

จากตารางที่ 4.6 พิจารณาได้ดังนี้

- อายุ ครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชอายุมากที่สุด 70 ปี มีจำนวน 1 ราย และน้อยที่สุด 35 ปี มีจำนวน 2 ราย ผู้ที่มีอายุ 65 ปี มีจำนวน 1 ราย อายุ 60 ปี มีจำนวน 1 ราย อายุ 55 ปี มีจำนวน 1 ราย อายุ 52 ปี มีจำนวน 1 ราย อายุ 45 ปี มีจำนวน 2 ราย และอายุ 40 ปี มีจำนวน 1 ราย

- การศึกษา ครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวช จบการศึกษาในระดับประถมศึกษาปีที่ 4 มากที่สุด จำนวน 6 ราย มัธยมศึกษาปีที่ 3 จำนวน 2 ราย มัธยมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 1 ราย และจบการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 1 ราย

- สถานภาพในครอบครัว ครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่มีสถานภาพเป็นมารดา จำนวน 6 ราย รองลงมาคือ พี่ชาย/น้องสาว จำนวน 3 ราย และสามี จำนวน 1 ราย

- ประเภทของครอบครัว ครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมดเป็นครอบครัวเดี่ยว

- จำนวนสมาชิกในครอบครัว ครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีสมาชิกในครอบครัวมากที่สุดจำนวน 5 คน จำนวน 3 ครอบครัว รองลงมา มีสมาชิกในครอบครัว 4 คน จำนวน 3 ครอบครัว และมีสมาชิกในครอบครัวจำนวน 2 คน จำนวน 4 ครอบครัว

- อาชีพ ครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย จำนวน 5 ครอบครัว ประกอบอาชีพส่วนตัว จำนวน 2 ครอบครัว ประกอบอาชีพรับจ้าง จำนวน 2 ครอบครัว และไม่ได้ประกอบอาชีพ 1 ครอบครัว

- รายได้เฉลี่ย / เดือน ครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีรายได้เฉลี่ย/เดือนสูงสุด 15,000 บาท จำนวน 1 ครอบครัว และรายได้เฉลี่ย / เดือนต่ำสุด 3,000 บาท จำนวน 4 ครอบครัว รายได้เฉลี่ย / เดือน 5,000 บาท จำนวน 2 ครอบครัว รายได้เฉลี่ย / เดือน 6,000 บาท จำนวน 1 ครอบครัว รายได้เฉลี่ย / เดือน 8,000 บาท จำนวน 1 ครอบครัว และครอบครัวมีรายได้เฉลี่ย / เดือน 10,000 บาท จำนวน 1 ครอบครัว

#### การดูแลผู้ป่วยจิตเวช

- ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงสุด คือ 33 ปี และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่ำสุด คือ 1 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช 24 ปี จำนวน 1 ราย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช 22 ปี มีจำนวน 1 ราย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช 18 ปี จำนวน 1 ราย ระยะเวลาในการดูแล

ผู้ป่วยจิตเวช 6 ปี จำนวน 1 ราย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช 5 ปี จำนวน 1 ราย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช 4 ปี จำนวน 2 ราย และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช 2 ปี จำนวน 1 ราย

- ครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวช จากข้อมูลดังกล่าวมีข้อสังเกตว่า ครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีอายุระหว่าง 35-60 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษาปีที่ 4 และมีสถานภาพในครอบครัวเป็นมารดาของผู้ป่วยจิตเวช แต่ที่น่าสังเกตก็คือ ทุกครอบครัวจะเป็นครอบครัวเดี่ยวและมีจำนวนสมาชิกในครอบครัวไม่เกิน 5 คน ครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย มีรายได้เฉลี่ย/เดือน ประมาณ 3,000-8,000 บาท และมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช มาตลอดที่ผู้ป่วยจิตเวชเจ็บป่วย

ทัศนคติของครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวชและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการส่งเสริมการมีงานทำของผู้ป่วยจิตเวช ครอบครัวถือได้ว่าเป็นกลุ่มเป้าหมายหลัก เนื่องจากเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยตรง นอกจากครอบครัวจะต้องดูแลผู้ป่วยจิตเวชแล้ว ยังมีภาระที่ต้องรับผิดชอบต่อครอบครัวอีกมาก การดูแลผู้ป่วยจิตเวชจึงเป็นภาระที่เพิ่มมากขึ้น มีรูปแบบการดูแลของแต่ละครอบครัวแตกต่างกันออกไป ผลการศึกษาลักษณะการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ปัญหาและอุปสรรค ตลอดจนวิธีการแก้ไขปัญหา และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีงานทำ ดังนี้

ทุกครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชนั้น มีความรู้สึกเป็นภาระอย่างมาก เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชเป็นสมาชิกคนหนึ่งในครอบครัว เมื่อเกิดการเจ็บป่วยจึงจำเป็นที่จะต้องให้การดูแล ขณะเดียวกันครอบครัวก็ต้องรับผิดชอบภาระต่าง ๆ ด้วย ซึ่งรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในแต่ละครอบครัวก็มีความแตกต่างกันออกไป ดังนี้

1. การดูแลทุกอย่าง ด้วยการเอาใจใส่อย่างมาก บางครอบครัวให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้วยการเอาใจใส่เป็นอย่างมาก ดูแลผู้ป่วยจิตเวชทุกอย่าง เช่น กิจวัตรประจำวัน การรับประทานยา เป็นต้น เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชมีอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง ประกอบกับครอบครัวที่ให้การดูแลส่วนใหญ่เป็นมารดาที่คอยดูแลบุตรที่เจ็บป่วย ด้วยความรู้สึกเป็นมารดา จึงสามารถทำทุกอย่างเพื่อลูกได้ แต่ในขณะเดียวกันผู้ป่วยกลับรู้สึกว่ามารดาจู้จี้ ซ้ำน และเป็นห่วงมากเกินไป จนบางครั้งการดูแลอย่างเอาใจใส่มากเกินไปก็กลายเป็นสิ่งกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบได้เช่นกัน

2. การดูแลเฉพาะการรับประทานยา ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ เนื่องจากบางครอบครัวจำเป็นต้องประกอบอาชีพ จึงไม่มีเวลาดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยจิตเวชจึงต้องดูแลตนเองในเรื่องของกิจวัตรประจำวัน ส่วนการรับประทานยา ครอบครัวจะดูแลเฉพาะการพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัดเท่านั้น การดูแลในลักษณะนี้ ถ้าเป็นผู้ป่วยระยะแรก ๆ ที่สามารถดูแลตนเองดี คือรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยจิตเวชก็ไม่แตกต่างจากคนปกติ เนื่องจากสามารถดูแลตนเองได้ ครอบครัวก็ไม่รู้สึกว่าเป็นภาระมาก

สำหรับปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชนั้น สามารถสรุปได้ ดังนี้

1. ขาดความรู้ ความเข้าใจ เรื่องโรคจิตเวช ครอบครัวส่วนใหญ่ไม่มีความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเวชว่ามีสาเหตุเกิดจากอะไร แต่ละครอบครัวก็เข้าใจแตกต่างกัน บางครอบครัวก็คิดว่าเป็นเรื่องของไสยศาสตร์ ในขณะที่บางครอบครัวคิดว่าเป็นเวรกรรมของผู้ป่วย

2. ขาดความเข้าใจในวิธีการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เนื่องจากอาการทางจิตมีหลายรูปแบบ บางคนอาจจะอาละวาด ทำร้ายคนในครอบครัว ในขณะที่บางคนอาจเก็บตัวเงียบ ไม่สนใจใคร ครอบครัวที่ดูแลก็อาจไม่เข้าใจคิดว่าผู้ป่วยจิตเวชแกล้งทำ ดังนั้นเมื่อไม่เข้าใจถึงสาเหตุของการเจ็บป่วย จึงไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างถูกวิธีได้

3. ค่ารักษาพยาบาล การรักษาโรคทางจิตเวชถือว่าเป็นโรคเรื้อรังที่จะต้องใช้เวลาในการรักษานาน และค่ารักษาพยาบาลค่อนข้างสูง บางครอบครัวอาจมีรายได้ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

4. ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ปัญหานี้จะเป็นอุปสรรคต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างมาก สำหรับครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวหลายคน เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวไม่เข้าใจถึงการเจ็บป่วย จึงส่งผลต่อความสัมพันธ์ภายในครอบครัว

### ผลจากการเยี่ยมบ้าน

จากการสัมภาษณ์ถึงปัญหาและอุปสรรคของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชนั้น เมื่อครอบครัวเห็นว่าเป็นปัญหา ก็ได้มีวิธีการแก้ไขปัญหาโดยการสอบถามข้อมูลจากบุคลากรของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ซึ่งเป็นบุคลากรที่ได้ดำเนินโครงการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ทำให้ครอบครัวเกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเวชมากขึ้น ดังนี้

1. โรคจิต คือ โรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ ความคิด และการแสดงออกอย่างรุนแรง โดยผู้ป่วยจะไม่ยอมรับว่าตนเองป่วย ซึ่งมีสาเหตุหลายประการ ได้แก่

1.1 สาเหตุทางร่างกาย จากสารเสพติด เชื้อโรคเข้าไปในสมอง เช่น เยื่อหุ้มสมองอักเสบ สมองได้รับการกระทบกระเทือน หรือ กรรมพันธุ์

1.2 สาเหตุทางจิตใจ ความผิดหวัง เช่น การเรียน ความรัก เป็นต้น ความสูญเสีย เช่น บุคคลอันเป็นที่รัก

1.3 สาเหตุทางครอบครัวและสังคม ขาดความรักความอบอุ่นจากครอบครัวตั้งแต่วัยเด็ก ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวไม่ดี หรือ ปัญหาทางเศรษฐกิจ

2. สำหรับวิธีการดูแลผู้ป่วยจิตเวชนั้น ครอบครัวก็ได้รับความรู้จากบุคลากรที่ดำเนินโครงการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ดังนี้

2.1 การดูแลให้ผู้ป่วยจิตเวชรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและตามแพทย์สั่ง

2.2 การดูแลไม่ให้ผู้ป่วยใช้สารเสพติดทุกชนิด เพราะอาจทำให้อาการของโรคจิตกำเริบได้

2.3 ควรสังเกตอาการเตือนที่ผิดปกติของผู้ป่วย เช่น นอนไม่หลับ หงุดหงิด สูบบุหรี่ยาสูบมากขึ้น หูแว่ว พูดคนเดียว กระสับกระส่าย เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัว

2.4 ควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยรู้จักรับผิดชอบการดูแลตนเองเป็นลำดับแรก ก่อนจะมอบหมายงานบ้านเล็ก ๆ น้อย ๆ ให้ผู้ป่วยทำ เป็นการกระตุ้นความสามารถที่มีอยู่เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยให้ดีขึ้นกว่าเดิม ไม่ควรให้ผู้ป่วยอยู่เฉย ๆ และเมื่อผู้ป่วยสามารถทำสำเร็จ ครอบครัวควรแสดงความชื่นชม เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า สร้างความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว ไม่รู้สึกแปลกแยกจากครอบครัว

2.5 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของครอบครัว ร่วมเข้าสังคมกับคนทั่วไป เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเข้ากับผู้อื่นได้

3. เรื่องค่ารักษาพยาบาล เมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบอย่างรุนแรง จำเป็นที่ครอบครัวจะต้องให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาจากโรงพยาบาล ซึ่งสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท) สามารถใช้ในกรณีฉุกเฉินได้เพียงปีละ 2 ครั้งเท่านั้น การมารักษาและรับยาตามปกติไม่สามารถใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ ทำให้ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมากในการรักษา ทางบุคลากรที่ดำเนินโครงการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านก็ได้มีการแนะนำให้ครอบครัวใช้สิทธิตาม บัตรที่ระบุไว้ ซึ่งก็คือ สถานพยาบาลปฐมภูมิเบื้องต้น สำหรับกรุงเทพมหานคร ได้แก่ ศูนย์บริการ

สาธารณสุขทุกเขตจะมีบริการด้านสุขภาพจิต หากศูนย์บริการสาธารณสุขใด ไม่มีบริการด้านสุขภาพจิตก็สามารถส่งต่อผู้ป่วยให้ไปรับการรักษาในโรงพยาบาลต่อไป ถือได้ว่าครอบครัวได้ใช้สิทธิที่ตนมีอยู่ได้อย่างถูกต้อง

4. การยอมรับผู้ป่วย แสดงความรักและความสนใจ จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว ขณะเดียวกันการที่ครอบครัวให้การสนับสนุนและให้กำลังใจผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยสามารถแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง โดยการรับฟังปัญหาของผู้ป่วยอย่างตั้งใจและให้คำปรึกษา เพื่อผู้ป่วยจะได้เกิดความรู้สึกไว้วางใจ อบอุ่นและมั่นคง

