

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาเรื่อง ความต้องการการดูแลที่บ้านของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร ตำรา บทความ แนวคิดที่เกี่ยวข้อง และนำเสนอเนื้อหาโดยครอบคลุมหัวข้อต่อไปนี้

1. ความต้องการการดูแลที่บ้านของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท
2. การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
3. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
4. การประยุกต์ทฤษฎีพื้นฐานของการตลาดกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

ความต้องการการดูแลที่บ้านของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

ความรู้เรื่องโรคจิตเภท

โรคจิตเภท หมายถึง โรคทางจิตเวชชนิดหนึ่ง ซึ่งมีความผิดปกติของความคิดเป็นลักษณะเด่น จะมีลักษณะเป็นกลุ่มอาการ ประกอบด้วยอาการทางจิตหลายๆ อย่าง มักจะเริ่มปรากฏอาการครั้งแรกในช่วงวัยรุ่น หรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ปัจจุบันยังไม่มี การตรวจทางห้องปฏิบัติการใดๆ ที่สามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยเป็นโรคนี้ แพทย์จะให้การซักประวัติจากญาติ การตรวจสภาพจิต การสังเกตอาการและการตรวจด้วยแบบทดสอบทางจิตวิทยา เพื่อให้การวินิจฉัยโรค (ธีระ ลีลานันทกิจ, 2539)

ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มีอาการแสดงออกทางความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสารและพฤติกรรม ซึ่งจะมีลักษณะอาการทั้งด้านบวกและด้านลบ (World Health Organization, 1992)

ลักษณะอาการด้านบวก ประกอบด้วยอาการหลงผิดและประสาทหลอนเป็นสำคัญ อาการหลงผิดอาจเป็นอาการที่ผู้ป่วยมีลักษณะแปลก ๆ พุดในเรื่องที่เป็นไปไม่ได้ ที่พบบ่อยได้แก่ คิดว่ามีคนคอยปองร้าย หวาดระแวง ทำที่ไม่เป็นมิตร มีอารมณ์โกรธก้าวร้าวและพาลทะเลาะวิวาท ส่วนอาการประสาทหลอนจะพบบ่อยทางหู อาจเป็นเสียงคนพุดถึงเรื่องของตนเอง เสียงวิพากษ์

วิจารณ์ เสียงสั่งให้ทำตามและเสียงอื่นๆ ที่ไม่มีความหมาย ทำให้ผู้ป่วยอาจมีอาการพูด ย้ำหรือ หัวเราะคนเดียว ส่วนอาการอื่น ๆ ได้แก่ การสื่อสารกับผู้อื่นไม่มีประสิทธิภาพ มีการใช้คำหรือสำนวน แปลก ๆ ตลอดจนมีการแสดงออกที่ผิดปกติอย่างมาก เช่น แต่งตัวแปลก ๆ สกปรก ไม่เหมาะสม สภาวะการณื ตลอดจนมีพฤติกรรมก่อความเดือดร้อนรำคาญแก่ชาวบ้าน เป็นต้น (มานิช หล่อตระกูล, 2539)

ลักษณะอาการด้านลบ ประกอบด้วยภาวะที่พร่องไปในคนปกติ ได้แก่ พูดน้อย คิดนาน ก่อนตอบ แยกตัวเองไม่ยุ่งเกี่ยวกับใคร ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ยังมีการแสดงออกทาง อารมณ์ลดลง เจ็บเมย์ไม่ค่อยสบตาผู้อื่น ขาดความกระตือรือร้น ขาดแรงจูงใจ เกียจคร้าน ละเลย เรื่องสุขอนามัย อาจนั่งอยู่เฉยๆ ทั้งวันโดยไม่ทำอะไรเลย (Kaplan & Saddock, 1995) อาการทางลบ ที่สำคัญที่สุดได้แก่ อาการซึมเศร้า ที่พบถึงร้อยละ 25 ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราการฆ่าตัวตาย มากกว่า 10 เท่า และมีการเสียชีวิตทั้งหมดเป็น 2 เท่าของคนปกติ (Allebeck อ้างใน ไพรัตน์ พุกกะชาติคุณากร, 2534) ซึ่งสอดคล้องกับเกษม ต้นติพลาชีวะ (2536) ที่กล่าวว่า การฆ่าตัวตาย ของผู้ป่วยโรคนี้เป็นปัญหาสำคัญเพราะป้องกันได้ยาก เนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่คาดทำนาย ไม่ได้ สำหรับอาการด้านลบนี้จะเด่นในระยะหลังๆ ของโรค

ระยะของโรค จะมี 3 ระยะ (มานิช หล่อตระกูล, 2539) ดังนี้

1. ระยะเริ่มมีอาการ ระยะเวลานี้ไม่แน่นอน จึงบอกยากว่าเริ่มผิดปกติตั้งแต่เมื่อไร ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยเฉลี่ยนานประมาณ 1 ปีก่อนอาการกำเริบ การพยากรณ์โรคจะไม่ได้หากระยะนี้เป็นอยู่นาน
2. ระยะอาการกำเริบ เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการชัดเจน ส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มอาการ ด้านบวก
3. ระยะอาการหลงเหลือ อาการจะคล้ายคลึงกับระยะที่ 1 ยังมีอาการโรคจิตหลงเหลือ อยู่ อาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว อาการส่วนใหญ่กำเริบเมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ ยิ่งเป็น ป่อยครั้ง ก็จะมีอาการหลงเหลือมากขึ้นหรือเสื่อมลงเรื่อยๆ

ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะถูกครอบครัวพามาโรงพยาบาลเมื่อมีอาการทางจิตมากแล้ว (มานิช หล่อตระกูล, 2539) จึงเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยอยู่นานถึง 2 ปีขึ้นไปกว่าที่ครอบครัวจะพามาพบแพทย์ ซึ่งเป็นระยะเวลาที่ป่วยโดยเฉลี่ยของผู้ป่วยจิตเภท (เรียรชัย งามทิพย์วัฒนา, 2535) ทำให้ผู้ป่วย ส่วนใหญ่จะเป็นเรื้อรังโดยถือเอาระยะเวลาป่วย 2 ปีขึ้นไปเป็นตัวบ่งชี้ (American Psychiatric

Association, 1987)

เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน ก็ขาดยาเนื่องจากไม่ยอมรับตัวเองว่าป่วย อับอาย หรือคิดว่าหายดีแล้ว ขาดผู้ดูแลแนะนำการรับประทานยา ตลอดจนยาบางชนิดออกฤทธิ์ข้างเคียงมาก ยาบางชนิดรักษาไม่ได้ผลและไม่สะดวกในการรับประทานยาตามแผนการรักษา (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเรื่องการให้ยาเป็นระยะเวลายาวนานและต่อเนื่อง เช่น ผู้ป่วยที่มาได้รับการรักษาครั้งแรกหลังจากอาการทุเลาลงแล้วจะให้ยาต่อไปอีกประมาณ 1 ปีเป็นอย่างน้อย หากมีอาการกำเริบเป็นครั้งที่ 2 จะให้ยาถึง 5 ปี และถ้าเป็นบ่อยกว่านี้อีกก็จะให้ยาตลอดไป (มานิช หล่อตระกูล, 2539) ทำให้ผู้ป่วยเกิดความยุ่งยากและฉินใจปฏิบัติ ซึ่งผู้ป่วยประเภทนี้จะมีสมาธิและความอดทนต่ำ อาจไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536) ทำให้มีอาการกำเริบซ้ำ และเป็นเรื้อรัง ผู้ป่วยมักถูกทอดทิ้ง บุคลิกภาพและพฤติกรรมเสื่อมลงเรื่อยๆ และไม่คอยตอบสนองต่อยา มีแนวโน้มที่จะลดการเอาใจใส่ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมดังกล่าวและเมื่อเจ็บป่วยเรื้อรังนานๆ ทำให้ไม่สามารถรักษาระดับมาตรฐานของตนเองได้อย่างสมบูรณ์ (Quinlan & Ohlund, 1995) เป็นผลให้อาการของโรครุนแรงขึ้น กลับเป็นซ้ำบ่อยขึ้น ซึ่งพบว่า 1 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคนี้ยังคงมีอาการบางอย่างหลงเหลืออยู่ (วิวัฒน์ ยถาภูรานนท์ และคณะ, 2536) และถึงแม้จะสามารถปฏิบัติกิจกรรมบางอย่างได้ด้วยตนเองบ้างแต่ก็มักเป็นไปแบบขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ขาดความสนใจ และขาดแรงจูงใจ (Kaplan & Saddock, 1995) ทำให้ผู้ป่วยเกินครึ่งมีปัญหาในการปรับตัวหลังจำหน่ายไปอยู่บ้าน พบว่าในอดีตมีผู้ป่วยประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยจิตเภทต้องอยู่ในโรงพยาบาลตลอดชีวิต และในปัจจุบันถึงแม้ประสิทธิภาพของยาและเทคนิคการรักษาพยาบาลได้พัฒนาก้าวหน้ามากแค่ไหน ก็ยังมีผู้ป่วยจิตเภท 1 ใน 10 รายที่ยังคงรักษาอยู่ในโรงพยาบาลตลอดไป (ปริทรรศ ศิลปกิจ, 2535)

ผู้ป่วยเรื้อรังโดยทั่วไปนั้นจะมีความต้องการที่มากกว่าขั้นพื้นฐานทั่วไป เช่น ต้องการรู้เรื่องของโรคที่เป็นอยู่และการรักษาพยาบาลที่ได้รับ การรู้ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความช่วยเหลือทางเศรษฐกิจ ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง การเข้าถึงสังคมได้ตามปกติ สังคมยอมรับในเรื่องการเจ็บป่วย การพึ่งพาคนอื่น การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ความช่วยเหลือให้บรรลุจุดหมายในชีวิต การประคับประคองทางอารมณ์ การระงับความวิตกกังวล การได้รับกำลังใจและความเข้าใจ และการช่วยเหลือที่รวดเร็วและถูกต้องเหมาะสม (Hay & Anderson อ้างใน ฟาริดา อิบราฮิม, 2525) จะเห็นว่าการดูแลผู้ป่วยประเภทนี้มีความยุ่งยากซับซ้อนโดยเฉพาะ

ผู้ป่วยจิตเภทที่เรื้อรัง

จะเห็นว่าลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทนั้นการดูแลค่อนข้างยาก ส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป ครอบครัวจะไม่ทันสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงในตัวผู้ป่วยชัดเจนนัก ต่อเมื่อมีอาการด้านบวกเกิดขึ้นแล้วจึงจะพามาพบแพทย์ ซึ่งก็มักจะช้าเกินไปเพราะผู้ป่วยได้เริ่มป่วยมาเป็นเวลานานแล้ว ทำให้การพยากรณ์โรคไม่ดีและไม่ค่อยตอบสนองต่อยา มีอาการกำเริบซ้ำบ่อยและเป็นเรื้อรัง บุคลิกภาพ และพฤติกรรมจะเสื่อมลงเรื่อยๆ แต่กลับมีความต้องการที่มากกว่าคนปกติ จึงทำให้การดูแลผู้ป่วยประเภทนี้ค่อนข้างยุ่งยากซับซ้อนกว่าโรคโดยทั่วไป

ผลกระทบของผู้ป่วยจิตเภทต่อครอบครัว

จิตเภทนับเป็นโรคทางจิตเวชที่ก่อให้เกิดความพิการทางจิตใจได้สูง ซึ่งต้องเป็นภาระต่อครอบครัวของผู้ป่วยได้มาก เกิดผลกระทบต่างๆ ตามมามากมาย ดังนี้

1. ด้านจิตใจและอารมณ์ของครอบครัว

จากผลการวิจัยของรุจิรา จงสกุล และคณะ (2540) พบว่า ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทจะมีค่าเฉลี่ยด้านเจตคติและความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับที่ค่อนข้างต่ำ แสดงให้เห็นว่า ครอบครัวทนต่ออาการและพฤติกรรมที่รุนแรงของผู้ป่วยไม่ไหว แสดงให้เห็นว่า ถ้าสมาชิกคนใดคนหนึ่งเจ็บป่วยย่อมส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในหน้าที่และบทบาท การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้จะก่อให้เกิดความเครียดขึ้นโดยเฉพาะโรคจิตเภทซึ่งเป็นโรคที่รุนแรงและเรื้อรัง (Baker, 1989) จะทำให้ขยายปัญหาไปสู่ระบบอื่นๆ ได้มากโดยเฉพาะระบบครอบครัว (Jody & John, 1987) จึงอาจพูดได้ว่าโรคจิตเภทสามารถทำลายครอบครัวได้ จากการศึกษาของพันธ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2540) พบว่ามีการหย่าร้างได้บ่อยในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะเกิดจากปัญหาเรื่องความเสื่อมลงเรื่อยๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม เนื่องจากมีอาการหลงเหลืออยู่มาก เกิดอาการกำเริบ ซ้ำบ่อย (มานิต หล่อตระกูล, 2539)

บรรยากาศในครอบครัวที่ถูกกระทบเพราะผู้ป่วยจิตเภทมักไม่มีความมั่นคงในสัมพันธภาพ ทำให้สมาชิกคนอื่นวิตกกังวลในการดูแล เกิดความละอายต่อสังคมที่เพ่งมองดู (สุชนาก่อนจันทะ และคณะ, 2534) และเมื่อต้องพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลก็ต้องเผชิญกับการบริการของบุคลากรบางคนที่ไม่ชัดเจน ชักประวัติซ้ำๆ ได้รับบริการที่ล่าช้าขั้นตอนมาก และต้องเดินทางไกลมารับบริการ (วรกษ นิธิกุล, 2535) ทำให้เกิดความเครียดขึ้น การที่ครอบครัวได้รับ

ความเดือดร้อนจากการมีภาระที่เพิ่มขึ้นดังกล่าวจึงไม่สามารถจัดแบ่งเวลาในการทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และต้องคอยเฝ้าดูว่าผู้ป่วยจะมีอาการกำเริบอีกเมื่อใด ทำให้ครอบครัวรับรู้ถึงภาระงานที่หนักเกินไป จนมีการแสดงออกทางอารมณ์ในแบบต่างๆ เช่น โกรธ ซึมเศร้า หรือเครียดตลอดเวลา เป็นต้น ทำให้สมาชิกหลายคนมีปัญหาด้านจิตใจมาก (Kane, 1984) เบเกอร์ (Baker, 1989) พบว่าครอบครัวจะแสดงออกมาเป็นความรู้สึกเศร้าเสียใจ อับอายจากพฤติกรรมแปลกๆ ของผู้ป่วย มีความรู้สึกผิด โดยเฉพาะผู้ที่เป็นบิดามารดา และถ้าเป็นคนที่มีสุขภาพจิตไม่ดีอยู่แล้ว ก็ะยังมีความวิตกกังวล มองโลกในแง่ร้าย เผชิญกับความเครียดได้ไม่ดี นอกจากนี้ครอบครัวยังต้องเผชิญกับสภาพอารมณ์ของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น หงุดหงิด ใจไม่สบาย เจ้าอารมณ์ เป็นต้น ทำให้ครอบครัวเกิดความสับสน ไม่มั่นใจมากยิ่งขึ้นและเมื่อครอบครัว ไม่สามารถจัดการกับปัญหาเฉพาะหน้าที่เกิดขึ้นบ่อยๆ ก็ะรู้สึกถูกคุกคามและอาจใช้การเผชิญปัญหาแบบถอยหนีได้ จากผลกระทบดังกล่าว ส่งผลให้สมาชิกมีความต้องการความช่วยเหลือที่รวดเร็วและปรึกษาได้ตลอดเวลาจากบุคคลที่สนับสนุนด้านกำลังใจและรับฟังปัญหา จะทำให้สามารถยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ (ดร.ณิ รุจกรกานต์, 2536)

จะเห็นได้ว่าอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทจะต้องใช้ความพยายามในการดูแลมาก เพราะเป็นปัญหาใกล้ตัวมากกว่าปัญหาอื่น ทำให้เกิดความเครียดในครอบครัวได้สม่ำเสมอ (ประไพศรี บุรณางกูร, 2538) เพราะผู้ป่วยถึงแม้จะอยู่บ้านดูแลตนเองได้บ้าง แต่ก็มักจะไม่สมบูรณ์เป็นปกติ เช่น บางคนมีอาการหูแว่ว ภาพหลอน หรือหลงผิดอยู่ เป็นต้น (Kaplan & Saddock, 1995) ทำให้มีอุปสรรคในการสร้างสัมพันธภาพกับคนอื่นเพราะการพูดที่วกวน คลุมเครือ ครอบครัวต้องคอยแนะนำสิ่งที่ถูกต้องทำให้มีความวิตกกังวล (วิวัฒน์ ยถาภูษานนท์ และคณะ, 2536) การดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้อยู่ในสังคมนานๆ อย่างสงบจึงไม่ใช่เรื่องง่ายๆ เนื่องจากมีปัญหาดังกล่าวจึงนำไปสู่ความเครียดของครอบครัวมากยิ่งขึ้น (ปริทรรศ ศิลปกิจ, 2535) ครอบครัวจึงต้องการเวลาและความช่วยเหลือในการสร้างความเข้มแข็งที่จะร่วมมือกับทีมสุขภาพจิตในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งมีอยู่ 2 ระยะคือ (ดร.ณิ รุจกรกานต์, 2536)

1. ระยะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล ครอบครัวต้องการได้รับการประคับประคองจิตใจ และปรึกษาปัญหาต่างๆ และต้องการความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค เช่น อาการ พฤติกรรม การดูแลรักษา การช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้านที่เหมาะสม เป็นต้น
2. ระยะที่ผู้ป่วยกลับบ้าน ต้องการรับทราบแนวทางการดูแลผู้ป่วยในอนาคต

มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีบุคลากรเป็นแหล่งให้ความช่วยเหลือครอบครัว และได้รับการเยี่ยมบ้านจากทีมสุขภาพจิต

2. ด้านเศรษฐกิจ

ปัญหาที่สำคัญที่สุดที่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทต้องการความช่วยเหลือคือ ปัญหาด้านเศรษฐกิจที่ครอบครัวต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย (Martyns & Yellowe, 1992) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประไพศรี บุรณางกูร (2538) ที่พบว่า ครอบครัวเกือบ 3 ใน 4 มีฐานะการเงินไม่ดีเนื่องจากอาชีพส่วนใหญ่เป็นเกษตรกรและรับจ้าง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่สามารถหารายได้มาจุนจุนครอบครัวได้แต่ตัวผู้ป่วยเองจำเป็นต้องมีค่าใช้จ่ายอื่นๆ เช่นเดียวกัน เช่น ค่ายา ค่าเดินทางมารักษา เป็นต้น (เพชร อินอัม, 2531) ทำให้ครอบครัวมีภาระหนักขึ้น จึงเห็นว่าผู้ป่วยเป็นภาระที่ย่างยากเดือดร้อน บางครอบครัวถึงกับกักบริเวณผู้ป่วยไว้ เพราะไม่ต้องการเสียเงินค่ายา ค่าเดินทางมาโรงพยาบาล การมีผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวจึงนำไปสู่ปัญหาด้านเศรษฐกิจที่รุนแรงมากขึ้น

ครอบครัวจึงมีความต้องการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากสังคมทางด้านเศรษฐกิจซึ่งส่วนใหญ่ต้องการให้โรงพยาบาลสงเคราะห์ค่ายาให้ (บุญพา ณ นคร, 2538) ในปัจจุบันหน่วยงานของรัฐได้มีแนวทางในการช่วยเหลือ ได้แก่ จัดให้มีบัตรประกันสุขภาพ บัตรสปร.(สวัสดิการเพื่อประชาชนด้านการรักษาพยาบาล) โดยเน้นความเสมอภาคและครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะกลุ่มผู้ด้อยโอกาส ประสานกับเครือข่ายในชุมชนเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการด้วยความสะดวก รวดเร็ว และไม่ต้องเสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังมีบริการอื่นๆ อีกที่ให้บริการฟรี เช่น บริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ บริการออกหน่วยเคลื่อนที่ เป็นต้น (คณะจัดทำแผนแม่บทปฏิรูประบบบริการสุขภาพจิต, 2541)

3. ด้านการดำเนินชีวิตประจำวันและสังคม

เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีอาการเรื้อรังได้รับการรักษาพยาบาลระยะยาว ครอบครัวบางรายขาดการพักผ่อน วิตกกังวลจนนอนไม่หลับ รับประทานอาหารได้น้อย ทำให้ร่างกายซูบผอม (นันทิกา ทวิชาชาติ, 2539) และบางครั้งผู้ป่วย มีอาการรุนแรง ก้าวร้าว เนื่องจากมีอาการหลงผิด ประสาทหลอน อาจทำร้ายร่างกายสมาชิกครอบครัวคนอื่นๆ ได้ ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของสงวน ศรี แต่งบุญงาม (2537) ที่พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังจะประสบปัญหาผู้ป่วยหวาดระแวง ทุรกาย ทะเลาะกับครอบครัว หรือมีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสมซึ่งเป็นภัยต่อสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของวรช นริกุล (2535) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมักจะไม่นอนในเวลากลางคืน ซึ่งรบกวน

การพักผ่อนของคนอื่น บางรายทำร้ายร่างกายคนอื่นและทำลายข้าวของ ส่วนการศึกษาในต่างประเทศ โกปินัทและชาเตอรเวด (Gopinath & Chaturvedi, 1992) มีผลการศึกษาสอดคล้องกับของซาลเลห์ (Salleh, 1994) ว่าผู้ป่วยจิตเภทมีสุขอนามัยส่วนบุคคลไม่ดี เนื่องจากไม่ปฏิบัติตามกิจวัตรส่วนตัว ไม่ช่วยทำงานบ้านทำให้ครอบครัวต้องคอยดูแล มีผลอย่างมากต่อการทำกิจวัตรส่วนตัว และบางครั้งยังทำให้สมาชิกคนอื่นต้องมีอาการเจ็บป่วยหรือไม่สุขสบายทางกายด้วย โดยเฉพาะกับคนที่มีสุขภาพอ่อนแอ ซึ่งจะสอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังทั่วไป เห็นได้จากการศึกษาของสายพิน เกษมกิจวัฒนา (2536) ที่พบว่าภรรยาของผู้ป่วยเรื้อรังที่ดูแลสามี จะมีโรคประจำตัวที่พบมาก ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ปวดศีรษะไมเกรน บางครั้งมีอาการอ่อนเพลีย นอนไม่หลับ ตกใจง่าย ใจสั่น รับประทานอาหารได้น้อย จากการศึกษาดังกล่าวจะเห็นว่า การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังทั่วไปจะเกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกายเป็นอย่างมาก แต่การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังจะประสบกับปัญหาที่เพิ่มขึ้น เพราะมีภาระงานต้องทำอย่างหนัก ไม่มีกำหนดระยะเวลาที่แน่นอน ทำให้รู้สึกเหนื่อยล้า และในรายที่เป็นคู่สมรสอาจเกิดความรู้สึกไม่พึงพอใจในเรื่องเพศสัมพันธ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากอาการของผู้ป่วยและผลข้างเคียงของยาบางชนิด (พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2540)

