



นิพนธ์ต้นฉบับ

ประสบการณ์ชีวิตของพยาบาลศูนย์บริการ สาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

วิภาวี เผ่ากันทรารกร*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : ศึกษาประสบการณ์และวิธีการของพยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในระหว่างการทำงาน

วัสดุและวิธีการ : ศึกษาจากพยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 68 แห่ง วิธีการเลือกผู้ให้ข้อมูลอย่างเฉพาะเจาะจง มีผู้ยินดีให้ข้อมูล 109 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์เนื้อหา

ผล : ผลการศึกษา พยาบาลที่ให้ข้อมูลมีทั้งหมด 109 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง เกือบครึ่งหนึ่งมีอายุระหว่าง 41-50 ปี 3 ใน 4 มีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ในด้านการงาน 3 ใน 4 มีประสบการณ์การทำงานในชุมชนตั้งแต่ 16 ปีขึ้นไป โดยพยาบาลทั้งหมดมีความมั่นใจว่าตนเองมีความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับชุมชนมากพอที่จะทำงาน แต่ด้านการงานจิตเวชพยาบาลมากกว่าครึ่งมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพียง 1-3 คน และพยาบาลทั้งหมดรับรู้ว่าตนเองมีความรู้ทางจิตเวชเพียงเล็กน้อยและไม่มีความรู้ทางจิตเวชเลย ประสบการณ์โดยตรงในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชพบว่าพยาบาลให้ข้อมูลใน 3 ประเด็น คือ 1) ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยจิตเวชในสายตาประชาชนและญาติ มีทั้งแง่บวกและแง่ลบ 2) ท่าทีของพยาบาลต่อการทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนเป็นลักษณะกลัว เครียด กังวล 3) วิธีการและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนของพยาบาลมีลักษณะทำตามความเข้าใจและประสบการณ์เดิม

สรุป : ผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นของระบบการเตรียมความพร้อมให้บุคลากรสาธารณสุขสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างมั่นใจและมีเจตคติทางบวกต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของทั้งบุคลากรผู้ปฏิบัติงานและประชาชนในชุมชน

คำสำคัญ : ประสบการณ์ชีวิต ผู้ป่วยจิตเวช พยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุข

*พยาบาลวิชาชีพ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา



LIFE EXPERIENCES OF PUBLIC HEALTH CENTER NURSES TO CARE PSYCHIATRIC PATIENTS

Wipawee Phaokuntarakorn *

Abstracts.

Objective : This study, using qualitative research methodology, aims to understand life experience of public health center nurses to care psychiatric patients.

Material and Method: Data were collected through in-depth interview and focus group discussion techniques. One hundred and nine public health center nurses were purposively selected as key-informants. The data were collected by in-depth interview and focused group discussion after that were analyzed by content analysis.

Results : The results revealed that most health centers' nurses were women aged between 41-50 years, 3 in 4 having more than 16 years experiences in the community even so they were afraid in take care of psychiatric patients because of their lack of the knowledge and psychiatric patients practices. The public health center nurses described their life experience 3 theme : 1) The image of psychiatric patients in the public and relatives view that were both positive and negative. 2) Attitudes of nurses in caring for psychiatric patients in the community that were afraid in take care of patients because of their lack of the knowledge. 3) Nurses used the original knowledge and previous experience for Management and patient care in community psychiatric

Conclusion: This study demonstrates the necessity of preparing for health personnel to take care of psychiatric patients with confidence and positive ways that were good quality of life both psychiatric patients and health personnel.

Key words : life experiences, public health nurses, psychiatric patients

*registered nurse, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

บทนำ

การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวช ในปัจจุบัน รัฐบาลมีนโยบายให้ลดระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลให้สั้นลง โดยให้ผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัวเร็วขึ้น เพื่อลดค่าใช้จ่ายการดูแลในโรงพยาบาล ลดอัตราการครองเตียง รวมถึงการพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนระดับต่างๆ¹ โดยเฉพาะการให้บริการระดับปฐมภูมิ ซึ่งพยาบาลเป็นบุคลากรหลักที่สำคัญในการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ^{2,3,4} และประชาชนมีความเห็นว่าพยาบาลเป็นบุคคลที่เหมาะสมในการให้บริการระดับปฐมภูมิ^{5,6,7} เนื่องจากพยาบาลจะมีหน้าที่ดูแลรับผิดชอบสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่อง โดยประยุกต์ความรู้ทางการแพทย์ จิตวิทยา สังคมศาสตร์ อย่างผสมผสาน มีการจัดบริการทั้งในสถานบริการ และนอกสถานบริการ มีระบบการส่งต่อและเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสม⁸ ด้วยหน้าที่หลัก 4 ประการคือ รับผิดชอบในความปลอดภัยของชีวิตผู้ป่วย ฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยเมื่อเกิดความเจ็บป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ ทำการป้องกันโรคหรือสร้างภูมิคุ้มกันโรคให้แก่ประชาชน และส่งเสริมสุขภาพอนามัยของประชาชนให้สุขสมบูรณ์⁹

จากความรับผิดชอบของพยาบาลดังกล่าว การดูแลผู้ป่วยจิตเวชจึงเป็นหน้าที่หนึ่งที่สำคัญยิ่งไม่ได้ เนื่องจากผู้ป่วยด้วยโรคจิตเวชมักจะกลับเป็นซ้ำ และทำให้เกิดความสูญเสียอย่างมากมายที่ประเมินค่ามิได้¹⁰ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีผู้ป่วยมากกว่าโรคจิตเวชอื่นๆ เนื่องจากโรคนี้มักไม่หายขาด มีการดำเนินโรคอย่างเรื้อรังและ

อาจมีอาการกำเริบเจ็บป่วยเป็นระยะๆ แม้ว่าหลักฐานต่างๆ สนับสนุนพยาบาลชุมชนเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และมีการศึกษาที่ชัดเจนแล้วว่าการช่วยให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนได้นั้นต้องอาศัยการดูแลที่ต่อเนื่องและพยาบาลชุมชนเป็นผู้มีบทบาทการทำงานดังกล่าว แต่ขณะเดียวกันก็มีบางการศึกษาพบว่า การทำหน้าที่บทบาทเกินขอบเขตทำให้พยาบาลมีความคับข้องใจและไม่มั่นใจในการทำงาน¹¹ รวมถึงรู้สึกเครียดจากการปฏิบัติบทบาท เนื่องจากความสามารถน้อยกว่าบทบาท¹² แต่ไม่ปรากฏรายงานใดในประเทศไทยที่กล่าวถึงความรู้สึกของพยาบาลชุมชนที่ต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชว่ามีความรู้สึกอย่างไร มีความพร้อมมากน้อยเพียงใดในการทำหน้าที่ดังกล่าว ซึ่งพยาบาลชุมชนที่ปฏิบัติงานในระดับปฐมของกรุงเทพมหานครคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์บริการสาธารณสุข จึงสนใจศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในระหว่างการเยี่ยมบ้าน เพื่อให้การช่วยเหลือและสนับสนุนพยาบาลเหล่านี้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยศึกษาจากพยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 68 แห่ง ด้วยวิธีการ snow ball มีผู้ยินดีให้ข้อมูล 109 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป การสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยนำ

ข้อมูลการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มมาถอดเทปในลักษณะคำต่อคำพร้อมทั้งตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูลเพื่อความถูกต้องของเนื้อหา และนำข้อมูลที่ได้อามาวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา

1. ลักษณะทั่วไปทางประชากร พยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 1 ให้ข้อมูลมีทั้งหมด 109 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวนร้อยละ 96.33 เกือบครึ่งหนึ่งมีอายุระหว่าง 41-50 ปี 3 ใน 4 มีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ในด้านการทำงาน 3 ใน 4 มีประสบการณ์การทำงานในชุมชนตั้งแต่ 16 ปี ขึ้น โดยพยาบาลเยี่ยมบ้าน ศูนย์บริการสาธารณสุขทั้งหมดที่ให้ข้อมูลมีความมั่นใจว่าตนเองมีความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับชุมชนมากพอที่จะทำงาน แต่ทางด้านงานจิตเวช มากกว่าครึ่งมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพียง 1-3 คน และความรู้ทางจิตเวชส่วนใหญ่จะรับรู้ว่าคุณเองมีความรู้เพียงเล็กน้อยมีจำนวนถึง ร้อยละ 88.39 และพยาบาลเยี่ยมบ้าน ศูนย์บริการสาธารณสุข อีก ร้อยละ 11.61 มีการรับรู้ตนเองว่าไม่มีความรู้ทางจิตเวชเลย

2. ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และวิธีการในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในระหว่างการเยี่ยมบ้านของพยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุข ได้อธิบายประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในระหว่างการเยี่ยมบ้านสามารถอธิบายได้เป็น 3 ประเด็นคือ

2.1 ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยจิตเวชในสายตาประชาชนและญาติ

พยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุขได้ อธิบายภาพลักษณ์ของผู้ป่วยจิตเวชในสายตาของประชาชนที่อยู่ในชุมชนระหว่างการเยี่ยมบ้าน และญาติของผู้ป่วยที่ต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยไว้ดังนี้

2.1.1 ประชาชนทั่วไป

2.1.1.1. ภาพลักษณ์ผู้ป่วยจิตเวชในสายตาประชาชนทั่วไป โดยผ่านมุมมองของพยาบาลได้อธิบายภาพลักษณ์ผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ในจิตใจของประชาชนเป็นไปตามบริบทของชุมชน พฤติกรรมของผู้ป่วยขณะอยู่ในชุมชน รวมทั้งพื้นฐานการรับรู้ของประชาชนในแต่ละแห่ง ซึ่งมีทั้งแง่บวกและแง่ลบ

ภาพสะท้อนในทางลบ

ส่วนใหญ่ประชาชนทั่วไปมีภาพพจน์ในทางลบ โดยมองว่าผู้ป่วยจิตเวช คือ คนบ้า คนเสียสติ ผู้ป่วยเป็นบุคคลที่ควบคุมตัวเองไม่ได้ จึงทำให้ประชาชนมีความรู้สึกกลัว กลัวว่าผู้ป่วยจะทำร้าย และกรณีผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเอะอะอาละวาด ทำเสียงดัง จะทำให้ประชาชนรับรู้ผู้ป่วยควบคุมตนเองไม่ได้ก็จะยิ่งกลัวมากขึ้น

“ชาวบ้านเขาไม่ได้มองในทางบวก คือที่มองคนไข้ไม่ได้มองทางบวก เท่าที่รู้มานะ....มันจะเป็นทางลบ ทางลบ ลบเลยแหละ”

การที่ประชาชนมีภาพลักษณ์ในทางลบต่อผู้ป่วยจิตเวชเป็นการให้ความหมายที่สะท้อนให้เห็นการรับรู้ของประชาชนต่อผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งการให้ความหมายเช่นนี้มีความเกี่ยวเนื่องกับความเชื่อดั้งเดิมที่เกิดจากการบอกเล่าต่อๆ กันมา อาการที่แสดงออกของเป็น

พฤติกรรมที่เป็นอันตราย การปรากฏของสื่อต่างๆ ที่สะท้อนภาพผู้ป่วยในด้านพฤติกรรมรุนแรง หรือการทำร้ายผู้อื่น รวมทั้งในแง่กฎหมายที่ประชาชนมีการรับรู้กฎหมายปกป้องผู้ป่วยจิตเวช การเข้าใจดังกล่าวส่งผลให้ประชาชนมีการให้ความหมายต่อผู้ป่วยจิตเวชแตกต่างกันไป

“มุมมองของชาวบ้าน เขายังมีความคิดเก่าๆ อยู่ว่า คนไข้จิตเวชเนี่ย เป็นคนบ้า คนเสียสติ...”

ในสายตาของประชาชนการเป็นคนบ้า คนเสียสติ เป็นสัญลักษณ์ของภัยอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับคนที่อยู่ใกล้ ทำให้ปฏิเสธการอยู่ร่วมกับผู้ป่วย

“ชาวบ้านเขามีความคิด มีความเชื่อเก่าๆ.....เค้าจะมองว่าถ้าเป็นคนบ้าเป็นคนอันตราย น่ากลัวไม่อยากเข้าใกล้”

“คนเขาไม่อยากเข้าใกล้ เวลาคนไข้ออกไปเดินเล่น เขาก็เดินหลบๆ”

ความเชื่อของประชาชนที่เห็นว่าผู้ป่วยเป็นคนอันตรายเป็นความเชื่อที่เป็นมานาน ในมุมมองพยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุขที่ให้ข้อมูลมีความคิดเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงความเชื่อดังกล่าวทำได้ยากและต้องมียุทธวิธีเปลี่ยนแปลงที่ต่อเนื่อง

“เขาเชื่อว่าคนไข้จิตเวชเป็นคนบ้า เขาจะมีมุมมองอย่างนั้น....เราจะเปลี่ยนแปลงความคิดนี้ ไม่ใช่ว่าจะเปลี่ยนได้ปั๊บ.....เราก็ค้ำหุ้มหรือเปลี่ยนแปลงความคิดเค้าไม่ได้ มันต้องค่อยๆทำอย่างต่อเนื่องนะ ”

ความเชื่อที่ประชาชนมีต่อผู้ป่วยจิตเวชมีลักษณะที่เป็นความน่ากลัวนั้น น่าจะเกิดจากหลายสาเหตุ ซึ่งส่วนสำคัญประการหนึ่งคือพฤติกรรมของตัวผู้ป่วยเอง

“ชาวบ้านเขากลัวกัน เขาจะกลัว กลัว กัน”

“เขาไม่ไว้วางใจ กลัวคนไข้จะทำร้ายอะไรอย่างนี้ พฤติกรรมเขาไม่ปกติ”

การที่ประชาชนให้ความหมายผู้ป่วยจิตเวชว่าเป็น ความน่ากลัว และเป็นอันตรายเกิดจากคำว่า คนไข้จิตเวชหรือพฤติกรรมที่เกิดจากอาการ เนื่องจากประชาชนมีประสบการณ์ รู้เห็นพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เป็นอันตรายผู้อื่น หรือมีการแสดงออกของพฤติกรรมที่ไม่น่าไว้วางใจ ทำให้ประชาชนมีความรู้สึกกลัวและปฏิเสธผู้ป่วย

“พอบอกว่าเป็นคนไข้จิตเวช ชาวบ้านเขาจะคิดไปก่อนแล้วว่า น่ากลัว คนบ้าน่ากลัว เขารับไม่ได้”

“คนไข้ผู้ชาย เวลาเขาอาละวาดจะหนีขึ้นบ้าน ชาวบ้านก็บอกกลัวก็โทรมาหาศูนย์ฯ ว่าจะให้หมอช่วยหน่อย...ชาวบ้านเขาบอกว่าเขาไม่ไหวแล้ว เขากลัวกัน”

ประชาชนมักจะจดจำพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกในช่วงที่มีอาการเจ็บป่วยโดยไม่ได้สนใจว่า การแสดงออกของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นนั้นเป็นอาการ หรือความเจ็บป่วยที่รักษาได้

“คนไข้เขามีอาการทางจิตว่า เขาไปทำร้ายคนอื่น....คนไข้คนนี้เลยต้องรับการบำบัด เลยทำให้คนในละแวกนี้กลัว หลังบำบัดเขากลับเข้ามาในชุมชน คนเขาก็กลัวไม่กล้าเข้าใกล้ ”

นอกจากนี้ความน่ากลัวในความหมายประชาชนมีต่อคำว่าผู้ป่วยจิตเวชแล้ว ยังสืบเนื่องจากในช่วงที่มีอาการผู้ป่วยบางคนมีการทำผิดกฎหมายจนมีคดีติดตัว เมื่อประชาชนรับรู้ว่าเป็นผู้มีคดีไม่ว่าเป็นคดีรุนแรงหรือไม่