ดังนั้น เมื่อครอบครัวได้รับความรู้เรื่องโรคจิตเวช วิธีการดูแลอย่างถูกต้องจากบุคลากรของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาที่ดำเนินโครงการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านแล้ว เมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ครอบครัวก็สามารถสังเกตอาการเตือนของผู้ป่วยและสามารถจัดการกับอาการของผู้ป่วยได้ เช่น ถ้าผู้ป่วยหงุดหงิด กระสับกระส่าย ครอบครัวอาจจะให้รับประทานยาหรือใช้วิธีการเลี้ยงไม่สนทนากับผู้ป่วยระยะหนึ่ง รอให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้นหรือถ้ารุนแรงมากก็อาจรีบนำส่งโรงพยาบาล

#### การเตรียมความพร้อมในการส่งเสริมการมีงานทำ

สำหรับในประเด็นของครอบครัวมีการเตรียมความพร้อมในการส่งเสริมการมีงานทำของผู้ป่วยจิตเวช การส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเวชมีส่วนร่วมในชุมชน และการทำให้ชุมชนเกิดการยอมรับผู้ป่วยจิตเวชนั้น มีความสัมพันธ์กัน กล่าวคือ ทุกครอบครัวล้วนมีการส่งเสริมการมีงานทำให้กับผู้ป่วยจิตเวช โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. การให้ผู้ป่วยจิตเวชด้วยการดูแลตนเอง เช่น ซักเสื้อผ้า ล้างจานของตนเอง แม้ว่าผู้ป่วยเพศชายบางคนไม่เคยทำงานบ้านมาก่อนเลย เนื่องจากการเลี้ยงดูมาตั้งแต่เด็ก ไม่ได้สอนให้เพศชายต้องรับผิดชอบงานบ้าน แต่เมื่อมีโครงการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ครอบครัวก็เกิดความเข้าใจมากขึ้น

2. การแบ่งงานให้ผู้ป่วยจิตเวชได้ทำ อาจมอบหมายงานบ้านอย่างใดอย่างหนึ่งให้ผู้ป่วยเป็นผู้รับผิดชอบโดยตรง เช่น ล้างจาน กรอกน้ำใส่ขวด รดน้ำต้นไม้ เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ก็สามารถทำได้ ครอบครัวส่วนใหญ่ที่สัมภาษณ์จะประกอบอาชีพค้าขาย ทางครอบครัวก็ได้มอบหมายให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการประกอบอาชีพ เพื่อได้พบปะกับผู้คนมากขึ้น เช่น บางคนช่วยแม่เข็นของไปขาย บางคนก็ขายของอยู่ในบ้าน บางคนก็สามารถรับจ้างทั่วไปได้ เป็นต้น

3. ผู้นำชุมชนเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เข้าร่วมกิจกรรม สิ่งสำคัญ คือ ครอบครัวส่วนหนึ่งที่สัมพันธภาพอาศัยอยู่ในชุมชนที่มีผู้นำชุมชนเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ย่อมเป็นผลดีต่อผู้ป่วยและครอบครัว เนื่องจากผู้นำชุมชนที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขนั้นมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิต และได้มีส่วนร่วมในการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน เช่น วันสำคัญทางศาสนาต่าง ๆ เป็นต้น โครงการรณรงค์ต่าง ๆ ที่แต่ละเขตได้จัดให้มีขึ้น เช่น รณรงค์ กำจัดลูกน้ำ เพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยการให้ทุกครอบครัวทำลายแหล่งน้ำขังที่มีในชุมชน ผู้ป่วยจิตเวชก็มีส่วนร่วมในกิจกรรมเหล่านี้ด้วยเช่นกัน การดำเนินการดังกล่าวของชุมชนนั้นถือได้ว่าสอดคล้องกับแนวคิดเครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคม ในประเด็นของการให้การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารให้กับผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวได้เชื่อว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม สามารถมีส่วนร่วมและทำประโยชน์ให้กับสังคมได้

#### ตารางที่ 4.7

ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ การศึกษา สถานภาพในชุมชน  
และอาชีพของผู้นำชุมชน

กรณีศึกษา (นามสมมติ)	เพศ	อายุ (ปี)	การศึกษา	สถานภาพในชุมชน	อาชีพ
ทอง	ชาย	65	ม.6	ประธาน	ข้าราชการ บำนาญ
น้อย	หญิง	60	ม.3	ประธาน	ค้าขาย

