิญปัญหา และปรับตัวด้านจิตใจตลอดจนมีความเห็นต่อความเจ็บป่วยต่างกัน (สงวนศรี แต่งบุญงาม, 2537)

3. อายุ

เนื่องจากประสบการณ์ในอดีตจะส่งผลถึงการปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้น ความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับตัวเองและผู้อื่น ทำให้ความต้องการการพึ่งพาต่างกัน เช่นวัยรุ่นจะเผชิญปัญหาเฉพาะหน้าสู้วัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุไม่ได้ ทำให้มีการตัดสินใจและทักษะในการจัดการกับปัญหาไม่ดี (วิมลรัตน์ ภูวราชูฒิพานิช, 2537) ในวัยผู้ใหญ่จะมีการปรับตัวต่อปัญหาและ

ความเครียดได้ดี เนื่องจากความสามารถในการแก้ปัญหาของบุคคลจะพัฒนาขึ้นจนค่อยข้างถาวรเมื่ออายุได้ 30 ปี และสามารถพัฒนาได้อีก (Antonovsky, 1987)

4. สถานภาพสมรส

สมาชิกครอบครัวที่สมรสแล้ว จะมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลสูงกว่าสถานภาพอื่น เพราะจะต้องสร้างครอบครัวให้เป็นปึกแผ่น มีความรับผิดชอบอื่นๆ และความสัมพันธ์ในครอบครัว หากกรณีคู่สมรสเจ็บป่วย ถ้ามีความสัมพันธ์ที่ดีมาก่อน ผู้ดูแลจะมุ่งมั่นและเต็มใจให้การดูแลมากกว่า ความเครียดก็จะน้อยกว่าคู่สมรสที่มีความสัมพันธ์กันไม่ดี (วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2537) ซึ่งสอดคล้องกับความเชื่อที่ว่า กลุ่มสมาชิกที่มีคู่สมรสจะมีการช่วยเหลือค้ำจุนกันมาก สามารถลดความเครียดต่างๆ ได้ จึงส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ส่วนกลุ่มสมาชิกที่โสด หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่ มักขาดคนปลอบโยนให้กำลังใจ จะเกิดความเครียดได้ง่าย ส่งผลให้มีความต้องการสนับสนุนช่วยเหลือมากกว่ากลุ่มแรก (Warkeit 1987 อ้างใน สถิตย วงศ์สุรประกิต, 2542)

5. ระดับการศึกษา

ผู้มีการศึกษาดี มักมีอาชีพและรายได้ที่ดีด้วย ทำให้มีความสนใจสุขภาพมีโอกาเลือกใช้บริการที่ดี ได้มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำที่ส่วนมากมีอาชีพที่ใช้แรงงาน เช่น เกษตรกรรม รับจ้าง เป็นต้น ทำให้มีรายได้ต่ำไปด้วย จึงมักสนใจเรื่องเศรษฐกิจมากกว่า ที่จะสนใจคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของตนเอง (Hallingshead, 1983 อ้างใน สถิตย วงศ์สุรประกิต, 2542) นอกจากนี้ระดับการศึกษาที่ต่างกัน จะมีการใช้เหตุและผล ตลอดจนวิธีแก้ปัญหาได้ดีกว่ากันตลอดจนรู้จักแสวงหาความช่วยเหลือจากหน่วยงานต่างๆ ได้ดีและหลากหลายต่างกันด้วย (วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2537)

6. อาชีพ

ครอบครัวที่มีอาชีพเกี่ยวกับเกษตรกรรมและรับจ้างจะมีความวิตกกังวลสูงกว่าอาชีพอื่นๆ เนื่องจากการมีการศึกษาต่ำ ขาดความรู้ ความเข้าใจในเหตุและผล และไม่มีโอกาสเลือกใช้บริการที่มีคุณภาพได้ด้วย (Hallingshead, 1983 อ้างใน สถิตย วงศ์สุรประกิต, 2542)