ก็ตาม ประชาชนจะรู้สึกกลัวและไม่ไว้วางใจผู้
ป่วยนั้นๆ อย่างไม่สามารถแก้ไขได้ นอกจากนี้
นี้ประชาชนยังมีการรับรู้อีกว่าผู้ป่วยทางจิตทำ
อะไรกฎหมายไม่เอาผิด

“เขาเป็นคนไข้สถาบัน... ที่ดูเรื่องคดี คือ
พอเขาเขามีคดี ชาวบ้านเขาก็กลัวจริงๆ
คดีก็ไม่ได้รุนแรงอะไรมากนัก แต่ชาวบ้าน
ไม่ยอมเอาเลยนะ ”

“เขาคิดว่าคนไข้พวกนี้ ถ้าเกิดเขาทำ
อะไรเราทำร้ายเราอะไรอย่างเนี่ย เขาจะ
ไม่คุยเรื่องกฎหมาย เขาไม่คิด เราทำร้าย
เขาไม่ได้ประมาณเนี่ย เพราะเขาป่วยนะ ”

ภาพสะท้อนในทางบวก

ประชาชนไม่ได้ภาพลักษณ์ผู้ป่วยจิตเวช
ในทางลบเพียงอย่างเดียว แต่กลับมีความรู้สึก
ในทางบวกต่อผู้ป่วย คือ รู้สึกว่าผู้ป่วยเป็น
คนน่าสงสาร และยิ่งผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรม
ทำร้ายผู้อื่นและมีการอยู่ในชุมชนเป็นเวลานาน
ประชาชนจะไม่รังเกียจ และจะรู้สึกสงสารผู้
ป่วยมาก

“ถ้าคนไข้ไม่มีอาการคุกคาม อาละวาดชาวบ้าน
เขาก็จะไม่รู้สึกว่าผู้ป่วยหรือเป็นที่รังเกียจนะ
ส่วนใหญ่เขาจะสงสาร ”

“คนในชุมชนที่เขาคุ้นเคย เขาจะไม่ค่อยกลัว เขา
จะคุ้นกับผู้ป่วย กล้าที่จะพูดคุยกับคนไข้ ”

ความรู้สึกในทางบวกของประชาชน
ส่งผลมีการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยในชุมชนได้
อย่างดี โดยเฉพาะชุมชนที่มีความใกล้ชิดสนิท
กัน

“ชุมชนเขาเอื้ออาทรกัน... พ่อแม่เค้าไม่อยู่บ้าน
และคนไข้ก็เดินเร่ร่อนไปมา ชาวบ้านสงสารช่วยให้
ยาทุกวันและทุกครั้ง คนไข้เขาก็อยู่บ้านได้ เขาไม่

ทำร้ายใคร ”

“เขาเห็นใจกัน... ในชุมชนที่ยากจนเค้าก็จะลำบาก
พวกเขาที่เอื้ออาทรกัน เค้าจะช่วยกันดูแลให้การให้ข้าวให้ปลา
คนไข้ ”

แต่ในชุมชนที่ประชาชนไม่สนิทสนม
กันมากนัก ประชาชนจะไม่สามารถเข้าไป
เกี่ยวข้อง หรือให้การดูแลผู้ป่วยได้แม้ว่าจะรู้สึก
ดีต่อผู้ป่วยก็ตาม

“บางชุมชน ชาวบ้านเขาอยากช่วยนะ แต่เขาไม่
สามารถยื่นมือยื่น ไม่เข้ามาช่วยได้มากนักเขาไม่สนิทกันนะ ”

อย่างไรก็ตามการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย
มีเพียงบางชุมชนเท่านั้น แต่ในชุมชนส่วนใหญ่
แม้ประชาชนมีความสงสารแต่ภายใต้ความ
สงสารนั้น ประชาชนก็ยังไม่ไว้วางใจโดยรับรู้
ได้จากการไม่ให้ลูกหลานเข้าใกล้หรือเข้าไปยุ่ง
เกี่ยว

“ใจก็สงสาร แต่ก็ไม่กล้าที่จะยื่นมือเข้าไป
ช่วยเหลือหรอก ยิ่งให้ลูกหลานไปเล่นด้วยเขาไม่ยอม
เลย ”

“เขาก็รับรู้ว่าเป็นคนไข้จิตเวช ไม่เป็นอันตราย
ต่อคนอื่น เขาก็ไม่รังเกียจ แต่เขาก็ไม่ให้ลูกหลานอยู่
ใกล้ๆ นะ เขากลัว ”

การที่ประชาชนมีความรู้สึกดังกล่าว
สืบเนื่องจากความเชื่อว่าผู้ป่วยจิตเวชเป็นบุคคล
ไม่น่าไว้วางใจ ไม่น่าเข้าไปยุ่งเกี่ยว ความเชื่อ
นี้ส่งผลให้ประชาชนไม่สนใจหรือไม่ให้ความ
ช่วยเหลือใด ๆ แก่ผู้ป่วย

“คนในสังคมที่น่าคนไข้มาปรึกษาไม่บ่อยหรอก
ส่วนใหญ่จะไม่สนใจคนไข้ ”

“คนไข้เขาไม่ก่อความเดือดร้อนเขาก็ไม่ให้ความ
สนใจหรอก ”

นอกจากประชาชนไม่ให้ความช่วยเหลือแล้วประชาชนยังมีความคิดว่าการช่วยเหลือที่มีต่อผู้ป่วยเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

“ชาวบ้านเขากลัวคนไข้กัน เขาจะโทรมาบอกเราว่าทำไมเราไม่มาจัดการเอาคนไข้ไปรักษา”

“ชาวบ้านคิดว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นหน้าที่ของบุคลากรสาธารณสุข เจ้าหน้าที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วย เขาไม่เกี่ยวเขาไม่มีหน้าที่ดูแลเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่นะ ”

2.1.1.2 การปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเวช การที่ประชาชนมีภาพลักษณ์ในลักษณะที่ผู้ป่วยเป็นคนบ้า คนเสียสติ คนที่น่ากลัว ไม่น่าไว้วางใจ ส่งผลให้ประชาชนมีการเลือกปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเวชที่ต่างจากคนทั่วไปโดยมีพฤติกรรมการแสดงออกในทางปฏิเสธในรูปแบบที่แตกต่างกันคือ มีตั้งแต่การไม่พูด การไม่มีปฏิสัมพันธ์ การปฏิเสธ การไม่เกี่ยวข้อง ตีจากไปจนถึงการจับได้

“นอกจากกลัวแล้วเขาก็ไม่ยอมมีปฏิสัมพันธ์หรือไม่พูดคุยกับผู้ป่วยกันเขาพยายามเลี่ยงๆไปหรือมองอย่างระแวงๆอ่า”

“เราไปถามหาคนไข้ ตามจากรปภ จากแม่บ้านอะไร พวกนี้ เขาก็บอกว่า อย่าไปยุ่งเลยอะไรอย่างเงี้ย ”

“คนไข้แม้ไม่มีอาการเขาก็รู้สึกว่าย่าไปยุ่งกับคนนั้นนะ เป็นคนบ้า ในชุมชนจะบอกว่าคนบ้าอย่าไปยุ่งอย่าไปพูดด้วย ”

“ชาวบ้านเขาถามว่า หมอจะอย่างไรถึงจะเอามันออกไปได้ เอามันไปไว้ที่ไหนก็ได้..ชาวบ้านเขาไม่อยากในให้คนไข้อยู่ด้วย”