ผลการศึกษาซึ่งแสดงตามตารางที่ 4.7 พิจารณาได้ดังนี้

- เพศ ผู้นำชุมชนที่มีผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในชุมชนนั้น เป็นผู้นำชุมชนเพศชาย 1 คน และเพศหญิง 1 คน
- อายุ ผู้นำชุมชนมีอายุ 65 และ 60 ปี ตามลำดับ
- การศึกษา ผู้นำชุมชนจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 6 และมัธยมศึกษาปีที่ 3
- สถานภาพในชุมชน ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 2 คน เป็นผู้นำชุมชนที่ผู้ป่วยจิตเวชอาศัยอยู่
- อาชีพ ผู้นำชุมชนมีอาชีพข้าราชการบำนาญและอาชีพค้าขาย

จากข้อมูลดังกล่าวมีข้อสังเกตได้ว่า ผู้นำชุมชนมีทั้งเพศชายและเพศหญิง มีอายุระหว่าง 60-65 ปี จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 และ 6 มีสถานภาพเป็นประธานชุมชน และมีอาชีพเป็นข้าราชการบำนาญและค้าขาย

ในประเด็นของความคิดเห็นของผู้นำชุมชนที่มีต่อการส่งเสริมการมีงานทำของผู้ป่วยจิตเวชนั้น ผู้นำชุมชนทั้ง 2 คน มีความคิดเห็นว่า ผู้ป่วยจิตเวชทุกคนสามารถทำงานได้ トラバได้ที่ยังรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและดูแลตนเองได้ แต่ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นก็สืบเนื่องมาจากตัวผู้ป่วยจิตเวชเอง ที่ไม่ยอมรับประทานยาและไม่ยอมดูแลตนเอง เพราะเมื่อใดที่ผู้ป่วยจิตเวชอาการดีขึ้น ชุมชนก็ยอมให้การยอมรับ แต่ขณะเดียวกัน ถ้าผู้ป่วยจิตเวชมีอาการรุนแรง ชุมชนก็ยอมให้การยอมรับได้ยากเช่นกัน ซึ่งการแสดงความยอมรับผู้ป่วยจิตเวชของชุมชนนั้น ถือได้ว่าสอดคล้องกับแนวคิดการใช้ชุมชนเป็นฐาน กล่าวคือ เมื่อชุมชนเห็นว่าผู้ป่วยจิตเวชมีอาการดีขึ้นก็แสดงการยอมรับ แต่ถ้าผู้ป่วยจิตเวชมีอาการไม่ดี ชุมชนก็เห็นว่ายอมก่อให้เกิดปัญหาแก่สมาชิกส่วนใหญ่ในชุมชน ดังนั้นจึงต้องร่วมกันวางแผน เพื่อป้องกันไม่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ จนถึงขั้นทำอันตรายผู้อื่น ตลอดจนช่วยกันสอดส่องดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตรงตามเวลาอย่างสม่ำเสมอ

ในส่วนของลักษณะงานที่เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเวช ผู้นำชุมชนทั้ง 2 คนมีความคิดเห็นว่า ควรเป็นงานที่ได้พบปะกับคนมากกว่างานที่ทำคนเดียว เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชได้มีการปรับตัวอยู่ร่วมกับคนอื่นในชุมชนและสังคมได้ ตลอดจนเรียนรู้ถึงวิธีการดำเนินชีวิตเช่นเดียวกับคนปกติในสังคม ข้อสังเกตประการหนึ่งที่ผู้นำชุมชนกล่าวถึง ก็คือ ผู้ป่วยจิตเวชมักจะไม่รู้ว่าตนเองชอบงานประเภทใด เพราะผู้ป่วยจิตเวชไม่รู้ถึงความต้องการและความถนัดของตนเอง

อย่างไรก็ดีทางชุมชนได้มีการสร้างโอกาสให้สมาชิกทุกคนในชุมชน ไม่เพียงแต่ผู้ป่วยจิตเวชเท่านั้น เช่น มีการทำพืชมเส่น้ำ งานจักสาน ทำดอกไม้ประดิษฐ์ เป็นต้น การสร้างโอกาสให้กับผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชได้เกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การสร้างโอกาสของชุมชนในลักษณะนี้ถือได้ว่าเป็นวิธีการหนึ่ง que แสดงถึงการสนับสนุนทางสังคม แต่มีข้อจำกัดที่ว่า ผู้ป่วยจิตเวชไม่เข้ามาร่วมกิจกรรมกับชุมชน ชอบอยู่คนเดียว ตามลักษณะอาการของความเจ็บป่วย ประกอบกับชุมชนในเขตกรุงเทพมหานครเป็นชุมชนที่มีการย้ายถิ่นสูง สมาชิกในชุมชนส่วนใหญ่มีการย้ายถิ่นมาเพื่อประกอบอาชีพ ต่างจากชุมชนในชนบทที่มีความสัมพันธ์กันแบบเครือญาติ การจะรวมตัวกันได้นั้น ส่วนใหญ่ก็เป็นคนที่อาศัยอยู่เป็นเวลานาน นอกจากนี้ทางกรุงเทพมหานครได้มีการจัดให้ความรู้เรื่องโรคจิตบ่อยครั้ง เพื่อสร้างความเข้าใจให้กับทุกคนในชุมชน เพื่อให้ทุกคนได้เป็นส่วนหนึ่งในการสร้างโอกาสให้กับผู้ป่วยจิตเวช

### ความคิดเห็นของบุคลากรสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

จากการสัมภาษณ์บุคลากรของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา ซึ่งเป็นนักอาชีวบำบัดเกี่ยวกับความคิดเห็นที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวชในการส่งเสริมการมีงานทำนั้น นักอาชีวบำบัดทั้ง 2 คน มีความเห็นตรงกันว่า ผู้ป่วยจิตเวชทุกคนสามารถทำงานได้ ถ้าได้รับการส่งเสริมและฝึกฝนทักษะเช่นเดียวกับคนปกติ เพราะอาการเจ็บป่วยทางจิตเป็นเพียงความผิดปกติของสารเคมีในสมองเท่านั้น เมื่อได้รับการรักษาด้วยยาให้ระดับสารเคมีในสมองสมดุลตามปกติแล้ว ผู้ป่วยจิตเวชก็สามารถดำเนินชีวิตได้เช่นเดียวกับคนปกติ เพียงแต่ต้องควบคุมและดูแลตนเองให้มากกว่าคนปกติ โดยเฉพาะเรื่องการรับประทานยาให้ตรงเวลาและตามที่แพทย์สั่งอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมการมีงานทำของผู้ป่วยจิตเวชเป็นทั้งหน้าที่และเป็นการปฏิบัติด้วยความเต็มใจ เนื่องจากบทบาทของนักอาชีวบำบัดมีหน้าที่ในการฟื้นฟู ช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีงานทำ เป็นรูปแบบกิจกรรมการฟื้นฟูและฝึกทักษะเบื้องต้นก่อนที่ผู้ป่วยจะออกไปประกอบอาชีพ เช่น ทักษะการดูแลตนเอง ทักษะทางสังคม ทักษะการดำรงชีวิตภายในบ้าน ทักษะการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ทักษะการทำงาน และทักษะการอยู่ร่วมกับชุมชน เป็นต้น นอกจากนี้งานอาชีวบำบัดยังมีการติดต่อประสานงานกับงานสังคมสงเคราะห์และสถานประกอบการต่าง ๆ ที่สามารถให้การรองรับให้ผู้ป่วยได้มีงานทำ แต่ในขณะเดียวกันก็มีข้อจำกัดเกี่ยวกับความต่อเนื่องในการส่งเสริมการมีงานทำให้กับผู้ป่วย จิตเวช เนื่องจากเมื่อทางสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาได้ฝึกทักษะในด้านต่าง ๆ ให้กับผู้ป่วยจิตเวชเพื่อให้ความพร้อมในการประกอบอาชีพในอนาคต แต่เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านก็ต้องพบกับสภาพแวดล้อมเดิม บางครอบครัวอาจไม่ให้โอกาสให้ผู้ป่วยได้ใช้ทักษะที่ฝึกฝนมา เพราะมองว่าเป็นผู้ป่วยไม่มีความสามารถ หรือในบางกรณีผู้ป่วยไปสมัครงานแต่เมื่อสถานที่ทำงานทราบว่าผู้ป่วยก็เกิดอคติไม่ยอมรับผู้ป่วยเข้าทำงาน ทั้ง ๆ ที่ยังไม่ได้เห็นความสามารถของผู้ป่วยว่าสามารถทำได้หรือไม่ ดังนั้น นักอาชีวบำบัดจึงมีความเห็นว่าการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีงานทำนั้นจะต้องอาศัยความร่วมมือกันหลาย ๆ ส่วน ทั้งครอบครัว ชุมชน และประชาชนทั่วไปให้เข้าใจผู้ป่วยจิตเวชมากขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยเป็นที่ยอมรับและสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้เช่นเดียวกับทุกคน