7. ความเพียงพอของรายได้และค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยเฉลี่ยต่อเดือน

ผู้มีรายได้เพียงพออาจสนองความจำเป็นพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในชีวิตได้เช่น มีอาหารที่เพียงพอ มีที่อยู่อาศัย มีความปลอดภัย มีนันทนาการและฐานะทางสังคม เป็นต้น จะเห็นว่าครอบครัวที่มีหนี้สิน มีความวิตกกังวลมากกว่าครอบครัวที่ไม่มีหนี้สิน (ขนาน หัสศิริ, 2537) รายได้ของครอบครัวต่อเดือนเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต ในด้านการสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคลเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะความเจ็บป่วยของสมาชิกจะ

ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว ที่จะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยบางคนไม่สามารถทำงานหรือไม่มีงานทำ ครอบครัวจะต้องรับภาระด้านเศรษฐกิจเพิ่มขึ้นอีก โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทครอบครัวอยากให้งานทำ เพื่อจะได้เงินมาเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยเอง (จินตนา ยูนิพันธ์ และคณะ, 2541)

8. ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยอื่นที่ต้องดูแล

ครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นระยะเวลานานอาจทำให้ครอบครัวมีการปรับตัวต่อปัญหาหรือภาระต่างๆ ได้ดีขึ้น ประกอบกับถ้าหากผู้ป่วยอยู่ในช่วงที่อาการสงบ ไม่มีอาการกำเริบหรือรุนแรงก็จะช่วยเชื้อให้เกิดการปรับตัวได้ดี (ขนาน หัสศิริ, 2537) จะเห็นว่าบุคคลเมื่อรับรู้ต่อภาวะเครียดในระยะแรกๆ ความเครียดจะอยู่ในระดับสูง จะมีการใช้กระบวนการแก้ปัญหาที่เคยใช้ ถ้าการตอบสนองล้มเหลวความเครียดจะเพิ่มขึ้น ทำให้ต้องพยายามดึงเอาแหล่งประโยชน์ ทั้งจากภายในและภายนอกครอบครัวมาใช้จนเกิดความสมดุล ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการปรับตัวโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีสมาชิกคนอื่นป่วยเพิ่มขึ้นมาอีก ก็จะเป็นภาระและต้องอาศัยการปรับตัวอีกมาก (Antonovsky, 1987)

9. ที่อยู่ปัจจุบันและการได้รับการเยี่ยมบ้าน

ถ้าครอบครัวอยู่ไกลแหล่งบริการสุขภาพ ต้องใช้ระยะเวลาและระยะทางในการเดินทางมาก ไม่สะดวกในการมาติดต่อขอรับบริการ ต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นค่ารถและค่าใช้จ่ายอื่นๆ อีกมาก ทำให้ต้องรับภาระหนักโดยเฉพาะครอบครัวที่มีรายได้น้อย (นันทนา รัตนากร, 2536) นอกจากนี้ยังมีผลต่อการเยี่ยมบ้านของบุคลากร ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวขาดโอกาสเพราะการเยี่ยมบ้านเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยยืนยันความช่วยเหลือให้กับครอบครัว เนื่องจากการที่บุคคลได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอ ก็จะช่วยลดความเครียดและสามารถปรับตัวได้ถูกต้องเหมาะสม (ตรุณี รุจกรกานต์, 2536) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมพร รุ่งเรืองกลกิจ และกฤตยา แสงวงเจริญ, 2535) ที่พบว่าครอบครัวมีความต้องการให้บุคลากรของโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยเคยรักษาอยู่ออกติดตามเยี่ยมบ้าน เพราะคาดว่าจะมีอุปสรรคถ้าต้องดูแลกันเอง โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

วัตถุประสงค์ของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

เพลเลเทียร์ (Pelletier, 1988) ได้กล่าวไว้ดังนี้

1. เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รู้จักวินิจฉัยหรือค้นหาปัญหาที่เกิดจากอาการทางจิตด้วยตนเอง โดยครอบครัวมีส่วนในการช่วยเหลือ

2. เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเป็นตัวของตัวเอง และได้รับการฟื้นฟูสภาพภายใต้การดูแลของครอบครัว
3. เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือเฉพาะเรื่อง ตามความต้องการของผู้ป่วยหรือครอบครัว
4. เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ในการดูแลกันเองได้ ได้แก่ การจัดการกับอาการทางจิต การดูแลรักษาเบื้องต้น และการป้องกันการกำเริบซ้ำ
5. เพื่อให้ผู้ป่วยได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น โดยการนำความรู้ที่ได้ไปใช้ที่บ้าน
6. เพื่อประเมินผลความก้าวหน้าของผู้ป่วยและครอบครัว ภายใต้แผนการดูแลของทีมสุขภาพจิต

กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านสำหรับทีมสุขภาพจิต

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านจะเน้นด้านการฟื้นฟูสภาพและการป้องกันการกำเริบซ้ำเพราะผู้ป่วยประเภทนี้มักเป็นเรื้อรังและเกิดอาการกำเริบซ้ำบ่อย (Baker, 1989) การฟื้นฟูสภาพจะเป็นการดูแลผู้ป่วยหลังการเจ็บป่วยให้รอดพ้นจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และการกำเริบซ้ำ มีความสามารถกลับคืนสู่สภาพเดิม ซึ่งกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ (2541) ได้ให้แนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านไว้ว่า ต้องฟื้นฟูทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม อย่างต่อเนื่อง กระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ และมีอิสระ จัดกิจกรรมบำบัดต่างๆ เช่น กายภาพบำบัด อาชีวบำบัด กลุ่มจิตบำบัด การให้สุขภาพจิตศึกษา การให้คำปรึกษา เป็นต้น ตลอดจนสนับสนุนให้ประกอบอาชีพได้ตามอัธยาศัยเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคมน้อยที่สุด ส่วนผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองที่บ้านได้ จะแนะนำสนับสนุนครอบครัวให้การช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำแต่งตัว การช่วยเหลืองานบ้าน การจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและราย เป็นต้น ครอบครัวจึงมักเป็นคนแรกที่สังเกตเห็นอาการเตือนที่บอกให้รู้ว่าผู้ป่วยกำลังจะมีอาการกำเริบซ้ำ ความช่วยเหลือของครอบครัวจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมากในการป้องกันการเกิดอาการดังกล่าว นอกจากนี้ ทีมสุขภาพจิตจะต้องประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วยและครอบครัวภายใต้แผนการดูแลรักษาาร่วมกันอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องอีกด้วย

ธีระ ลีลานันทกิจและคณะ (2529) มีความเห็นสอดคล้องว่า ครอบครัวควรมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคจิตเภท ได้แก่ อาการและอาการแสดง สาเหตุ การรักษาพยาบาล การเกิดอาการกำเริบ การสังเกตอาการแสดงก่อนมีอาการกำเริบซ้ำและการจัดการกับอาการทางจิต ซึ่งจะทำให้ครอบครัวป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยได้ โดยมีแนวทางในการปฏิบัติที่ถูกต้อง เช่น การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การช่วยเหลือให้เข้าสังคม การลดความตึงเครียดและความขัดแย้งในครอบครัว หลีกเลี่ยงการแสดงอารมณ์ที่รุนแรงและไม่วิพากวิจารณ์ผู้ป่วย เป็นต้น

ซึ่งสอดคล้องกับ ชะฤทธิ พงศ์อนุตรี (2536) ที่กล่าวว่า รูปแบบที่ครอบครัวควรปฏิบัติต่อผู้ป่วย เช่น การพูดให้กำลังใจ ชมเชย ยกย่อง สนใจ เอาใจใส่ ให้ความรัก ความอบอุ่น ความเป็นกันเอง คอยสังเกตการเจ็บป่วยของผู้ป่วย รับฟังเมื่อผู้ป่วยขอคำปรึกษา ไว้ใจผู้ป่วยในการทำงานด้วยตนเองและจัดสภาพแวดล้อมในบ้านให้เหมาะสมกับผู้ป่วย เป็นต้น อย่างไรก็ตามครอบครัวก็ยังคงต้องการที่มสุขภาพจิตไปให้ความช่วยเหลือที่บ้านในคราวจำเป็นเพิ่มเติมด้วย