บางชุมชนมีการจับได้ผู้ป่วยออกไปจากชุมชน หรือในกรณีที่ผู้ป่วยอะอะ อาละวาด หรือก้าวร้าวรุนแรงประชาชนก็จะทำร้ายผู้ป่วยกลับคืน แต่ก็จะมีใครเข้ามายุ่งเกี่ยวเพราะกลัว และประชาชนบางคนคิดว่าไม่ใช่หน้าที่ไม่ใช่ธุระของตัวเอง ไม่เข้าไปเกี่ยวข้องยกเว้นกรณีที่จะเป็นอันตรายรบกวนคนในชุมชนมากก็จะโทรศัพท์แจ้งตำรวจหรือโรงพยาบาลให้มารับตัวผู้ป่วยให้ออกไปจากชุมชน

“บางชุมชนเนี่ยก็จะมองว่าไม่ใช่หน้าที่เขา คือเขาจะไม่ยุ่งเกี่ยว ไม่ช่วยดูแลอะไรอย่างเนี่ย”

“เขากลัวคนอันเป็นที่รักของคนในซอย...ชาวบ้านเขาไล่คนไข้ไป ปัจจุบันคนไข้ก็อยู่บ้านไม่ได้เลย แม้แต่อยู่ในซอยก็ไม่ได้”

“ส่วนใหญ่คนที่อาละวาด ชาวบ้านเขาก็จะบอกตำรวจส่งโรงพยาบาลและไล่ไม่ให้อยู่ในชุมชนเลย”

2.1.2 ญาติผู้ป่วย

แม้ว่าญาติผู้ป่วยจะเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องและใกล้ชิดกับผู้ป่วยก็ตาม แต่ก็ไม่ได้มีความรู้สึกในด้านดีหรือด้านร้ายเพียงด้านเดียว ซึ่งพยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุขได้สะท้อนภาพของผู้ป่วยจิตเวชในสายตาญาติระหว่างเยี่ยมบ้านพบว่า ญาติมีความรู้สึกที่หลากหลายมีทั้งความรู้สึกที่มีต่อตัวผู้ป่วย ความรู้สึกต่อการดูแลผู้ป่วย และสังคมรอบข้าง โดยความรู้สึกดังกล่าวส่วนใหญ่ล้วนเป็นในทางลบ ได้แก่ ความรู้สึกอาย ไม่พึงพอใจในตัวผู้ป่วย ความรู้สึกเบื่อหน่ายและเกลียดชังที่ผู้ป่วยเป็นภาระต่อครอบครัว จนกระทั่งญาติบางรายไม่สนใจ ไม่ดูแลผู้ป่วยเลย

“เขาไม่สนใจ เขาไม่สนใจที่จะดูแลกัน
แม้แต่ตัวญาติเอง”

“ญาติเขารู้สึกเบื่อหน่ายกันหนะ เกลียดขังผู้
ป่วย อยากให้ผู้ป่วยตายๆ ไปซะ”

การมีความรู้สึกในทางลบของญาติส่ง
ผลให้ผู้ป่วยบางคนรู้สึกไม่ชอบการเยี่ยมบ้าน
ของพยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุข เนื่องจาก
ทำให้ญาติหรือชาวบ้านมาสนใจในลักษณะ
อยากรู้อยากเห็น ซึ่งการเยี่ยมบ้านถือจึงเป็น
สัญลักษณ์หรือการตีตราว่าเป็นคนบ้า หรือมี
ความผิดปกติ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกยากลำบากใน
การดำเนินชีวิตในชุมชนนั้นๆ

“คนใช้บางคนเขาไม่ชอบให้มาเยี่ยม....คนใช้จิตเวช
ในสังคมไทยค่อนข้างทำให้เสียชื่อเสียง คนเขาไม่ยอมรับ”

โดยญาติบางคนรอบครัก็จะปกปิด
ไม่ให้ใครรู้ว่ามีคนป่วยอยู่ในบ้าน จนบางครั้ง
ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ซึ่งการปกปิดของญาติ
จึงเป็นอุปสรรคต่อการเยี่ยมบ้าน เพราะญาติ
จะปิดบ้าน บอกว่าผู้ป่วยไม่อยู่ บางครั้งไม่ให้
ความร่วมมือ ปฏิเสธการช่วยเหลือ หรือปฏิเสธ
การให้เข้าเยี่ยม รวมถึงดูแลไม่ให้เข้าบ้าน

“เคื่อบอกว่าคนรอบบ้านชอบมองว่าบ้าน
เคื่ามีปัญหาอยู่แล้ว เราจะไปอะไรกับเค้า จะไปซ้ำเติม
เค้าหรือ เขาไม่สะดวกให้ไปหา”

“เขาจะเป็นสังคมปิด ไม่ยอมให้ใครเข้าไป ตรงนี้
แหละลำบากคั้งนั้นคนป่วยเนี่ยเราจะไปรักษาก็ยากไม่ได้”

“ครั้งแรกมองเห็นไกลๆ พอครั้งที่สอง เขาก็
ปิดบ้าน ไปที่ไรก็ปิดบ้านเข้าไปไม่ได้”

“ญาติเขาบอกว่า เขารักษาเองได้ เขารักษา
มานานกว่า 20 ปีแล้ว ไม่ต้องมาช่วย”

ในทางตรงข้ามถ้าญาติผู้ป่วยมีความ

รู้สึกในทางบวกต่อผู้ป่วย ได้แก่สงสาร ขอมรับ
ผู้ป่วยได้ ญาติก็จะให้ความร่วมมือ

“เขา จะดูแลดีนะ แต่การดูแลเขาจะค่อนข้าง
ไปในเรื่องอาหาร เรื่องการกิน เขาจะไม่ค่อยสนใจ
ปัญหา”

“ญาติเขาขอมรับนะ เขาให้ความร่วมมือดี
มาก เราก็ดูแลให้ความช่วยเหลือได้เต็มที่”

โดยสรุปการที่ประชาชนและญาติมี
ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยจิตเวชในทางลบ พบว่ามี
ผลต่อการดูแลช่วยเหลือหรือการมีปฏิสัมพันธ์
รวมถึงการปฏิเสธ และการรังเกียจที่มีต่อผู้
ป่วยทำให้ผู้ป่วยขาดโอกาสในการรักษาและมี
โอกาสที่อาการกำเริบและป่วยซ้ำในที่สุด

2.2. ทำหน้าที่ของพยาบาลเยี่ยมบ้าน ศูนย์บริการ
สาธารณสุขต่อการทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใน
ชุมชน

2.2.1 ความรู้สึกของพยาบาล
ศูนย์บริการสาธารณสุขต่อผู้ป่วยจิตเวช

ในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย
จิตเวชในชุมชนของพยาบาลศูนย์บริการ
สาธารณสุข พบว่าพยาบาลรู้สึกกลัว กังวล
เครียด ไม่มั่นใจ เพราะรู้สึกว่าตนเอง มีความ
รู้ไม่มากเพียงพอ มีความรู้แบบงูๆ ปลาๆ ทั้ง
เรื่องเกี่ยวกับโรค เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช และยัง
เกี่ยวกับยาและวิธีการจัดการกับผู้ป่วยจิตเวช
จะรู้สึกว่าไม่ความรู้เลย อีกทั้งพยาบาลมี
ภาพ(จินตนาการ)ผู้ป่วยจิตเวชโดยที่ยังไม่เคย
เห็นผู้ป่วยมาก่อนว่า เป็นคนคุ่มคลั่ง ก้าวร้าว
เอะอะ อาละวาด มีพฤติกรรมรุนแรง ทำร้าย
คน และกลัวว่าตนเองจะสื่อสาร กับผู้ป่วย

จิตเวชไม่รู้เรื่องเหมือนกับผู้ป่วยโรคทางกาย แต่พอได้ลงพื้นที่จริง กลับพบว่าปัญหาไม่ได้มากอย่างที่คิด แต่ความรู้สึกกลัวก็ไม่ได้น่ากลัวไป โดยพยาบาลได้สะท้อนความรู้สึกออกมาเป็นความรู้สึกในทางลบและความรู้สึกในทางบวกเช่นเดียวกับประชาชนและญาติ