ในด้านความเป็นอิสระของบุคคล คุณภาพชีวิตด้านนี้จะลดลง เนื่องจากมีภาระหลายอย่างที่ต้องคอยดูแลผู้ป่วยจนไม่สามารถกำหนดเวลาที่จะให้การดูแลได้แน่นอนเพราะต้องขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วย ซึ่งการศึกษาของชะฤทธิ พงศ์อนุตร (2536) และการศึกษาของกรกช นิธิกุล (2535) ให้ผลสอดคล้องกันว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นภาระแก่ครอบครัวในหลายๆ เรื่องเช่น ด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล การระวังอันตรายต่างๆ ทำให้ญาติรู้สึกไม่มีเวลาเป็นของตัวเองที่จะทำกิจกรรมได้ตามต้องการ และครอบครัวส่วนมากก็มีฐานะยากจนต้องหาเลี้ยงชีพ เมื่อมาดูแลผู้ป่วยจึงทำให้ขาดรายได้ ซึ่งถือว่าเป็นเรื่องสูญเสียที่สำคัญยิ่ง (ปริทรรศ ศิลปกิจ, 2535)

ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมก็กระทบเช่นกัน เนื่องจากปัญหาต่างๆ ดังได้กล่าวมาทำให้คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมบกพร่องไปอย่างมาก จากการศึกษาของกรกช นิธิกุล (2535) และการศึกษาของปัทมา ทัทเสริมไทย (2533) ผลการศึกษาลดลงด้วย โดยพบว่าครอบครัวรู้สึกที่ไม่มีเวลาพอที่จะไปร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่น การไปสังสรรค์กับเพื่อนหรือการเชิญเพื่อนมาที่บ้าน เพราะต้องคอยดูแลผู้ป่วยไม่ให้กระทำในสิ่งที่ครอบครัวอับอาย และพยายามปิดบังไม่ให้ผู้อื่นรู้ว่าคนในครอบครัวป่วยเป็นโรคจิต เป็นต้น (เพชร อินอัม, 2531) เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมักจะมีพฤติกรรมเป็นที่น่ารังเกียจหรือเป็นอันตรายต่อสังคม ถึงแม้อาการจะทุเลาลงแล้วครอบครัว

และชาวบ้านก็จะยังไม่ไว้วางใจ (ปริทรรศ ศิลปกิจ, 2535)

สำหรับด้านภาระงานที่เพิ่มขึ้นและมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทนั้น การมีผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวนำมาซึ่งปัญหาหลายด้าน เช่น ผู้ป่วยที่เป็นหัวหน้าครอบครัวซึ่งมีบทบาทในการหารายได้ไม่สามารถทำบทบาทนี้ได้ ทำให้แม่บ้านต้องหารายได้มาทดแทน นอกจากนี้ยังต้องมีการดูแลผู้ป่วยให้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นเวลานาน อีกทั้งผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมที่รุนแรง ไม่เป็นมิตร มีการกระทำบางอย่างที่มากเกินไปทำให้ครอบครัวต้องรับภาระดูแลขั้นต้นมาก รู้สึกเป็นภาระทำให้เกิดความท้อแท้และเบื่อหน่าย (Salleh, 1994) จึงนำไปสู่ความต้องการแบ่งเบาภาระในชีวิตประจำวันของครอบครัว

4. ด้านความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย

ครอบครัวผู้ป่วยเรื้อรังทั่วไปมีความต้องการการช่วยเหลือจากสังคม ทั้งด้านเศรษฐกิจ ความรู้ ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างมาก เนื่องจากการดูแลต่อเนื่องระยะยาว คุณภาพชีวิต และวิธีการดำเนินชีวิตส่วนบุคคลของครอบครัวถูกกระทบ (ชนิตา มณีวรรณ, 2537) โดยเฉพาะครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังจะมีปัญหาเพิ่มขึ้น ถ้าไม่ได้รับความช่วยเหลือครอบครัวก็จะไม่ให้ความร่วมมือในการให้ยาแก่ผู้ป่วย ช่วยเหลือผู้ป่วยด้านร่างกาย ได้แก่ การออกกำลังกาย การนอนหลับ และงานอดิเรก ตลอดจนการสอดส่องดูพฤติกรรมหรืออาการของผู้ป่วย และที่สำคัญคือจะไม่เต็มใจในการรับผู้ป่วยคืนสู่ครอบครัวในครั้งต่อไป (ดรุณี รุจกรกานต์, 2536)

จะเห็นว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้นจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของครอบครัวเป็นอย่างมาก เช่น เกิดความวิตกกังวล มีภาระงานเพิ่มขึ้น เป็นต้น การดูแลระยะยาวที่มีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจและสังคม และปัญหาด้านเศรษฐกิจ โดยเฉพาะญาติสายตรงเช่น บิดา มารดาที่ดูแลบุตรหรือภรรยาที่ดูแลสามี เป็นต้น ส่วนใหญ่จะอดทนอดกลั้นอย่างต่อเนื่อง เป็นการรับภาระที่หนัก ซึ่งหากครอบครัวมีความอดทนต่ำอาจทำให้เกิดความเครียดและหมดกำลังใจเป็นผลทำให้เกิดความขัดแย้งจนถึงกับละทิ้งผู้ป่วยได้ ครอบครัวจึงควรที่จะได้รับการช่วยเหลือ หรืออาศัยแหล่งประโยชน์ต่างๆ เข้ามาดูแลทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ครอบครัวสามารถรับมือกับสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบได้ การปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยระยะยาวจำเป็นต้องมีการประสานงานใกล้ชิดกับทีมสุขภาพจิต รับฟังคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลเบื้องต้นที่ถูกต้องและนำเอาวิธีการไปปฏิบัติกับผู้ป่วยที่บ้าน และหากจำเป็นก็กลับมารับคำปรึกษาและพาผู้ป่วยมารักษาเป็นครั้งคราว ก็จะทำให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอย่างมาก

นิยามของครอบครัว

ครอบครัวเป็นคำที่ใช้ในลักษณะเป็นทางการหรือวิชาการ ประกอบด้วยสมาชิกที่อยู่ร่วมกันและมีความเชื่ออาทรต่อกันเป็นพื้นฐาน แต่ไม่ได้จำกัดอยู่ที่ความสัมพันธ์ทางสายเลือดเท่านั้น ยังหมายรวมถึงบุคคลอื่นที่อยู่ภายในบ้านเดียวกันหรือคนที่มีความสัมพันธ์กันในหลายรูปแบบก็ได้ (อมรา พงศาพิชญ์, 2538)

ครอบครัวจะทำหน้าที่เป็นที่พึ่งทางใจของสมาชิก เมื่อใครมีปัญหาจะสามารถปรึกษากันในครอบครัวได้ (Evan & Grant อ้างใน อมรา พงศาพิชญ์, 2538) นอกจากนี้ยังมีหน้าที่ถ่ายทอดวิธีการดำเนินชีวิต ให้ความอบอุ่น อบรมเลี้ยงดู และที่สำคัญจะมีบทบาทในการดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วยและเป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ (วิลลิตน์ ภูวราวุฒินิพนธ์, 2537)

ครอบครัวตามทัศนะทางสังคมวิทยา คือผู้ที่มีความเกี่ยวข้องทางสายเลือดหรือการแต่งงานซึ่งเป็นครอบครัวเดี่ยว ครอบครัวทางมนุษยวิทยามักใช้ควบไปกับคำว่าเครือญาติ ซึ่งเป็นครอบครัวขยายแต่ไม่ได้กำหนดแน่นอนลงไปว่ามีใครบ้าง ส่วนครอบครัวทางจิตวิทยาจะทำหน้าที่เป็นที่พึ่งทางใจของสมาชิก เมื่อใครมีปัญหาไม่สบายใจก็สามารถปรึกษากันในครอบครัวได้ (Evan & Grant อ้างใน อมรา พงศาพิชญ์, 2538)

สำหรับครอบครัวไทยในปัจจุบัน เป็นหน่วยสังคมที่เล็กที่สุดที่ประกอบด้วยพ่อ แม่ ลูก ที่เรียกว่าครอบครัวเดี่ยวซึ่งไม่ใช่ลักษณะดั้งเดิมของสังคมไทย เพราะได้รับอิทธิพลจากทางตะวันตก (อมรา พงศาพิชญ์, 2538)

สรุปครอบครัวหมายถึง กลุ่มคนที่มีความเกี่ยวพันกันทางสายเลือด / ทางกฎหมาย ซึ่งได้แก่ พ่อ แม่ ลูก และญาติพี่น้องหรือบุคคลอื่น ซึ่งแต่ละคนจะมีบทบาทหน้าที่พึงปฏิบัติต่อกัน ทั้งในทางเศรษฐกิจและสังคม

บทบาทหน้าที่ของครอบครัว

องค์ประกอบที่สำคัญของครอบครัว คือใครมีบทบาทในการหารายได้มาค้ำจุนครอบครัว หรือใครมีบทบาทให้ความมั่นคงทางจิตใจ อารมณ์ และสังคมแก่สมาชิกในครอบครัว (อมรา พงศาพิชญ์, 2538) และเมื่อสมาชิกในครอบครัวป่วย ครอบครัวต้องทำหน้าที่หลักในการดูแลและเป็นตัวประสานในการบำบัดรักษา แต่การที่ครอบครัวจะทำหน้าที่ได้ดีก็ต่อเมื่อได้รับการเตรียมพร้อมทั้งด้านเศรษฐกิจ ทรัพยากร สังคม ความรู้ในเรื่องอาการของผู้ป่วย รวมทั้งด้านจิตใจด้วย ซึ่งปรากฏ

ว่ามีหลายครอบครัวที่ตกอยู่ในภาวะวิกฤติ เมื่อมีความไม่พร้อมในด้านดังกล่าว (Jody & John, 1987) โดยเฉพาะการมีผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวจะนำมาซึ่งปัญหาในการดูแล ซึ่งเป็นภาระงานที่เพิ่มขึ้นและมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทของสมาชิกคนอื่นๆ ทำให้เกิดภาวะเครียดในครอบครัว เป็นปัจจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบซ้ำอีก รวมถึงการสร้างปัญหาใหม่เพิ่มขึ้นมาอีกด้วย (ศักดิ์ กาญจนวิโรจน์กุล และคณะ, 2541)

จะเห็นได้ว่าการพิจารณาบทบาทหน้าที่ของครอบครัวมองแบบพลวัตร หรือความเชื่อมโยงของการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน มีภาระหน้าที่ในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัวเพื่อให้เกิดความสมดุล ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยในครอบครัวก็จะส่งผลกระทบต่อสมาชิกทุกคนอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความต้องการการดูแลที่บ้าน

การศึกษาถึงความต้องการการดูแลที่บ้านของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ควรคำนึงถึงปัจจัยส่วนบุคคลบางประการที่อาจมีอิทธิพลต่อความต้องการการบริการด้วย ได้แก่ ลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยเฉลี่ยต่อเดือน ความพอเพียงของรายได้ ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยอื่นที่ต้องการดูแล การได้รับการเยี่ยมบ้าน และที่อยู่ในปัจจุบัน

1. ลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

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

2. เพศ

เพศหญิงจะถูกอบรมให้เป็นผู้ดูแลงานบ้านและช่วยดูแลสมาชิกในครอบครัว ซึ่งบทบาทนี้มักจะเป็นธรรมชาติของเพศหญิง ส่วนเพศชายจะเป็นผู้หารายได้มาสนับสนุนครอบครัว (วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2537) และจากการศึกษาของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (2535) พบว่า เพศหญิงจะมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลสูงกว่าเพศชาย ซึ่งจากความเชื่อทัศนคติ และธรรมชาติของเพศที่ต่างกันเช่นนี้จะมีผลต่อการเผชิญปัญหาและการปรับตัวด้านจิตใจ

ตลอดจนมีความเห็นต่อการเจ็บป่วยต่างกัน (สงวนศรี แต่งบุญงาม, 2537)

3. อายุ

เนื่องจากประสบการณ์ในอดีตจะส่งผลถึงการปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้น ความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับตัวเองและผู้อื่น ทำให้ความต้องการการพึ่งพาจะต่างกัน เช่น วัยรุ่นจะเผชิญปัญหาเฉพาะหน้าสู้วัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุไม่ได้ ทำให้มีการตัดสินใจและทักษะในการจัดการปัญหาไม่ดี (วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2537) ในวัยผู้ใหญ่จะมีการปรับตัวต่อปัญหาและความเครียดได้ดี เนื่องจากความสามารถในการปรับแก้ปัญหามองบุคคลจะพัฒนาขึ้นจนค่อนข้างถาวรเมื่ออายุ 30 ปี และจะสามารถพัฒนาได้อีก (Antonovsky, 1987)

4. สถานภาพสมรส

สมาชิกครอบครัวที่สมรสแล้ว จะมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลสูงกว่าสถานภาพอื่น เพราะต้องสร้างครอบครัวให้เป็นปึกแผ่น มีความรับผิดชอบอื่นๆ และความสัมพันธ์ในครอบครัว หากกรณีคู่สมรสเจ็บป่วย ถ้ามีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันมาก่อน ผู้ดูแลจะมีความมุ่งมั่นและเต็มใจให้การดูแลมากกว่า ความเครียดก็จะน้อยกว่าคู่สมรสที่มีสัมพันธภาพต่อกันไม่ดี (วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2537) ซึ่งสอดคล้องกับความเชื่อที่ว่า กลุ่มสมาชิกที่มีคู่สมรสจะมีการช่วยเหลือค้ำจุนกันมาก สามารถลดความเครียดต่างๆ ได้ จึงส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ส่วนกลุ่มสมาชิกที่โสด หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่ มักขาดคนปลอบโยนให้กำลังใจ จะเกิดความเครียดได้ง่าย ส่งผลให้มีความต้องการความช่วยเหลือมากกว่ากลุ่มแรก (Warkeit, 1987 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2534)

5. ระดับการศึกษา

ผู้ที่มีการศึกษาดี มักจะมีอาชีพและรายได้ที่ดีด้วย ทำให้มีความสนใจสุขภาพ มีโอกาสเลือกใช้บริการที่ดีได้มากกว่าผู้มีการศึกษาต่ำที่ส่วนมากจะมีอาชีพที่ไร้แรงงาน เช่น เกษตรกรรม รับจ้าง เป็นต้น ทำให้มีรายได้ต่ำไปด้วย จึงมักจะสนใจเรื่องเศรษฐกิจมากกว่าที่จะสนใจคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของตนเอง (Hallingshead, 1983 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2534) นอกจากนี้ระดับการศึกษาที่ต่างกันจะมีการใช้เหตุและผล ตลอดจนวิธีการแก้ปัญหาได้ดีกว่ากัน ตลอดจนรู้จักแสวงหาความช่วยเหลือจากหน่วยงานต่างๆ ได้ดีและหลากหลายต่างกันด้วย (วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2537)

6. อาชีพ

ครอบครัวที่มีอาชีพเกี่ยวกับเกษตรกรรมและรับจ้างจะมีความวิตกกังวลสูงกว่า

อาชีพอื่นๆ เนื่องจากมีการศึกษาต่ำ ขาดความรู้ ความเข้าใจในเหตุและผล และไม่มีโอกาสเลือกรับบริการ ที่มีคุณภาพได้ด้วย (Hallingshead, 1983 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2534)

7. ความพอเพียงของรายได้และค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยเฉลี่ยต่อเดือน

ผู้มีรายได้พอเพียงอาจสนองความจำเป็นพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในชีวิตได้ เช่น มีอาหารที่พอเพียง มีที่อยู่อาศัย มีความปลอดภัย มีนันทนาการและฐานะทางสังคม เป็นต้น จะเห็นว่า ครอบครัวที่มีหนี้สิน จะมีความวิตกกังวลมากกว่าครอบครัวที่ไม่มีหนี้สิน (ขนาน หัสศิริ, 2537) รายได้ของครอบครัวต่อเดือนจึงเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต ในด้านการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคลเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะความเจ็บป่วยของสมาชิก จะส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว ที่จะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยบางคนไม่สามารถทำงานหรือไม่มีงานทำ ครอบครัวจะต้องรับภาระด้านเศรษฐกิจเพิ่มขึ้นอีก โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทครอบครัวอยากให้หางานทำเพื่อจะได้นำเงินมาเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยเอง (จินตนา ยูนิพันธ์ และคณะ, 2541)

8. ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยอื่นที่ต้องดูแล

ครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นระยะเวลานานอาจทำให้ครอบครัวมีการปรับตัวต่อปัญหาหรือภาระต่างๆ ได้ดีขึ้น ประกอบกับหากผู้ป่วยอยู่ในช่วงที่อาการสงบ ไม่มีอาการกำเริบหรือรุนแรง ก็จะช่วยเอื้อให้เกิดการปรับตัวได้ดี (ขนาน หัสศิริ และคณะ, 2537) จะเห็นว่า บุคคลเมื่อรับรู้ต่อภาวะเครียดในระยะแรกๆ ความเครียดจะอยู่ในระดับสูง จะมีการใช้กระบวนการแก้ปัญหาที่เคยใช้ ถ้าการตอบสนองล้มเหลวความเครียดจะเพิ่มขึ้น ทำให้ต้องพยายามดึงเอาแหล่งประโยชน์ทั้งจากภายในและภายนอกครอบครัวมาใช้จนเกิดความสมดุล ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการปรับตัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีสมาชิกคนอื่นป่วยเพิ่มขึ้นมาอีก ก็จะเป็นภาระและต้องอาศัยการปรับตัวอีกมาก (Antonovsky, 1987)

9. ที่อยู่ปัจจุบันและการได้รับการเยี่ยมบ้าน

ถ้าครอบครัวอยู่ไกลจากแหล่งบริการสุขภาพ ต้องใช้ระยะเวลาและระยะทางในการเดินทางมาก ไม่สะดวกในการมาติดต่อขอรับบริการ ต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นค่ารถและค่าใช้จ่ายอื่นๆ อีกมาก ทำให้ต้องรับภาระหนักโดยเฉพาะครอบครัวที่มีรายได้น้อย (นันทนา รัตนากกร, 2536) นอกจากนี้ยังมีผลต่อการเยี่ยมบ้านของบุคลากร ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวขาดโอกาสเพราะการเยี่ยมบ้านเป็นสิ่งที่จำเป็นที่จะช่วยยืนยันความช่วยเหลือให้กับครอบครัว เนื่องจากการที่บุคคลได้รับ

การสนับสนุนอย่างเพียงพอ ก็จะช่วยลดความเครียดและสามารถปรับตัวได้ถูกต้องเหมาะสม (ดร.ณิรุจกรกานต์, 2536) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมพร รุ่งเรืองกลกิจ และกฤษฎา แสงวงเจริญ, 2535) ที่พบว่า ครอบครัวมีความต้องการให้บุคลากรของโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยเคยรักษาอยู่ออกติดตามเยี่ยมบ้าน เพราะคาดว่าจะมีอุปสรรคถ้าต้องดูแลกันเอง โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

ความหมายการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

การให้คำนิยามของการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Care) ส่วนใหญ่ใช้คำใกล้เคียงกับคำว่า การดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) (ร.จ. ภูไพบูลย์, 2538)

แฮดแดด (Haddad, 1992) ได้ให้ความหมายว่า เป็นบริการที่จัดให้ผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน เป็นการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยทีมสุขภาพที่มุ่งส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวให้ดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความเป็นอิสระในการพึ่งตนเอง

สมาคมดูแลผู้ป่วยที่บ้านแห่งสหรัฐอเมริกา (National Association for Home Care, 1987) ให้ความหมายว่า เป็นบริการเพื่อช่วยในการฟื้นฟูสภาพจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่มีการรักษาพยาบาลหรือการจัดการสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยที่บ้าน

สมาคมแพทย์อเมริกา (American Medical Association) กล่าวว่า เป็นการให้การดูแลการสังเคราะห์ การบำบัด การบริการทางสังคม และการดูแลงานบ้าน เป็นต้น ถือเป็นองค์ประกอบพื้นฐานของการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Friedman, 1986)

สรุป การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หมายถึง การดูแลที่เน้นด้านการฟื้นฟูสภาพเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เป็นการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังหรือผู้ป่วยที่มีอาการทุเลาพอที่จะอยู่บ้านได้ เพื่อยกระดับการพึ่งพาตนเองโดยมีครอบครัวคอยช่วยเหลือ และมีทีมสุขภาพไปเยี่ยมติดตามให้การรักษาพยาบาล การช่วยเหลือของครอบครัวและทีมสุขภาพเปรียบเสมือนเป็นทรัพยากรหลักที่จะให้การช่วยเหลือแก่ครอบครัว บริการที่ให้แก่ตรงกับความต้องการของผู้รับบริการและตั้งอยู่บนพื้นฐานของมาตรฐานวิชาชีพ

วัตถุประสงค์ของการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

ประพิน วัฒนกิจ (2536) กล่าวว่า

1. เพื่อให้ผู้ป่วยเรื้อรังและครอบครัวได้รับการตอบสนองของความต้องการขั้นพื้นฐาน ได้แก่ ด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม
2. เพื่อดูแลการให้ยาและการรักษาพยาบาลอื่นๆ ได้แก่ ด้านจิตสังคม สิ่งแวดล้อมบำบัด
3. เพื่อสังเกตการตอบสนองและการปรับตัวในครอบครัว
4. เพื่อสอนและแนะนำการดูแลตนเองในครอบครัวจากทีมสุขภาพ
5. เพื่อเฝ้าระวังการปฏิบัติตัวหรือกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยและครอบครัว และมีที่ปรึกษาได้ตลอดเวลา
6. เพื่อวางแผนร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวให้เกิดความไว้วางใจ รู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง และยอมรับตนเองตามความเป็นจริง
7. เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยและค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล
8. เพื่อลดอัตราการเกิดโรคซ้ำ

คุณค่าของการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

แนวทางการให้บริการสุขภาพใน 5 - 10 ปีนี้ ได้มีการพัฒนาคุณภาพอย่างเป็นระบบ โดยให้ความสำคัญกับครอบครัวมากขึ้น กระทรวงสาธารณสุขได้พยายามพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเรื่อยมาเพราะการบริการในลักษณะนี้จะให้ผลดีทั้งทางด้านจิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ของผู้ป่วยและครอบครัว (รุจา ภูไพบูลย์, 2538) ได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพและประหยัดเมื่อเทียบกับการดูแลในโรงพยาบาล มีแนวโน้มทวีความสำคัญมากขึ้น เพราะจะช่วยรองรับการเจ็บป่วยเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ (Harrington, 1988) จึงทำให้ในปัจจุบันประชาชนมีความต้องการการดูแลสุขภาพที่บ้านมากขึ้น ซึ่งอาจเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ (วิลาวัลย์ เสนารัตน์และประยงค์ ลิ้มตระกูล, 2538) ดังนี้

1. ความต้องการการดูแลสุขภาพมีมากขึ้น เพราะประชาชนมีการศึกษาสูงขึ้นและมีการขยายหน่วยงานสุขภาพโดยเฉพาะโรงพยาบาลเอกชนมีมากขึ้น
2. มีโรคเรื้อรังมากขึ้น ซึ่งโรคดังกล่าวไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ในระยะเวลาดสั้นๆ และโรงพยาบาลก็ไม่มีเตียงพอที่จะรับไว้รักษาเป็นระยะเวลานาน

3. สภาพเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม ทำให้ลักษณะของครอบครัวเปลี่ยนเป็นครอบครัวเดี่ยว และทุกคนต้องหางานทำ ไม่มีผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน

4. การรักษาในโรงพยาบาลมีราคาแพง

แต่อย่างไรก็ตามการดูแลรูปแบบนี้ในปัจจุบันก็ยังขาดความเข้าใจในหลักการที่ถูกต้อง และขาดรูปแบบการดูแลที่เหมาะสม การดำเนินงานจึงอยู่ในช่วงของการพัฒนารูปแบบที่สมบูรณ์เหมาะสมต่อไป (วิลาวุธย์ เสนารัตน์และประยงค์ ลิ้มตระกูล, 2538) ซึ่งการดูแลผู้ป่วยที่บ้านที่สมบูรณ์นั้นจะเป็นบริการที่เป็นรูปแบบการดูแลต่อเนื่องอย่างเป็นระบบ มีประสานส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วย เช่น การวินิจฉัยโรค ประวัติการรักษาและแผนการดูแลต่อเนื่อง (Packard & Lancaster, 1989) ช่วยให้ผู้ป่วยบริการทั้งกลุ่มด้อยโอกาสและกลุ่มเสี่ยง ที่จะเกิดกำเริบซ้ำมีหลักประกันและสามารถเข้าถึงบริการที่เหมาะสมและมีคุณภาพ (รุจา ภูไพบูลย์, 2538)สนองความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม (Rovinski & Zastocki, 1989) คือผู้ป่วยมีโอกาสอยู่ร่วมกับครอบครัวและสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย ทำกิจกรรมต่างๆ โดยไม่มีการใช้เทคโนโลยีที่มีราคาแพง (Haddad, 1992) ได้รับบริการการฟื้นฟูสภาพและการป้องกันการกำเริบซ้ำเป็นหลัก จึงเป็นบริการที่ประชาชนพึงได้รับจากหน่วยงานบริการของรัฐ เพราะสามารถปรับบริการที่จะให้ได้ตามปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการอย่างแท้จริง (Stanhope & Lancaster, 1988) ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของติงโกและคณะ (Tinko et.al.) ปีค.ศ.1993 เพื่อเปรียบเทียบผลการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในโรงพยาบาลกับที่ได้รับการดูแลที่บ้านพบว่าผู้ป่วยกลุ่มหลังมีการปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวันได้ดี มีความพึงพอใจสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มแรก ทั้งๆ ที่พยาบาลที่ให้บริการที่บ้านไม่ใช่พยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวช (Tinko et.al., 1993 อ้างในรุจา ภูไพบูลย์, 2538) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมณีรัตน์ เลขลป (2536) ที่พบว่า การบริการรูปแบบนี้ทำให้ผู้ป่วยมีขวัญและกำลังใจดีขึ้น ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของทีมสุขภาพจิตได้ดีกว่า

จะเห็นว่าคุณค่าของการดูแลผู้ป่วยที่บ้านมีมากมาย เพราะเป็นบริการที่เน้นการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้าน เพิ่มระดับการพึ่งตนเองของประชาชนได้มากขึ้น สามารถปรับบริการได้ตามความต้องการของผู้รับบริการอย่างแท้จริง มีระบบการประสานงานที่ดี และได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพและประหยัดกว่าการรักษาในโรงพยาบาล เกิดผลดีทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจของผู้รับบริการ

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านในสหรัฐอเมริกา มีหลายรูปแบบ เฮนเนสซีและโกเรนเบิร์ก (Hennessy & Gorenberg, 1980) ได้แบ่งออกเป็น 3 รูปแบบ คือ

1. การให้บริการโดยองค์กรเอกชน เช่น องค์กรที่รับเหมาบ้านผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ หรือมาขอรับบริการโดยตรง ผู้รับบริการสามารถเบิกจ่ายค่าบริการได้จากระบบประกันสุขภาพ
2. การให้บริการโดยโรงพยาบาล สามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้จากระบบประกันสุขภาพ
3. รูปแบบการบริการอื่นๆ

สแตนโฮปและแลงคาสเตอร์ (Stanhope & Lancaster, 1988) ได้จัดรูปแบบออกเป็น 5 รูปแบบ ดังนี้

1. รูปแบบการดูแลของรัฐ ดำเนินการโดยไม่หวังผลกำไร จะได้เงินงบประมาณจากการเก็บภาษีและเบิกเงินจากการประกันสุขภาพของรัฐ
2. รูปแบบการดูแลของอาสาสมัครและเอกชนที่ไม่หวังผลกำไร จะได้เงินจากมูลนิธิต่างๆ แหล่งเงินทุนของเอกชน ประกันสุขภาพของรัฐ และจากผู้ป่วยและครอบครัว
3. รูปแบบการดูแลแบบผสมผสาน รัฐและเอกชนจะร่วมมือกันจัดตั้งโดยไม่หวังผลกำไร โดยมีผู้ให้บริการจากทั้งภาครัฐและเอกชน
4. รูปแบบการดูแลของโรงพยาบาล จัดขึ้นเพื่อสนองความต้องการการดูแลต่อเนื่องโดยอาศัยโครงสร้างและเงินจากโรงพยาบาล
5. รูปแบบการดูแลในรูปของบริษัท เป็นการทำเพื่อหวังผลกำไรและเป็นธุรกิจ ไม่ได้รับเงินอุดหนุนจากรัฐ จะมีรายได้จากการเบิกค่าบริการจากบริษัทประกันสุขภาพ และจากผู้รับบริการ

อุบล นิวัติชัย (2538) จัดรูปแบบเป็น 3 ลักษณะ คือ

1. รูปแบบบริการที่มีอยู่ในโรงพยาบาล
2. รูปแบบที่จัดขึ้นตามนโยบายของรัฐ
3. รูปแบบบริการที่มีผลประโยชน์ตอบแทนและแบบให้เปล่า

จะเห็นว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านนั้นมีหลากหลาย ตามแนวคิดของนักวิชาการ แต่พอจะรวบรวมเข้าเป็น 2 รูปแบบใหญ่ๆ คือ รูปแบบการดูแลที่ไม่หวังผลกำไร และรูปแบบการดูแลที่หวังผลกำไร ในต่างประเทศโดยเฉพาะสหรัฐอเมริกาการดำเนินงานจะประสบผลสำเร็จมาก ส่วนในประเทศไทยยังอยู่ในขั้นกำลังพัฒนารูปแบบให้เหมาะสมต่อไป เพราะยังมีอุปสรรคอยู่หลาย

ประการโดยเฉพาะปัญหาการเบิกจ่ายจากระบบประกันสุขภาพ เพราะฉะนั้นในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จึงหาข้อมูลพื้นฐานเพื่อประโยชน์ของรูปแบบบริการตามนโยบายของรัฐ เพื่อสนองความต้องการ การดูแลต่อเนื่องอันจะเป็นแนวทางนำไปสู่รูปแบบ การดูแลผู้ป่วยที่บ้านที่จะประสบผลสำเร็จได้

ทีมผู้ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

การดูแลผู้ป่วยที่บ้านจะมีลักษณะการทำงานเป็นทีม ซึ่งประกอบด้วยบุคลากรจากหลาย วิชาชีพ ทีมสุขภาพคนใดจะไปให้บริการก็ขึ้นอยู่กับกรณีวินิจฉัยความต้องการของผู้รับบริการแต่ละ ราย ซึ่งบุคลากรในทีมจะมีบทบาทหน้าที่ (Willborn, 1988) ดังนี้

1. พยาบาลวิชาชีพ จะให้การดูแลโดยตรง ได้แก่ ประเมินสภาวะสุขภาพ วางแผนการ ดูแลแบบองค์รวมและครอบคลุมทั้ง 4 มิติ โดยเน้นการฟื้นฟูสภาพและการป้องกันการกำเริบซ้ำ ให้การพยาบาลตามปัญหา นอกจากนี้ยังให้คำแนะนำปรึกษา ประสานงานกับทีมสุขภาพอื่นๆ และ หน่วยงานบริการอื่นด้วย
2. แพทย์ ทำหน้าที่ในการวินิจฉัยโรคและปัญหา กำหนดแผนการรักษา และช่วย สนับสนุนระบบส่งต่อหรือให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง
3. นักสังคมสงเคราะห์ ทำหน้าที่ให้คำแนะนำปรึกษาปัญหาเศรษฐกิจ สังคม อารมณ์ และจิตใจ ทั้งรายบุคคล รายกลุ่ม และครอบครัว
4. นักอาชีวบำบัด จะประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านอาชีพการงาน ช่วยให้ฟื้นฟูสภาพและสามารถช่วยเหลือตัวเองได้
5. นักกายภาพบำบัด จะฟื้นฟูสมรรถภาพโดยประเมินระดับหน้าที่และความสามารถ ด้านร่างกายของผู้ป่วย และให้คำแนะนำการปฏิบัติตามโปรแกรมต่างๆ เพื่อสุขภาพ

จะเห็นว่าการดูแลผู้ป่วยที่บ้านจะต้องทำงานเป็นทีม เพราะผู้ป่วยและครอบครัวจะมีความ ต้องการความช่วยเหลือจากบุคลากรหลายวิชาชีพที่แตกต่างกันไป เช่น บางรายต้องการเฉพาะ พยาบาลเข้าไปให้คำแนะนำปรึกษาเรื่องการปฏิบัติตัว บางรายมีปัญหาเศรษฐกิจต้องการนักสังคม สงเคราะห์ไปให้คำปรึกษา เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีทีมสุขภาพคนอื่นๆอีกที่มีหน้าที่ความรับผิดชอบ เข้าไปในการดูแล เช่น นักจิตวิทยา โภชนากร เภสัชกร และรวมไปถึงผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางอื่นๆ อีก ด้วย ซึ่งบุคลากรเหล่านี้ จะมีการรับรองคุณภาพโดยองค์กรของแต่ละวิชาชีพ เช่น สภาการพยาบาล แพทยสภา เป็นต้น จึงมีทักษะในการให้บริการอย่างมีคุณภาพ เพราะสังคมไทยปัจจุบันมีการตื่นตัว

เกี่ยวกับการรับรองคุณภาพบริการของหน่วยงานสุขภาพมากขึ้น โดยเฉพาะวิชาชีพพยาบาล ซึ่งเป็นแกนหลักในการให้บริการ จะต้องให้บริการที่มีคุณภาพ ปลอดภัย สะดวก รวดเร็ว และเชื่อถือได้ โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้รับบริการเป็นหลัก (พัชรีย์ ตันศิริ, 2541) จะเห็นว่าทีมผู้ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน จะให้บริการโดยมีแนวคิดทางการตลาดเป็นกรอบอยู่อย่างชัดเจน โดยเฉพาะจะเน้นสนองความต้องการของผู้รับบริการ ได้แก่ การบริการที่มีคุณภาพ มีความเป็นธรรมด้านราคา เข้าถึงบริการได้สะดวก รวดเร็ว และมีการส่งเสริมการบริการ เข้าถึงผู้รับบริการมากขึ้น

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

ลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทเป็นโรคที่มีอาการรุนแรงและเรื้อรัง กำเริบซ้ำบ่อยๆ เมื่อแนวการรักษาในปัจจุบันเน้นจำหน่ายผู้ป่วยโดยเร็วที่สุด (กรมสุขภาพจิต, 2540) แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์ที่ครอบคลุมสมบูรณ์มารองรับ จึงเกิดผลกระทบที่ตามมาต่อครอบครัวเป็นอย่างมาก เช่น ก่อให้เกิดความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพราะครอบครัวไม่สามารถที่จะคาดหวังได้ว่าจะหายหรือไม่อย่างไร ประกอบกับจะต้องคอยสนองความต้องการของผู้ป่วยในทุกๆ ด้าน โดยไม่มีขอบเขตจำกัด เพราะผู้ป่วยจิตเภทจะมีความต้องการที่เพิ่มขึ้นมากกว่าเดิม จากอาการทางจิตของเขาที่มีพฤติกรรม ความคิด การรับรู้ที่ผิดปกติ ทำให้การดูแลที่บ้านของครอบครัวต้องเผชิญกับปัญหา มากมายเป็นภาระงานที่เพิ่มขึ้นของครอบครัวทุกคน เกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาททำให้ต้องปรับกิจกรรมบางอย่างเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและใช้ระยะเวลาที่นาน จะเห็นว่ามีควมจำเป็นอย่างยิ่งที่ทีมสุขภาพจิตจะต้องเข้าไปช่วยเหลือโดยมีวิธีการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ อาศัยความร่วมมือจากครอบครัวเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมที่บ้าน จะช่วยลดความเครียด ของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ก่อนที่จะเกิดปัญหากระทบต่อไปสู่ระบบอื่นๆ ทั้งในครอบครัว สังคม และประเทศชาติ

การสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับสู่ครอบครัว

ด้วยเหตุที่โรงพยาบาลจิตเวชมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นทุกปี ผู้ป่วยที่มีอาการเฉียบพลันที่ต้องการความช่วยเหลือเร่งด่วนก็มีมากขึ้น การที่ผู้ป่วยอาการไม่รุนแรงและเป็นเรื้อรังอยู่ในหอผู้ป่วยมาก จึงเป็นอุปสรรคสำหรับรับผู้ป่วยกรณีแรก และปัญหาต่อมาเมื่อมีผู้ป่วยจำนวนมาก แต่บุคลากรมีจำนวนน้อยโรงพยาบาลจึงให้การดูแลไม่ทั่วถึง อีกทั้งสภาพของโรงพยาบาลจิตเวช

โดยทั่วไปมักจะไม่เอื้อให้เกิดสิ่งแวดล้อมบำบัดเนื่องจากมีการควบคุมผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดในบริเวณที่จำกัด และอยู่ภายใต้กฎเกณฑ์ที่บางครั้งขัดต่อสิทธิมนุษยชน ลักษณะการจัดการในโรงพยาบาลก็ไม่ยืดหยุ่นและเอื้อที่จะสนองตอบความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน แต่มุ่งที่จะจัดระบบงานแบบควบคุมให้มีวิถีชีวิตเหมือนกันหมด จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดการพึ่งพาถดถอย ไม่มีโอกาสได้เลือกหรือตัดสินใจอันจะนำไปสู่การเป็นผู้ป่วยเรื้อรังได้ ซึ่งผู้ป่วยจิตเวชโดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภท เมื่อเป็นเรื้อรังแล้วมักจะมีโอกาสหายได้ยาก ดังนั้นการกลับสู่ครอบครัวจะมีอิสระในการดำเนินชีวิตและเกิดผลดีต่อผู้ป่วยมากกว่า (ศิริพร จิรวัดณ์กุล, 2538)

แต่การกลับไปอยู่บ้านของผู้ป่วยมักจะมีปัญหาหลายอย่างตามมา จึงต้องเตรียมความพร้อมของครอบครัวที่จะนำผู้ป่วยไปอยู่ด้วย โดยจะต้องมีวิธีการหรือกิจกรรมบริการที่ดีมารองรับ เช่น จะต้องมีการเริ่มดำเนินการวางแผนตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นวันแรกจนกระทั่งกลับบ้าน เป็นต้น (ศรีสุดา รัชมีพงศ์, 2537) ซึ่งการเตรียมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นการเตรียมผู้ป่วยและญาติให้พร้อมที่จะสามารถดูแลกันเองได้โดยผู้ป่วยและญาติจะวางแผนการดูแลร่วมกับทีมสุขภาพจิต บุคลากรในทีมจะเป็นผู้ให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัวต่างๆ อย่างถูกต้อง และสิ่งที่ควรคำนึงถึงในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย คือการวิเคราะห์ถึงความต้องการทั้งหมดของผู้ป่วย การมีที่อยู่ที่เหมาะสม การปรับสภาพภายในบ้านให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย สภาพเศรษฐกิจ การมีงานทำ ผู้ดูแลผู้ป่วย ข้อมูลที่ผู้ป่วยและครอบครัวควรทราบ ตลอดจนมีหน่วยงานหรือบุคลากรใดบ้างที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยได้เพื่อ ป้องกันการกลับเป็นซ้ำอีก (ศรีสุดา รัชมีพงศ์, 2537) และเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านแล้วก็ต้องมีโครงการสนับสนุนการอยู่ร่วมกับครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นแนวคิดการดูแลทางจิตเวชที่จะให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ส่วนโรงพยาบาลเป็นสถานที่รองรับผู้ป่วยที่ฉุกเฉินชั่วคราวเท่านั้น (ศิริพร จิรวัดณ์กุล, 2538)

จะเห็นว่าเหตุผลที่ต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับสู่ครอบครัวนั้นมีหลายประการ เช่น ปัญหาความเรื้อรังของโรค ความไม่สมดุลระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรหรือหน่วยงานสุขภาพ เป็นต้น แต่เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านแล้วก็ต้องมีรูปแบบบริการที่เหมาะสมมารองรับเพื่อช่วยให้ครอบครัวมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น เป็นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำอีก

ความเป็นมาของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

แนวความคิดการดูแลผู้ป่วยที่บ้านมีมาก่อนการรักษาในโรงพยาบาล เพียงแต่การดูแลในสมัยก่อนไม่สลับซับซ้อนเช่นปัจจุบัน ต่อมาได้มีโครงการดูแลผู้ป่วยที่บ้านขึ้นเป็นครั้งแรกที่ประเทศเบลเยียมและได้ขยายไปสู่สหรัฐอเมริกา จึงเริ่มมีการดูแลในรูปแบบนี้มาตั้งแต่ปลายปี ค.ศ.1800 โดยที่การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยจิตเภท ก็เป็นส่วนหนึ่งของโครงการนี้เช่นกัน (Stanhope & Lancaster, 1988)

เมื่อประมาณ ค.ศ. 1955 การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านมีแนวโน้มสู่การดูแลแบบจิตเวชสากลมากขึ้น ซึ่งจะเน้นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอยู่กับครอบครัว โดยอยู่โรงพยาบาลให้ลดลงและให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล (Francell, Conn & Gray, 1988)

สำหรับในประเทศไทย การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านมีมาแต่ดั้งเดิม โดยได้รับการดูแลจากพระหรือผู้มีศรัทธาเวทมนต์ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2540) ซึ่งในสมัยนั้นชาวบ้านยังเข้าใจว่าครอบครัวไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ ซึ่งความเชื่อนั้นได้สืบทอดกันมาจนกระทั่งปัจจุบัน (ศิริพร จิระวัฒน์กุล, 2538)

แต่การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านสมัยใหม่ได้เริ่มเข้ามาในประเทศไทยเกือบ 50 ปีก่อน โดยเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลสุขภาพทั่วไป ที่จัดให้มีการบริการเยี่ยมบ้าน (ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, 2533) ในพ.ศ.2517 ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ได้มองเห็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทและเห็นว่าการดูแลที่บ้านจะช่วยแก้ปัญหาได้ จึงจัดบริการรูปแบบนี้ขึ้นมารองรับ (คณะกรรมการวางแผนพัฒนาสาธารณสุข, 2535) สำหรับแนวคิดจิตเวชชุมชนได้เริ่มวางแผนเป็นนโยบายครั้งแรกในแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ.2520 - 2524) (ศิริพร จิระวัฒน์กุล, 2538) เมื่อสิ้นสุดแผนฉบับนี้แล้ว งานสุขภาพจิตจึงเริ่มกระจายสู่ชุมชนอย่างแท้จริง (วราภรณ์ จรเจริญ, 2540)

จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านมีมานานแล้ว แต่เป็นลักษณะของการดูแลกันเองในครอบครัว ต่อมาจึงมีระบบหรือรูปแบบการดูแลที่ดีขึ้น ซึ่งอยู่ในรูปของการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เช่น มีบุคลากรทางสุขภาพจิตไปให้การช่วยเหลือดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัว การดูแลในลักษณะนี้ในประเทศไทยได้รับการพัฒนามาตามลำดับแต่ก็ยังถือว่าช้ามาก ปัจจุบันถึงแม้ประชาชนมีความต้องการบริการมากขึ้น แต่หลักการหรือรูปแบบที่เหมาะสมถูกต้องก็ยังไม่เป็นที่น่าพอใจที่จะนำมาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงต้องมีการพัฒนาต่อไป

วัตถุประสงค์ของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

เพลเลเทียร์ (Pelletier, 1988) ได้กล่าวไว้ดังนี้

1. เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รู้จักวินิจฉัยหรือค้นหาปัญหาที่เกิดจากอาการทางจิตด้วยตนเอง โดยครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือ
2. เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเป็นตัวของตัวเอง และได้รับการฟื้นฟูสภาพภายใต้การดูแลของครอบครัว
3. เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือเฉพาะเรื่อง ตามความต้องการของผู้ป่วยหรือครอบครัว
4. เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ในการดูแลตนเองได้ ได้แก่ การจัดการกับอาการทางจิต การดูแลรักษาเบื้องต้น และการป้องกันการกำเริบซ้ำ
5. เพื่อให้ผู้ป่วยได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น โดยการนำความรู้ที่ได้ไปใช้ที่บ้าน
6. เพื่อประเมินผลความก้าวหน้าของผู้ป่วยและครอบครัว ภายใต้แผนการดูแลของทีมสุขภาพจิต

กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านสำหรับทีมสุขภาพจิต

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านจะเน้นด้านการฟื้นฟูสภาพและการป้องกันการกำเริบซ้ำ เพราะผู้ป่วยประเภทนี้มักเป็นเรื้อรังและเกิดอาการกำเริบซ้ำบ่อย (Baker, 1989) การฟื้นฟูสภาพจะเป็นการดูแลผู้ป่วยหลังการเจ็บป่วยให้รอดพ้นจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และการกำเริบซ้ำ มีความสามารถกลับคืนสู่สภาพเดิม ซึ่งกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ (2541) ได้ให้แนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านไว้ว่า ต้องฟื้นฟูทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม อย่างต่อเนื่อง กระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ และมีอิสระ จัดกิจกรรมบำบัดต่าง ๆ เช่น กายภาพบำบัด อาชีวบำบัด กลุ่มจิตบำบัด การให้สุขภาพจิตศึกษา การให้คำปรึกษา เป็นต้น ตลอดจนสนับสนุนให้ประกอบอาชีพได้ตามอัธยาศัยเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคมน้อยที่สุด ส่วนผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองที่บ้านได้ จะแนะนำสนับสนุนครอบครัวให้การช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำแต่งตัว การช่วยเหลืองานบ้าน การจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เป็นต้น ครอบครัวจึงมัก เป็นคนแรกที่สังเกตเห็นอาการเตือนที่บอกให้รู้ว่าผู้ป่วยกำลังจะมีอาการกำเริบซ้ำ ความช่วยเหลือของครอบครัวจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมากในการป้องกันการเกิดอาการดังกล่าว นอกจากนี้ ทีมสุขภาพจิตจะต้องประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วยและครอบครัว

ภายใต้แผนการดูแลรักษาร่วมกันอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องอีกด้วย ชีระ สีสานันทกิจ และคณะ (2539) มีความเห็นสอดคล้องว่า ครอบครัวควรมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคจิตเภท ได้แก่ อาการและอาการแสดง สาเหตุ การรักษาพยาบาล การเกิดอาการกำเริบ การสังเกตอาการแสดงก่อนมีอาการกำเริบซ้ำ และการจัดการกับอาการทางจิต ซึ่งจะทำให้ครอบครัวป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยได้ โดยมีแนวทางในการปฏิบัติที่ถูกต้อง เช่น การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การช่วยเหลือให้เข้าสังคม การลดความตึงเครียดและความขัดแย้งในครอบครัว หลีกเลี่ยงการแสดงอารมณ์ที่รุนแรงและไม่วิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วย เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับ ชะฤทธิ พงศ์อนุตร (2536) ที่กล่าวว่า รูปแบบที่ครอบครัวควรปฏิบัติต่อผู้ป่วย เช่น การพูดให้กำลังใจ ชมเชย ยกย่อง สนใจ เอาใจใส่ ให้ความรัก ความอบอุ่น ความเป็นกันเอง คอยสังเกตการเจ็บป่วยของผู้ป่วย รับฟังเมื่อผู้ป่วยขอคำปรึกษา ให้อำนาจผู้ป่วยในการทำงานด้วยตนเอง และจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสมกับผู้ป่วย เป็นต้น อย่างไรก็ตามครอบครัวก็ยังคงต้องการทีมสุขภาพจิตไปให้ความช่วยเหลือที่บ้านในคราวจำเป็นเพิ่มเติมด้วย

นอกจากนี้ยังมีหลักการสำคัญในการให้บริการในลักษณะนี้คือ ด้านการประเมินผู้ป่วยและครอบครัวของทีมสุขภาพจิต การประสานงานกับหน่วยงานอื่น การสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสารและด้านจิตใจของครอบครัว และการแก้ไขภาวะวิกฤต (Kozlak & Thobaben, 1994) โดยเฉพาะด้านการประเมินมีความสำคัญมาก เพราะต้องอาศัยความสามารถในการตัดสินใจที่จะให้บริการแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในสถานการณ์ต่าง ๆ อย่างถูกต้องและฉับไวที่บ้านของผู้ป่วย (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ และคณะ, 2534)

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

เรงเก้และกรีนเลย์ (Reinke & Greenley, 1986) กล่าวว่า การดูแลผู้ป่วยในลักษณะนี้จะประสบผลสำเร็จได้นั้นควรมีหลักการ ได้แก่ มีการผสมผสานบริการที่มีอยู่ในชุมชนเข้าด้วยกัน การให้ความสำคัญของงานบริการในชุมชนให้เท่าเทียมกับงานรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล มีบริการช่วยเหลือในภาวะวิกฤตตลอด 24 ชั่วโมง และเตรียมบุคลากรให้พร้อมในการให้คำปรึกษาแนะนำจากภาวะเครียดและปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดจากตัวผู้ป่วย ครอบครัวและจากชุมชน

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้น สรุปว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านนั้น ทีมสุขภาพจิตและครอบครัวต่างมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยทีมสุขภาพจิตจะจัดกิจกรรมบำบัดต่างๆ การให้สุขภาพจิตศึกษา การให้คำปรึกษา ตลอดจนประสานการส่งต่อระหว่างหน่วยงาน แต่ครอบครัวจะมีส่วนสำคัญที่สุดในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นจึงควรมีความรู้และทักษะพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ ผู้วิจัยจึงได้นำเอามาเป็นหัวข้อคำถามในแบบสัมภาษณ์ด้านการบริการ 5 หัวข้อคือ การสอนความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและการฝึกปฏิบัติดูแลผู้ป่วย การเยี่ยมตรวจและปฏิบัติการรักษาพยาบาลที่บ้าน การช่วยแบ่งเบาภาระการดูแลผู้ป่วย การช่วยเหลือด้านอาชีพการงาน และการช่วยเหลือลดความเครียดของญาติ

การจัดบริการการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านในหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต

หน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิตที่ได้ดำเนินโครงการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านซึ่งมีผู้ป่วยจิตเภทเป็นส่วนใหญ่ มี 2 แห่งที่ได้ดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง คือ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ แต่ก็ยังไม่เป็นรูปแบบที่ชัดเจน ยังต้องใช้เวลาในการพัฒนาปรับปรุงต่อไป

ลักษณะการดำเนินงานของทั้ง 2 โรงพยาบาลจะเน้นด้านการบริการ คือให้ความรู้ คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วย การให้การรักษายาตามอาการ การแจกคู่มือการปฏิบัติตัวและการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและการออกติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสุขภาพจิต ซึ่งโรงพยาบาลสวนสราญรมย์จะมีรูปแบบโดยใช้ทีมพยาบาลทั้งหมด ส่วนโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์จะใช้ทีมสหวิชาชีพ ด้านแหล่งบริการและวิธีให้บริการ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์จะใช้สถานที่ในหอผู้ป่วยเป็นหน่วยงานเฉพาะ ผู้รับบริการไม่มีความสะดวกในการเข้าไปติดต่อเกี่ยวกับบริการ ส่วนโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ยังไม่มีหน่วยงานที่เป็นสัดส่วนโดยเฉพาะ แต่ทั้ง 2 โรงพยาบาลจะมีการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานในชุมชนที่อยู่ใกล้เคียงกับโรงพยาบาล ตั้งเป็นเครือข่ายบริการสุขภาพจิต ได้แก่ สถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชนบางแห่ง แต่ก็ยังไม่ได้รับความร่วมมืออย่างเต็มที่ เนื่องจากนโยบายด้านสุขภาพจิตของหน่วยงานแต่ละแห่งยังไม่ชัดเจน ส่วนด้านการสนับสนุนค่าใช้จ่ายก็ยังไม่มีการพูดถึงว่าผู้รับบริการหรือใครจะเป็นผู้จ่ายค่าบริการและจะจ่ายผ่านระบบใดบ้าง แต่เท่าที่ศึกษาในโครงการจะพบว่า โรงพยาบาลทั้ง 2 แห่งจะเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายทั้งหมด เช่น ค่าน้ำมันรถ ค่าเบี้ยเลี้ยงเดินทางของบุคลากร เป็นต้น สำหรับด้านการส่งเสริม

บริการ / การใช้บริการเสริม ยังขาดการประชาสัมพันธ์ทางสื่อมวลชน เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ท้องถิ่น เป็นต้น แต่จะใช้วิธีการเยี่ยมบ้านเพื่อแจกคู่มือแก่ครอบครัว ผู้นำชุมชน และบุคลากรสาธารณสุขในชุมชน ผลการดำเนินงานของทั้ง 2 แห่ง ประชาชนมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับอยู่ในระดับหนึ่งโดยเฉพาะด้านการพูดคุยให้กำลังใจจะมีความพึงพอใจมาก สามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ดีขึ้นและพอใจที่โรงพยาบาลยังเป็นที่พึ่งของประชาชนเมื่อผู้ป่วยมีอาการฉุกเฉิน (กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาล สอนสราญรมย์, 2541 ; กลุ่มงานจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2538)

การประยุกต์ทฤษฎีพื้นฐานของการตลาดกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

ความหมายของการตลาด

ปกติแล้วคนเราต้องเกี่ยวข้องกับการตลาดอยู่เสมอ เพราะต้องมีการซื้อขายแลกเปลี่ยนสินค้าหรือบริการ โดยเฉพาะผู้ผลิตสินค้าหรือผู้ให้บริการจะต้องทำให้ผู้บริโภคหรือผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจในสินค้าหรือบริการนั้น (McCarthy & Perreault, 1984) แต่คนส่วนมากมักจะเข้าใจผิดอยู่เสมอว่า การตลาดหมายถึงงานด้านการขายหรือการโฆษณาเท่านั้น แต่ที่จริงแล้วเป็นเรื่องของการสืบค้นหา ความต้องการการวิจัยตลาด การพัฒนาผลิตภัณฑ์หรือบริการ การกำหนดราคาและการเสนอขายบริการอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างควบคู่กัน การตลาดถ้าหากได้จัดทำอย่างถูกต้องแล้ว เช่น ค้นหาความต้องการของผู้รับบริการได้ก็จะสามารถพัฒนาบริการใหม่ ๆ ออกมาอย่างเหมาะสม กำหนดราคาได้พอดี มีวิธีเสนอขายบริการที่คล่องตัว และส่งเสริมการขายได้ผล บริการนั้นคงจะต้องได้รับความนิยมอย่างแน่นอน (ธงชัย สันติวงษ์, 2533)

การตลาด (Marketing) หมายถึง กิจกรรมทางธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับสินค้าหรือบริการที่ดำเนินการโดยผู้ผลิตหรือผู้ให้บริการไปสู่ผู้บริโภคหรือผู้รับบริการ (Young & Hayne, 1988)

สแตนตัน (Stanton, 1987) พูดถึงการตลาดว่า เป็นระบบรวมของกิจกรรมทางธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับการวางแผน การกำหนดราคา การส่งเสริมการตลาด และการจัดจำหน่ายสินค้าหรือบริการที่ผู้บริโภคหรือผู้รับบริการต้องการและพึงพอใจ เพื่อให้องค์กรบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย

คอตเลอร์ (Kotler, 1987) กล่าวว่า เป็นกิจกรรมของมนุษย์ที่จะให้มีการตอบสนองความพอใจและความต้องการโดยอาศัยกระบวนการแลกเปลี่ยน

การนำการตลาดมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เป็นกระบวนการจัดกิจกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้านที่เป็นระบบ เพื่อสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งทำให้เกิดความพึงพอใจในบริการโดยผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยน (Keating & Kelman, 1988 ; Freitag, 1988) การตลาดจึงเป็นกระบวนการจัดการที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมที่สุดในการบริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพราะจะทำให้การบริการตรงกับความต้องการของผู้รับบริการโดยมีการแลกเปลี่ยนระหว่างคน 2 กลุ่ม คือผู้ให้บริการหรือทีมสุขภาพ กับผู้รับบริการหรือผู้ป่วยและครอบครัว (Kotatcb, 1991)

ทฤษฎีพื้นฐานของการตลาด

การตลาดมีหลายองค์ประกอบ นอกจากด้านบริการแล้วยังมีองค์ประกอบอื่นๆ อีกที่นักการตลาดใช้สนองความต้องการของผู้รับบริการ องค์ประกอบเหล่านี้เรียกรวมกันว่า ส่วนผสมทางการตลาด (Marketing mix) เรียกอ้อๆ ว่า 4 P's ซึ่งเป็นทฤษฎีพื้นฐานของการตลาด (McCarthy & Perreault, 1984)

ส่วนผสมทางการตลาด หมายถึง การผสมที่เข้ากันได้เป็นอย่างดีของการจัดสินค้าหรือบริการที่มีคุณภาพให้ตรงกับความต้องการ จัดสถานที่หรือระบบการเสนอขายที่เหมาะสม ส่งเสริมการให้บริการเป็นอย่างดี และกำหนดราคาที่ยุติธรรม ซึ่งเป็นการจัดรูปแบบเพื่อการเข้าถึงกลุ่มผู้รับบริการ (McCarthy & Perreault, 1984)

ส่วนผสมทางการตลาดซึ่งประกอบด้วย 4 P's มีรายละเอียด (McCarthy & Perreault, 1984) ดังนี้

1. การบริการ (Product / Service) เป็นรูปแบบที่เสนอแก่ผู้บริโภคหรือผู้รับบริการ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการให้พึงพอใจ จัดว่าสำคัญที่สุดของการตลาด

2. แหล่งบริการและวิธีให้บริการ (Place) เป็นสถานที่ให้บริการ เพื่อใช้เคลื่อนย้ายบริการจากหน่วยงานไปถึงผู้รับบริการ ทำให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงได้สะดวก รวดเร็ว ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ช่องทางการติดต่อรับบริการ และการกระจายบริการออกไป เช่น การครอบคลุมของพื้นที่ ทำเลที่ตั้ง การคมนาคมและการจัดการทรัพยากรที่เหมาะสม

3. การสนับสนุนค่าใช้จ่าย (Price) ผู้ให้บริการจะกำหนดราคาและคิดค่าบริการในราคายุติธรรม รวมถึงการดำเนินงานเพื่อให้รัฐร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายให้ทั้งหมดหรือบางส่วนด้วย

4. การส่งเสริมการบริการ / การให้บริการเสริม (Promotion) เป็นการแจ้งหรือบอกกล่าวให้ผู้รับบริการทราบถึงลักษณะรูปแบบและประโยชน์ของการบริการ เพื่อชักชวนให้เกิดความต้องการใช้บริการ สามารถทำได้หลายวิธี เช่น การให้ความรู้ทางสุขภาพจิตผ่านสื่อต่างๆ เพื่อเป็นการให้ข่าวและประชาสัมพันธ์ การส่งเสริมการให้บริการโดยการตรวจสุขภาพจิตในกิจกรรมชุมชนต่างๆ เป็นต้น

กระบวนการทางการตลาด

การที่จะให้การตลาดประสบผลสำเร็จได้จะต้องเข้าใจกระบวนการทางการตลาดด้วยเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการวางแผนด้านการตลาด ซึ่งประกอบไปด้วยกิจกรรม 4 ขั้นตอน (งษ์ชัยสันติวงศ์, 2533) คือ

1. การวิเคราะห์สภาวะการณ์ทางการตลาด เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ เพื่อที่จะนำไปใช้ในการวางแผนด้านการตลาดให้ดีขึ้น ซึ่งจะต้องวิเคราะห์ส่วนผสมทางการตลาดทั้ง 4 P's โดยการสำรวจด้วยวิธีสอบถามผู้รับบริการ ดังนี้

1.1 ด้านการบริการ ต้องวิเคราะห์ว่า ถ้าจัดบริการในรูปแบบใหม่ขึ้นมา ผู้รับบริการมีความต้องการหรือไม่ เช่น การดูแลผู้ป่วยที่บ้านซึ่งมีทีมสุขภาพจิตไปให้บริการถึงที่บ้านและคิดค่าบริการ เป็นต้น

1.2 ด้านแหล่งบริการและวิธีให้บริการ จะมี 2 ส่วนคือ ช่องทางการติดต่อรับบริการ จะต้องวิเคราะห์ว่าผู้รับบริการมีความต้องการได้รับความสะดวกสบายรวดเร็วและปลอดภัยในการใช้บริการ ได้แก่ มีรถรับส่งเพื่อพาผู้ป่วยไปตรวจรักษา มีโทรศัพท์ติดต่อถึงกันได้ตลอดเวลา และมีระบบส่งต่อที่ดีและชัดเจน ตลอดจนการต้องการให้มีหน่วยงานบริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ในโรงพยาบาล หรือมีศูนย์บริการเครือข่ายใกล้บ้าน โดยมีอุปกรณ์เครื่องใช้ที่ทันสมัยและเพียงพอ ส่วนด้านการกระจายบริการออกไป อาจจัดหน่วยบริการเคลื่อนที่ออกไปให้บริการถึงที่

1.3 ด้านการสนับสนุนค่าใช้จ่าย จะวิเคราะห์ถึงความต้องการของผู้รับบริการว่าจะสามารถเสียค่าใช้จ่ายได้หรือไม่ และต้องวิเคราะห์ตามราคาต้นทุน เพื่อให้เกิดความยุติธรรมในการกำหนดราคา อาจกำหนดราคาตามกิจกรรมแต่ละอย่าง เช่น การเยี่ยมตรวจและปฏิบัติการรักษาพยาบาลที่บ้าน การให้สุขภาพจิตศึกษา การช่วยผ่อนคลายความเครียดของญาติ เป็นต้น นอกจากนี้ อาจให้รัฐจัดสวัสดิการช่วยเหลือค่าใช้จ่าย เช่น การใช้ระบบประกันสังคมและประกันสุขภาพที่ครอบคลุมถึงบริการในลักษณะนี้ เป็นต้น

1.4 ด้านการส่งเสริมการบริการ / การให้บริการเสริม ต้องวิเคราะห์ว่าปัจจุบันองค์กรได้ทำการส่งเสริมการบริการและประชาสัมพันธ์อยู่ในระดับใด ผู้รับบริการได้รับบริการเสริมทั่วถึงหรือไม่ วิเคราะห์ถึงความสามารถในการรับฟังข่าวสารความรู้ และผู้รับบริการต้องการให้สื่อสารทางใดจึงจะพอใจและรู้สึกอยากใช้บริการมากที่สุด ซึ่งมีการวิเคราะห์ในแต่ละด้านคือ ด้านการให้ความรู้ทางสุขภาพจิตผ่านสื่อต่างๆ ทางวิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ และวารสาร เป็นต้น ด้านการส่งเสริมการให้บริการต่าง ๆ ได้แก่ การจัดบริการเสริมเพิ่มจากบริการของโรงพยาบาลชุมชน บริการตรวจสุขภาพจิตในชุมชนต่างๆ ซึ่งเป็นการเสนอแนวคิดหรือบริการที่ ไม่ต้องเสียค่าโฆษณา เป็นการประชาสัมพันธ์ให้แก่ประชาชนทั่วไปหรือหน่วยงานอื่นได้รับทราบบริการ

2. การวางแผนการตลาด เป็นการกำหนดแผนงานเพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ทางการตลาดที่ได้วางไว้ ซึ่งจะต้องมีการวางแผนในส่วนผสมทางการตลาดทั้ง 4 P's คือ

2.1 การวางแผนการให้บริการ เมื่อวิเคราะห์ได้ว่าผู้รับบริการมีความต้องการบริการในรูปแบบใด ก็จะทำนํากำหนดแผนงานในบริการรูปแบบนั้นๆ เพื่อให้ตรงกับความต้องการและเป็นที่ดึงดูดใจผู้รับบริการให้มากที่สุด

2.2 การวางแผนด้านแหล่งบริการและวิธีให้บริการ

2.3 การวางแผนด้านการสนับสนุนค่าใช้จ่าย

2.4 การวางแผนส่งเสริมการบริการ / การให้บริการเสริม

3. การปฏิบัติให้เป็นไปตามแผนงานที่วางไว้

4. การประเมินผลด้านการตลาดทำได้โดยการวิจัยตลาดเพื่อหาข้อมูลเกี่ยวกับการตลาดมาพัฒนาบริการให้มีประสิทธิภาพและตรงกับความต้องการของผู้รับบริการ

ความสำคัญของการตลาดต่อองค์กร / หน่วยบริการทางสุขภาพ

หน่วยงานทุกแห่งไม่ว่าจะมุ่งผลกำไรหรือไม่ จะดำเนินงานต่อไปได้ย่อมต้องเข้าใจถึงความต้องการของผู้รับบริการและตอบสนองความต้องการนั้นๆได้ แม้ภายใน 5 - 10 ปีนี้มีการเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ทำให้ภาวะการตลาดเปลี่ยนแปลงไป แต่หน่วยงานทุกแห่งต่างก็ยังคงมุ่งที่จะตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการต่อไป โดยจะเน้นด้านการบริการให้เกิดความพอใจสูงสุดทั้งด้านคุณภาพและราคา โดยการใช้เทคนิคทางการตลาดเป็นเครื่องมือในการดำเนินงาน หน่วยงานสุขภาพก็เช่นกันจำเป็นต้องให้ความสนใจต่อความต้องการของผู้รับ

บริการด้วย โดยพัฒนาบริการส่วนต่างๆ ให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้รับบริการ (ธงชัย สันติวงษ์, 2533)

การตลาดมีความสำคัญต่อหน่วยงานทางสุขภาพและสามารถช่วยแก้ปัญหาการจัดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ คือ ด้านการให้บริการ หน่วยงานมีการสำรวจความต้องการของผู้รับบริการเพื่อที่จะพัฒนาและจัดบริการใหม่ๆ ทำให้การตลาดจะสนองตอบความต้องการของผู้รับบริการได้ จึงมีผู้สนใจมารับบริการที่เน้นคุณภาพเป็นจำนวนมาก ทำให้หน่วยงานมีรายได้เพิ่มขึ้นจากงบประมาณที่มีจำกัดและสามารถแข่งขันให้บริการที่มีคุณภาพในเชิงการตลาดได้ในสังคม นอกจากนี้ยังเกิดมาตรฐานการให้บริการที่สูงขึ้น ได้รับการประกันคุณภาพจากองค์กรทั้งในและระหว่างประเทศ กระตุ้นให้เกิดการทำวิจัยและคิดค้นรูปแบบบริการใหม่ๆ ด้านระบบการให้บริการจะทำให้การดำเนินงานของหน่วยงานราบรื่น จัดตั้งสถานที่ที่หาได้ง่ายและขยายบริการให้กว้างขวางออกไป อำนวยความสะดวกสบายต่างๆ ให้แก่ผู้รับบริการโดยได้รวมเอาแนวคิดของบรรยากาศที่น่าใช้บริการมาใช้ มีการให้การรักษายาบาลอย่างมีระบบ ไม่ยุ่งยากซับซ้อน ซึ่งรวมถึงระบบการคิดค่าบริการที่มีความชอบธรรมด้วย (Kotler & Andreasen, 1987) และด้านผู้บริหารหน่วยงานเมื่อมีข้อมูลทางการตลาดจะช่วยให้การตัดสินใจได้มาก ทำให้นำไปสู่การบริหารงานที่ประสบผลสำเร็จ ภาพพจน์ของหน่วยงานและการบริการดีขึ้น (ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ, 2535)

คุณภาพของบริการที่เหมาะสม

การปรับปรุงเปลี่ยนแปลงระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพในปัจจุบันและอนาคตมีความพยายามที่จะใช้การตลาดมาประยุกต์ใช้กันมากขึ้น โดยจะเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางและตระหนักถึงสิทธิของประชาชนที่จะเลือกบริการที่ตนเองพอใจ การบริการจึงมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนดูแลสุขภาพกันเองได้ สร้างความพึงพอใจในบริการให้เกิดขึ้น และแข่งขันกันปรับระบบบริการเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี ส่วนด้านแหล่งบริการและวิธีใช้บริการ จะมีการปรับปรุงให้มีความสะดวก รวดเร็ว ประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานสุขภาพอื่นๆ จนเกิดเครือข่ายการเชื่อมโยงอย่างเป็นระบบเพื่อการส่งต่อผู้รับบริการ ด้านการสนับสนุนค่าใช้จ่าย ก็จะมีระบบสวัสดิการและการประกันสุขภาพที่ดีขึ้น ประชาชนจะมีส่วนร่วมในการจ่ายค่าบริการ เพื่อให้เกิดความตระหนักถึงความสำคัญของการรักษาด้านสุขภาพ จะไม่มีการฟุ่มเฟือยทางการรักษายาบาลอีกต่อไป การเสียค่าใช้จ่ายจะเสียในราคาที่เหมาะสม จะเห็นว่า

การให้บริการรูปแบบนี้จะทำให้ประชาชนแสวงหาบริการสุขภาพเมื่อจำเป็นเท่านั้น สำหรับด้านส่งเสริมการบริการ จะเน้นให้ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารอย่างทั่วถึง โดยกำหนดให้การรับรู้ข่าวสารเป็นส่วนหนึ่งในกลุ่มบริการหลักที่จำเป็นจะมีการใช้สื่อมวลชนไม่ว่าจะเป็นวิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์หรือการออกหน่วยเคลื่อนที่ต่างๆ (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2541)

จะเห็นได้ว่ากระบวนการพัฒนามีการอย่างต่อเนื่องจะสอดคล้องกับแนวคิดทางการตลาด ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเดียวกันคือเพื่อการรับรองคุณภาพบริการของหน่วยงานให้เป็นที่ยอมรับของสังคม ในขณะนี้โรงพยาบาลที่อยู่ในโครงการใช้กระบวนการพัฒนามีการอย่างต่อเนื่องเพื่อการรับรองคุณภาพบริการมากกว่า 35 แห่ง และมีแนวโน้มที่จะขยายเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นเพื่อให้ประชาชนมั่นใจว่า บริการที่มีอยู่มีคุณภาพที่เหมาะสมเพราะได้มีการประเมินคุณภาพอยู่ตลอดเวลา (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2541)

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้รับบริการซึ่งเป็นครอบครัวของผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดส่วนผสมทางการตลาด (marketing mix) ทั้ง 4 ด้าน (McCarthy & Perreault, 1984) มาปรับให้เข้ากับสภาพการบริการทางจิตเวชของโรงพยาบาลรัฐซึ่งประกอบด้วย ความต้องการการดูแลที่บ้านของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท 4 ด้าน คือด้านการบริการ จะเน้นด้านการฟื้นฟูสภาพและการป้องกันการกำเริบซ้ำเป็นหลัก ด้านแหล่งบริการและวิธีให้บริการ ด้านการสนับสนุนค่าใช้จ่าย และด้านส่งเสริมการบริการ / การใช้บริการเสริมว่าผู้รับบริการจะมีความต้องการบริการรูปแบบนี้หรือไม่ มากน้อยเพียงใด