นอกจากนี้ยังมีหลักการสำคัญในการให้บริการในลักษณะนี้คือ ด้านการประเมินผู้ป่วย และครอบครัวของที่มสุขภาพจิต การประสานงานกับหน่วยงานอื่น การสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร และด้านจิตใจของครอบครัว และการแก้ไขภาวะวิกฤต (Kozlak & Thobaben, 1994) โดยเฉพาะด้านการประเมินมีความสำคัญมาก เพราะต้องอาศัยความสามารถในการตัดสินใจที่จะให้บริการกับผู้ป่วย และครอบครัวในสถานการณ์ต่างๆ อย่างถูกต้องและฉับไวที่บ้านของผู้ป่วย (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์และคณะ, 2534)

จินตนา ยูนิพันธ์ (2538) ได้เสนอแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ได้แก่ มีการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวก่อนกลับบ้าน มีการดูแลต่อเนื่อง ให้การดูแลครบทั้ง 4 มิติ โดยเน้นด้านการฟื้นฟูสภาพและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และมีการประสานงานและการส่งต่อโดยอาศัยที่มสุขภาพจิต

เรงเก้และกรีนเลย์ (Reinke & Greenley, 1986) กล่าวว่า การดูแลผู้ป่วยในลักษณะนี้จะประสบผลสำเร็จได้นั้นควรมีหลักการได้แก่ มีการผสมผสานบริการที่มีอยู่ในชุมชนเข้าด้วยกัน ให้ความสำคัญของงานบริการในชุมชนให้เท่าเทียมกับงานรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล มีบริการช่วยเหลือในภาวะวิกฤตตลอด 24 ชั่วโมง และเตรียมบุคลากรให้พร้อมในการให้คำปรึกษาแนะนำจากภาวะเครียดและปัญหาต่างๆ ที่เกิดจากตัวผู้ป่วย ครอบครัวและจากชุมชน

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้น จึงสรุปได้ว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านนั้น ที่มสุขภาพจิตและครอบครัวต่างมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยที่มสุขภาพจิตจะจัดกิจกรรมบำบัดต่างๆ การให้สุขภาพจิตศึกษา การให้คำปรึกษา ตลอดจนประสานการส่งต่อระหว่างหน่วยงาน แต่ครอบครัวจะมีส่วนสำคัญที่สุดในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นจึงควรมีความรู้และทักษะพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ ผู้วิจัยจึงได้นำเอามาเป็นหัวข้อคำถามในแบบสัมภาษณ์ด้านการบริการ 5 หัวข้อคือ การสอนความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและการฝึกปฏิบัติดูแลผู้ป่วย การเยี่ยมตรวจและปฏิบัติการรักษาพยาบาลที่บ้าน การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยในเวลากลางวัน (day care) การช่วยเหลือด้านอาชีพการงานและการช่วยเหลือผ่อนคลายความเครียดของญาติ

การจัดบริการการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านในหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิตหน่วยงาน สังกัดกรมสุขภาพจิตที่ได้ดำเนินโครงการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านซึ่งมีผู้ป่วยจิตเภทเป็นส่วนใหญ่ นั้น มี 2 แห่งที่ได้ดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง คือ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์และ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ แต่ก็ยังไม่เป็นรูปแบบที่ชัดเจน ยังต้องใช้เวลาในการพัฒนาปรับปรุง ต่อไป ลักษณะการดำเนินงานของทั้ง 2 โรงพยาบาลจะเน้นด้านการบริการ คือให้ความรู้ คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วย การให้การรักษายาตามอาการการแจกคู่มือการปฏิบัติตัวและการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและการออกติดตามเยี่ยมบ้านโดย ทีมสุขภาพจิต ซึ่งโรงพยาบาลสวนสราญรมย์จะมีรูปแบบโดยใช้ทีมพยาบาลทั้งหมด ส่วน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์จะใช้ทีมสหวิชาชีพ ด้านแหล่งบริการและวิธีให้บริการ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์จะใช้สถานที่ในหอผู้ป่วยเป็นหน่วยงานเฉพาะ ผู้รับบริการไม่มีความสะดวกในการ เข้าไปติดต่อเกี่ยวกับบริการ ส่วนโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ยังไม่มีหน่วยงานที่เป็นสัดส่วน โดยเฉพาะ แต่ทั้ง 2 โรงพยาบาลจะมีการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานในชุมชนที่อยู่ ใกล้เคียงกับโรงพยาบาล ตั้งเป็นเครือข่ายบริการสุขภาพจิต ได้แก่ สถานีอนามัยและโรงพยาบาล ชุมชนบางแห่ง แต่ก็ยังไม่ได้รับความร่วมมืออย่างเต็มที่ เนื่องจากนโยบายด้านสุขภาพจิตของ หน่วยงานแต่ละแห่งไม่ชัดเจน ส่วนด้านการสนับสนุนค่าใช้จ่ายก็ยังไม่มีการพูดถึงว่าผู้รับบริการ หรือใครจะเป็นผู้จ่ายค่าบริการและจะจ่ายผ่านระบบใดบ้าง แต่เท่าที่ศึกษาในโครงการจะพบว่า โรงพยาบาลทั้ง 2 แห่งจะเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายทั้งหมด เช่น ค่าน้ำมันรถ ค่าเบี้ยเลี้ยงเดินทางของ บุคลากร เป็นต้น สำหรับด้านการส่งเสริมบริการ/การใช้บริการเสริม ยังขาดประชาสัมพันธ์ ทางสื่อมวลชน เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ท้องถิ่น เป็นต้น แต่จะใช้วิธีการเยี่ยมบ้านเพื่อ แจกครอบครัว ผู้นำชุมชน และบุคลากรสาธารณสุขในชุมชน ผลการดำเนินงานของทั้ง 2 แห่ง ประชาชนมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับอยู่ในระดับหนึ่งโดยเฉพาะด้านการพูดคุยให้กำลังใจจะ มีความพึงพอใจมาก สามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ดีขึ้นและพอใจที่โรงพยาบาลยังเป็นที่ พึ่งของประชาชนเมื่อผู้ป่วยมีอาการฉุกเฉิน (กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2541; กลุ่มงาน จิตเวชชุมชน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2538)

สรุปว่า จากการดำเนินการจัดบริการ ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของสถาบันสุขภาพจิต ที่ผ่านมา ทั้ง 2 แห่งที่กล่าวมาแล้วยังมีการจัดบริการที่ยังไม่ได้ใช้แนวคิดทางการตลาดสุขภาพมาประยุกต์ใช้ อย่างชัดเจน ซึ่งการประยุกต์ใช้แนวคิดการตลาดสุขภาพ สำหรับครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท เป็น แนวคิดที่สามารถนำมาจัดบริการ เพื่อตอบสนองความต้องการผู้รับบริการทุกระดับ ขณะเดียวกัน การจัดบริการที่บ้านมีประสิทธิภาพมากขึ้น และผู้รับบริการเกิดความพอใจสูงสุดซึ่งมุ่งสนอง

ความต้องการ คอทแทป (Kotatch, 1991 อ้างใน มนัสสินิตย์ บุณทรพ, 2536) ซึ่งการประยุกต์ใช้แนวคิดการตลาดสุขภาพ สำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน มีรายละเอียดดังจะกล่าวต่อไปนี้

3.3 การสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านโดยใช้แนวคิดการตลาดสุขภาพ