ความรู้สึกในทางลบ

ความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับพยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุขในฐานะบุคคลหนึ่งในสังคม ไม่แตกต่างกับประชาชนหรือญาติที่รู้สึกต่อผู้ป่วยตามการรับรู้ คือ พยาบาลรู้สึกกลัว เครียด กังวล ไปจนระแวง และสิ้นหวังต่อการดูแลผู้ป่วย

“เรานั่งคุยกับเค้า 2 คน พอเราเข้าไปในห้องเค้า เราก็บอกเค้าว่าเปิดประตูหน่อยนะ คนไข้บอกไม่ได้ ..ต้องปิดประตูอะไรอย่างเงี้ย เรายิ่งกลัวเข้าไปใหญ่ เราเป็นแบบระแวง กลัวเขาจะทำอะไรเรา”

“ความรู้สึกว่าเราจะรอดไม่รอด ปัจจุบันที่นั่งคุยกันอยู่นี้ ความรู้สึกนี้ก็ยังมีอยู่เลย”
“ไม่รู้จะทำอย่างไร มันลึก ยิ่งคุยยิ่งไม่รู้อะไรต่ออะไรเยอะไปหมด ยิ่งคุยยิ่งมีปัญหาทำอะไรไม่ถูก”

“พวกเราที่เหมือนกันคือเรากลัว บางคนนะคะ ก็เราเครียดกันนะคะ เครียดที่ต้องดูแลผู้ป่วยทางจิต”

นอกจากความรู้สึกกลัวตัวผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง พยาบาลยังมีความรู้สึกกลัวความไม่ปลอดภัยจากสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ ด้วย เช่น สภาพบ้านที่เป็นลูกกรง การอยู่ลัดพังกับผู้ป่วย

“บ้านเขาเป็นลูกกรงปิดเงียบ เรากลัวไง เราต้องเข้าไปคุยกับเขา”

“เขาเป็นเครสส์รับผิดชอบของเรา เราเข้าไป

เยี่ยมเขาคนเดียวก็กลัว บ้านเขาเงียบมากไม่มีคนอยู่เลย”

ความรู้สึกกลัวตามการรับรู้ของพยาบาลมีความคล้ายคลึงกับประชาชนและญาติ คือ ความกลัวที่เกิดขึ้นนั้นเกี่ยวข้องกับ พฤติกรรมของผู้ป่วย ได้แก่ การควบคุมตัวเองไม่ได้ การพูดเสียงดัง การจ้องหน้า การมีพฤติกรรมแปลกๆ หรือการทำร้ายร่างกาย

“เราไปเยี่ยมเขาเขาจะจ้องหน้าเราพอเรานั่งอย่างนี้ เขาก็กระพริบตาเราใจไม่ดีเขาก็ดึงมือเราคนเดียวเรารู้สึกแย่”

“พอเราเข้าเยี่ยมเขาก็ทำท่าแปลกๆ บางทีนั่งคุยกันอยู่ดีๆ ก็ยื่นมือมาขอตัส เราก็ตกใจถอยหนีเลย”

นอกจากความกลัวที่เกิดจากพฤติกรรมของผู้ป่วย ความกลัวที่เกิดขึ้นพยาบาลยังกล่าวถึงเกี่ยวกับการแต่งกาย การพูด ปฏิกริยาไม่ต้อนรับของผู้ป่วย เพศ โดยเฉพาะเพศชายจะรู้สึกกลัวมากกว่าเพศหญิง และที่สำคัญคือประวัติของผู้ป่วย ถ้ามีประวัติทำร้ายผู้อื่นจะรู้สึกกลัวมาก

“เขาดูสกปรกเลอะเทอะ เราก็ไม่ไว้ใจแล้ว”

“เราเห็นประวัติของคนไข้ว่าคนไข้มีอาการอาละวาดรุนแรง เราก็รู้สึกแย่”

“เราต้องไปเยี่ยมคนไข้อาละวาดแบบอารมณ์รุนแรง พฤติกรรมที่ค่อนข้างรุนแรง ความรู้สึกจริงๆ เนี่ย ตายแล้วเราจะรอดมั๊ยเนี่ย”

ความกลัวที่เกิดขึ้นกับพยาบาลเป็นเช่นเดียวกับประชาชนคือ เป็นความรู้สึกถึงความไม่ปลอดภัย ความกลัวว่าจะได้รับอันตราย

“เราไม่ได้เป็นในทางบวกหรอก คือมองคนไข้ไม่ได้ทางบวก เราจะสืบประวัติ เรากั้ระวัง

ตัวเหมือนกันในการที่จะไปคอนแทกคนไข้ เรากลัวอันตราย”

ความรู้สึกในทางบวก

แม้ว่าพยาบาลส่วนใหญ่จะมีความรู้สึกในทางลบกับผู้ป่วยก็ตาม แต่ก็มีพยาบาลจำนวนไม่น้อยที่ความรู้สึกในทางบวก คือเป็นความรู้สึกสงสาร เห็นใจ ไม่รังเกียจ และรู้สึกอยากช่วยเหลือ

“เราไปเจอบ้านหนึ่งชีวิตมันแย่มากคิดในบ้านมีคนไข้คนเดียวแถมยังมีตัว 3 คนแหละ เราก็สงสาร”

“เราอยากช่วย อยากให้เขาดีขึ้น สงสารเขา....คือแบบให้กำลังใจเขาละ”

พยาบาลได้อธิบายว่าความรู้สึกในทางลบมีความเกี่ยวเนื่องกับความรู้ด้านจิตเวชมีไม่มากพอทั้งเรื่องเกี่ยวกับโรค / ผู้ป่วยจิตเวช โดยเฉพาะเรื่องยาและวิธีการจัดการกับผู้ป่วยจิตเวชจะไม่มีความรู้เลย รวมทั้งการมีจินตนาการเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชในทางลบ

“เราไม่รู้ว่าเราจะพูดอะไรจะทำยังไงหรือนะนำเขาอย่างไรดี ญาติคนไข้ถามอะไรเราก็ตอบไม่ได้”

“เราหนักใจมาก เพราะเราไปเยี่ยมคนไข้ฝ่ายกายทั่วไปพูดจาอะไรก็ง่าย แต่อันนี้คนไข้ทางจิตเราก็ไม่รู้เรื่อง ไม่แน่ใจว่าเค้าจะพูดกับเราเรื่องนัย”

“เราไม่มีความรู้ ไม่มีประสบการณ์ด้านจิตเวช ถ้าเป็นฝ่ายกายเราพอได้ แต่ทางจิตเวชเนี่ยเรารู้น้อยมากยิ่งเรื่องยายิ่งยาก ...มันยากที่เราจะเข้าไปดูแล”

“วิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช การเข้าเยี่ยมผู้ป่วยเราเกรงว่าจะช่วยเหลือผู้ป่วยไม่ได้ หรืออาจเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยแย่ลง เพราะเราไม่มีความรู้ความสามารถที่จะช่วยผู้ป่วยจิตเวชได้”

2.2.2 การจัดการความรู้สึก

ถึงแม้ว่าพยาบาลศูนย์บริการ

สาธารณสุขจะมีความรู้สึกอย่างไรก็ตาม พยาบาลมีการจัดการกับความรู้สึกต่างๆ ด้วยตนเอง โดย

2.2.2.1 ทำให้ตนเองมั่นคง จากความรู้สึกไม่ปลอดภัย

ก. โดยการหาเพื่อนลงพื้นที่ ไม่ไปโดยลำพัง

“เราก็อสังขากับยามว่าให้อยู่ใกล้ๆ แถวๆ นั้นแบบหลายๆ ไม่ให้คนไข้เห็น”

“เราเข้าไปคนเดียว เราก็อกลัวอยู่แล้ว ไม่กล้าที่นี้มีเพื่อนหนึ่งเข้าไปเป็นเพื่อนก็รู้สึกดีหน่อย”

