

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความต้องการการดูแลที่บ้านใน 4 ด้านของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษาเป็นครั้งที่ 2 หรือมาติดต่อเกี่ยวกับผู้ป่วยในที่เข้ารับการรักษาเป็นครั้งที่ 2 ของโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 127 คน ผลการศึกษาได้นำเสนอข้อมูลเป็นตารางประกอบคำบรรยายตามลำดับดังนี้ คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการการดูแลที่บ้านของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท จำแนกเป็นรายด้านและรายข้อ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตามลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน N = 127	ร้อยละ
ลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
บิดา	24	18.9
มารดา	35	27.6
สามี	27	21.3
ภรรยา	29	22.8
บุตร	12	9.4
เพศ		
ชาย	54	42.5
หญิง	73	57.5
อายุ		
21 - 40 ปี	49	38.6
41 - 60 ปี	51	40.2
61 ปีขึ้นไป	27	21.3
สถานภาพสมรส		
โสด	7	5.5
คู่	101	79.5
หม้าย	15	11.8
หย่าร้าง , แยกกันอยู่	4	3.1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตามลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน N = 127	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	15	11.8
ประถมศึกษา	76	59.8
มัธยมศึกษา	20	15.7
ประกาศนียบัตรวิชาชีพหรืออนุปริญญา	5	3.9
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	11	8.7

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นมารดา (ร้อยละ 27.6) รองลงมาเป็นภรรยา (ร้อยละ 22.8) เกินครึ่งเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 57.5) มีอายุระหว่าง 41 - 60 ปี (ร้อยละ 40.2) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 79.5) โดยมีวุฒิการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 59.8)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตามอาชีพ ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยเฉลี่ยต่อเดือน ความพอเพียงของรายได้

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน N = 127	ร้อยละ
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	17	13.4
ทำนา ทำสวน ทำไร่	44	34.6
รับจ้าง	33	26.0
ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	20	15.7
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	8	6.3
อื่น ๆ (ข้าราชการบำนาญ นักการเมือง ท้องถิ่น ผู้ประกาศเผยแพร่ศาสนาคริสต์)	5	3.9
ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยเฉลี่ยต่อเดือน		
น้อยกว่า 1,000 บาท	36	28.3
1,001 - 2,000 บาท	42	33.1
2,001 - 3,000 บาท	31	24.4
3,001 - 4,000 บาท	5	3.9
4,001 - 5,000 บาท	7	5.5
มากกว่า 5,000 บาท	6	4.7
ความพอเพียงของรายได้		
พอใช้	61	48.0
มีหนี้สิน	56	44.1
เหลือเก็บ	10	7.9

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพทำนา ทำสวนและทำไร่ (ร้อยละ 34.6) รองลงมาคือรับจ้าง (ร้อยละ 26.0) ค่าใช้จ่ายกับผู้ป่วยเฉลี่ยต่อเดือนจะเสียค่าใช้จ่ายสูงสุดกับผู้ป่วย 1,001 - 2,000 บาท (ร้อยละ 33.1) และมีรายได้พอใช้ในครอบครัวมากที่สุด (ร้อยละ 48.0) รองลงมามีหนี้สิน (ร้อยละ 44.1)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตามระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย
ผู้ป่วยอื่นที่ต้องดูแล การได้รับการเยี่ยมบ้าน

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน N = 127	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย		
0 - 1 ปี	15	11.8
2 - 5 ปี	55	43.3
6 - 10 ปี	33	26.0
มากกว่า 10 ปี	24	18.9
ผู้ป่วยอื่นที่ต้องดูแล		
มี	19	15.0
ไม่มี	108	85.0
การได้รับการเยี่ยมบ้าน		
จากบุคลากรของโรงพยาบาลที่เคยเข้ารับการรักษาดัว	2	1.6
จากบุคลากรสาธารณสุขอื่น ๆ	6	4.7
ไม่ได้รับการเยี่ยมบ้าน	119	93.7

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาดูแลผู้ป่วย 2 - 5 ปี (ร้อยละ 43.3) และไม่มีผู้ป่วยอื่นที่ต้องดูแล (ร้อยละ 85.0) สำหรับการได้รับการเยี่ยมบ้าน ส่วนมากครอบครัวจะไม่ได้รับการเยี่ยมบ้านจากบุคลากรทางสาธารณสุขใด ๆ (ร้อยละ 93.7)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตามที่อยู่ปัจจุบัน

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน N = 127	ร้อยละ
ที่อยู่ปัจจุบันแบ่งตามเขตการบริการของโรงพยาบาลสวนปรุง		
เขต 9	24	18.9
จังหวัดพิษณุโลก	5	3.9
จังหวัดพิจิตร	2	1.6
จังหวัดเพชรบูรณ์	2	1.6
จังหวัดแพร่	9	7.1
จังหวัดน่าน	3	2.4
จังหวัดอุตรดิตถ์	3	2.4
เขต 10	83	65.4
จังหวัดลำปาง	11	8.7
จังหวัดเชียงใหม่	46	36.2
จังหวัดเชียงราย	14	11.0
จังหวัดพะเยา	2	1.6
จังหวัดลำพูน	9	7.1
จังหวัดแม่ฮ่องสอน	1	.8
นอกเขตการบริการของโรงพยาบาลสวนปรุง	20	15.8
จังหวัดสุโขทัย	11	8.7
จังหวัดกำแพงเพชร	2	1.6
จังหวัดนครสวรรค์	2	1.6
จังหวัดกาญจนบุรี	2	1.6
จังหวัดตาก	1	.8
จังหวัดนครปฐม	1	.8
จังหวัดกรุงเทพ	1	.8

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขต 10 ซึ่งเป็นเขตบริการของโรงพยาบาลสวนปรุง (ร้อยละ 65.4) โดยอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่มากที่สุด (ร้อยละ 36.2) รองลงมาเป็นจังหวัดเชียงราย (ร้อยละ 11.0)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการการดูแลที่บ้านของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

ตารางที่ 5 ระดับความต้องการการดูแลที่บ้านของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทโดยรวมและรายด้าน

ความต้องการการดูแลที่บ้าน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความต้องการ
การบริการ	2.03	.38	ปานกลาง
แหล่งบริการและวิธีใช้บริการ	2.14	.43	ปานกลาง
การสนับสนุนค่าใช้จ่าย	1.96	.46	ปานกลาง
ด้านส่งเสริมการบริการ / การใช้บริการเสริม	2.11	.41	ปานกลาง
ความต้องการการดูแลที่บ้านโดยรวม	2.06	.30	ปานกลาง

จากตารางที่ 5 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีความต้องการการดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.06$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการด้านการบริการ ด้านแหล่งบริการและวิธีใช้บริการ ด้านการสนับสนุนค่าใช้จ่าย และด้านส่งเสริมการบริการ / การใช้บริการเสริม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.03, 2.14, 1.96, 2.11$)

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความต้องการการดูแลที่บ้าน
ด้านการบริการเป็นรายข้อ

ความต้องการการดูแลที่บ้านด้านการบริการ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความต้องการ
1. การสอนความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและการฝึกปฏิบัติ			
ดูแลผู้ป่วย	2.31	.31	มาก
1.1 การสอนความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท	2.73	.44	มาก
1.2 คู่มือปฏิบัติสำหรับญาติเรื่องการดูแลผู้ป่วย	2.54	.61	มาก
1.3 คู่มือปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยเรื่องการดูแลตนเอง	2.46	.66	มาก
1.4 การฝึกปฏิบัติเพื่อปลอบโยน ชมเชยและให้กำลังใจ	2.47	.66	มาก
ผู้ป่วย			
1.5 การฝึกหัดวิธีแสดงความรัก ความห่วงใย	2.51	.63	มาก
ความสะอาดอาหาร และช่วยเหลือผู้ป่วยที่เหมาะสม			
1.6 การฝึกปฏิบัติเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้	1.67	.91	ปานกลาง
1.7 การฝึกปฏิบัติการรับฟังเพื่อแสดงความเข้าใจ	2.54	.66	มาก
เห็นใจผู้ป่วย			
1.8 การฝึกปฏิบัติเพื่อดูแลการรับประทานยา	2.20	.68	ปานกลาง
1.9 การฝึกสังเกตผลข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อน	2.38	.59	มาก
จากฤทธิ์ของยาและการช่วยเหลือเบื้องต้น			
1.10 การฝึกเฝ้าระวังและสังเกตอาการกำเริบซ้ำ	2.40	.59	มาก
1.11 การดัดแปลงสิ่งแวดล้อมในบ้านเพื่อป้องกัน	1.54	.82	ปานกลาง
อันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วยและคนอื่น			
2. การเยี่ยมตรวจและการปฏิบัติการรักษาพยาบาลที่บ้าน	2.11	.45	ปานกลาง
2.1 การเยี่ยมตรวจผู้ป่วยหลังจำหน่ายเป็นเวลา 3 เดือน	2.31	.78	มาก
เดือนละ 1 ครั้ง			
2.2 การเยี่ยมตรวจเป็นเวลา 1 ปี ในเวลา 2 เดือนต่อครั้ง	2.17	.74	ปานกลาง

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความต้องการการดูแลที่บ้าน
ด้านการบริการเป็นรายข้อ (ต่อ)

ความต้องการการดูแลที่บ้านด้านการบริการ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความต้องการ
2.3 การเยี่ยมตรวจโดยบุคลากรจากโรงพยาบาลจิตเวช	2.67	.64	มาก
2.4 การเยี่ยมตรวจโดยบุคลากรสาธารณสุขชุมชน	1.72	.91	ปานกลาง
2.5 การเยี่ยมโดยอาสาสมัครสาธารณสุข	1.15	.98	น้อย
2.6 บริการแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วยตามที่ขอ	2.61	.63	มาก
2.7 บริการแนะนำปรึกษาแก่ครอบครัวตามที่ขอ	2.58	.64	มาก
2.8 บริการการรักษาแบบจิตยาที่บ้าน	2.00	.92	ปานกลาง
2.9 บริการปรับเปลี่ยนความรู้สึกทางลบของเพื่อนบ้าน ที่มีกับผู้ป่วย	1.77	.70	ปานกลาง
3. การช่วยแบ่งเบาภาระการดูแลผู้ป่วย	1.33	.79	น้อย
3.1 คนดูแลผู้ป่วยในระยะรุนแรงที่บ้านเป็นครั้งคราว	1.61	.94	ปานกลาง
3.2 คนดูแลผู้ป่วยเป็นประจำต่อเนื่อง	1.09	.96	น้อย
3.3 บุคลากรประจำครอบครัวเพื่อการขอความช่วยเหลือ ต่อเนื่อง	1.38	.98	น้อย
3.4 บริการดูแลงานบ้านเป็นครั้งคราว	1.24	.90	น้อย
4. การช่วยเหลือด้านอาชีพการงาน	2.01	.75	ปานกลาง
4.1 ข้อมูลเกี่ยวกับการสมัครงานหรือฝึกอาชีพ	1.74	.98	ปานกลาง
4.2 การประสานงานกับผู้ว่าจ้างในชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วย และครอบครัวได้ทำงาน	1.94	.99	ปานกลาง
4.3 ข้อมูลและข้อแนะนำในการใช้สวัสดิการของรัฐ	2.39	.81	มาก
4.4 มีผู้ช่วยฝึกอาชีพ / ผู้ช่วยฝึกงานให้ผู้ป่วย	1.96	.86	

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของ คะแนนความต้องการการดูแลที่บ้าน
ด้านการบริการเป็นรายข้อ (ต่อ)

ความต้องการการดูแลที่บ้านด้านการบริการ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความ ต้องการ
5. การช่วยผ่อนคลายความเครียดของญาติ	2.40	.51	มาก
5.1 การสอนวิธีจัดการกับปัญหาประจำวันและ ความเครียด	2.56	.60	มาก
5.2 ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งบริการทางสุขภาพทั่วไป	2.11	.61	ปานกลาง
5.3 บริการการปรึกษาปัญหาด้านจิตใจของญาติ	2.54	.61	มาก

จากตารางที่ 6 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความต้องการด้านการสอน
ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค และการฝึกปฏิบัติดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 2.31$) ด้านการ
เยี่ยมตรวจและการปฏิบัติการรักษาพยาบาลที่บ้าน ส่วนใหญ่มีระดับความต้องการปานกลาง
($\bar{X} = 2.11$) ด้านการช่วยแบ่งเบาภาระการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีระดับความต้องการน้อย
($\bar{X} = 1.33$) ด้านการช่วยเหลือด้านอาชีพการงาน ส่วนใหญ่มีระดับความต้องการปานกลาง
($\bar{X} = 2.01$) โดยมีหัวข้อข้อมูลและข้อแนะนำในการใช้สวัสดิการของรัฐ มีระดับความต้องการมาก
($\bar{X} = 2.39$) ด้านการช่วยผ่อนคลายความเครียดของญาติส่วนใหญ่มีระดับความต้องการมาก
($\bar{X} = 2.40$)

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความต้องการการดูแลที่บ้าน ด้านแหล่งบริการและวิธีใช้บริการเป็นรายข้อ

ความต้องการการดูแลที่บ้าน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความต้องการ
ด้านแหล่งบริการและวิธีใช้บริการ	2.14	.43	ปานกลาง
1. มีหน่วยงานที่มีการเตรียมตัวดูแลผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน	2.78	.50	มาก
ขณะที่รักษาอยู่ในโรงพยาบาล			
2. มีหน่วยบริการโดยเฉพาะที่สะดวกในการติดต่อ	2.76	.56	มาก
เมื่อจำหน่ายผู้ป่วย			
3. บริการปรึกษาทางโทรศัพท์ 24 ชั่วโมงเมื่อมีปัญหาวิกฤต	2.58	.60	มาก
4. บริการซื้อขายทางไปรษณีย์	1.54	1.15	ปานกลาง
5. บริการจัดรถรับส่งระหว่างบ้านกับโรงพยาบาล	.77	1.10	น้อย
6. มีโรงพยาบาลจิตเวชประจำเพื่อรับผู้ป่วยฉุกเฉิน	2.67	.72	มาก
7. บริการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินผ่าน รพ.ชุมชนสู่ รพ.จิตเวช	1.98	.96	ปานกลาง
8. คำแนะนำเพื่อการใช้ระบบส่งต่อผู้ป่วย	2.01	.88	ปานกลาง

จากตารางที่ 7 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความต้องการด้านแหล่งบริการและวิธีใช้บริการ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.14$)

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความต้องการการดูแลที่บ้านด้านการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเป็นรายข้อ

ความต้องการการดูแลที่บ้าน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความต้องการ
ด้านการสนับสนุนค่าใช้จ่าย	1.96	.46	ปานกลาง
1. รับผิดชอบค่าบริการของการให้บริการที่บ้านในแต่ละครั้งเอง	1.22	1.00	น้อย
2. ให้รัฐรับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมด	2.66	.67	มาก
3. ทำประกันสังคมหรือประกันสุขภาพเพื่อให้รัฐร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายบางส่วน	2.00	.83	ปานกลาง

จากตารางที่ 8 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความต้องการด้านการสนับสนุนค่าใช้จ่าย อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.96$)

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความต้องการการดูแลที่บ้านด้านส่งเสริมการบริการ / การใช้บริการเสริมเป็นรายข้อ

ความต้องการการดูแลที่บ้าน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความต้องการ
ด้านส่งเสริมการบริการ / การใช้บริการเสริม	2.11	.41	ปานกลาง
1. บริการแนะนำเรื่องโภชนาการทั่วไป	1.94	.79	ปานกลาง
2. บริการดูแลการเจ็บป่วยอื่น ๆ ของสมาชิกในครอบครัว	2.08	.67	ปานกลาง
3. บริการตรวจสุขภาพจิตในกิจกรรมชุมชนต่าง ๆ	2.28	.63	มาก
4. การจัดบริการเสริมเพิ่มจากบริการของโรงพยาบาลชุมชน	2.20	.54	ปานกลาง
5. การให้ความรู้ทางสุขภาพจิต ทางวิทยุและโทรทัศน์	2.29	.66	มาก
6. การให้ความรู้ทางสุขภาพจิต ทางวารสารและหนังสือพิมพ์	1.86	.75	ปานกลาง

จากตารางที่ 9 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความต้องการด้านส่งเสริมการบริการ / การใช้บริการเสริม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.11$)

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาความต้องการการดูแลที่บ้านของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยได้อภิปรายตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยคือ เป็นการสำรวจความต้องการการดูแลที่บ้านของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ที่ครอบคลุมส่วนผสมทางการตลาดทั้ง 4 ด้าน ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ได้แยกแสดงออกเป็น 2 ส่วน คือ

1. ความต้องการการดูแลที่บ้านโดยรวมทุกด้าน กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยความต้องการ 2.06 (ตารางที่ 5) อภิปรายได้ดังนี้

เนื่องจากความเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทของบุคคลในครอบครัวเป็นภาวะที่ขัดขวางต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้สมาชิกครอบครัวได้รับความเดือดร้อน โดยเฉพาะโรคจิตเภทเรื้อรังที่ต้องใช้เวลาในการดูแลรักษานานยาวนาน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลยังมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่องที่บ้าน เพราะครอบครัวไม่สามารถคาดการณ์พฤติกรรมหรืออาการของผู้ป่วยในอนาคตได้แน่นอนจึงเกิดความวิตกกังวล มีความหวาดกลัวสิ่งที่จะเกิดขึ้นในวันข้างหน้าต่อไป (ชะฤทธิ์ พงศ์อนุตร , 2536) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเยาวลักษณ์ กลิ่นหอม (2540) ที่พบว่า การที่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวนั้น จะมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของสมาชิกคนอื่นๆ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม และปัญหาที่พบมากคือปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจ ครอบครัวจะมีความวิตกกังวลและต้องการที่จะปรับทุกข์เพื่อระบายความคับข้องใจออกมา จะมีความต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและต้องการคำแนะนำต่างๆ ในระยะแรกที่ผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านจากทีมสุขภาพจิต (Kane , 1984) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมพร รุ่งเรืองกลกิจ และกฤตยา แสงเจริญ (2535) ที่พบว่า สิ่งทีก่อให้เกิดความเครียดในครอบครัว หลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลคือ ญาติส่วนใหญ่คิดว่ามีอุปสรรคที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและถ้าจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเร็วเกินไปจะมีสมาชิกครอบครัวบางคนที่ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ จะเกิดความวิตกกังวลมากขึ้นเพราะคิดว่าผู้ป่วยจะไม่ได้เรียนรู้ในการดูแลตนเองเท่าที่ควร ประกอบกับญาติไม่มีเวลาเพราะต้องทำงานหาเงินเนื่องจากมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ต้องดูแลสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวและไม่มีความรู้ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน จึงรู้สึกกลัว หงุดหงิด เบื่อหน่ายและอายเพื่อนบ้าน บางคนไม่มีใครช่วยดูแลผู้ป่วย ทำให้ต้องรับภาระดูแลมากขึ้น เกิดความเครียดและต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้านจากทีมสุขภาพจิต จากเหตุผลดังกล่าวครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายกลับบ้าน ย่อมต้องการความช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษา

พยาบาลที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่องและปลอดภัย อีกทั้งยังเป็นการช่วยลดความวิตกกังวลของครอบครัว เนื่องจากมีทีมสุขภาพจิตให้ความช่วยเหลือสนับสนุนแนะนำและสอนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ดังนั้น ถ้าครอบครัวได้รับการตอบสนองที่ดี จะทำให้สามารถใช้พลังงานในการให้กำลังใจ และช่วยเหลือผู้ป่วยได้ดีขึ้น (ชนิตา มณีวรรณ, 2537)

และจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปในการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นมารดา (ร้อยละ 27.6) ซึ่งเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 57.5) อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายช่วงอายุ 41-60 ปี (ร้อยละ 40.2) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 79.5) มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 59.8) (ตารางที่ 1) มีอาชีพทำนา ทำสวน ทำไร่ (ร้อยละ 34.6) (ตารางที่ 2) และไม่ได้รับการเยี่ยมบ้านจากบุคลากรสาธารณสุขใดๆ (ร้อยละ 93.7) (ตารางที่ 3) ซึ่งสามารถอธิบายได้ตามลำดับดังนี้ จากการศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (2535) พบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นมารดาจะมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลสูงกว่าสมาชิกคนอื่น ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของนันทนา รัตนกร (2536) ที่พบว่า มารดามีบทบาทและหน้าที่ในการดูแลทุกข์สุขของสมาชิกในครอบครัวตามลักษณะของสังคมไทย เมื่อสมาชิกเกิดความเจ็บป่วย มารดาจึงเป็นผู้ที่คอยดูแลและนำส่งโรงพยาบาลเสมอ และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ยังพบอีกว่า เพศหญิงจะมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลมากกว่าเพศชาย ช่วงอายุ 36-55 ปีซึ่งจะใกล้เคียงกับผลงานวิจัยครั้งนี้ จะมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับมากทั้งด้านอาการ การดูแลผู้ป่วย สังคมและเศรษฐกิจ โดยเฉพาะด้านสังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งอาจเป็นเพราะช่วงนี้กำลังดำรงฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมมากกว่าวัยอื่นๆ ส่วนอายุ 56 ปีขึ้นไปจนถึง 60 ปีจะมีความวิตกกังวลต่อผู้ป่วยมากกว่าช่วงอายุอื่น ๆ ซึ่งอิริกสัน (Erikson อ้างใน สุรางค์ ไคว์ตระกูล, 2537) กล่าวว่า วัยนี้จะมีหน้าที่ในการดูแลด้านฐานะเศรษฐกิจ ความเป็นอยู่ในครอบครัว รวมทั้งต้องให้การสั่งสอนและเฝ้าดูความสำเร็จของบุตรหลาน รับผิดชอบต่อสังคมและชุมชน ตลอดจนมีการปรับตัวด้านร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมลง บางคนเกษียณอายุทำให้รายได้ลดลง เกิดความวิตกกังวลมากกว่าในวัยอื่นๆ ส่วนสมาชิกครอบครัวที่สมรสแล้วจะมีค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลสูงกว่าสถานภาพอื่นๆ เพราะต้องสร้างครอบครัวให้เป็นปึกแผ่น มีความรับผิดชอบอื่น ๆ และความสัมพันธ์ในครอบครัว และครอบครัวที่มีอาชีพทำนา ทำสวน ทำไร่ จะมีความวิตกกังวลสูงกว่าอาชีพอื่น ๆ เนื่องจากการมีการศึกษาต่ำ ขาดความรู้ความเข้าใจ โดยเฉพาะด้านอาการและการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้รับการเยี่ยมบ้านจากบุคลากร

ทางสาธารณสุขใดๆ เลย (ร้อยละ 93.7) (ตารางที่ 3) จะเห็นว่าค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีมาก

จากปัจจัยต่างๆ ดังกล่าวน่าจะทำให้ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีความต้องการการดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับมาก แต่จากผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้มีข้อน่าสังเกตว่ากลุ่มตัวอย่างมีความต้องการการดูแลผู้ป่วยที่บ้านอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น ซึ่งอาจอธิบายได้ดังนี้คือ ในด้านอายุของครอบครัวผู้ป่วย ช่วง 41-60 ปี ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ มีจิตใจเข้มแข็งในการปรับแก้ความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพเนื่องจากความเข้มแข็งของจิตใจในการปรับแก้ปัญหาของบุคคลจะพัฒนาขึ้นจนค่อนข้างถาวรเมื่ออายุ 30 ปี และสามารถพัฒนาได้อีก (Antonovsky, 1987) และจากการที่กลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวอยู่ในขั้นพอใช้ (ร้อยละ 48.0) มีค่าใช้จ่ายกับผู้ป่วยเฉลี่ยต่อเดือน 1,001 - 2,000 บาท (ตารางที่ 2) ซึ่งผู้มีรายได้พอใช้อาจสนองความจำเป็นพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในชีวิตได้ เช่น อาหารที่เพียงพอ ที่อยู่อาศัย ความปลอดภัย นันทนาการและฐานะทางสังคม เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชนาน หัสศิริ และคณะ (2537) ที่พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชที่มีหนี้สิน จะมีความวิตกกังวลมากกว่าครอบครัวที่ไม่มีหนี้สิน จึงน่าจะเป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมให้ครอบครัวสามารถที่จะดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมตามสมควร เพราะเศรษฐกิจที่พอมีพอใช้ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างเป็นครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลาที่ค่อนข้างมากคือ 2-5 ปี (ร้อยละ 43.3) (ตารางที่ 3) ซึ่งอาจมีผลทำให้ครอบครัวมีการปรับตัวต่อปัญหาหรือภาระต่างๆ ได้ดีขึ้น ประกอบกับหากผู้ป่วยอยู่ในช่วงที่อาการสงบ ไม่มีอาการกำเริบหรือรุนแรง ก็จะช่วยเอื้อให้ครอบครัวเกิดการปรับตัวได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของวรภข นิธิกุล (2535) ที่พบว่า ระยะเวลาที่เจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดและการเผชิญภาวะเครียดของครอบครัว คือ ระยะเวลาที่น้อย นับจากที่ผู้ป่วยเริ่มป่วยนั้น ครอบครัวจะมีความเครียดสูง และต้องใช้วิธีการปรับแก้ความเครียดมาก แต่ถ้าวการตอบสนองล้มเหลวความเครียดจะเพิ่มขึ้น ทำให้ต้องพยายามดึงเอาแหล่งประโยชน์จากภายนอกและภายในมาใช้จนเกิดการสมดุล ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการปรับให้เกิดสมดุลขึ้นมา จะเห็นว่าสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทนี้เป็นสิ่งเร้าที่เข้ามามีกระทบที่มีความสม่ำเสมอ แต่หากเป็นช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการสงบไม่กำเริบหรือรุนแรงในช่วง 2 - 5 ปี ญาติก็จะได้รับประโยชน์จากสิ่งเร้านี้ ซึ่งแอนโทนอฟสกี (Antonovsky, 1987) กล่าวว่า การที่บุคคลประสบกับสิ่งเร้าที่สม่ำเสมอ มีความพอดี ไม่รุนแรงมากขึ้นโดยเฉียบพลัน จะส่งผลให้บุคคลมองสิ่งเร้านั้นว่า เป็นสิ่งที่ไม่รุนแรงมากนักและเป็นสิ่งที่ตนเองสามารถจัดการแก้ไขได้ จึงเป็นปัจจัยที่ช่วย

เชื้อในการจัดการกับสถานการณ์ที่มีผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวได้

และจากการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีผู้ป่วยอื่นที่ต้องดูแล (ร้อยละ 85.0) (ตารางที่ 3) จึงทำให้ไม่มีปัญหาการดูแลผู้ป่วยอื่นเพิ่มเข้ามาอีก นอกจากนี้ส่วนใหญ่อยังอาศัยอยู่ในเขตจังหวัดเชียงใหม่ (ร้อยละ 36.2) (ตารางที่ 4) ซึ่งเป็นจังหวัดหนึ่งที่แม้จะเป็นจังหวัดใหญ่ ซึ่งเจริญมากในทางเทคโนโลยีต่างๆ แต่พื้นที่ส่วนใหญ่ก็ยังมีส่วนที่เป็นเรือกสวนไร่นาอยู่มาก ประชาชนยังมีวิถีชีวิตแบบพึ่งพาอาศัยกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบุญพา ณ นคร (2538) ที่พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ยังคงดำรงชีวิตแบบชาวชนบททั่วไปนิยมอยู่กันเป็นครอบครัวใหญ่ ยังมีความสัมพันธ์รักใคร่กันดี เป็นกำลังใจให้กันและกัน เกิดความอบอุ่น ทำให้เผชิญปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม ลักษณะของระบบเครือญาติจึงไม่ขาดคนช่วยเหลือดังกล่าว

สำหรับด้านแนวคิดทางการตลาด ได้กล่าวถึงพฤติกรรมของผู้รับบริการว่าจะมีการพิจารณาไตร่ตรองอย่างรอบคอบก่อนตัดสินใจเลือกใช้บริการเนื่องจากต้องเสียเงิน โดยทั่วไปแล้วผู้รับบริการจะมีความต้องการบริการที่มีคุณภาพ คำนึงกับเงินที่จ่ายไป (อัชจิมา เศรษฐบุตร และสายสวรรค์ วัฒนพานิช, 2535) อีกทั้งผู้รับบริการอาจยังไม่ได้รับทราบข้อมูล หรือได้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้านน้อย ตลอดจนยังคุ้นเคยกับการนำผู้ป่วยมาไว้ที่โรงพยาบาล ซึ่งทำให้ญาติหมดภาระและเกิดความสบายกว่าการที่จะดูแลที่บ้าน เพราะการดูแลผู้ป่วยที่บ้านยังไม่สามารถคาดการณ์ได้ว่าจะเกิดปัญหาอะไรขึ้นมาอีกในอนาคต อีกทั้งการบริการการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นบริการที่มีการดูแลรักษาที่ซับซ้อนและครอบคลุมมากกว่าการเยี่ยมบ้านที่เคยมีอยู่เดิม จำเป็นต้องมีการเสริมความเข้าใจให้ผู้รับบริการเห็นคุณค่าของบริการให้มากขึ้นเพราะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านยังได้รับความสนใจน้อยกว่าผู้ป่วยฝ่ายกายหรือผู้ป่วยประเภทอื่นๆ (Miller & Duffey, 1993) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทรัพย์ศิริ ชมประสพ (2540) วชิณี หัตถพนมและคณะ (2529) และสมพร รุ่งเรืองกลกิจและกฤตยา แสงเจริญ (2535) ที่พบว่า ครอบครัวรู้สึกว่ายังไม่พร้อมที่จะรับผู้ป่วยไปอยู่ด้วย ต้องการให้ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลตลอดไป และจะมีอุปสรรคถ้าต้องมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เช่น ไม่มีเวลา ไม่มีประสบการณ์ มีปัญหาเศรษฐกิจ และเกิดความเบื่อหน่าย เป็นต้น ส่วนศิริพร จิรวัดนกุล (2538) กล่าวว่า ครอบครัวยังเข้าใจว่าโรงพยาบาลที่รักษาผู้ป่วยจิตเวชคือสถานที่ลี้ภัยของบุคคลที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ และครอบครัวตลอดจนชุมชนไม่สามารถที่จะช่วยเหลือบุคคลเหล่านั้นได้อีกต่อไป

จากการที่การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านยังเป็นเรื่องค่อนข้างใหม่ในวงการการดูแลสุขภาพ

จิตและจิตเวชในประเทศไทย และยังไม่ได้จัดระบบที่ชัดเจนและมีความคลุมเครืออยู่ (จุจา ภูไพบูลย์, 2538) สอดคล้องกับการศึกษาของบุญพา ณ นคร (2538) ที่พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่ที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม การดำเนินชีวิตจะเป็นไปอย่างเรียบง่าย การที่ต้องเสนอแนวทางใหม่ที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตจึงไม่มีความจำเป็นนัก

จะเห็นว่าการจะให้ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยนั้น ถึงแม้จะได้พยายามปฏิบัติกันมาตลอด แต่ก็ไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากปัญหาหลายประการด้วยกัน เช่น ครอบครัวไม่มีความพร้อม ซึ่งอาจเกิดจากครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชเองที่ถึงแม้ว่าจะพอมีพอใช้หรือไม่เป็นหนี้ แต่ก็ถือว่ายังค่อนข้างจะยากจน การที่จะให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจึงไม่ใช่เรื่องง่ายเพราะครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทก็มีปัญหาของเขามากอยู่แล้ว (ดร.ณิ รุจกรกานต์, 2536)

จากปัจจัยดังกล่าวข้างต้นล้วนมีส่วนสนับสนุนให้ความต้องการการดูแลที่บ้านของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับปานกลาง ผู้วิจัยจึงมีความเห็นว่าการจัดบริการในรูปแบบใหม่นี้จะต้องมีการแก้ไขปรับปรุงและวางแผนการตลาดใหม่ คือเมื่อรู้ว่าผู้รับบริการมีความต้องการบริการในรูปแบบใดก็จะนำมากำหนดแผนงานในบริการรูปแบบนั้น เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของหน่วยงาน ซึ่งต้องอาศัยส่วนผสมทางการตลาดทั้ง 4 ด้าน มาเสริมให้เข้ากันให้เป็นที่ดึงดูดใจและเกิดความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการมากที่สุด คือ ด้านบริการ ด้านแหล่งบริการและวิธีให้บริการ ด้านการสนับสนุนค่าใช้จ่าย และด้านส่งเสริมการบริการ / การให้บริการเสริม ซึ่งการให้บริการต่างๆ เหล่านี้สามารถที่จะดำเนินการได้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขต 10 (ร้อยละ 65.4) (ตารางที่ 4) ซึ่งเป็นพื้นที่บริการด้านสุขภาพจิตของโรงพยาบาลสวนปรุง และอาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่ (ร้อยละ 36.2) (ตารางที่ 4) ซึ่งเป็นที่ตั้งของโรงพยาบาล การเดินทางมารับบริการสะดวก รวดเร็ว และเสียค่าใช้จ่ายต่างๆ น้อย

แต่อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันโรงพยาบาลสวนปรุง ยังไม่มีความพร้อมที่จะให้บริการการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เนื่องจากยังไม่มีหน่วยงานบริการโดยเฉพาะที่จะเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวให้กลับไปอยู่ร่วมกันที่บ้านได้โดยการสอนให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้องอย่างเป็นระบบ การเยี่ยมบ้านยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ไม่สม่ำเสมอและต่อเนื่อง ยังขาดบุคลากรที่มีทักษะในการให้คำปรึกษาประคับประคองจิตใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเข้ามาสนใจในงานด้านนี้ และบุคลากรบางคนขาดประสบการณ์ไม่มั่นใจในการให้การดูแลผู้ป่วย

ที่บ้าน ขาดการส่งเสริมบริการและประชาสัมพันธ์ที่เพียงพอ และที่สำคัญยังไม่มีระบบการเบิกจ่ายค่าบริการที่ครอบคลุมถึงบริการรูปแบบนี้ จึงทำให้ประชาชนขาดความสนใจ เพื่อปัญหาด้านเศรษฐกิจเป็นสิ่งสำคัญที่พวกเขาต้องเอาชนะก่อน

2. ความต้องการการดูแลที่บ้านของ ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทเป็นรายด้านและรายข้อ อภิปรายได้ดังนี้

2.1 ด้านการบริการ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความต้องการอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.03 (ตารางที่ 5) แต่เมื่อได้พิจารณาเป็นรายข้อจะพบดังนี้

2.1.1 เนื้อหาเกี่ยวกับการสอน ความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคและการฝึกปฏิบัติดูแล ผู้ป่วย มีความต้องการมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.31 (ตารางที่ 6) โดยหัวข้อการสอนความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท คู่มือปฏิบัติสำหรับญาติเรื่องการดูแลผู้ป่วย คู่มือปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยเรื่องการดูแลตนเอง การฝึกปฏิบัติเพื่อปลดปล่อย ชุมชนและให้กำลังใจผู้ป่วย มีความต้องการอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.73 2.54 2.46 และ 2.47 (ตารางที่ 6) หัวข้อการฝึกหัดวิธีแสดงความรัก ความห่วงใย ความเอื้ออาทรและช่วยเหลือผู้ป่วยที่เหมาะสม การฝึกปฏิบัติการรับฟังเพื่อแสดงความเข้าใจเห็นใจผู้ป่วย การฝึกสังเกตผลข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนจากฤทธิ์ของยาและการช่วยเหลือเบื้องต้น และการฝึกเฝ้าระวังและสังเกตอาการกำเริบซ้ำ มีความต้องการอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.51 2.54 2.38 และ 2.40 (ตารางที่ 6) โดยหัวข้อการสอนความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภทที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การดูแลรักษา การจัดการกับอาการทางจิต การรับประทานยา อาการข้างเคียงของยา และการป้องกันการกำเริบซ้ำ จะมีค่าเฉลี่ยของความต้องการอยู่ในระดับที่มากกว่าหัวข้ออื่น และไม่มีจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ต้องการในหัวข้อนี้เลย เนื่องจากครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มีความกังวลเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย ดังนั้นหลังจากออกจากโรงพยาบาล โดยเฉพาะถ้าได้รับการจำหน่ายเร็ว และไม่ได้รับคำแนะนำในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ จะวิตกกังวลว่าผู้ป่วยจะมีโอกาสเป็นโรคเดิมซ้ำอีก (สุทธิชัย ปานปรีชา, 2539) และอาการจะรุนแรงมากขึ้นกว่าเดิม จะมีผลกระทบต่อนักป่วยและครอบครัวในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ เพราะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น เพราะฉะนั้นการดูแลรักษาต่อเนื่องที่บ้านที่จะทำให้เกิดความมั่นใจ ปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยได้ จึงต้องมีการได้รับความรู้ทางจิตเวชและคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสำหรับครอบครัว โดยเฉพาะคำแนะนำเกี่ยวกับโรคและ

การป้องกันการกลับเป็นซ้ำอีก (Fowler, 1992) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมพร รุ่งเรืองกลกิจ และกฤตยาแสงวงเจริญ (2535) ที่พบว่า ครอบครัวมีความต้องการความช่วยเหลือในด้านการได้รับความรู้โดยการสอนเป็นอย่างมาก

2.1.2 เนื้อหาที่เกี่ยวกับการเยี่ยมตรวจและปฏิบัติการรักษาพยาบาลที่บ้าน มีความต้องการระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.11 (ตารางที่ 6) ในแต่ละหัวข้ออภิปรายได้ดังนี้

หัวข้อการเยี่ยมตรวจผู้ป่วยหลังจำหน่ายเป็นเวลา 3 เดือน ๆ ละ 1 ครั้ง การเยี่ยมตรวจโดยบุคลากรจากโรงพยาบาลจิตเวช บริการแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วยตามที่แจ้งขอและ บริการแนะนำปรึกษาแก่ครอบครัวตามที่แจ้งขอ กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.31 2.67 2.61 และ 2.58 ตามลำดับ โดยเฉพาะหัวข้อการเยี่ยมตรวจโดยบุคลากรจากโรงพยาบาลจิตเวช จะมีค่าเฉลี่ยความต้องการอยู่ในระดับที่มากกว่าหัวข้ออื่นในจำนวน 4 หัวข้อ จะเห็นว่าทั้ง 4 ข้อ กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการให้บุคลากรไปเยี่ยมตรวจและปฏิบัติการรักษาพยาบาลที่บ้านอยู่ในระดับมากเพราะการที่บุคคลได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอก็จะช่วยลดความตึงเครียด สามารถปรับตัวได้ถูกต้องเหมาะสมซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และครอบครัวด้วยซึ่งการเยี่ยมบ้านเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยยืนยันความช่วยเหลือที่จะให้กับครอบครัวผู้ป่วย (ดรุณี รุจกรกานต์, 2536) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมพร รุ่งเรืองกลกิจ และกฤตยาแสงวงเจริญ (2535) ที่พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยมีความต้องการให้บุคลากรของโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวอยู่ หรือบุคลากรทางสาธารณสุขอื่นออกติดตามเยี่ยมบ้านเพราะคาดว่าจะมีอุปสรรคถ้าต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน โดยเฉพาะบริการด้านให้คำแนะนำปรึกษานั้น นันทิกา ทวิชาชาติ (2539) กล่าวว่า ผู้ป่วยและครอบครัวต้องพยายามหาคำแนะนำ ปรึกษาผู้รู้ หรือบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อลดความเครียดของผู้ป่วยและครอบครัว ส่วนหัวข้อการเยี่ยมโดยอาสาสมัครสาธารณสุขมีความต้องการอยู่ในระดับน้อย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.15 (ตารางที่ 6) สอดคล้องกับการศึกษาของกลุ่มงานจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ (2541) ที่พบว่า ประชาชนคิดว่าบุคลากรของหน่วยงานนอกเหนือจากโรงพยาบาลจิตเวชจะไม่มีความรู้ ความเข้าใจผู้ป่วยพอ ซึ่งบุคลากรเหล่านั้นก็ยอมรับว่า ไม่พร้อมที่จะดำเนินงานสุขภาพจิตโดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุข

2.1.3 เนื้อหาเกี่ยวกับการช่วยแบ่งเบาภาระการดูแลผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความต้องการอยู่ในระดับน้อย มีค่าเฉลี่ย 1.33 (ตารางที่ 6) ในแต่ละหัวข้ออภิปรายได้ดังนี้

หัวข้อมีคนดูแลผู้ป่วยเป็นประจำต่อเนื่อง บุคลากรประจำครอบครัวเพื่อการ

ขอความช่วยเหลือต่อเนื่อง และบริการดูแลงานบ้านเป็นครั้งคราว มีความต้องการอยู่ในระดับน้อย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.09 1.38 และ 1.24 (ตารางที่ 6) เนื่องจากรายงานวิจัยของนันทนา รัตนาก (2536) วารุณี ตั้งเสรี (2538) และสมชาย พลอยล้อมแสง และคณะ (2532) พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่จะมีฐานะค่อนข้างยากจน ถึงแม้จะมีรายได้พอใช้ในครอบครัวแต่ก็ไม่มีเหลือเก็บ เพราะมีอาชีพหลักเกษตรกรรมและรับจ้าง จะเห็นว่าปัญหาด้านเศรษฐกิจเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ความต้องการของครอบครัวในการรับบริการในหัวข้อข้างต้นมีน้อย เพราะเกรงจะเสียค่าบริการเพิ่มอีก นอกเหนือจากค่าบริการรักษาที่จำเป็น ถึงแม้ว่าครอบครัวจะมีความต้องการให้มีคนช่วยแบ่งเบาภาระการดูแลผู้ป่วยก็ตาม เนื่องจากผู้ป่วยมักจะทำความเดือดร้อนให้ครอบครัวอยู่สม่ำเสมอ ทำให้ครอบครัวมีภาระงานเพิ่มขึ้น เพราะผู้ป่วยจิตเวชจะไม่ยอมรับความเป็นจริง (วิลาวรรณ เทพโสธร, 2538)

2.1.4 เนื้อหาเกี่ยวกับการช่วยเหลือด้านอาชีพการงาน มีค่าเฉลี่ยความต้องการระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.01 (ตารางที่ 6) พิจารณาเป็นรายข้อดังนี้

หัวข้อข้อมูลและข้อเสนอแนะในการใช้สวัสดิการของรัฐ มีความต้องการอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.39 (ตารางที่ 6) เนื่องจากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บเพราะมีอาชีพทำนา ทำไร่ ทำสวน จึงมีความต้องการในหัวข้อนี้มาก เพื่อจะได้ช่วยแบ่งเบาภาระบ้าง สอดคล้องกับสมพร รุ่งเรืองกลกิจ และกฤตยา แสงวงเจริญ (2535) และพิเชฐ อุดมรัตน์ (2539) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบ อุปสรรคเหล่านี้เช่น ปัญหาด้านเศรษฐกิจที่ต้องทำมาหากิน ทำให้ไม่มีเวลาดูแลผู้ป่วย แต่มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 7 รายที่ไม่ต้องการ เนื่องจากเบิกค่ารักษาได้ตามสิทธิ เพราะเป็นข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และข้าราชการเกษียณ

2.1.5 เนื้อหาเกี่ยวกับการช่วยผ่อนคลายความเครียดของญาติ มีค่าเฉลี่ยความต้องการอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.40 (ตารางที่ 6) พิจารณาเป็นรายข้อดังนี้

ในหัวข้อการสอนวิธีจัดการกับปัญหาประจำวันและความเครียด และบริการการปรึกษาปัญหาด้านจิตใจของญาติ มีความต้องการอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.56 และ 2.54 (ตารางที่ 6) จะเห็นว่า การมีผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัวยังคงเป็นปัญหาในสังคมไทย ครอบครัวจะต้องรับภาระดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างมาก และส่วนใหญ่จะเป็นผู้ดูแลที่ปราศจากการเตรียมพร้อมในทุกๆ ด้าน โดยเฉพาะด้านจิตใจ เป็นที่เข้าใจกันอยู่แล้วว่าครอบครัวใดที่มีผู้ป่วยจิตเวช

ครอบครัวนั้นอยู่ในภาวะวิกฤต ครอบครัวจึงเป็นแหล่งที่มีอิทธิพลทางอารมณ์ความรู้สึกเป็นอย่างมาก จึงรู้สึกเครียด ต้องการความช่วยเหลือ การประคับประคองทางจิตใจให้เผชิญการแก้ไขอารมณ์เหล่านั้น ซึ่งทีมสุขภาพจิตที่มีความเชี่ยวชาญในการประคับประคองทางอารมณ์แก่ครอบครัวเป็นรายบุคคลและกลุ่ม จะช่วยเหลือได้มาก (ดร.ณิ รุจกรกานต์, 2536)

จะเห็นว่า ถึงแม้กลุ่มตัวอย่างจะมีความต้องการด้านการบริการอยู่ในระดับปานกลาง แต่เมื่อพิจารณาข้อย่อยแล้วจะพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการหัวข้อการสอนความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและการฝึกปฏิบัติดูแลผู้ป่วยและหัวข้อการช่วยเหลือคลายความเครียดของครอบครัวอยู่ในระดับมาก ผู้วิจัยจึงเห็นว่าบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและครอบครัวควรจะนำหัวข้อทั้ง 2 ไปปฏิบัติให้มากขึ้น เพราะถึงแม้ปัจจุบันโรงพยาบาลสวนปรุงจะพยายามจัดโครงการในรูปแบบของการวิจัยเพื่อให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยการสอนให้ความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรค และการฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ โครงการตักสัณเฑาะอากาศที่รับผู้ป่วยและครอบครัวนอนในโรงพยาบาล โครงการ pre-lapse สำหรับครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท (จัดปีละ 2 รุ่น) คลินิกคลายเครียดเพื่อช่วยเหลือคลายความเครียดของครอบครัวและโทรศัพท์ปรึกษาปัญหาตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งบริการ ที่ได้กล่าวมายังอยู่ในขั้นพัฒนาและอยู่ในวงจำกัด ยังไม่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายกลุ่มใหญ่ คือกลุ่มของ ผู้ป่วยในและครอบครัวของผู้ป่วย

2.2 ด้านแหล่งบริการและวิธีใช้บริการ

มีค่าเฉลี่ยความต้องการอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.14 (ตารางที่ 5) พิจารณาเป็นรายข้อดังนี้

หัวข้อมีหน่วยงานที่มีการเตรียมตัวดูแลผู้ป่วยก่อนกลับบ้านขณะที่รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล มีหน่วยงานบริการโดยเฉพาะที่สะดวกในการติดต่อเมื่อผู้ป่วยจำหน่าย บริการปรึกษาทางโทรศัพท์ 24 ชั่วโมงเมื่อมีปัญหาวิกฤต และมีโรงพยาบาลจิตเวชประจำเพื่อรับผู้ป่วยฉุกเฉิน มีความต้องการอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.78 2.76 2.58 และ 2.67 (ตารางที่ 7) หัวข้อมีหน่วยงานที่มีการเตรียมตัวดูแลผู้ป่วยก่อนกลับบ้านขณะที่รักษาอยู่ในโรงพยาบาลเป็นสิ่งจำเป็น เพราะเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเมื่อยังไม่พร้อม คือ ไม่ได้เตรียมความพร้อมที่จะปรับตัวเข้าสู่สังคมเดิม ไม่ได้เตรียมที่จะรับผิดชอบชีวิตของตนเอง จึงควรมีกิจกรรมเสริมความพร้อมหลาย ๆ อย่าง (ศิริพร จิรวรรณกุล, 2538) เช่น มีหน่วยงานที่มีการเตรียมตัวผู้ป่วย ซึ่งจะจัดสิ่งแวดล้อม

ให้เหมาะสมกับผู้ป่วย ทำให้มีอาการดีขึ้นและช่วยให้สามารถปรับตัวในการเข้าสังคมที่ละน้อยจนกระทั่งออกสู่สังคมภายนอกได้ (ธีระ ลีลาพันธ์ทกิจ, 2539) ซึ่งความเครียดของครอบครัวจะลดลงได้ หากผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมจากโรงพยาบาลก่อนกลับบ้าน (ดรุณี รุจกรกานต์, 2536) ทำให้ครอบครัวมีความต้องการในหัวข้อนี้มาก

ในหัวข้อบริการปรึกษาทางโทรศัพท์ 24 ชั่วโมงเมื่อมีปัญหาวิกฤต จะเห็นว่า ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการสนับสนุนทางสังคมในทุกด้าน เช่น ด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า ด้านการได้รับการช่วยเหลือและด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นต้น (บุญพา ณ นคร, 2538) เป็นการเพิ่มความเข้าใจและการยอมรับของครอบครัว ปรับการแสดงออกของครอบครัวให้ดีขึ้น ช่วยครอบครัวในการแก้ไขปัญหาประจำวันที่เกิดขึ้นจากผู้ป่วย (พิเชฐ อุดมรัตน์, 2539) ครอบครัวจึงต้องการในหัวข้อนี้มาก ส่วนหัวข้อบริการจัดรถรับส่งระหว่างบ้านกับโรงพยาบาล มีความต้องการอยู่ในระดับน้อย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ .77 (ตารางที่ 7) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในเขต 10 ซึ่งเป็นพื้นที่บริการของโรงพยาบาลสวนปรุง และอาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่จึงอยู่ไม่ไกล การใช้รถส่วนตัวของญาติและรถประจำทางก็มีความสะดวก รวดเร็ว ที่สำคัญเกรงจะเสียค่าบริการแพง

จะเห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการให้มีหน่วยงานเพื่อเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนกลับบ้านโดยเฉพาะเพื่อความสะดวกรวดเร็วในการมาติดต่อ จากสภาพการณ์ในปัจจุบันและอนาคต โรงพยาบาลสวนปรุงน่าจะดำเนินการได้ เนื่องจากนโยบายของกรมสุขภาพจิตใน 4 - 5 ปีข้างหน้า พูดยถึง การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยไว้อย่างชัดเจน และโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิตก็เริ่มมีหน่วยงานดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยเฉพาะแล้วที่โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ แต่หากยังไม่มีการตั้งหน่วยงานในลักษณะนี้ขึ้นมา บุคลากรในหอผู้ป่วยก็สามารถที่จะดำเนินการด้านนี้ได้ แต่ต้องปรับระบบบริการภายในหอผู้ป่วยที่เป็นระบบกิจวัตรที่เป็นการดูแลทั่วไปและเอกสาร ให้มีเวลากับผู้ป่วยและครอบครัวให้มากขึ้น

2.3 ด้านการสนับสนุนค่าใช้จ่าย

มีความต้องการในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.96 (ตารางที่ 5) อภิปรายเป็นรายข้อดังนี้

หัวข้อให้รัฐรับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมด มีความต้องการอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.66 (ตารางที่ 8) จะเห็นว่าครอบครัวต้องการการสนับสนุนทางสังคมที่ดี เพื่อพัฒนา

ศักยภาพ และเพิ่มความแข็งแกร่งให้ครอบครัว ให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ (พิเชฐ อุดมรัตน์, 2539 และดรุณี รุจกรกานต์, 2536) และการสนับสนุนที่ตันทันทีคือ การสนับสนุนด้านเศรษฐกิจ ซึ่งครอบครัวมีความต้องการมาก โดยเฉพาะสภาพเศรษฐกิจเป็นปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่งจะมีผลทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาในโรงพยาบาลอีก เนื่องจากพบว่าครอบครัวไม่มีเงินมารับยาให้ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยขาดยา (วัชนี หัตถพนม และคณะ, 2529) มีผลทำให้ครอบครัวมีความต้องการในหัวข้อนี้มาก จึงสอดคล้องกับการศึกษาของนันทนา รัตนกร (2536) ที่พบว่า ครอบครัวก็ยังต้องการให้โรงพยาบาลจ่ายค่ายาและช่วยให้การรักษาฟรีต่อไป ถึงแม้ว่าจะไม่มีปัญหาทางเศรษฐกิจมากนักก็ตาม ซึ่งบางรายที่มีบัตรสปร. ก็ได้รับการรักษาพยาบาลฟรีทั้งค่ายาและค่าบริการ สำหรับหัวข้อรับผิดชอบค่าบริการของการให้บริการที่บ้านในแต่ละครั้งเองนั้น มีความต้องการอยู่ในระดับน้อย ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.22 (ตารางที่ 8) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอัจจิมา เศรษฐบุตร และสายสวรรค์ วัฒนพานิช (2535) ที่พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่คุ้นเคยกับการจ่ายค่าบริการทางสุขภาพ มักจะคิดว่าเป็นสวัสดิการจากรัฐ

จะเห็นได้ว่า ประชาชนยังต้องการให้รัฐช่วยเหลือด้านสวัสดิการอยู่มาก รัฐจึงมีนโยบายให้มีบัตรประกันสังคม บัตรสุขภาพและบัตรสปร.(สวัสดิการเพื่อประชาชนด้านการรักษาพยาบาล) แต่ก็มีปัญหาในการใช้บริการอยู่มาก เพราะต้องผ่านโรงพยาบาลประจำครอบครัวที่มีชื่อในบัตรก่อนถึงจะใช้บริการในโรงพยาบาลเฉพาะทางได้ซึ่งบางครั้งอาจจะไม่ทันการ โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน และที่สำคัญยังไม่ครอบคลุมถึงการเบิกจ่ายในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หน่วยงานสุขภาพจึงควรพัฒนาสวัสดิการด้านนี้ให้มีความทันสมัยกับเหตุการณ์ปัจจุบันดังเช่นประเทศที่พัฒนาแล้ว เพราะเศรษฐกิจเป็นเรื่องที่สำคัญสำหรับประชาชนโดยทั่วไป

2.4 ด้านส่งเสริมการบริการ / การใช้บริการเสริม

มีความต้องการระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.11 (ตารางที่ 5) อภิปรายเป็นรายข้อ ดังนี้

หัวข้อบริการตรวจสุขภาพจิตในกิจกรรมชุมชนต่างๆ และหัวข้อการให้ความรู้ทางสุขภาพจิตทางวิทยุและโทรทัศน์ มีความต้องการอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.28 และ 2.29 ตามลำดับ (ตารางที่ 9) จะสังเกตเห็นว่าหัวข้อบริการตรวจสุขภาพจิตในกิจกรรมชุมชนต่างๆ ประชาชนสามารถรับบริการได้โดยไม่ต้องไปโรงพยาบาล ซึ่งการเยี่ยมตรวจโดยบุคลากรในชุมชน

การให้บริการเคลื่อนที่ในชุมชนให้กับผู้ป่วย จะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบอีกได้ (พิเชษฐ อุดมรัตน์, 2539) เป็นการผสมผสานการรักษาพยาบาลและบริการที่มีอยู่ในชุมชนเข้าด้วยกัน เป็นการให้ความสำคัญของงานบริการในชุมชนให้เท่าเทียมกับการรักษาในโรงพยาบาล (Reinke & Greenley, 1986) ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการวิจัยของกลุ่มงานจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ (2541) ที่พบว่า ประชาชนที่รับบริการมีความพึงพอใจในการเปิดคลินิกสุขภาพจิต ให้คำปรึกษาผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและปัญหาต่างๆ ผลิตและเผยแพร่เอกสารสุขภาพจิตจัดตั้งไว้ที่ประชาชนหยิบอ่านได้สะดวก และยังนำไปเผยแพร่ที่ ศสมช. (ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน) โรงเรียน ที่อ่านหนังสือพิมพ์ประจำหมู่บ้านและศาลาวัดอีกด้วย มีการจัดทำชมรมผู้สูงอายุ จัดกิจกรรมวันสำคัญต่าง ๆ โดยให้ความใส่ใจในสุขภาพจิตแก่บุคคลทุกเพศทุกวัยในชุมชน หัวข้อการให้ความรู้ทางสุขภาพจิตทางวิทยุและโทรทัศน์ จะสังเกตเห็นว่าไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ต้องการหัวข้อนี้เลย เนื่องจากแทบทุกครัวเรือนจะมีวิทยุหรือโทรทัศน์อย่างใดอย่างหนึ่ง ที่สามารถจะรับทราบข้อมูลข่าวสารต่างๆ ได้ ดังนั้นการที่ครอบครัวจะรับทราบข้อมูลข่าวสารได้ จำเป็นต้องมีการประชาสัมพันธ์เป็นเครื่องมือในการส่งเสริมการบริการซึ่งเกี่ยวข้องกับสื่อต่างๆ ดังนั้นการประชาสัมพันธ์จึงมีส่วนสำคัญในทางการตลาด เป็นการสร้างความรู้สึกให้ผู้รับบริการเห็นคุณค่าของบริการที่โรงพยาบาลจัดขึ้น จะทำให้ครอบครัวเกิดความมั่นใจ แน่ใจในการตัดสินใจใช้บริการ แต่จำเป็นต้องกระทำในขอบเขตของวิชาชีพที่กำหนดในกฎหมายด้วย (อัจจิมา เศรษฐบุตร และสายสวรรค์ วัฒนพานิช, 2535)

ถึงแม้ปัจจุบัน กรมสุขภาพจิตจะใช้แนวคิดทางการตลาดมาใช้ในการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์งานสุขภาพจิตมากขึ้นโดยอาศัยสื่อมวลชน แต่จะเน้นทางด้านประชาสัมพันธ์หน่วยงานและสุขภาพจิต ยังไม่ครอบคลุมถึงการบริการในรูปแบบอื่น โดยเฉพาะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ส่วนการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายโดยตรง โดยเฉพาะการออกหน่วยเคลื่อนที่ในชุมชนก็ยังทำได้ไม่สม่ำเสมอและต่อเนื่อง ทำให้เสียโอกาสที่จะเข้าไปให้คำแนะนำชี้แจงเกี่ยวกับบริการรูปแบบใหม่ๆ ซึ่งถ้าหากหน่วยงานเน้นบริการเชิงรุกมากขึ้นแล้ว เช่น ออกหน่วยให้บริการตรวจสุขภาพจิตให้คำปรึกษาด้านจิตใจฟรี จัดกิจกรรมในวันสำคัญต่างๆ แจกเอกสารแผ่นพับ เป็นต้น ก็จะทำให้ประชาชนมีความสนใจ เข้าใจบริการมากขึ้น