ความหมายของการตลาด

การตลาดมีการแลกเปลี่ยนสินค้าหรือบริการโดยผู้ผลิตสินค้าหรือผู้ให้บริการจะต้องทำให้ผู้ซื้อสินค้าหรือผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจในสินค้าหรือบริการนั้น (Mc Carthy & erreault, 1984) การตลาดมิได้หมายถึงงานด้านการขายหรือการโฆษณาเท่านั้นแต่การขายเป็นเรื่องของการสืบค้นหา ความต้องการการวิจัยการตลาด การพัฒนาผลิตภัณฑ์หรือบริการ การกำหนดราคา การเสนอขายบริการต้องทำความเข้าใจ การตลาดถ้าหากได้จัดทำอย่างถูกต้องเหมาะสม กำหนดราคาได้พอดี มีวิธีเสนอขายบริการที่คล่องตัว และมีการส่งเสริมการขายที่ได้ผล บริการนั้นจะต้องได้รับความนิยมอย่างแน่นอน (ธงชัย สันติวงษ์, 2533)

ยัง และ เชนน์ (Young & Hayne, 1988) การตลาด หมายถึง กิจกรรมทางธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับสินค้าหรือบริการที่ดำเนินการโดยผู้ผลิตหรือผู้ให้บริการไปสู่ผู้บริโภคหรือผู้รับบริการ

สแตนตัน (Stanton, 1987) กล่าวว่า การตลาด เป็นระบบรวมของกิจกรรมทางธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับการวางแผน การกำหนดราคา การส่งเสริมการตลาด และการจัดจำหน่ายสินค้าหรือบริการที่ผู้บริโภคหรือผู้รับบริการต้องการและพึงพอใจ เพื่อให้องค์กรบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย

คอทแทป (Kotatch, 1991) กล่าวว่า การตลาดเป็นกระบวนการจัดการที่มีประสิทธิภาพเพื่อที่จะทำให้การบริการตรงกับความต้องการของผู้รับบริการ โดยมีการแลกเปลี่ยนกันระหว่างคน 2 กลุ่ม คือผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ คือ พยาบาล แพทย์ และทีมสุขภาพอื่น ส่วนผู้รับบริการคือผู้ป่วยและญาติ

ดังนั้น การตลาดในบริการสุขภาพที่บ้านหมายถึง กระบวนการจัดบริการสุขภาพที่บ้านที่เป็นระบบเพื่อสนองความต้องการ ความจำเป็นแก่ผู้รับบริการ รวมทั้งทำให้เกิดความพอใจในบริการ โดยผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยน

การตลาดที่นักการตลาดใช้สนองความต้องการของผู้รับบริการให้เกิดความพึงพอใจในบริการนั้นๆ นอกจากผลิตภัณฑ์ หรือบริการแล้วยังมีองค์ประกอบอื่นๆ อีก องค์ประกอบเหล่านี้รวมเรียกว่า ส่วนผสมทางการตลาด (Marketing mix) เรียกว่า 4P's ส่วนผสมการตลาด หมายถึง การผสมที่เข้ากันได้เป็นอย่างดีของการจัดสินค้าหรือบริการที่มีคุณภาพให้ตรงตาม

ความต้องการ จัดสถานที่หรือระบบการเสนอขายที่เหมาะสม ส่งเสริมการให้บริการเป็นอย่างดี และกำหนดราคาที่ยุติธรรม ซึ่งก็เป็นการจัดรูปแบบบริการเพื่อการเข้าถึงกลุ่มผู้รับบริการ

หลักการสำคัญที่ใช้เป็นกรอบแนวคิดในการเก็บรวบรวมข้อมูล สำหรับการทําวิจัย ในครั้งนี้ได้นำเอาส่วนผสมทางการตลาด (Marketing mix) ที่ประกอบด้วย 4 P's มีรายละเอียด (Mc Carthy & Perreault, 1984) ดังนี้