“ถ้ากรณีพิเศษหน่อย เราก็อาจเชิญทรัพยากรที่เราที่อยู่ เช่นนักจิต นักสังคมไปช่วย”

ข. โดยการปรับเปลี่ยนความคิด /การจัดการกับความคิด

“เรามองอีกมุมหนึ่งว่าถ้าเกิดเขามีอาการเนี่ยก็ไม่ได้กลับไปอยู่บ้าน ความรู้สึกโรคไม่รบกวนก็ดีขึ้นก็ไปเยี่ยมไปดูแลได้”

ค. โดยการเตรียมตัวและสภาพแวดล้อม

“เราต้องเตรียมตัวเยอะมากๆ เราต้องดูแผนการทำงาน แล้วก็ต้องโทรถาม ถามว่าเธอเป็นยังไงสภาพแวดล้อมหน่อยว่า มันปลอดภัยมั๊ย”

“เราจะนึกภาพวิธีการที่เราจะไปเยี่ยมว่าเราจะทำอะไรบ้าง....ตามที่เรามีความรู้ ไม่มีประสบการณ์ทางจิตเวชเลย”

2.2.2.2 ทำให้ตนเองมั่นใจ จากความไม่รู้เป็นรู้อย่างขึ้น โดยการค้นคว้าหาความรู้เพิ่มเติม สอบถามและปรึกษาแพทย์ก่อนลงพื้นที่

“ก่อนที่จะเข้า เราต้องเตรียมตัวนะ เราเอาพวกเทคนิคนี้มาทบทวน หน่อยว่าเราจะพูดยังไง”

“เรามีการเตรียมตัว คือเราหาหนังสือมาอ่าน คือเป็นวิธีที่เราสร้างความมั่นใจให้ตัวเอง”

2.2.2.3 ทำตนให้กลมกลืนเป็นมิตร โดยการแสดงความเป็นมิตร โดยการพูดคุย พูดด้วยเสียงนุ่มนวล

“เราพยายามพูดกับเขาให้นุ่มนวลมากที่สุด ให้ความเป็นมิตรมากที่สุด”

“ตอนแรกบอกเลยว่าเครียด...เหมือนกับกดดันอะไรสักอย่าง เราเหมือนคนใหม่เข้ามา เราก็พยายามทำตัวให้เป็นมิตรมากที่สุด ให้เขาไว้ใจ ให้เขารู้สึกว่ามีคนเข้าใจอะไรอย่างเงี้ย เขาก็ยิ้มได้”

2.2.2.4 กล้าเผชิญหน้ากับสิ่งที่กังวล โดยการเข้าไปเจอของจริง

“ไม่ว่าจะทำยังไงก็ไม่หายกังวลหรอก เพราะยังไม่เจอของจริง จะได้ว่ามันเป็นยังไงต้องเจอของจริง”

“พอเราเจอของจริงแล้ว เรารู้ว่ามันไม่ได้มีอะไรมาอย่างทีคิด ความรู้สึกเราก็ตีขึ้นนะ”

2.3. วิธีการและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

จากความรู้สึกทางลบที่มีความเกี่ยวข้องกับความรู้ พยาบาลจึงมีการจัดการและการดูแลผู้ป่วยตามความเข้าใจ ตามประสบการณ์ของตน เช่น การพูดคุยด้วยดีๆ การถามอาการจากญาติมากกว่าคุยกับผู้ป่วย การแวะเยี่ยม กรณีที่ผู้ป่วยอาการดีขึ้นพยาบาลมีการเยี่ยมบ้านต่อเป็นระยะๆ แต่หากกรณีไม่สามารถช่วยผู้ป่วยได้ก็จะเปลี่ยนความสนใจและให้ความสำคัญกับงานการดูแลผู้ป่วยทางกายหรืองานประจำมากกว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

“คนไข้จิตเวชยากไม่ดีขึ้นเรารู้สึกแย.. ความรู้สึกมันก็อยู่ไม่นาน เพราะมันมีคนอื่นต้องช่วยอย่างคนไข้เบาหวานที่ต้องเยี่ยมอย่างเงี้ย”

“งานอย่างอื่นมันเกิดขึ้นมากมาย อย่างไข้เลือดออกมันก็เกิดขึ้นทุกวัน ไข้หวัดนกมันก็โหมขึ้นทุกวัน..... เราต้องทำหลายหน้าที่ บางที่เราก็ต้องวางแผนจิตเวชนะ”

แม้ว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนเป็นเรื่องยาก ไม่มีความรู้ แต่พยาบาลก็มีการดำเนินการดูแลผู้ป่วยดังนี้

2.3.1 ประเมินว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องหรือไม่ พยายามแนะนำหรือทำให้ผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษาที่ต่อเนื่อง โดยการเข้าไปหาผู้ป่วยด้วยการสร้างความคุ้นเคย เรียนรู้เรื่องราวชีวิตของผู้ป่วย หาข้อมูลที่เป็นปัญหาแสดงความเข้าใจ ให้ความเป็นมิตร เมื่อผู้ป่วยไว้ใจจึงนัดหมายให้พบแพทย์

“เราจะดูเรื่องการรักษาก่อนว่าเขารักษาต่อเนื่องหรือไม่ถ้าคือดูจากประวัติคนไข้ก่อน ดูจากประวัติการรักษา”

“ก่อนคนไข้จะป่วย เขามีปัญหาภาคตอนนั้นเราก็ไม่ถึงกับให้กำลังใจ แต่เราพูดเหมือนประมาณว่า เขาได้ทำดีที่สุดแล้วในเวลานั้น ...เขาก็บอกดีจังมีที่มาคุยด้วย”

2.3.2 เน้นให้ครอบครัว มีบทบาทมากขึ้น เพราะญาติหรือชุมชนก็คาดหวังว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรจะเป็นผู้มีบทบาทมากกว่า โดยเฉพาะในรายที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวเอะอะ มีข้อสังเกตคือ ญาติบางส่วนจะรายงานอาการของผู้ป่วยขัดแย้งกับข้อเท็จจริงที่ผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน เช่น ญาติรายงานว่าผู้ป่วยอาการดีขึ้นแต่จากสภาพตอนไปเยี่ยมบ้านพบว่าผู้ป่วยอยู่ในสภาพแย่มาก เช่น ไม่สวมเสื้อผ้า ถูกกลั่นแกล้ง ไม่ได้รับการดูแลเรื่องสุขอนามัยส่วนตัว เป็นต้น

“เวลาไปเยี่ยม เราจะมองหาครอบครัวก่อนเป็นอย่าง

แรกว่าในครอบครัว ในการดูแลแล้วคนไข้ไม่มีคนดูแลหรือเปล่า”

“บางครั้งเราไม่ได้ไปเห็นสภาพที่บ้านว่าเป็นยังไง เราฟังจากญาติว่าคนไข้ดีขึ้น แต่พอไปเยี่ยมบ้านเราก็จะได้ข้อมูลที่ชัดเจนมากขึ้น...ญาติไม่ได้สนใจคนไข้ เห็นถูกล่ำมโซ่”

พยาบาลนอกจากดูแลผู้ป่วยแล้ว ยังมีการดูแลด้านจิตใจแก่ผู้ดูแล (care giver) โดยการให้กำลังใจและโน้มน้าวให้พาผู้ป่วยไปติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อที่ผู้ป่วยจะได้ดีขึ้น รวมถึงการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพร่างกายและเตรียมชุมชนก่อนที่จะผู้ป่วยจะกลับไปชุมชนนั้นๆ

“เราจะต้องถามก่อนว่าคนนี้กลับมาแล้วรู้สึกยังไง อย่างถ้าชุมชนไม่ต้อนรับคนไข้เนี่ย เขากลับมาก็คจะมีปัญหาอย่างแน่นอน”

อภิปรายผล

ผลการประมวลข้อมูลประสบการณ์และวิธีการของพยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในระหว่างการเยี่ยมบ้าน พบว่าภาพลักษณ์ของผู้ป่วยจิตเวชของประชาชนมีทั้งแง่บวกและแง่ลบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมพร รุ่งเรือง กลกิจและคณะ¹³พบว่าคนในชุมชนที่ศึกษามีทัศนคติต่อผู้ป่วยทั้งด้านบวกและด้านลบ โดยด้านลบเป็นความรู้สึกรำคาญ หวาดกลัว ต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย ส่วนด้านบวกเป็นความรู้สึกสงสาร ซึ่งภาพพจน์ผู้ป่วยในสายตาประชาชนเป็นคนบ้า เสียสติ ควบคุมตัวเองไม่ได้ มีความกลัวว่าผู้ป่วยจะทำร้าย และยังผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเอะอะอาละวาดจะยิ่งกลัวมาก บางชุมชนก็จะขับไล่ผู้ป่วยออกไปจากชุมชน

เช่นเดียวกับการศึกษาหลายๆการศึกษาที่มีการรับรู้ว่าคุณป่วยจิตเวชเป็นผู้ที่เป็นอันตราย^{14,15,16} และยังเป็นผู้ป่วยจิตเภทจะเป็นมากกว่าผู้ป่วยอื่นๆ โดยความคิดดังกล่าวมีผลต่อปฏิกิริยาทางอารมณ์ของบุคคล¹⁷ คือความรู้สึกอันตราย ความรู้สึกวิตกกังวล ความกลัว การถูกตีตรา เช่นนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยตีค่าความเป็นคนของตนเอง เป็นคนเลว ไม่มีคุณค่า ไม่มีตัวตน รู้สึกแปลกแยกไม่เหมือนคนอื่น จึงเกิดเป็นวัฏจักรให้สังคมมองเห็นเป็นคนไม่ดีไม่รับผิดชอบไปมากยิ่งขึ้น¹⁸

จากการถูกตีตราหรือตราบาปที่มีต่อผู้ป่วยทำให้ญาติปกปิดไม่ให้ใครรู้ว่าผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในบ้านจนกระทั่งบางครั้งผู้ป่วยมีอาการรุนแรง ในบางชุมชนที่ผู้ป่วยไม่ทำร้ายและอยู่ในชุมชนมานาน ชาวบ้านจะสงสาร หากแต่ภายใต้ความสงสารชาวบ้านก็ยังไม่วางใจและไม่ให้ลูกหลานเข้าใกล้หรือไปยุ่งซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศที่พบว่า ประชาชนมีความรู้ในทางลบถ้าต้องอยู่ใกล้ผู้ป่วย¹⁴ หรือเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ชุมชนเพื่อนบ้านและคนในสังคมจะรังเกียจและซ้ำเติมทั้งต่อผู้ป่วยและครอบครัว^{19,20}เช่นเดียวกับการวิจัยเรื่อง เสี่ยงที่ไม่อาจสำเหนียก: กระบวนการตีตราและความทุกข์ของผู้ป่วยจิตเวชหญิงในชุมชน พบว่าแม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาจนอาการป่วยดีขึ้นก็ยังถูกตีตรากล่าวโทษจากคนในชุมชนเนื่องจากชุมชนไม่อนุญาตให้หายป่วยตาม

ความเชื่อของคนในท้องถิ่นนั้น¹⁶

ส่วนประสบการณ์โดยตรงของพยาบาลเยี่ยมบ้าน ศูนย์บริการสาธารณสุขส่วนใหญ่รู้สึกกลัว ทั้งกลัวผู้ป่วยทำร้ายโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีประวัติทางด้านการทำร้ายคนอื่นหรือมีคดีจะกล้วมาก จนบางครั้งการเยี่ยมบ้านต้องมีเพื่อนไปด้วยจำนวนหลายคน ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของพันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์²¹ว่าผู้ป่วยจะถูกตราหน้าตั้งแต่วินาทีแรกของการถูกวินิจฉัยว่าป่วยทางจิตและเป็นตราบาปที่ติดตัวผู้ป่วยไปตลอดชีวิต เช่นเดียวกับการศึกษาผลกระทบข่าวความรุนแรงในโรงเรียนเอกชนกรุงเทพมหานครต่อผู้ป่วยโรคจิตเภทและญาติ พบว่า ในรอบปีที่ผ่านมา ผู้ป่วยร้อยละ 83 ไม่เคยมีอาการรุนแรง แต่มีเพียงผู้ป่วยร้อยละ 3 ที่มีอาการรุนแรงโดยผู้ป่วยมีพฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น^{19,22} ในการเกิดพฤติกรรมดังกล่าวพบว่า เกิดจากผู้ป่วยรักษาตัวเองไม่ต่อเนื่อง การถูกข่มขู่ การถูกรังเกียจจากเพื่อนบ้าน แม้ว่าพฤติกรรมความรุนแรงที่ผู้ป่วยแสดงออกแม้จะเป็นจำนวนไม่มาก แต่ก็ยังเป็นภาพลักษณ์ที่มีการส่งต่อทำให้ประชาชนเกิดความกลัวขึ้นมาได้^{23,24}

นอกจากนี้พยาบาลยังอธิบายว่าในการดูแลตนเองจะรู้สึกกลัวการพูดคุยกับผู้ป่วย กลัวช่วยผู้ป่วยไม่ได้ กลัวทำให้ผู้ป่วยมีอาการมากขึ้น ความกลัวต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นมีทั้งรูปแบบของความวิตกกังวล ความเครียด ความไม่มั่นใจ ซึ่งภาวะที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์กับ

ความรู้ทางจิตเวชที่มีน้อยมากจนไม่สามารถทำบทบาทของพยาบาลได้ จากการที่พยาบาลต้องเผชิญกับความรู้สึกต่าง ๆ ดังกล่าว ทำให้ที่ผ่านมา พยาบาลมีการจัดการการดูแลผู้ป่วยตามความเข้าใจและประสบการณ์ของตนได้แก่ การพูดคุยดีๆ การถามอาการจากญาติมากกว่าคุยกับผู้ป่วยเอง การแหวะเยี่ยม เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นพยาบาลก็จะเยี่ยมบ้านต่อไปเป็นระยะๆ แต่หากกรณีที่ไม่ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยไม่ได้ ก็จะเปลี่ยนความสนใจและให้ความสำคัญกับงานการดูแลผู้ป่วยทางกายหรืองานประจำมากกว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเวช จากประสบการณ์ดังกล่าว พยาบาลชุมชนจึงมีข้อเสนอแนะว่า ต้องการให้หน่วยงานจิตเวชส่งเสริมให้ความรู้ทางจิตเวชกับพยาบาลชุมชนเพื่อให้มีความรู้มากพอที่จะดูแลผู้ป่วยระหว่างเยี่ยมบ้านได้ มีระบบที่เล็งหรือที่ปรึกษาในการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่เพื่อให้คำปรึกษาในกรณีที่มีผู้ป่วยยุ่งยากเกินความสามารถและรวมถึงการมีศูนย์ให้คำปรึกษาเวลาที่มีเหตุการณ์ฉุกเฉินที่ต้องการความช่วยเหลือที่เร่งด่วน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ ที่เห็นว่าบุคลากรในทีมสุขภาพควรมีความรู้เรื่องโรคทางจิตเวช การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวช โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภท เพื่อจะได้สามารถให้การช่วยเหลือได้ในชุมชนต่อไป

สรุป

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นของระบบการเตรียมความพร้อมให้กับบุคลากรสาธารณสุขสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างมั่นใจและมีเจตคติทางบวกต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของทั้งบุคลากรผู้ปฏิบัติงานและประชาชนในชุมชน

ข้อเสนอแนะ

ในกระบวนการมอบหมายงานให้กับบุคลากรสาธารณสุขหรือเครือข่ายชุมชนที่ไม่มีความรู้ในดูแลผู้ป่วยจิตเวช ให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องให้ความรู้และสร้างเจตคติที่ดีเพื่อให้เกิดมั่นใจและมีเจตคติทางบวกก่อนการดูแลผู้ป่วยจิตเวช จะเป็นประโยชน์ทั้งประชาชน บุคลากรผู้ปฏิบัติงานและผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอพระคุณขอบคุณ ท่านผู้อำนวยการสำนักอนามัย บุคลากรศูนย์บริการสาธารณสุขทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและรวมถึงนายแพทย์บุญชัย นวมงคลวัฒนา ผู้อำนวยการสำนักบริหารการเปลี่ยนแปลง กรมสุขภาพจิตที่ให้ข้อคิดและสนับสนุนในชิ้นงานสำเร็จจุล่งไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์. การนำระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น;2547.
2. ประเวศ วะสี.จุดเปลี่ยนกระบวนทัศน์สุขภาพไทยในมิติสุขภาพ: กระบวนทัศน์ใหม่เพื่อสร้างสังคมแห่งสุขภาวะ. ใน:โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, นงลักษณ์ ตรงศีลสัตย์, พจน์ กริชไกรวรรณ, บรรณาธิการ. มิติสุขภาพ: กระบวนทัศน์ใหม่เพื่อสร้างสังคมแห่งสุขภาวะ. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2545.หน้า 12-5.
3. สำนักการพยาบาล. หลักสูตรการบริหารการพยาบาลแนวใหม่. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด; 2547.
4. ทศนา บุญทอง.ปฏิรูประบบบริการการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ในอนาคต. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ศิริยอดการพิมพ์; 2543.
5. เพ็ญประภา มะลาไวย์. การพัฒนาโครงการกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน [วิทยานิพนธ์พยาบาลมหาบัณฑิต]. การพยาบาลสุขภาพจิตและ

- จิตเวช.บัณฑิตวิทยาลัย.มหาสารคาม:
มหาวิทยาลัยสารคาม; 2550.
6. ปรีดีหทัย แก้วมณีรัตน์. การศึกษา
บทบาทสมาชิกในครอบครัวใน
การดูแลผู้ป่วยจิตเวช: ศึกษาเฉพาะ
กรณี โรงพยาบาลสวนสราญรมย์.
[วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตร์
มหาบัณฑิต]. คณะสังคมสงเคราะห์
ศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย.
กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัย
ธรรมศาสตร์. 2534.
 7. ภัทรา ถิรลาภ และวรรณวิไล กมลกิจ
วัฒนา. การให้บริการสุขภาพจิตใน
สถานบริการสาธารณสุขในเขตสา
ธารสุขที่ 4. วารสารสุขภาพจิตแห่ง
ประเทศไทย 2547;12 (1 มกราคม):
1-10.
 8. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอไทย
เจริญ. บทบาทหน้าที่ของพยาบาล
วิชาชีพในสถานอนามัย.[serial online]
2011[cited 2012 June 15]. Available
from: URL : http://www.sasukssotj.com/index.php?option=com_content&task=view&id=68&Itemid=1
 9. ธาริปป สมตน. การศึกษาความรู้ เจตคติ
และการปฏิบัติเกี่ยวกับปัญหาสิ่ง
แวดล้อมที่มีต่อสุขภาพอนามัยของ
พยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชน
กรุงเทพมหานคร. [วิทยานิพนธ์
ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต]. ภาควิชา
สิ่งแวดล้อมศึกษา. บัณฑิตวิทยา.
กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล;
2542.
 10. ปรีชาอินโท. บรรณธิการ. ปฏิรูประบบ
บริหารสุขภาพจิต: ความจำเป็นและ
ความเป็นไปได้. ในคณะอนุกรรมการ
ฝ่ายวิชาการ กรมสุขภาพจิต. รายงาน
การประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิต
เรื่อง ปฏิรูประบบบริการสุขภาพจิต:
ฝ่ายวิกฤตเศรษฐกิจ. กรุงเทพฯ: ยัมการ
พิมพ์; 2541.
 11. อุยน์นันทน์ อินทมาสน์. การปฏิบัติ
บทบาทของพยาบาลวิชาชีพใน
โรงพยาบาลชุมชน. [วิทยานิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สาขา
การพยาบาลชุมชน. บัณฑิตวิทยาลัย.
กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย; 2546.
 12. พนิด พงศ์พิพัฒน์พันธ์. ประสพการณ์
การปฏิบัติบทบาทพยาบาลในการให้
บริการระดับปฐมภูมิในโรงพยาบาล
ชุมชน. [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหา
บัณฑิต]. สาขาวิชาการวิจัยและพัฒนา
ระบบสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย.
สงขลา : มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์;
2545.
 13. สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, ดารุณี จง
อุดมการณ์, กฤตยา แสวงเจริญ,

- นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล, สมจิต แคน
สีแก้ว. ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน : ชีวิต
ที่ด้อยโอกาสทับซ้อน.วารสารการ
พยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2548;
19 (2): 65-80 .
14. มาลี แจ่มพงษ์ ทวีศิลป์ วิชญ์โยธิน
และบุญชัย นวมงคลวัฒนา. ทักษะ
ประชาชนไทยต่อผู้ป่วยทางจิต.
นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวง
สาธารณสุข; 2551.
 15. สมชาย พลอดเหลื่อมแสง และ
ชรินทร์ ลิ้มสนธิกุล.การสำรวจ
ทัศนคติของประชาชนเกี่ยวกับ
สุขภาพจิต トラบาป และการบริการ
สุขภาพจิตต่อการตัดสินใจเข้ารับ
บริการในสถานบริการสุขภาพจิต.
เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง กรม
สุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข;
2547.
 16. เฉลิมพงษ์ วิเศษศรีพงษ์, อรรช
โวทวี.เสียงที่ไม่อาจสำเนียง
:กระบวนการตีตราและความทุกข์
ของผู้ป่วยจิตเวชหญิงในชุมชน.
วารสารจิตวิทยาคลินิก. 2551; 39 (1)
: 24-35.
 17. Angermeyer MC.,Matschinger H.
Public beliefs about schizophrenia
and depression: similarities and
differences.Soc Psychiatry Psychiatr
Epidemiol. 2003 Sep; 38(9):526-34.
 18. วัชรภรณ์ ลือไชสงค์. การトラบาป
ทางสังคม:กรณีศึกษาผู้ป่วยจิต
เภท โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
จังหวัดอุบลราชธานี.[วิทยานิพนธ์
ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต].อุบลราชธานี:
บัณฑิตวิทยาลัย.มหาวิทยาลัย
อุบลราชธานี; 2552.
 19. Doornbos,MM. The strength of
families coping with serious mental
illness. Archives of Psychiatric
Nursing.1996: 10(4), 214-220.
 20. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์, พรชนก จิต
ปัญญา และอรพรรณ ลือบุญวัชชัย.
トラบาปและการรับรู้และผลกระทบของ
ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว.
วารสารการพยาบาลจิตเวช. 2547;
18(1):1-9.
 21. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์. トラบาป
และโรคทางจิตเวช.ในไพรัตน์
พฤษชาติคุณากร(บรรณาธิการ),
จิตเวชศาสตร์สำหรับประชาชน.
เชียงใหม่: โรงพิมพ์นันทพันธ์, 2542.
 22. กอบโชค จวงค์ และ สมชาย จักร
พันธุ์. ผลกระทบข่าวความรุนแรงใน
โรงเรียนเอกชนกรุงเทพมหานคร.
วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย
2549; 14 (1): 1-13.

23. ปิ่นพร เฟื่องที. การวิเคราะห์สถานการณ์การเกิดรบาดปในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช นครไทย จังหวัดพิษณุโลก.[การค้นคว้าอิสระ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2553.
24. สนิทธี อนันทวัฒน์. การรับรู้รบาดปและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย.[การค้นคว้าอิสระ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2551.
25. อาทวศรี คำหอม. การรับรู้รบาดปของผู้ดูแล ทักษะชีวิต และการรับรู้รบาดปของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2552.