1. การบริการ (Product / Service) หมายถึง สิ่งที่เสนอแก่ผู้บริโภค เพื่อตอบสนองความ จำเป็นหรือความต้องการ ผลិតภัณฑ์ จะรวมถึงสินค้าบริการและกิจกรรมต่างๆ จากการศึกษา นำร่องผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมต้องการให้มีการเยี่ยมและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ที่บ้านต้องการให้มีพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ซึ่งมีความรู้ทางด้านจิตเวชคอยให้ความช่วยเหลือ ที่สถานีนามัยใกล้ๆบ้านหรือไปเยี่ยมถึงที่บ้านและต้องการด้านความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ต้องการให้สอน/แนะนำการปฏิบัติที่จะทำอย่างไรให้ผู้ป่วยไม่ป่วยซ้ำอีก จากการศึกษาของสถิตย์ วงศ์สุรประกิต (2542) เรื่องความต้องการการดูแลที่บ้านของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ความต้องการด้านบริการ ในหัวข้อความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและการฝึกปฏิบัติดูแล ความต้องการให้มีการเยี่ยมจากบุคลากร การช่วยเหลือในการผ่อนคลายความเครียดของญาติ อยู่ในระดับมาก จากการศึกษาของสมพร รุ่งเรืองกลกิจ และกฤตยา แสงเจริญ (2535) ศึกษา ความต้องการการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือและการเตรียมตัวรับผู้ป่วยของญาติ พบว่าครอบครัว มีความต้องการด้านการสอนและต้องการให้บุคลากรจากโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัว ติดตามออกเยี่ยมบ้านอยู่ในระดับมาก การศึกษาของ มนัสสินิตย์ บุญยทรัพย์ (2536) พบว่า ความต้องการของผู้รับบริการด้านบริการโดยรวมอยู่ในระดับมาก เช่น การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การสอน การเยี่ยมตรวจที่บ้าน การช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวันที่บ้าน การบริการที่บ้านตลอด 24 ชั่วโมง มีความต้องการอยู่ในระดับมาก

2. แหล่งบริการและวิธีให้บริการ (Place) หมายถึง สถานที่จัดจำหน่าย หรือให้บริการ ทำให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก รวดเร็วประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ช่องทางการติดต่อ เข้ารับบริการ และการกระจายบริการออกไป เช่นการครอบคลุมของพื้นที่ ทำเลที่ตั้ง การคมนาคม และการจัดการทรัพยากรที่เหมาะสมจากการศึกษานำร่องผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมต้องการให้มี ศูนย์บริการที่ใกล้บ้าน ต้องการให้มียาที่สถานีนามัยไว้บริการผู้ป่วย ต้องการพยาบาลหรือ เจ้าหน้าที่คอยให้ความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยวุ่นวาย จากการศึกษาของจากการศึกษาของสถิตย์ วงศ์สุรประกิต (2542) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีความต้องการการปรึกษาทางโทรศัพท์ตลอด 24 ชั่วโมงอยู่ในระดับมาก ต้องการให้มีโรงพยาบาลจิตเวชสำหรับรับผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ต้องการ

ให้มีหน่วยงานโดยเฉพาะที่สะดวกในการติดต่อเมื่อจำหน่ายผู้ป่วย มีความต้องการให้โรงพยาบาลจิตเวชประจำเพื่อรับผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินอยู่ในในระดับมาก การศึกษาของ มนัสสินิตย์ บุญยธรรมพ (2536) พบว่าความต้องการของผู้รับบริการด้านสถานที่ให้บริการต้องการให้มีศูนย์เครือข่ายบริการสุขภาพที่บ้านอยู่ใกล้บ้าน ให้มีบริการสุขภาพที่บ้าน ให้มีบริการจัดรถรับส่งเพื่อพาไปตรวจหรือรักษาต่ออยู่ในระดับมาก

3. การสนับสนุนค่าใช้จ่าย (Price) หมายถึงผู้ให้บริการจะกำหนดราคาและค่าบริการในราคาที่ยุติธรรม รวมถึงการดำเนินงานเพื่อให้รัฐร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายให้ทั้งหมดหรือบางส่วนจากการศึกษานำร่องผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมพบว่าด้านค่าใช้จ่ายในการบริการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านมีความยินดีที่จะร่วมจ่ายแต่ต้องไม่แพงไปกว่าการมารับบริการที่โรงพยาบาล และมียาให้ผู้ป่วยด้วย และก่อนจะไปเยี่ยมที่บ้านควรบอกให้ทราบล่วงหน้าด้วย จากการศึกษาของสถิตย์ วงศ์สุรประกิต (2542) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความต้องการให้รัฐรับผิดชอบด้านค่าใช้จ่ายทั้งหมดอยู่ในระดับมาก การศึกษาของ มนัสสินิตย์ บุญยธรรมพ (2536) พบว่าความต้องการของผู้รับบริการต้องการในด้านการกำหนดราคาค่าบริการการดูแลรักษาพยาบาลเป็นลายลักษณ์อักษรอยู่ในระดับมาก

4. การส่งเสริมการบริการ / การใช้บริการเสริม (Promotion) หมายถึงการแจ้งหรือบอกกล่าว ให้ผู้รับบริการทราบถึงลักษณะรูปแบบและประโยชน์ของบริการ เพื่อชักชวนให้เกิดความต้องการใช้บริการ สามารถทำได้หลายวิธี เช่น การให้ความรู้ทางสุขภาพจิตผ่านสื่อต่างๆ เพื่อเป็นการให้ข่าวและประชาสัมพันธ์ การส่งเสริมให้บริการโดยการตรวจสุขภาพจิตในกิจกรรมชุมชน การใช้เอกสารแผ่นพับต่างๆ เป็นต้น จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมมีความต้องการสื่อที่ให้ความรู้เป็นภาษามลายู เพราะทำให้สามารถอ่านได้เข้าใจดียิ่งขึ้น และต้องการสื่อทางโทรทัศน์และทางวิทยุกระจายเสียงที่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และจากการศึกษาของสถิตย์ วงศ์สุรประกิต (2542) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความต้องการบริการตรวจสุขภาพจิตในกิจกรรมชุมชนต่างๆและมีความต้องการการให้ความรู้ทางสุขภาพจิตทางวิทยุและโทรทัศน์ในระดับมากการศึกษาของ มนัสสินิตย์ บุญยธรรมพ (2536) พบว่าความต้องการของผู้รับบริการด้านบริการเสริมอยู่ในระดับมาก คือต้องการให้มีโฆษณาประชาสัมพันธ์การบริการสุขภาพที่บ้านให้มีการแจ้งข่าวสารหรือบอกโดยเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ให้มีการเขียนบทความเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่บ้านในหนังสือพิมพ์ ต้องการให้มีการจัดนิทรรศการให้ความรู้เกี่ยวกับบริการสุขภาพที่บ้านอยู่ในระดับมากทั้งสิ้น

จากการทบทวน แนวคิดการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ความต้องการ การสนับสนุนการดูแลที่บ้านและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ยังมีการศึกษาความรู้การปฏิบัติการดูแล ผู้ป่วยจิตเภทและความต้องการการสนับสนุนการดูแลที่บ้านของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม ค่อนข้างน้อยมากผู้วิจัยได้ข้อมูลความต้องการการสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม จากการศึกษาสำรวจ ส่วนใหญ่การวิจัยที่ศึกษาเป็นกลุ่มผู้ป่วยทั่วไปมากกว่ากลุ่มไทยมุสลิม ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมมีความไวในเรื่องของศาสนาเข้ามาเกี่ยวข้อง ดังนั้นหากกล่าวมาแล้ว ดังนั้นจึงยังมีช่องว่างขององค์ความรู้เกี่ยวกับความรู้การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและ ความต้องการการสนับสนุนการดูแลที่บ้านของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมและยังขาด แนวคิดการตลาดสุขภาพมาจัดบริการการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน