

บทที่ 2

แนวคิด และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่อง เจตคติของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้วยวิธีการลุ่มซัง ศึกษาเฉพาะพื้นที่จังหวัดขอนแก่น ผู้ศึกษาได้รวบรวมแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้ในการศึกษา ดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับเจตคติของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวช
2. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้วยวิธีการลุ่มซัง
3. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชขณะอยู่ที่บ้าน
4. แนวคิดเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยจิตเวช
5. แนวคิดการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์จิตเวช
6. ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับเจตคติของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวช

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ได้ให้ความหมายของคำว่า เจตคติ คือ ทำที่หรือความรู้สึกของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

จากการศึกษาพบว่า คำว่าเจตคติ มีความหมายคล้ายคลึงกับคำว่าทัศนคติ โดยทัศนคติมองค์ประกอบ 3 ประการ ได้แก่ (ศิริวรรณ ฤกษ์นระขจร และคณะ, 2544, น. 13)

1. ความคิด (Cognitive Component) เป็นการตอบสนองของบุคคลในลักษณะการรับรู้อันสืบเนื่องมาจากความคิด ความเชื่อที่มีต่อสิ่งของหรือปรากฏการณ์ต่าง ๆ ทัศนคติจึงแสดงออกมาในลักษณะว่าจะไรผิด อะไรถูก

2. ความรู้สึก (Affective Component) เป็นลักษณะทางอารมณ์ของบุคคลที่คล้อยตามความคิด ความเชื่อ ถ้าบุคคลคิดในแง่ดีต่อสิ่งใด ก็จะมีความรู้สึกที่ดีต่อสิ่งนั้น ทัศนคติด้านนี้จะแสดงออกมาในรูปของความรัก โกรธ ชอบ พอใจเกลียด เป็นต้น

3. พฤติกรรม (Behavioral Component) ความพร้อมที่จะกระทำอันเป็นความคิดและความรู้สึก ซึ่งออกมาในรูปแบบของการประพฤติปฏิบัติโดยการยอมรับหรือปฏิเสธ และเป็นการกระทำที่สามารถสังเกตได้

กล่าวได้ว่า เจตคติของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวช หมายถึง ความคิด ความรู้สึกและท่าทีพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วย โดยเกิดได้ทั้งเจตคติด้านบวกและเจตคติด้านลบ

เจตคติของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชในด้านบวก คือ การเข้าใจ การยอมรับ รู้สึกสงสารเห็นใจ และแสดงออกด้วยการเอาใจใส่ดูแลเป็นอย่างดี ตรงกันข้ามกับเจตคติของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชในด้านลบ คือ การปฏิเสธ การไม่ยอมรับ การไม่เข้าใจ การรังเกียจ คิดว่าผู้ป่วยเป็นปัญหาของครอบครัวที่สร้างความเดือดร้อน ความอับอาย จึงแสดงออกด้วยการปล่อยปละละเลยทอดทิ้งหรือกระทำด้วยความรุนแรง เช่น การล่ามขัง เป็นต้น ซึ่งส่วนใหญ่จะพบว่าครอบครัวมักจะมีเจตคติในด้านลบ ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชจำนวนมากได้รับการดูแลที่ไม่ถูกต้อง ส่งผลให้มีอาการเจ็บป่วยซ้ำและเกิดอาการกำเริบอยู่บ่อยครั้ง

ดังนั้น เจตคติของสมาชิกในครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวช จึงถือได้ว่าเป็นความสำคัญอย่างยิ่งต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย ถ้าหากครอบครัวมีเจตคติในด้านบวก ก็จะทำให้เกิดการเรียนรู้และยอมรับในสภาวะอาการและความเจ็บป่วยของผู้ป่วย อันนำไปสู่การดูแลรักษาอย่างถูกวิธี ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลฟื้นฟูศักยภาพได้อย่างเหมาะสม และสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้เช่นเดียวกับคนปกติทั่วไป

2. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้วยวิธีการล่ามขัง

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้วยวิธีการล่ามขัง ผู้ศึกษาได้ทำการรวบรวมและศึกษาค้นคว้า ดังต่อไปนี้

2.1 แนวคิดเรื่องผู้ป่วยจิตเวช

นิยามและความหมายผู้ป่วยจิตเวช

World Health Organization (1977, p. 177) กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคจิตหรือผู้ป่วยจิตเวช หมายถึง ผู้ที่อยู่ในสภาวะที่มีการสูญเสียการทำหน้าที่ของจิตใจถึงระดับที่ทำให้เสียความสามารถในการหยั่งรู้ตนเอง ความสามารถที่จะตอบสนองความต้องการที่จำเป็นในการดำรงชีพ หรือความรู้สึกนึกคิดและพฤติกรรมต่าง ๆ ที่อยู่ในกรอบของความเป็นจริง

ไพรวลัย รัมซ่าย และคณะ (2544, น. 3) ได้กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคจิต คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคจิต มีความผิดปกติทางความคิด พฤติกรรม ไม่สามารถเข้าใจสภาวะต่าง ๆ ตามความเป็นจริง อาจมีอาการหลงผิด ประสาทหลอน ขาดความรู้จักตนเอง ซึ่งส่งผลให้การตัดสินใจของผู้ป่วยเสียไป

ผู้ป่วยจิตเวช จึงเป็นบุคคลที่มีความผิดปกติด้านความคิด ความรู้สึก อารมณ์และพฤติกรรม โดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตหรือเจ็บป่วยเป็นโรคจิตและรับรักษาไว้ในโรงพยาบาล

นิยามและความหมายโรคจิต

คณะผู้เชี่ยวชาญแห่งชาติ สุขภาพจิต (ศิริวรรณ ฤกษ์ธนะขจร และคณะ, 2544, น. 6) ได้ให้ความหมายของโรคจิตว่า เป็นโรคจิตเวชที่รุนแรงเกิดจากสาเหตุทางร่างกาย หรือสาเหตุทางอารมณ์โดยแสดงลักษณะของความผิดปกติทางด้านความคิด พฤติกรรม ไม่สามารถเข้าใจสภาวะต่าง ๆ ตามความเป็นจริง อาจจะมีอาการหลงผิด ประสาทหลอน ขาดความรู้จักตนเอง ความผิดปกติดังกล่าวทำให้การตัดสินใจของผู้ป่วยเสียไป

กนกรัตน์ สุชะตุงคะ (2541, น. 118) ได้กล่าวว่า โรคจิต เป็นโรคที่มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์และพฤติกรรมเป็นอาการเด่น สูญเสียในเรื่องการรับรู้ตนเอง ไม่รู้ว่าตนเองป่วย มีความคิดแปลก ๆ ที่ไม่เป็นจริง หลงผิดคิดว่าตนเองเป็นบุคคลสำคัญต่าง ๆ เช่น เป็นเทพเจ้า เป็นคนที่จะมาปลดปล่อยมนุษยชาติไปสู่ความเป็นอมตะ หรือเป็นบุคคลที่มีชื่อเสียง หรือมหาเศรษฐี เป็นต้น มีการแสดงออกของอารมณ์หรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับเหตุการณ์และมักมีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เช่น เคยเข้ากับคนอื่นได้ก็เปลี่ยนเป็นเก็บตัว ไม่สนใจดูแลความสะอาดของตนเอง บางคนอาจหวาดระแวงกลัวคนมาทำร้ายตนเอง เป็นต้น

เกษม ดันติผลาชีวะ (2541 อ้างถึงใน ธนิต โคตมะ และคณะ, 2544, น. 47) ได้กล่าวว่าโรคจิตเป็นโรคทางจิตเวชกลุ่มหนึ่งที่มีอาการรุนแรง จนทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ จนไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติในชีวิตประจำวันเหมือนคนในสังคมทั่วไป มีลักษณะที่สำคัญของโรคจิต 3 อย่างคือ

1. เสียการรับรู้ความเป็นจริง (Reality Testing) ทำให้ผู้ป่วยแยกไม่ออกระหว่างความเป็นจริงกับความคิดเพื่อฝัน บางครั้งทำให้เกิดอาการที่เรียกว่าประสาทหลอนหรือหลงผิด
2. เสียการหยั่งรู้ตนเอง (Insight) ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมรับว่าตนเองป่วยหรือมีความผิดปกติเกิดขึ้นกับตน และมักไม่ยอมรับการรักษา

3. มีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม จนเห็นได้ว่าเบี่ยงเบนไปจากเกณฑ์ปกติของคนทั่วไปในสังคมที่เป็นอยู่ เช่น ผู้ป่วยไม่อาบน้ำ ไม่แปรงฟัน เก็บของตามกองขยะกินทิ้งที่มีฐานะพอจะซื้อกินได้ หรือนอนตามข้างถนนทั้งที่มีบ้านอยู่ ฯลฯ

นางลักษณ์ เทพสวัสดิ์ (2545, น. 48) ให้ความหมายคำว่าโรคจิต คือ ความผิดปกติทางจิตที่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยอย่างรุนแรง ทำให้บุคคลนั้น ๆ ไม่สามารถกระทำหน้าที่ทางสังคมได้มาตรฐานหรือเกณฑ์ที่สังคมตั้งไว้ ไม่สามารถดำรงความสัมพันธ์ที่มีกับสังคมให้อยู่ในสภาพแห่งความเป็นจริงได้

โรคจิต จึงเป็นโรคทางจิตเวชที่รุนแรง เกิดจากสาเหตุทางร่างกายหรือทางจิตใจ ทำให้มีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และไม่เข้าใจสภาวะความเป็นจริง อาจมีการแสดงออกด้วยอาการหลงผิด ประสาทหลอน ไม่รู้จักตนเอง ความจำเสื่อม (ศิริวรรณ ฤกษ์ธนะขจร และคณะ, 2544, น. 7)

อาการของโรคจิต

อาการของโรคจิต แบ่งตามความผิดปกติต่าง ๆ ได้หลายแบบ คือ (ธนิธ โคตมะ และคณะ, 2544, น. 47)

1. ความผิดปกติของพฤติกรรมโดยทั่วไป ในระยะแรก ๆ ของอาการป่วย ผู้ที่อยู่ใกล้ชิดจะสังเกตได้ว่าผู้ป่วยมีบุคลิกภาพทั่วไปผิดแปลกไปจากเดิม เช่น ตามปกติเป็นคนเงียบขรึม กลับกลายเป็นคนช่างพูด สนุกสนาน ครื้นเครง หรือบางรายเคยเป็นคนสนุกสนาน กลายเป็นคนเงียบขรึม ไม่พูด ไม่สนใจผู้อื่น

2. ความผิดปกติของพฤติกรรมการเคลื่อนไหว คือ

2.1 การเคลื่อนไหวมากขึ้น การแสดงออกถูกลึกลอน บางรายลุกขึ้นกระโดดหรือเต้น บางรายแสดงอาการชกต่อย ส่งเสียงดัง แสดงการเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลา ต้องช่วยกันจับ

2.2 การเคลื่อนไหวลดลง แสดงออกด้วยการเคลื่อนไหวน้อย เชื่องช้า ความคิดช้า พูดช้า บางรายเป็นมากไม่ยอมเคลื่อนไหว นอนนิ่งอยู่กับที่และมักไม่ยอมพูด

2.3 พฤติกรรมซ้ำ ๆ เป็นการกระทำซ้ำ ๆ กัน เช่น นั่งโยกตัวไปมา หรือหันศีรษะไปมาอยู่ตลอดเวลา บางรายพูดประโยคซ้ำ ๆ อยู่ตลอดเวลา

3. ความผิดปกติของความคิด ในคนปกติความคิดจะมีเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง แต่ในผู้ป่วยโรคจิต ความคิดจะผิดปกติไปได้หลายแบบ คือ

3.1 ผิดปกติในรูปแบบของความคิด เช่น การคิดแคบ ๆ เฉพาะตัว หรือคิดแบบเพ้อฝัน ไม่อยู่ในรูปแบบของความเป็นจริง

3.2 ผิดปกติในเรื่องกระแสความคิด เช่น คิดเร็ว จะแสดงออกโดยพูดเร็วและเปลี่ยนเรื่องเร็ว หรือคิดช้า จะแสดงออกโดยพูดช้า ตอบคำถามช้า ตัดสินใจช้า บางรายอาจมีความคิดอ้อมค้อม วกวน คิดไม่ถึงจุดหมาย แสดงออกโดยพูดอ้อมค้อม วกวน

3.3 ผิดปกติในเนื้อหาของความคิด ได้แก่ อาการหลงผิด เป็นความเชื่อผิด ๆ ในเรื่องหนึ่งเรื่องใด เช่น บางรายมีอาการหลงผิด ว่าตัวเองมีความสำคัญ มีความสามารถเหนือผู้อื่น หลงว่าตนเองเป็นคนร่ำรวยใหญ่โต

3.4 ความผิดปกติในความต่อเนื่องของความคิด ความคิดไม่ต่อเนื่อง ไม่สอดคล้องกันเป็นความคิดลอย ๆ ไม่มีจุดมุ่งหมาย แสดงออกโดยการพูดไม่ต่อเนื่อง พูดเป็นคำ ๆ ไม่ได้ความหมายต่อเนื่อง ซึ่งฟังไม่ได้เรื่องราว

4. ความผิดปกติในอารมณ์ การแสดงออกของอารมณ์ไม่ปกติ ได้แก่

4.1 อารมณ์ร่าเริง อารมณ์คร่ำครวญสลับมากกว่าปกติ ซึ่งไม่เหมาะสมกับสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นให้เกิดความรู้สึกดี อารมณ์ที่เป็นสุขจะแสดงออกโดยร่าเริงแจ่มใส มีการเคลื่อนไหวมาก ผิดปกติ ความรู้สึกปลาบปลื้มยินดีอย่างฉับพลัน

4.2 อารมณ์ไม่ร่าเริง ได้แก่ อารมณ์เศร้า หดความสนใจต่อสิ่งแวดล้อม ท้อแท้

4.3 การแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ เช่น เมื่อพูดถึงเรื่องเศร้า กลับหัวเราะ พูดเรื่องสนุกสนานกลับร้องไห้

5. ความผิดปกติของความรู้สึกสำนึกต่อความรู้สึกสำนึกตน คือ ความรู้สึกสำนึกตัวจะผิดปกติไป ซึ่งอาจแบ่งความผิดปกตินี้เป็น

5.1 ภาวะงุนงง ความสนใจและการรับรู้สิ่งแวดล้อมลดลง การรับรู้เวลา สถานที่ และบุคคลเสียไป พบบ่อยในโรคจิตที่เกิดจากสภาวะทางร่างกาย

5.2 ภาวะงุนงง สับสนร่วมกับประสาทหลอน การรับรู้เวลา สถานที่ และบุคคลเสียไป

6. ความผิดปกติในการรับรู้ การรับรู้เป็นกระบวนการของการเกิดความรู้ ความเข้าใจต่อสิ่งกระตุ้น โดยเริ่มที่การทำงานระบบรับรู้ความรู้สึก ร่วมกับความต้องการและประสบการณ์ ทำให้รู้และเข้าใจความหมายของสิ่งที่มากระตุ้นให้ถูกต้อง เช่น นาฬิกา เรารู้ว่าเป็นอะไร ใช้ประโยชน์อะไรได้ ในผู้ป่วยโรคจิตบางชนิด การรับรู้จะผิดปกติในรูปแบบต่าง ๆ คือ

6.1 ภาพลวงตา เป็นการตีความหมายต่อสิ่งกระตุ้นผิดไปจากความเป็นจริง

6.2 ประสาทหลอน เป็นความผิดปกติของการรับรู้ที่เกิดขึ้น โดยไม่มีสิ่งกระตุ้นจากภายนอก ซึ่งเป็นได้ทุกส่วนที่รับรู้ความรู้สึก และสัมผัสของร่างกาย เช่น ประสาทหลอนทางตาทำให้

เห็นเป็นแสงหรือภาพต่าง ๆ โดยไม่มีแสง หรือภาพจริงผู้ป่วยอาจแสดงอาการกลัวต่อสิ่งที่เห็นหรือแสดงปฏิกิริยาโต้ตอบต่อสิ่งที่เห็น

6.3 ประสาทหลอนทางหู ได้ยินเสียงซึ่งอาจจะชัดหรือไม่ชัด อาจเป็นเสียงคนรู้จักหรือเสียงแปลก ๆ บางทีผู้ป่วยจะแสดงอาการพูดโต้ตอบเสียงที่ได้ยิน ทำให้คุณล้าว่าผู้ป่วยกำลังพูดคนเดียว

6.4 ประสาทหลอนทางกลิ่น คือ ได้กลิ่นแปลก ๆ

6.5 ประสาทหลอนทางรส รู้สึกมีรสแปลก ๆ โดยไม่มีการกระตุ้น

7. ความผิดปกติของความทรงจำ ได้แก่

7.1 การลืม เป็นการสูญเสียความจำหรือการไม่สามารถเรียกประสบการณ์เก่า ๆ ให้กลับมาสูจิตได้สำนึกได้ มักเกิดขึ้นอย่างฉับพลันภายหลังที่เกิดความกระทบกระเทือนต่อจิตใจหรือสมอง

7.2 เป็นความจำที่สับสน ซึ่งแยกไม่ได้ว่าเป็นความฝันหรือความจริง

7.3 จำได้แม่นยำและชัดเจนอย่างผิดปกติ ซึ่งการลืมไปบ้างพบได้ในคนปกติหรือผู้ป่วยโรคจิตทางอารมณ์

8. ความผิดปกติในเชาว์ปัญญา ผู้ป่วยโรคจิตบางรายเชาว์ปัญญาจะเสื่อมลง พบได้ในผู้ป่วยโรคจิตที่เกิดจากความพิการทางสมองบางอย่าง ทำให้สมองเสื่อม หรือผู้ป่วยด้วยโรคจิตเภทนาน ๆ จะทำให้เชาว์ปัญญาลดลง

สาเหตุของการป่วยโรคจิต

สาเหตุของการป่วยโรคจิต แบ่งออกเป็น (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2541 อ้างถึงใน ไพรวลัย รัมข้าย, 2544, น. 14-15)

1. สาเหตุที่ส่งเสริมให้เกิดอาการโรคจิต ได้แก่

1.1 สาเหตุทั่วไป

1.1.1 อายุพบน้อยในวัยเด็ก วัยหนุ่มสาวพบโรคจิตมากขึ้น วัยต่ออายุ 45-50 ปี จะพบว่าเป็นโรคจิตสูงขึ้น

1.1.2 เพศ โรคจิตบางชนิดพบในเพศหญิงมาก เช่น โรคจิตในวัยต่อ และโรคจิตในวัยสูงอายุ ส่วนโรคจิตที่เกิดจากพิษสุราเรื้อรังพบในเพศชายมาก

1.1.3 อาชีพ อาชีพบางชนิดทำให้เกิดโรคจิตบางประเภทได้ง่าย เช่น พวกทำงานตามบาร์มีโอกาสติดสุราได้ง่ายและกลายเป็นโรคจิตได้

1.2 เหตุเฉพาะบุคคล

1.2.1 กรรมพันธุ์ พบว่ามีการถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ได้ พ่อแม่เป็นโรคจิต ลูกมีโอกาสเป็นโรคจิตได้มากกว่าคนที่ไม่มีประวัติของพ่อแม่เป็นโรคจิต

1.2.2 สถิติปัญญา คนที่มีสติปัญญาต่ำกว่าปกติหรือผู้ที่มีสติปัญญาสูงมาก พบว่ามีโอกาสเป็นโรคจิตมากกว่าคนที่มีความสติปัญญาปานกลาง

1.2.3 อารมณ์ พวกที่มีอารมณ์อ่อนไหวง่าย มีโอกาสเป็นโรคจิตได้ง่าย

2. สาเหตุกระตุ้น ที่ทำให้เกิดอาการโรคจิตขึ้นในขณะนั้น ได้แก่

2.1 สาเหตุจากร่างกาย ได้แก่

2.1.1 จากสารพิษต่าง ๆ รวมทั้งสารพิษจากภายนอก เช่น สุรา ยาบางชนิดหรือพิษจากภายในร่างกาย เกิดจากการทำงานผิดปกติของร่างกายหรือของต่อมฮอร์โมนประสาท

2.1.2 โรคติดเชื้อ เชื้อไขมาเลเรีย เชื้อสมองอักเสบ

2.1.3 อุบัติเหตุต่าง ๆ ที่ทำให้สมองกระทบกระเทือน อาจเป็นสาเหตุให้เป็นโรคจิตได้

2.2 สาเหตุจากจิตใจ ได้แก่ ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ทำให้ต้องคิดมากและไม่สามารถปรับตัวแก้ไขปัญหาได้ ทำให้เกิดอาการทางจิตได้ ลักษณะของปัญหาที่เกิดขึ้นอาจจะเป็นปัญหารุนแรงที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว เช่น การตกใจสุดขีด หรือการเศร้าเสียใจอย่างมาก เนื่องจากสูญเสียสิ่งอันเป็นที่รัก อาจเป็นปัญหาเรื้อรัง เช่น เจ็บป่วยมานาน หรือมีปัญหากระทบกระเทือนใจบ่อย ๆ เป็นเวลานาน จนถึงขีดไม่สามารถทนต่อไปได้อีก

2.3 สาเหตุจากสิ่งแวดล้อม ปัญหาสิ่งแวดล้อมมีผลกระทบต่อจิตใจโดยตรง บางรายปัญหาสิ่งแวดล้อมทำให้เกิดกลายเป็นโรคจิตได้ ได้แก่ ปัญหาทางเศรษฐกิจ และการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมสังคมอย่างรวดเร็ว ทำให้จิตใจเปลี่ยนแปลงไม่ทันและไม่สามารถเข้ากับวัฒนธรรมใหม่ ๆ ได้

การจำแนกโรคทางจิตเวช

โรคทางจิตเวชแบ่งออกได้เป็นชนิดสำคัญ ๆ ดังต่อไปนี้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545, น. 43-46)

1. โรคเนื่องจากความวิตกกังวล โรคที่สำคัญในกลุ่มนี้ คือ โรคกังวล โรคกลัว โรคแพนิค โรคย้ำคิดย้ำทำ โรคทางจิตเวชเนื่องจากภยันตราย

2. โรคจิตและโรคอารมณ์แปรปรวน โรคที่สำคัญในกลุ่มนี้ คือ โรคจิตเภท โรคจิตหลงผิด โรคจิตระยะสั้น โรคคล้ายโรคจิตเภท โรคจิตเภทอารมณ์แปรปรวน โรคจิตร่วมกัน โรคอารมณ์แปรปรวน

3. โรคเนื่องจากความผิดปกติของสมอง โรคที่สำคัญในกลุ่มนี้ คือ โรคเพ้อ โรคสมองเสื่อม โรคสูญเสียความจำ

4. โรคทางจิตเวชเนื่องจากสารเสพติด

5. โรคทางกายที่มีสาเหตุจากจิตใจ

6. บุคลิกภาพผิดปกติ

7. ความผิดปกติของการรับประทานอาหาร โรคที่สำคัญในกลุ่มนี้ คือ โรคอะนอเร็กเซีย โรคบูลิเมีย

8. ความผิดปกติของการหลับนอน โรคที่สำคัญในกลุ่มนี้ คือ อาการนอนไม่หลับ อาการนอนหลับมาก

9. ความผิดปกติเกี่ยวกับเพศ โรคที่สำคัญในกลุ่มนี้ คือ ความผิดปกติทางเพศ พฤติกรรมเบี่ยงเบนทางเพศ

10. พฤติกรรมขาดการควบคุมอารมณ์ โรคที่สำคัญในกลุ่มนี้ คือ พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงเป็นพัก ๆ พฤติกรรมชอบขโมยของ พฤติกรรมชอบวางเพลิง พฤติกรรมเล่นการพนันผิดปกติ พฤติกรรมชอบถอนผม

11. โรคอื่น ๆ ที่สำคัญ คือ โรคทางจิตเวชเนื่องจากการปรับตัว โรคทางจิตเวชเนื่องจากแก๊งค์ทำ

2.2 การดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้วยวิธีการล่ามขัง

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้วยวิธีการล่ามขัง คือ การใช้โซ่หรือเชือก หรือสิ่งที่คล้ายคลึงกัน ทำการล่ามผู้ป่วยหรือกักขัง กับบริเวณผู้ป่วย เพื่อป้องกันมิให้ผู้ป่วยจิตเวชออกไปทำอันตราย หรือสร้างความเดือดร้อนเสียหายให้แก่ตนเองและผู้อื่น

สาเหตุที่ครอบครัวดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้วยวิธีการล่ามขัง

สาเหตุที่ครอบครัวต้องดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้วยวิธีการล่ามขัง มักเกิดจาก (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2544, น. 1-2)

1. ผู้ป่วยไม่กินยา หรือปฏิเสธการกินยาจึงทำให้อาการกำเริบ

2. เมื่อผู้ป่วยมีอาการจะช่วยเหลือตนเองไม่ได้ จะเป็นภาระที่ญาติต้องดูแลผู้ป่วย ใกล้ชิด มีผลต่อการประกอบอาชีพของญาติ รายได้ลดลงหรือไม่มีรายได้ ส่งผลต่อค่าครองชีพประจำวัน

3. เมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบจะมีพฤติกรรมที่ญาติยอมรับไม่ได้ ได้แก่ ส่งเสียงร้อง เอะอะไว้วายทำร้ายตนเอง ผู้อื่น และทำลายข้าวของ ส่งผลกระทบต่อครอบครัวและชุมชน อีกทั้งญาติผู้ป่วยเองก็ขาดแนวทางในการดูแล เพราะในบางครอบครัวเป็นสตรีล้วน ไม่สามารถใช้พลังกำลังจัดการได้ หรือความขัดแย้งภายในครอบครัวเองส่งผลต่อการดูแลรักษาที่ไม่เหมาะสม ญาติผู้ป่วยเองก็ขาดความรู้ มีปัญหาด้านทัศนคติต่อผู้ป่วย ซึ่งพบจะสรุปประเด็นปัญหาได้ดังนี้

3.1 ขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับเรื่องโรค และการรักษา โดยคิดว่าโรคจิตไม่มีทางรักษาให้หายขาดได้ คิดว่าเสียเวลาในการรักษา คิดว่าเป็นเรื่องเวรกรรม

3.2 ญาติขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนค่าใช้จ่าย เช่น บัตรประกันสุขภาพ บัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย กองทุนสงเคราะห์หมู่บ้าน กองทุนพัฒนาหมู่บ้าน หรือสวัสดิการชุมชนเอง และขาดความรู้ ความเข้าใจที่เกี่ยวกับการใช้บัตรประกันสุขภาพ โดยเข้าใจว่าบัตรประกันสุขภาพสามารถใช้ได้ในโรงพยาบาลชุมชนเท่านั้น ไม่สามารถใช้กับโรงพยาบาลจังหวัดได้

3.3 ปัญหาความยากจน ทำให้ไม่มีค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวช

3.4 ญาติเบื่อนายต่อการจะต้องพาผู้ป่วยไปพบแพทย์เป็นระยะ ๆ

3.5 ญาติมีทัศนคติไม่ดีต่อผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ติดสารเสพติด เมื่อเข้ารับการรักษาและกลับสู่ชุมชนไปเจอสถานการณ์เดิม ทำให้กลับไปเสพตามเดิมอีก

3.6 ครอบครัวที่ดูแลไม่ใช่ญาติโดยตรง เช่น เป็นแม่เลี้ยง พ่อเลี้ยง เมื่อฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งถึงแก่กรรม จึงไม่มีใครคอยดูแล ประกอบกับผู้ป่วยเป็นชายเมื่อมีอาการจะอาละวาด ทำลายข้าวของหรือทำร้ายร่างกายทุกครั้ง หรือบางครอบครัวไม่มีญาติฝ่ายตรงคอยดูแล เช่น บิดา มารดา พี่น้อง นุตร แต่ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับลุง ป้า น้า อา

3.7 ในครอบครัวผู้ป่วยมีเฉพาะผู้หญิง ผู้สูงอายุและเด็ก พบว่าสมาชิกมีปัญหาสุขภาพ จึงไม่เอื้ออำนวยให้ดูแลผู้ป่วยได้เท่าที่ควร

3.8 เกิดการเลียนแบบการล่ามขังในชุมชนที่มีผู้ป่วยทางจิต และมีอาการคล้ายกัน

ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้วยวิธีการล่ำมซัง

ผลกระทบจากการดูแลด้วยวิธีการล่ำมซัง จะทำให้เกิดผลเสียต่อร่างกาย จิตใจ และการปรับตัวในสังคมของผู้ป่วยจิตเวช ดังนี้

1. ด้านร่างกาย เกิดความถดถอยในด้านการเคลื่อนไหว การทรงตัว ส่งผลต่อบุคลิกภาพ และเมื่อถูกล่ำมซังเป็นระยะเวลานาน ผู้ป่วยจิตเวชจะขาดการพัฒนาด้านการรับรู้สติปัญญาและมีอาจช่วยเหลือตนเองได้
2. ด้านจิตใจ อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความกดดันและเกิดความเครียด อีกทั้งมีแนวโน้มที่จะมีอาการกำเริบมากขึ้น และการล่ำมซังเป็นการกระทำที่รุนแรงอาจทำให้ผู้ป่วยจิตเวชมีความรู้สึกหวาดระแวง ไม่ไว้วางใจผู้อื่น แม้แต่บุคคลในครอบครัว
3. ด้านสังคม ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชขาดการสื่อสารและการสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ทำให้กลายเป็นคนที่ขาดความมั่นใจ และไม่กล้าออกไปเผชิญหน้ากับผู้คนในสังคม ส่งผลต่อการขาดการเรียนรู้ในการดำรงตนในสังคม

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้วยวิธีการล่ำมซังของครอบครัวส่วนใหญ่ สืบเนื่องมาจากการที่สมาชิกในครอบครัวมีเจตคติในด้านลบต่อผู้ป่วยจิตเวช โดยคิดว่าผู้ป่วยจิตเวชเป็นบุคคลที่น่ากลัว มีพฤติกรรมรุนแรง เป็นคนที่ไม่ดี ทำให้ครอบครัวแสดงออกด้วยพฤติกรรมการดูแลที่ไม่เหมาะสม ซึ่งเป็นการตีตราหรือการประทับตราแก่ผู้ป่วยจิตเวช (Link, 1989, p. 54) จึงทำให้ผู้ป่วยจิตเวชถูกตีตราว่าเป็นบุคคลที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนไปจากคนปกติทั่วไปในสังคม ดังเช่น ทฤษฎีการตีตราที่อธิบายไว้ว่า พฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปของบุคคลไม่ใช่ปรากฏการณ์ทางจิตวิทยา ทว่าเป็นปรากฏการณ์ทางสังคม การเบี่ยงเบนไม่ใช่สิ่งที่ติดตัวบุคคลมาตั้งแต่กำเนิด พฤติกรรมที่คนในสังคมหนึ่งให้คำนิยามว่าเป็นพฤติกรรมที่ปกติธรรมดา แต่คนในบริบททางสังคมหรือทางวัฒนธรรมอีกแห่งหนึ่งอาจมองพฤติกรรมเดียวกันนี้ว่าเป็นพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนก็ได้ ตัวแปรที่สำคัญของทฤษฎีการตีตรา คือ ผู้คนในสังคม (Social audience) ทั้งนี้กระบวนการที่บุคคลหนึ่งจะถูกตีตราว่าเป็นคนที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนนั้น เป็นกระบวนการเลือกสรรที่เกิดขึ้นอย่างสลับซับซ้อน ซึ่งสัมพันธ์กับการตอบสนองของบุคคลหนึ่งที่มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการดังกล่าวจำนวนหนึ่ง ฝ่ายที่มีอิทธิพลในการตัดสินใจว่าบุคคลใดจะเป็นผู้ถูกตีตราว่าเป็นคนที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบน ไม่ใช่ตัวกระทำที่เป็นปัจเจก ทว่าเป็นผู้คนในสังคม และเมื่อมีการตีตราเกิดขึ้นครั้งใด ผู้ที่ถูกตีตราได้กลายเป็นผู้มีมลทินประดับไปแล้ว ยากที่จะสามารถกลับคืนสู่สถานภาพหรือบทบาทตามปกติธรรมดาที่เคยเป็นมาในสังคมได้ (กิตติพัฒน์ นนทปัทมะดุลย์, 2547, น. 23-24) เชกเช่น ผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกตีตรา ที่ได้รับการดูแลจากครอบครัวด้วยวิธีการที่รุนแรงและไม่เหมาะสม แต่โดย

แท้จริงแล้วผู้ป่วยจิตเวชเหล่านี้ สามารถพัฒนาและเปลี่ยนแปลงตนเองไปในทางที่ดีขึ้นได้ หากพวกเขาได้รับโอกาสและการยอมรับจากครอบครัวและคนในสังคม

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข จึงได้จัดตั้งโครงการปลดโซ่ตรวนผู้ป่วยทางจิตที่ถูกล่ำม้าง เนื่องจากตระหนักถึงปัญหาการล่ำม้างผู้ป่วยทางจิตทั่วประเทศไทย ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ทุกจังหวัด และถ้าหากทำการสำรวจปัญหานี้ทั่วประเทศ คาดว่าจะมีผู้ป่วยทางจิตถูกล่ำม้างอยู่เป็นจำนวนมาก การล่ำม้างผู้ป่วยทางจิตโดยไม่ให้ผู้ป่วยได้รับการรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการฝึกทักษะต่าง ๆ ย่อมก่อให้เกิดความเสื่อมของบุคลิกภาพ ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมถดถอย จนกระทั่งไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการดำเนินชีวิตได้ตามปกติ เป็นภาระต่อครอบครัวและสังคมอย่างมาก เพื่อให้สอดคล้องกับองค์การอนามัยโลกที่ได้กำหนดให้ ปี พ.ศ. 2544 เป็นปีสุขภาพจิตโลก โดยมีคำขวัญหลักว่า Stop Exclusion : Dare to Care เพื่อให้บรรลุถึงจุดมุ่งหมายดังกล่าวขององค์การอนามัยโลก กรมสุขภาพจิตจึงรณรงค์ให้เกิดความร่วมมือในหน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องทั่วประเทศ เพื่อปลดปล่อยผู้ป่วยทางจิตที่ถูกล่ำม้าง ทำการรักษาให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสได้กลับมาดำเนินชีวิตในสังคมได้ตามปกติเฉกเช่นประชาชนทั่วไปอีกครั้งให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตที่ดี ไม่เป็นภาระของครอบครัว ชุมชน และสังคม เพื่อให้สังคมมีความสุขสืบไป (กระทรวงสาธารณสุข, กรมสุขภาพจิต, 2544, น. 24-25)

วัตถุประสงค์ของโครงการปลดโซ่ตรวนผู้ป่วยทางจิตที่ถูกล่ำม้าง ประกอบด้วย 5 ประการ ดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข, กรมสุขภาพจิต, 2544, น. 25)

1. เพื่อให้ผู้ป่วยทางจิตที่ถูกล่ำม้างในชุมชนได้รับการปลดปล่อยโซ่ตรวน
2. ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยในการดำเนินชีวิตในชุมชน
3. ช่วยเหลือระดับปกครองญาติ
4. ปรับเปลี่ยนทัศนคติชุมชน
5. เพื่อเป็นการศึกษาหาองค์ความรู้เพิ่มเติมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการล่ำม้าง

เงื่อนไขความสำเร็จของโครงการปลดโซ่ตรวนผู้ป่วยทางจิตที่ถูกล่ำม้าง เกิดได้จาก (กระทรวงสาธารณสุข, กรมสุขภาพจิต, 2544, น. 3-4)

1. มีการกำหนดผู้รับผิดชอบดำเนินงานในหน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับ
2. มีการกำหนดเป็นนโยบายระดับจังหวัด และมีการแต่งตั้งคณะทำงานอย่างชัดเจน
3. มีการจัดทำแผนงาน/โครงการทุกระดับ ตั้งแต่ระดับเขต จังหวัด อำเภอ และตำบล
4. มีการประสานงานทั้งระดับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน

ทุกระดับ

5. มีการจัดระบบงานเพื่อความคล่องตัวในการดำเนินงาน เช่น ใช้วิธีการประสานงานแบบไม่เป็นทางการ

6. มีการประสานงานกับหน่วยงานของรัฐ ได้แก่ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ หรือองค์กรเอกชน เพื่อช่วยสนับสนุนการดำเนินงาน

7. โรงพยาบาลจิตเวชให้ความสำคัญสนับสนุนผู้ปฏิบัติงานอย่างรวดเร็ว ทั้งด้านวิชาการ บริหารจัดการบริการ และเป็นที่ปรึกษาในการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า

8. มีการเตรียมความพร้อมและสร้างเครือข่ายงานสุขภาพจิตที่เข้มแข็ง โดยจัดเวทีทางวิชาการให้จังหวัด อำเภอ และจัดสัมมนาทางวิชาการอย่างน้อยปีละ 1-2 ครั้ง

9. มีการติดตามเยี่ยมเครือข่าย เพื่อให้การสนับสนุนและประเมินผล

10. มีการสร้างแรงจูงใจให้แก่บุคลากรสาธารณสุข เช่น การจัดประกวดการดูแลผู้ป่วยทางจิตและโครงการส่งเสริมสุขภาพจิตดีเด่นประจำปี

11. มีการระดมความร่วมมือจากชุมชน เช่น รายงานในที่ประชุมผู้นำชุมชน ให้ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครเข้าไปมีส่วนร่วมในการสำรวจผู้ป่วยทางจิต รับรู้สาเหตุการลี้ภัย ชี้แนะ และให้ความช่วยเหลือแก่ญาติผู้ป่วย และเป็นผู้เผยแพร่ความรู้ ประชาสัมพันธ์ให้แก่คนในชุมชน และผู้นำชุมชนอื่น ๆ ตลอดจนมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติที่ประสบความสำเร็จจากการรักษา ต่อครอบครัวผู้ป่วยอื่น ๆ ที่มีปัญหา

12. มีการจัดประชุม Case Conference ในพื้นที่โดยการนำ Case ที่ประสบความสำเร็จจากการให้ความช่วยเหลือมาประชุมให้เครือข่ายระดับต่าง ๆ ได้รับทราบ เพื่อให้เกิดกำลังใจในการดำเนินงานต่อไป สำหรับ Case ที่มีปัญหาก็จะจัดประชุม Case Conference เพื่อใช้กลไกเครือข่ายในการให้ความช่วยเหลือ เพื่อแก้ไขปัญหาาร่วมกัน

หน้าที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องของโครงการปลดโซ่ตรวนผู้ป่วยทางจิตที่ถูกลี้ภัย ได้แก่ (กระทรวงสาธารณสุข, กรมสุขภาพจิต, 2544, น. 27-28)

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทำหน้าที่เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตระดับจังหวัด

2. เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตอำเภอ ทำหน้าที่เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตอำเภอ

3. สถานีอนามัย ทำหน้าที่เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตระดับตำบลและหมู่บ้าน

4. โรงพยาบาลจิตเวชของกรมสุขภาพจิต ทำหน้าที่เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตระดับเขตและให้กำหนดบุคคลและทีมงานที่ชัดเจน รับผิดชอบในการประสานงานช่วยเหลือเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตระดับจังหวัดแต่ละจังหวัด

โดยรายละเอียดผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตระดับเขตของกรมสุขภาพจิต ในแต่ละเขต กำหนดให้โรงพยาบาลจิตเวชในเขต เป็นประธานเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตระดับเขต ได้แก่ (กระทรวงสาธารณสุข, กรมสุขภาพจิต, 2544, น. 28)

1. โรงพยาบาลสวนปรุงและศูนย์สุขภาพจิตเขต 9 และ 10 ทำหน้าที่เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตเขต 9 และ 10

2. โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์และศูนย์สุขภาพจิตเขต 8 ทำหน้าที่เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตเขต 8

3. โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาและศูนย์สุขภาพจิตเขต 5 ทำหน้าที่เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตเขต 5

4. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นและศูนย์สุขภาพจิตเขต 6 ทำหน้าที่เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตเขต 6

5. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์และศูนย์สุขภาพจิตเขต 7 ทำหน้าที่เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตเขต 7

6. โรงพยาบาลนิติจิตเวชหรือสถาบันกัลยาณราชนครินทร์ และศูนย์สุขภาพจิตเขต 4 ทำหน้าที่เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตเขต 4

7. โรงพยาบาลศรีธัญญาและศูนย์สุขภาพจิตเขต 1 และ 2 ทำหน้าที่เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตเขต 1 และ 2

8. โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยาและศูนย์สุขภาพจิตเขต 3 และ 13 ทำหน้าที่เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตเขต 3 และ 13

9. โรงพยาบาลสวนสราญรมย์และศูนย์สุขภาพจิตเขต 11 และ 12 ทำหน้าที่เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตเขต 11 และ 12

3. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชขณะอยู่ที่บ้าน

3.1 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชขณะอยู่ที่บ้าน

นิยามและความหมาย

Kai (1986 อ้างถึงใน สุพิศ ณ เชียงใหม่, 2533, น. 17) ให้ความหมายของการดูแลว่าเป็นวงจรของความรู้สึก 3 ประการ คือ

1. เป็นการให้ความสนใจหรือมีความรู้สึกเกี่ยวข้อง
2. มีความรับผิดชอบ
3. มีการคำนึงถึง ชอบหรือรัก

ทิพย์ คงวินสิริ (2545, น. 21) กล่าวว่าพฤติกรรมกรรมการดูแล คือ การปฏิบัติหรือการกระทำกิจกรรมช่วยเหลือ หรือการดูแลที่กระทำโดยตรงหรือโดยอ้อม เพื่อให้การช่วยเหลือต่อผู้อื่น ซึ่งสามารถแสดงออกมาในลักษณะการเข้าถึงความรู้สึก การประคับประคองด้วยการฟัง พูดอย่างนุ่มนวลหรือสัมผัส การดูแลเพื่อให้เกิดความสุขสบายต่าง ๆ รวมทั้งการมีส่วนร่วมหรือช่วยเหลือบุคคลตามความต้องการที่เขาคาดหวัง โดยจุดมุ่งหมายเพื่อการดำเนินชีวิตของมนุษย์

ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยจิตเวช หมายถึง พฤติกรรมการแสดงออกของครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิต ในครอบครัวในด้านการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของผู้ป่วย ความเข้าใจและการยอมรับผู้ป่วยในด้านการเห็นคุณค่า ศักดิ์ศรีและความสามารถของผู้ป่วย (สงวนศรี แต่งบุญงาม, 2537, น. 12) และรวมถึงการที่ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจในการต่อสู้ชีวิต มีความหวัง รู้สึกอบอุ่น มีคุณค่า มีคนต้องการ มีคนห่วงใยเข้าใจ มีความเชื่อมั่นในตัวเองมากยิ่งขึ้น ครอบครัวและญาติผู้ทำหน้าที่หลักในการดูแล (Primary-Caregiver) จึงต้องมีความสามารถที่จะตอบสนองความต้องการการดูแลผู้ป่วยทั้งหมด เพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตมีการดำรงชีวิตที่ดีขึ้น (เชษฐาธิ พงศ์อนุตร, 2530 อ้างถึงใน ศิริวรรณ ฤกษ์ธนะขจร และคณะ, 2544, น. 8)

การให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชขณะอยู่ที่บ้าน ครอบครัวและญาติต้องให้การดูแลในฐานะบทบาทและหน้าที่ของการเป็นสมาชิกในครอบครัว นั่นคือ เมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยทางจิตขึ้น สมาชิกคนอื่น ๆ ต้องตระหนักในหน้าที่และให้ความช่วยเหลือ ดูแลอย่างจริงจังให้การเอาใจใส่ดูแลเป็นอย่างดี เพื่อที่จะตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ อีกทั้งการสนับสนุน

และใส่ใจในการดูแลจากครอบครัวหรือญาติ จะทำให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ไม่เกิดอาการกำเริบ และไม่เป็นภาระให้กับครอบครัว

องค์ประกอบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชของสมาชิกในครอบครัว ควรคำนึงถึงองค์ประกอบที่สำคัญดังต่อไปนี้ (พะยอม อยู่สวัสดิ์, 2539 อ้างถึงใน พัทธพร ชัยศรีสวัสดิ์สุข, 2540, น. 37-38)

1. ความรู้ ผู้ให้การดูแลต้องมีความรู้เกี่ยวกับบุคคลที่จะดูแล คือ รู้จักบุคคลนั้นและรู้วิธีการที่จะให้ความช่วยเหลือ

2. ความจริงใจ ผู้ให้การดูแลต้องมีความเต็มใจ และแสดงออกถึงความรู้สึกที่แท้จริงที่จะให้ความช่วยเหลือบุคคล

3. ความไว้วางใจ ผู้ให้การดูแลและบุคคลที่ได้รับการดูแล ต้องมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน คือ มีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน

4. ความอ่อนน้อมถ่อมตน ความรู้สึกอ่อนน้อมจะทำให้ผู้ดูแลเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ จากผู้รับการดูแล อีกทั้งทำให้ไม่เกิดการใช้อำนาจกับผู้รับการดูแล

5. ความอดทน ผู้ให้การดูแลมีความอดทน เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้รับการดูแลได้คิดและตัดสินใจด้วยตนเอง ให้เขาได้พัฒนาศักยภาพของตนเอง

6. ความหวัง การมองไปในอนาคต เพื่อเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้ดูแลมีการปฏิบัติอย่างมีเป้าหมายและต่อเนื่อง

7. ความกล้าหาญ เป็นการปฏิบัติบนพื้นฐานของจริยธรรม เพื่อปกป้องศักดิ์ศรีและสิทธิของบุคคล

8. การเลือกแนวทางการช่วยเหลือบุคคล ในการดูแลบุคคลต้องมีการมองปัญหาหลายแนว มีการประเมินผลการดูแล ปรับปรุงและเลือกวิธีการที่เหมาะสมอยู่เสมอ

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกวิชีณะอยู่ที่บ้าน

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกวิชีณะอยู่ที่บ้าน ตามบทบาทการดูแลที่จำเป็นของสมาชิกในครอบครัวและญาติ มีดังนี้ (ศิริวรรณ ฤกษ์ธนะขจร และคณะ, 2544, น. 9)

1. บทบาทการดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไป หมายถึง บทบาทการดูแลที่ครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลกระทำให้กับผู้ป่วย เพื่อคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีและสวัสดิภาพของผู้ป่วย โดยมีบทบาทการดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไป ดังนี้

1.1 ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับอาหารน้ำ อากาศ ให้เพียงพอกับหน้าที่ของร่างกายที่ปกติ และคอยปรับตามการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอก

1.2 ดูแลให้ผู้ป่วยได้มีการขยับเขยื้อนและการระบายให้เป็นไปตามปกติ รวมทั้งการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล และการดูแลสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมและถูกสุขลักษณะ

1.3 ดูแลให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมและการพักผ่อนอย่างเพียงพอ โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกาย ได้มีการพักผ่อนในแต่ละวันอย่างเพียงพอ

1.4 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น รู้จักติดต่อขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในเครือข่ายสังคมเมื่อจำเป็น

1.5 ดูแลและป้องกันอันตรายต่าง ๆ และสวัสดิภาพของผู้ป่วย

2. บทบาทการดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ หมายถึง บทบาทการดูแลที่ครอบคลุมหรือญาติผู้ดูแลกระทำให้กับผู้ป่วย เพื่อเป็นการส่งเสริมพัฒนาการของผู้ป่วยตามกระบวนการของชีวิต เช่น สังเกตพัฒนาการของผู้ป่วยว่าเข้าสู่หรือเหมาะสมกับวุฒิภาวะในวัยต่าง ๆ หรือไม่ ป้องกันผลเสียที่อาจจะเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีพัฒนาการไม่เหมาะสม พร้อมทั้งหาวิธีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพัฒนาการที่เหมาะสมตามวุฒิภาวะ ตลอดจนช่วยให้ผู้ป่วยเกิดทักษะทางสังคมและสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

3. บทบาทการดูแลที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ หมายถึง บทบาทการดูแลที่ครอบคลุมหรือญาติกระทำให้กับผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านสุขภาพ ซึ่งมีกิจกรรมการดูแลดังนี้

3.1 แสวงหาหรือขอความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น บุคลากรทางด้านสุขภาพอนามัย เพื่อนบ้าน เป็นต้น

3.2 ให้ความสนใจและรับรู้ผลของพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย รวมทั้งการพูดคุยแนะนำผู้ป่วยในเรื่องต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอ

3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

3.4 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับภาวะการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น

3.5 รับรู้และสนใจที่จะดูแล และป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรคที่เป็นอยู่ รวมทั้งสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงหรือพฤติกรรมที่ผิดปกติ ที่อาจเกิดขึ้นอย่างไม่คาดคิด

3.2 แนวคิดครอบครัวเป็นฐาน

ครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมที่มีขนาดเล็กที่สุด และมีความสำคัญอย่างที่สุด เนื่องจากเป็นแหล่งผลิตและหล่อหลอมสมาชิกในบ้านทุกคน เพื่อให้ไปทำหน้าที่ร่วมกันพัฒนาสังคม สมาชิกในครอบครัวที่เกิดมาและอยู่ในครอบครัวที่มีความรัก ให้ความอบอุ่นแก่สมาชิก ตั้งแต่แรกเกิด ได้รับการเลี้ยงดูด้วยความเอาใจใส่ อบรมสั่งสอนให้รู้บทบาทหน้าที่ ที่จะปฏิบัติในสังคม ให้เป็นผู้มีคุณธรรมจริยธรรม อันประกอบไปด้วยคุณลักษณะที่ต่าง ๆ ขณะเดียวกันก็ได้รับการส่งเสริมให้ได้เรียนรู้และเพิ่มพูนศักยภาพตนเอง เพื่อให้สามารถนำไปประกอบอาชีพเลี้ยงดูตนเองและครอบครัวของตนเองต่อไป ทั้งนี้ทั้งนั้น การจะเป็นบุคคลที่มีคุณภาพที่ดี ครอบครัวย่อมเป็นแหล่งพุ่มพักที่สำคัญที่สุดสำหรับบุคคลนั้น ๆ อย่างมิอาจปฏิเสธได้ (ธัญญา สนิทวงศ์ ณ อยุธยา, 2545, น. 1) โดยครอบครัวจะมีหน้าที่ที่สำคัญหลายประการ ดังนี้ หน้าที่ควบคุมบังคับความต้องการทางเพศ หน้าที่สร้างสรรค์สมาชิกใหม่ให้สังคม หน้าที่อบรมสั่งสอนระเบียบของสังคม หน้าที่ให้ความรักความอบอุ่น หน้าที่กำหนดสถานภาพ เช่น เพศ เชื้อชาติ สัญชาติ เป็นลูก เป็นหลาน เป็นพี่ เป็นน้อง ฯลฯ หน้าที่ปกป้องคุ้มครองหรือเลี้ยงดูผู้เยาว์ และหน้าที่ทางเศรษฐกิจ หรือเป็นหน่วยผลิตเพื่อเลี้ยงดูกัน (Horton and Hunt, 1976 อ้างถึงใน นิยม บุญมี, 2534, น. 21-23)

โครงสร้างและหน้าที่เบื้องต้นของครอบครัวเป็นฐานที่สำคัญ คือ การส่งเสริมพัฒนาการของสมาชิกในครอบครัว ให้ความสำคัญเกี่ยวกับหน้าที่พื้นฐาน เพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานของครอบครัว และหน้าที่ในกระบวนการพัฒนาการ เพื่อให้สมาชิกครอบครัวสามารถมีพัฒนาการผ่านขั้นตอนในแต่ละช่วงวัยของชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งหน้าที่ในการแก้ปัญหาวิกฤต มีความสามารถในการจัดการปัญหาของครอบครัวได้อย่างเหมาะสม (Manor O., 1985, pp. 7-9) เมื่อสมาชิกคนใดคนหนึ่งเกิดความเจ็บป่วยทางจิต ครอบครัวจะต้องเข้ามามีบทบาทสำคัญในการเยียวยา ดูแลรักษา ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยระยะยาว และเป็นตัวประสานในการบำบัดรักษา (Jody D. and John S., 1987, p. 125)

แนวคิดครอบครัวเป็นฐาน จึงเป็นการดูแลผู้ป่วยโดยครอบครัวมีหน้าที่ความรับผิดชอบร่วมกันในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยจิตเวช มีการเตรียมพร้อมในการดูแลให้ผู้ป่วยจิตเวชมีความสุข ครอบครัวมีเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วย พร้อมทั้งจะให้การเข้าใจและยอมรับในอาการของผู้ป่วย รวมทั้งให้การสนับสนุนด้านกำลังใจต่อผู้ป่วยจิตเวชเสมอ ซึ่งเป็นการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ทำให้บุคคล

รู้สึกว่าเขาได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ และความไว้วางใจซึ่งกันและกัน (Cobb, 1976, pp. 300-314) การสนับสนุนประเภทนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกว่าเป็นที่รัก และได้รับการใส่ใจจากคนอื่น (Schaefer, 1981, pp. 381-406) ความรัก ความอบอุ่น การเกื้อกูลและความเอื้ออาทรจากสมาชิกในครอบครัว จะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองทางด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคม ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถผ่านพ้นวิกฤตปัญหาความเจ็บป่วยไปได้ และดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างปกติสุขต่อไป

4. แนวคิดเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยจิตเวช

4.1 แนวคิดเรื่องสิทธิผู้ป่วยจิตเวช

สิทธิ หมายถึง อำนาจอันชอบธรรมที่มีอยู่ และมีมาตั้งแต่เกิด การจำกัดสิทธิของบุคคลจะกระทำได้ ก็ต่อเมื่อมีการบัญญัติทำให้เป็นกฎหมาย และยอมได้รับตามความคุ้มครองตามกฎหมายนั้น (ทศนีย์ ลักษณะวิชานซ์, 2546, น. 1)

สิทธิของผู้ป่วย หมายถึง ความชอบธรรมที่ผู้ป่วยพึงได้รับจากบริการทางการแพทย์ เพื่อคุ้มครองหรือรักษาผลประโยชน์อันพึงมีได้ของผู้ป่วย (แสง บุญเฉลิมวิภาส, 2538 อ้างถึงใน วรรณ อรรถเมธากุล, 2540, น. 33)

กล่าวได้ว่า สิทธิผู้ป่วยจิตเวช คือ สิทธิของพลเมืองที่ควรได้รับจากบริการทางการแพทย์ สถานพยาบาลหรือผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นสิทธิที่ได้รับการคุ้มครองตามกฎหมายและเป็นสิทธิของพลเมืองที่มีรากฐานมาจากสิทธิมนุษยชนหรือสิทธิความเป็นมนุษย์

คนเรานั้นย่อมมีความเสมอกันในทางกฎหมาย ในหลักการสิทธิมนุษยชน การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคล เพราะความแตกต่างในเรื่องถิ่นกำเนิด เชื้อชาติ ภาษา เพศ อายุ สภาพทางกาย สุขภาพ สถานะของบุคคลจะกระทำมิได้ (ไพลิน ปรัชญคุปต์, 2546, น. 19)

ประเภทของสิทธิผู้ป่วยจิตเวช

ประเภทของสิทธิผู้ป่วยจิตเวช มี 2 ลักษณะ คือ (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2537, น. 171-172)

1. สิทธิทางจริยธรรม เป็นสิทธิทางธรรมชาติที่เกิดขึ้นเอง โดยไม่ต้องมีผู้ใดกำหนด สิทธิทางจริยธรรมจะมีความเท่าเทียมกันและไม่สามารถเปลี่ยนกันได้

2. สิทธิทางกฎหมาย เป็นอำนาจที่มีความชอบธรรมโดยมีกฎหมายรับรอง

สิทธิของผู้ป่วยจึงเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับกฎหมาย และจริยธรรมอย่างใกล้ชิด โดยมีหลักการสำคัญของสิทธิผู้ป่วยซึ่งเป็นที่ยอมรับในระดับสากล คือ สิทธิในส่วนตัวของบุคคลที่จะตัดสินใจในกิจการส่วนตัวของตนเอง อันแสดงถึงความเป็นอิสระเสรีของความเป็นมนุษย์

สิทธิผู้ป่วยจิตเวช

สิทธิผู้ป่วยของประเทศไทยเป็นการร่วมกันของสภาวิชาชีพทั้ง 4 สถาบัน อันประกอบด้วยแพทยสภา สภาการพยาบาล ทันตแพทยสภา สภานิติชนกรรม และคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข ได้ประกาศรับรองสิทธิผู้ป่วยตั้งแต่วันที่ 16 เมษายน พ.ศ. 2541 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดความขัดแย้งระหว่างผู้ป่วย และให้บริการด้านสาธารณสุขและให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย และผู้ให้บริการด้านสาธารณสุข ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจ ความมีน้ำใจและเกื้อกูลซึ่งกันและกัน

สาระสำคัญของสิทธิผู้ป่วยและหลักกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เป็นการรับรองสิทธิผู้ป่วยหรือผู้รับบริการด้านสุขภาพที่จะได้รับจากสถานพยาบาลหรือผู้ให้บริการด้านสุขภาพ 10 ประการ ดังนี้ (ประทักษ์ ลิขิตเลอสรวง, 2542, น. 366)

1. ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิพื้นฐานที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ
2. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ เนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม สิทธิทางการเมือง เพศ อายุ และลักษณะของความเจ็บป่วย
3. ผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพ มีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและเข้าใจชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่เป็นการช่วยเหลือรีบด่วนหรือจำเป็น
4. ผู้ป่วยในภาวะเสี่ยงอันตรายต่อชีวิต มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือรีบด่วนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันที ตามความจำเป็นตามกรณี โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่
5. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบชื่อ สกุลและประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่เป็นผู้ให้บริการแก่ตน

6. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่น ๆ ที่มีได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตน และมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ให้บริการและสถานบริการได้

7. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยเคร่งครัด เว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย

8. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วน ในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลอง ในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพ

9. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตน ที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอ ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนตัวของผู้อื่น

10. บิดามารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรมอาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วย ที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกิน 18 ปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือทางจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้

4.2 บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยจิตเวช

ความหมายการพิทักษ์สิทธิในวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ มีผู้ให้ความหมายไว้หลากหลาย ดังนี้

Robert L. Barker (1988, p. 4) ให้ความหมายไว้ใน The Social Work Dictionary ว่าเป็นการกระทำที่มุ่งจะเป็นตัวแทนหรือปกป้องผู้อื่น ในวิชาชีพสังคมสงเคราะห์นั้นจะเป็นการต่อสู้เพื่อสิทธิของบุคคลหรือชุมชน โดยการแทรกแซงโดยตรงหรือการเสริมพลังให้เข้มแข็ง

Weissman, Epstein and Savage (1983, pp. 140-141) ได้ให้ความหมายไว้ 2 ความหมาย คือ

1. การพิทักษ์สิทธิเฉพาะกรณี เป็นการกระทำที่เกี่ยวข้องกับการทำงานในนามระดับปัจเจกบุคคลหรือกลุ่มเล็ก ๆ

2. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มชน เป็นการกระทำที่เกี่ยวข้องกับการทำงานเป็นตัวแทนของกลุ่มหรือชนชั้นที่ตกอยู่ในสภาพคล้ายคลึงกัน และมีความต้องการหรือปัญหาต่าง ๆ ในแบบเดียวกัน

Zastrow, Charles (1981, pp. 14-15) กล่าวว่า การพิทักษ์สิทธิในบทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ คือ ผู้ที่เป็นปากเป็นเสียงให้กับผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยตกอยู่ในสภาพที่จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือ บทบาทนี้จะเป็นผู้นำในการโต้แย้งเพื่อความถูกต้องตามความต้องการ และตามการร้องขอ เพื่อปกป้องรักษาสีติของผู้ป่วย

บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ในการพิทักษ์สิทธิ หรือการเป็นปากเป็นเสียงให้กับ ผู้ป่วยจิตเวช ถือได้ว่าเป็นการส่งเสริมสิทธิมนุษยชนของบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตและลดตรา บาป (stigma) และการเลือกปฏิบัติ (discrimination) โดยประกอบด้วยการกระทำหลายประการที่ มุ่งเปลี่ยนแปลงอุปสรรคหลักทางโครงสร้างและทัศนคติ เพื่อให้ได้มาซึ่งผลลัพธ์ทางบวกในด้าน สุขภาพจิตของประชาชน อันนำมาสู่การลดอุปสรรคเกี่ยวกับตราบาปที่ผู้ป่วยจิตเวชได้รับ และการ ละเมิดสิทธิของผู้ป่วยจิตเวช เช่น การที่ครอบครัวปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยการดูแลด้วยวิธีการล่ามขัง ซึ่งการปฏิบัติการของนักสังคมสงเคราะห์ในการเป็นปากเป็นเสียงแทนผู้ป่วยจิตเวช สามารถปฏิบัติ ได้โดย การสร้างการตระหนักรู้ การให้การศึกษา การให้การปรึกษา การเป็นคนกลาง การแก้ต่าง เป็นต้น (World Health Organization, 2003, p. 13)

เป้าหมายการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยจิตเวช

เป้าหมายการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยจิตเวช เป็นการกระทำที่มุ่งให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดี ใน 2 ระดับ คือ (วรรณ อรรถเมธากุล, 2540, น. 20)

1. เป้าหมายหรือผลลัพธ์ที่ต้องการให้เกิด คือ ความเป็นธรรมในสังคม
2. เป้าหมายของวิธีการดำเนินงาน ประกอบด้วย การกระทำหรือการเตรียมการเพื่อให้ ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการ และปกป้องรักษาสีที่พึงมีพึงได้ รวมถึงเกิดการ เปลี่ยนแปลงอย่างมีกระบวนการ และมีจุดมุ่งหมาย เพื่อขจัดปัญหาอุปสรรคที่ขัดขวางการได้รับ สิทธิของผู้ป่วย

รูปแบบบทบาทการปฏิบัติงานของนักสังคมสงเคราะห์ในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยจิตเวช

บทบาทการปฏิบัติงานของนักสังคมสงเคราะห์ ในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยจิตเวช แบ่ง ตามรูปแบบการปฏิบัติงาน 3 รูปแบบ ดังนี้ (Morales and Sheafor, 1993 อ้างถึงใน วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2537, น. 22-23)

1. การพิทักษ์สิทธิให้แก่ผู้ป่วยหรือครอบครัว คือ การที่นักสังคมสงเคราะห์แสดงตน เป็นตัวแทนของปัจเจกบุคคล หรือครอบครัวในการชี้แนะให้ผู้ป่วยหรือครอบครัวมองเห็นหนทางที่ จะต่อสู้กับอุปสรรคต่าง ๆ ของตนเองได้อย่างไร
2. การพิทักษ์สิทธิโดยทางนิติบัญญัติ ด้วยการใช้อิทธิพลจากวิถีทางแห่ง พระราชบัญญัติหรือมาตรการทางกฎหมาย เพื่อนำมาซึ่งการคุ้มครองบุคคล
3. การพิทักษ์สิทธิในลักษณะเป็นตัวแทนหรือนายหน้า ในการช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการ คุ้มครองสิทธิของตนเองที่พึงมีในสังคม

5. แนวคิดการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์จิตเวช

สังคมสงเคราะห์จิตเวช หมายถึง การนำเอาวิชาการสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ จิตเวชศาสตร์และศาสตร์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องมาผสมผสานใช้ในการให้บริการด้านการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม จิตใจแก่ผู้ป่วย ครอบครัวและประชาชนทั่วไป ทั้งในสถาบันจิตเวชและชุมชน ตลอดจนดำเนินการถ่ายทอดความรู้ ศึกษา ค้นคว้า วิจัยและพัฒนาเทคโนโลยี เพื่อให้บริการสุขภาพจิตและพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างครบวงจร (ฉลวย จตุกุล, 2544, น. 32-33)

โดยลักษณะเฉพาะของวิชาชีพสังคมสงเคราะห์จิตเวช ได้แก่ (กระทรวงสาธารณสุข, กรมสุขภาพจิต, 2545, น. 4-5)

1. วิชาสังคมสงเคราะห์จิตเวชเป็นศาสตร์และศิลป์ มีกระบวนการในการปฏิบัติงานที่เป็นวิทยาศาสตร์ นักสังคมสงเคราะห์เน้นการศึกษาปฏิสัมพันธ์และการอยู่ร่วมกันของผู้ใช้บริการ ครอบครัว ชุมชนและสังคม โดยการประสานและประยุกต์ศาสตร์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพฤติกรรมมนุษย์ สังคม และจิตเวชศาสตร์ เพื่อให้การแก้ไขมีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับลักษณะและสภาพแวดล้อมของผู้ใช้บริการที่มีความแตกต่างกัน
2. ความชำนาญและความเชี่ยวชาญโดยเฉพาะในการตรวจ วินิจฉัยและการประเมินทางสังคมสงเคราะห์จิตเวช นักสังคมสงเคราะห์จิตเวชมีแบบบัญชีปัญหาลังคม แบบวินิจฉัยทางสังคม เพื่อวินิจฉัยและประเมินปัจจัยทางสังคม ที่มีผลกระทบต่อความเจ็บป่วย นำไปสู่การวางแผนและดำเนินการช่วยเหลือทางสังคมได้ โดยมุ่งให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติหน้าที่อย่างเหมาะสมและมีความสุข และนำไปประกอบการวินิจฉัยของแพทย์
3. นักสังคมสงเคราะห์จิตเวชปฏิบัติงานในองค์กร และหน่วยงานที่ให้บริการแก่บุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชและสุขภาพจิต เชื้ออำนาจให้ผู้ให้บริการในองค์กร หน่วยงานอย่างครบถ้วนและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ให้ผู้ให้บริการได้รับและคุ้มครอง ตลอดจนเข้าถึงบริการสังคม
4. การปฏิบัติงานโดยอาศัยหลักการมีส่วนร่วม เชื่อในคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ให้ผู้ให้บริการ ครอบครัว ชุมชนและสังคมมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา สาเหตุ ความต้องการ เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ให้บริการได้ใช้ศักยภาพของตนเอง ในการตัดสินใจและแก้ไขปัญหา โดยยึดผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง

5. คุณสมบัติของนักสังคมสงเคราะห์จิตเวช ต้องสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี สังคมสงเคราะห์ศาสตร์ และ / หรือปริญญาโทสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ สาขาสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ (ฝ่ายจิต) และผ่านการอบรมหลักสูตรสังคมสงเคราะห์จิตเวช เพื่อให้มีความรู้ ประสบการณ์ และความชำนาญพิเศษทางสังคมสงเคราะห์จิตเวช

6. การศึกษาค้นคว้าวิจัย เพื่อพัฒนางานสังคมสงเคราะห์จิตเวช เป็นการศึกษา วิเคราะห์ วิจัย แสวงหาความรู้ใหม่ เพื่อพัฒนาเทคโนโลยี และรูปแบบการให้บริการทางสังคมสงเคราะห์จิตเวช ถ่ายทอดและเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการ รวมทั้งพัฒนางานสังคมสงเคราะห์จิตเวช

หน้าที่ในความรับผิดชอบของงานสังคมสงเคราะห์จิตเวช

นักสังคมสงเคราะห์จิตเวชประกอบวิชาชีพที่มุ่งกระทำ หรือมุ่งหมายที่จะกระทำต่อมนุษย์ เกี่ยวกับการตรวจโรค วินิจฉัยโรค การบำบัดโรค การป้องกันโรค และการส่งเสริมฟื้นฟู ซึ่งเป็นการกระทำตามมาตรา 4 ในพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 ของกระทรวงสาธารณสุข งานดังกล่าวเกี่ยวข้องกับมนุษย์ในด้านสังคม อารมณ์ จิตใจ และพฤติกรรม ตลอดจนปฏิสัมพันธ์และการอยู่ร่วมกันในสังคม โดยปฏิบัติงานในองค์กรและหน่วยงานที่ให้บริการแก่บุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชและสุขภาพจิต จำแนกหน้าที่ออกเป็น 6 ลักษณะงาน ดังต่อไปนี้ (กระทรวงสาธารณสุข, กรมสุขภาพจิต, 2545, น. 5-11)

ลักษณะงานที่ 1 การวินิจฉัยทางสังคม เป็นการศึกษารวบรวมข้อมูลของผู้ใช้บริการ ครอบครัว ญาติ ผู้เกี่ยวข้อง เครือข่ายทางสังคม สิ่งแวดล้อม พัฒนาการ ค่านิยม ความเชื่อ แบบแผน การดำเนินชีวิต รูปแบบการเผชิญปัญหา รวมทั้งแรงจูงใจต่าง ๆ เพื่อวิเคราะห์ ประเมิน และวินิจฉัยทางสังคมสงเคราะห์จิตเวช เพื่อประกอบการวินิจฉัยโรค และวางแผนให้การบำบัดช่วยเหลือทางสังคมสงเคราะห์จิตเวช ประกอบด้วย

1. การใช้หลัก วิธีการ เทคนิค และทักษะทางสังคมสงเคราะห์จิตเวชในการสัมภาษณ์
2. ใช้แบบตรวจวินิจฉัยทางสังคมที่เป็นมาตรฐาน
3. รวบรวมข้อมูลเพื่อนำมาวิเคราะห์ และประเมินปัญหาทางสังคมโดยบูรณาการศาสตร์ต่าง ๆ เช่น สังคมสงเคราะห์จิตเวช ทฤษฎีทางสังคม ฯลฯ

4. เป็นงานที่ต้องใช้ความรู้ทั้งศาสตร์และศิลป์ ใช้ความละเอียดรอบคอบ ประสบการณ์ ความชำนาญเฉพาะ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องเป็นจริงและครบถ้วน เพื่อการวินิจฉัย ที่ถูกต้อง แม่นยำ

5. ประโยชน์ที่ได้รับจากการวินิจฉัยทางสังคม คือ ผู้ใช้บริการได้ระบาย ผ่อนคลายและ ผู้ให้บริการและญาติได้รับรู้ถึงสาเหตุของการเจ็บป่วยทางสังคม ได้พบทวนปัญหาที่เกิดขึ้น ตลอดจนร่วมวางแผนในการแก้ไขปัญา เกิดความตระหนักและเข้าใจสาเหตุของการเจ็บป่วย รวมถึงผู้ใช้บริการได้ข้อมูลแหล่งทรัพยากรทางสังคม สิทธิผู้ป่วยและการเข้าถึงบริการอย่าง ครบถ้วน ถูกต้อง

ลักษณะงานที่ 2 การบำบัดทางสังคม เป็นกระบวนการแก้ไขปัญาหรือบรรเทาปัญาทางสังคม จิตใจของผู้ใช้บริการเป็นรายบุคคล ครอบครัวและกลุ่ม เพื่อให้เกิดความสมดุลในการดำรงชีวิต สามารถดูแลตนเอง ทำหน้าที่ทางสังคมและมีสัมพันธภาพที่เหมาะสมกับบุคคลอื่น โดยมุ่งให้ผู้บริการและครอบครัว สามารถเข้าใจตนเอง เข้าใจปัญหา มีแรงจูงใจในการปรับตัวในสังคมได้อย่างเหมาะสมและเป็นสุข

ลักษณะงานที่ 3 การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม เป็นกิจกรรมเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคคลที่มีความเสื่อม หรือความบกพร่องทางสังคมให้กลับไปทำหน้าที่อยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม โดยวิธีการ

1. พัฒนาทักษะทางสังคมแก่ผู้ป่วย ในด้านความสามารถในการดำรงชีวิตร่วมกับผู้อื่น และสามารถปรับตัวเข้ากับผู้อื่นในสังคมได้
2. ส่งเสริมให้ครอบครัวยอมรับผู้ป่วยและร่วมกันแก้ไขปัญา รวมทั้งป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาซ้ำซ้อน

3. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำตนเป็นประโยชน์ต่อครอบครัวและสังคม

ลักษณะงานที่ 4 การสังคมสงเคราะห์จิตเวชชุมชน เป็นการช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ โดยวิธีการประสานและพัฒนากิจกรรมให้ครอบครัว และชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแล รวมทั้งการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต โดยชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพจิตที่ยั่งยืน ซึ่งลักษณะงานสังคมสงเคราะห์จิตเวชชุมชนจะครอบคลุมด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. ด้านการบำบัด ฟื้นฟูในชุมชน ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการถูกกระทำที่ไม่เหมาะสมหรือถูกทารุณกรรม จะใช้วิธีการดำเนินงานช่วยเหลือด้วยการให้การปรึกษาแก่ครอบครัว ชุมชน และการให้ความรู้ การแนะนำในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ปรับเปลี่ยนทัศนคติของคนในชุมชน และประสานทรัพยากรทางสังคมในชุมชนเพื่อการดูแล รวมถึงการเฝ้าระวัง ป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยกระทำอันตรายต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคม

2. ด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน เช่น กระบวนการ AIC (Appreciation Influence Control) สนทนากลุ่มเฉพาะเรื่อง และเผยแพร่ความรู้สุขภาพจิตชุมชนในรูปแบบต่าง ๆ เช่น เป็นวิทยากรเผยแพร่ความรู้ทางรายการวิทยุ โทรทัศน์ เขียนบทความ จัดทำคู่มือส่งเสริมสุขภาพจิต และดำเนินการจัดอบรม ประชุมสัมมนา เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตชุมชน

3. ด้านการให้บริการแก้ปัญหาทางจิตสังคมแก่กลุ่มเสี่ยงและบุคคลทั่วไป เพื่อให้บุคคลมีแนวทางในการปรับตัว สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

ลักษณะงานที่ 5 การจัดการทรัพยากรทางสังคม เป็นการจัดการ จัดหาทรัพยากรทางสังคม ซึ่งหมายถึง องค์การทางสังคม บุคคล วัตถุ สิ่งของ เงิน รวมถึงการพิทักษ์สิทธิ เพื่อนำมาใช้ช่วยเหลือตามความเหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนอย่างเป็นระบบ โดยวิธีการ

1. เป็นสื่อกลางติดต่อประสานสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ใช้บริการ ครอบครัวและชุมชน
2. การจัดหา จัดการประสานทรัพยากรและเครือข่ายทางสังคม รวมถึงการพิทักษ์สิทธิ

ลักษณะงานที่ 6 การวิจัยและพัฒนา วิจัย แสวงหาความรู้ใหม่ รวมทั้งพัฒนางานด้านสังคมสงเคราะห์จิตเวช โดยวิธีการ

1. ทำการวิจัยทางสังคมสงเคราะห์จิตเวชและผลิตเนื้อหาทางวิชาการ
2. จัดทำหลักสูตรการฝึกอบรม / ประชุมสัมมนา และนิเทศงานสังคมสงเคราะห์จิตเวช

บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์จิตเวช ในการส่งเสริมครอบครัวด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

เนื่องจากสภาพการณ์ในปัจจุบันที่มีผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มขึ้นจำนวนมาก ทำให้โรงพยาบาลหรือสถานบริการทางจิตเวช ไม่สามารถรองรับผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ การรักษาของโรงพยาบาลก็จะพยายามจำกัดเวลาในการรักษาผู้ป่วยแต่ละรายให้สั้นที่สุด เพื่อจะได้สามารถให้บริการแก่ผู้ป่วยได้จำนวนมากขึ้น การรักษาผู้ป่วยของทางโรงพยาบาลก็จะอยู่ในระดับที่ผู้ป่วยสามารถสื่อสารพูดคุยเรื่องและเข้าใจได้ สามารถควบคุมตนเองได้บ้าง ไม่เป็นสาเหตุให้ผู้อื่นเดือดร้อน เมื่อผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หรือผู้ป่วยที่อยู่ในระยะการติดตามผลการรักษา ครอบครัวจะเป็นผู้รับภาระคอยดูแลผู้ป่วยในระยะยาว และอาการของผู้ป่วยจะดีขึ้นเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับความร่วมมือของครอบครัวเป็นหลักสำคัญที่สุด (สงวนศรี แต่งบุญงาม, 2537, น. 32) บทบาทที่สำคัญของนักสังคมสงเคราะห์ จึงอยู่ที่การสนับสนุนสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยการเป็นผู้ให้การสนับสนุนระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว เป็นผู้ให้คำปรึกษา แนะนำ

ส่งเสริมทักษะในการดูแลผู้ป่วย การให้ข่าวสารและความรู้ในเรื่องต่าง ๆ อีกทั้งเป็นผู้ส่งเสริมการสื่อสารในรูปแบบ i-Message ระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว โดยนักสังคมสงเคราะห์จะเป็นคนกลางในการทำหน้าที่สะท้อนความคิด ความรู้สึกของแต่ละฝ่าย เพื่อให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน อันเป็นการเชื่อมโยงความคิดเห็นของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้วิธีการปฏิบัติของสมาชิกในครอบครัวต่อผู้ป่วย และการส่งเสริมให้ครอบครัวเป็นสถาบันพื้นฐานที่ดูแลผู้ป่วยได้ในระยะยาว พยายามให้สมาชิกในครอบครัวได้เล็งเห็นรูปแบบกิจกรรมที่จะนำไปปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยในครอบครัว และการให้การปรึกษา แนะนำ เพื่อสร้างทักษะในการนำไปปฏิบัติ

ดังนั้น บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์จิตเวชที่มีต่อญาติและครอบครัวในการสนับสนุนให้ครอบครัวได้เข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยให้มากขึ้น โดยการเป็นผู้ให้ความรู้และทักษะในการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกัน รวมทั้งการเป็นผู้ประสานที่ดีระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจอันดี ในการอยู่ร่วมกันในครอบครัวและมีการปรับตัวที่เหมาะสมต่อกัน (ปรีดีหทัย แก้วมณีรัตน์, 2534, น. 34-35) และเมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดความรู้ ความเข้าใจในการดูแล ก็จะเป็นประโยชน์ต่อทั้งผู้ป่วยและครอบครัว นั่นคือ ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูศักยภาพความสามารถจนอาการดีขึ้น สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข และเป็นประโยชน์ต่อครอบครัวในการลดภาระที่ต้องคอยดูแลผู้ป่วยอีกด้วย

6. ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กนกพร แก้วเพียง และคณะ (2544) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและเพื่อสร้างเครือข่ายในชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้ครอบครัว ชุมชนและเครือข่ายชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ผลการศึกษาพบว่า หลังการประชุมเชิงปฏิบัติการแก่แกนนำชุมชนชาวบ้านและญาติผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความพึงพอใจในกิจกรรมมาก มีความพร้อมที่จะดูแลผู้ป่วย แสดงความมุ่งหวังต่อผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เช่น อยากให้ผู้ป่วยมีร่างกายแข็งแรง กินอาหารสะอาด สามารถทำงานช่วยเหลือได้ ไม่โดนล้อเลียน อยู่อย่างปกติสุข ไม่ทรมาน อาการดีขึ้น กินยาสม่ำเสมอ

จรัญ อึ้งสำราญ (2545) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่ทำให้ญาติล้าหลังผู้ป่วยจิตเวช ในเขตจังหวัดหนองคาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเพื่อศึกษาปัจจัยที่ทำให้ญาติล้าหลังผู้ป่วยจิตเวช ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นชาย ร้อยละ 47.6 เป็นหญิง ร้อยละ 52.4 อายุเฉลี่ย 57 ปี จบ

การศึกษาในระดับประถมศึกษาปีที่ 4 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่เป็นคู่ อาชีพทำนา มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบิดามารดา รายได้เฉลี่ยอยู่ระหว่าง 10,000-20,000 บาทต่อปี ปัจจัยที่ทำให้ญาติล้าหลังผู้ป่วยจิตเวชที่พบมากที่สุด เป็นปัจจัยทางด้านอาการและการดูแล ร้อยละ 65.7 คือ เมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบจะมีพฤติกรรมที่รุนแรง อาทิ ก้าวร้าว ทำร้าย คนอื่นทำลายข้าวของ ถอดเสื้อผ้า เป็นต้น ส่วนด้านการดูแล ส่วนมากเกิดจากญาติขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสภาวะของโรค การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง รongลงมาเป็นปัจจัยด้านสังคม ร้อยละ 28.6 พบว่าญาติถูกกดดันจากชุมชนที่อยากให้กักขังและผูกมัดผู้ป่วยไว้ตลอดเวลา และน้อยที่สุดเป็นปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ร้อยละ 5.7 พบว่าผู้ป่วยจิตเวชส่วนมากมักถูกกีดกันจากครอบครัว ชุมชน และสังคม อันเนื่องมาจากมีอาการทางจิตกำเริบและช่วยเหลือตนเองไม่ได้ อีกทั้งยังมีพฤติกรรมรุนแรงทำให้เกิดความเดือดร้อนต่อครอบครัวชุมชน และสังคม ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้เป็นสิ่งที่ญาติของผู้ป่วย ยอมรับไม่ได้ อันเนื่องมาจากความกลัว อับอายไม่กล้าเปิดเผยและไม่กล้าเผชิญความจริง ในสิ่งที่เกิดจากการกระทำของผู้ป่วย จึงทำให้ญาติต้องล้าหลังผู้ป่วยไว้ โดยคิดว่าจะทำให้ตนเอง ครอบครัว ชุมชน ปลอดภัย ดังนั้น ภายหลังจากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ จึงมีแนวทางในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชและญาติอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ชลพร กองคำ (2543) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ความรู้ เจตคติเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต และสัมพันธ์ภาพต่อผู้ป่วย กรณีศึกษาญาติผู้ดูแลที่นำผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช ในภาคกลาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ เจตคติเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตและสัมพันธ์ภาพของญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยโรคจิต ผลการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตอยู่ในระดับดี ร้อยละ 72.3 ญาติผู้ดูแลมีเจตคติเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตอยู่ในระดับปานกลาง และมีสัมพันธ์ภาพต่อผู้ป่วยอยู่ในระดับดี แต่เมื่อพิจารณาในรายละเอียด พบว่า ยังมีญาติผู้ดูแลจำนวนน้อยที่มีความรู้ที่พินิจกรรมและสารเคมีในสมองเป็นสาเหตุของโรคจิต และผลข้างเคียงของการรักษาด้วยไฟฟ้า ผู้ดูแลรู้สึกว่าคุณป่วยโรคจิตมีความอดทนต่ำกว่าคนทั่วไป สร้างปัญหาและเป็นภาระของครอบครัว

ปรีดีนัย แก้วมณีรัตน์ (2534) ได้ทำการศึกษาเรื่อง บทบาทของสมาชิกในครอบครัว ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา บทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช สัมพันธ์ภาพของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช สัมพันธ์ภาพของสมาชิกในครอบครัว และความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิตเวช เพื่อประโยชน์ในการวางแผนทางในการปฏิบัติงานกับครอบครัวและผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างเหมาะสมในเรื่องการดูแลผู้ป่วยเมื่ออยู่ในครอบครัว ผลการวิเคราะห์จากสมมุติฐาน คือ

1. บทบาทของสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผลการศึกษา พบว่า บุตรเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้ดีที่สุด ร้อยละ 90.0 รองลงมาเป็นญาติสนิทและพี่น้อง ส่วนวิธีการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ดีที่สุด คือ การให้กำลังใจ ร้อยละ 84.14 รองลงมาเป็นการช่วยเหลือ การรับประทานอาหารร่วมกันและการแก้ไขปัญห และพบว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในกลุ่มที่มีการดูแลไม่ดีนั้นไม่พบความแตกต่าง สรุปว่าบทบาทของสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ต่อการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. สมาชิกในครอบครัวที่ใกล้ชิดและมีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีภูมิลำเนา และสถานภาพในครอบครัวต่างกันจะมีผลต่อการดูแลผู้ป่วยแตกต่างกัน ผลการศึกษาพบว่า สมาชิกในครอบครัวที่ใกล้ชิดและมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีภูมิลำเนา และสถานภาพในครอบครัวต่างกัน จะมีผลต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ พบว่าในกลุ่มที่มีการดูแลผู้ป่วยจิตเวชดี คือ อาชีพรับจ้างทั่วไปให้การดูแลได้ดีที่สุด ร้อยละ 91.0 ฐานะทางการเงินที่ดูแลผู้ป่วยได้ดีที่สุด คือ ระดับพอกินพอใช้ ร้อยละ 89.2 จำนวนสมาชิกที่มีรายได้ในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยได้ดีที่สุด จำนวน 1-3 คน ร้อยละ 85.2 และระดับการศึกษาที่ดูแลผู้ป่วยได้ดีที่สุด คือ ระดับอาชีวศึกษา ร้อยละ 85.0 ส่วนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในกลุ่มที่มีการดูแลไม่ดี พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

3. สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชต่างกัน จะมีผลต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแตกต่างกัน ผลการศึกษาพบว่า สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชที่ดี มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ดี ร้อยละ 40.0 และพบว่า สัมพันธภาพที่ไม่ดีของสมาชิกในครอบครัว มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่ดี ร้อยละ 32.6 สรุปว่า สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชต่างกัน จะมีผลต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาโรคทางจิตเวชของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชต่างกัน จะมีผลต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแตกต่างกัน ผลการศึกษาพบว่า การมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาโรคทางจิตเวชที่ดีของสมาชิกในครอบครัว มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ดี ร้อยละ 30.0 และพบว่าการมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาโรคทางจิตเวชที่ไม่ดี ร้อยละ 25.3 สรุปว่า ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาโรคทางจิตเวชของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชต่างกัน จะมีผลต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ไพบุลย์ วงษ์ใหญ่ และ สุกัญญา กิจเครือ (2539) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ความรู้ เจตคติ และแรงสนับสนุนทางครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวช ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลนิติจิตเวชมี วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาหาความรู้ เจตคติ และแรงสนับสนุนทางครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช โดยเปรียบเทียบความแตกต่างของญาติผู้ป่วยนอกกับญาติผู้ป่วยใน ในเรื่องของความรู้ เจตคติและแรงสนับสนุนทางครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช ผลการศึกษาพบว่า

1. ลักษณะทางครอบครัวส่วนใหญ่มีโครงสร้างเป็นลักษณะของครอบครัวเดี่ยว การปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของสมาชิกเป็นไปในด้านดี บุคคลที่ให้การดูแลความเป็นอยู่ภายในครอบครัว คือ แม่ และภรรยา อยู่ในระดับสูงสุด ร้อยละ 45.7 รองลงมาคือ ลุง ป้า ยาย ยา ร้อยละ 18.5 ส่วนเรื่องความสัมพันธ์ของสมาชิกภายในครอบครัวไม่ดี มีเรื่องทะเลาะกันเป็นประจำมากที่สุดถึงร้อยละ 64.1 รองลงมาคือสมาชิกที่ชอบเจ้ากี้เจ้าการในเรื่องของคนอื่น ร้อยละ 26.1 ส่วนเรื่องราวได้ของครอบครัวอยู่ในลักษณะพอมีพอใช้ การศึกษาของสมาชิกภายในครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี

2. ความรู้สุขภาพจิต ญาติผู้ป่วยจิตเวชมีความรู้สุขภาพจิตอยู่ในระดับดี ร้อยละ 70 ในเรื่องที่ว่าผู้ป่วยควรดื่มน้ำและใช้สารเสพติดทุกชนิด รู้ว่าควรมีการพูดคุยกับผู้ป่วยจะเป็นการเสริมกำลังใจและความมั่นใจให้กับผู้ป่วย รู้ว่าผู้ป่วยเมื่อขาดยานาน ๆ มักมีอาการกำเริบขึ้นอีก รู้เรื่องการฝึกควบคุมอารมณ์จะทำให้คนเรามีจิตใจเข้มแข็ง และเรื่องที่ต้องรับประทานยาตามแพทย์สั่งทุกวัน อย่างหยุดยาเอง เรื่องการรักษาคนใกล้ชิดเพื่อระบายความอัดอัดใจเป็นสิ่งที่ควรกระทำ แต่ยังมีญาติผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่รู้เรื่องเลย ร้อยละ 90 เกี่ยวกับเรื่องที่ว่าถ้ามีเรื่องที่ไม่สบายใจไม่สามารถนำไปบอกผู้อื่นได้ เรื่องที่คิดว่าผู้ป่วยไม่สามารถนำไปบอกผู้อื่นได้ เรื่องที่คิดว่าผู้ป่วยไม่สามารถจะอยู่ร่วมกับสังคมได้ คิดว่าผู้ป่วยไม่ควรเข้าสังคมใด ๆ กับผู้อื่น เพราะจะทำให้เกิดความวุ่นวาย เรื่องที่คิดว่าที่รักษาจนสามารถกลับบ้านได้แล้วควรให้นอนอย่างเดียว อีกเรื่องคือ คิดว่าผู้ป่วยสุขภาพจิตดี หมายถึง ผู้ที่มีอารมณ์ขัน ยิ้มได้ตลอดเวลา ส่วนการเปรียบเทียบความแตกต่างของญาติผู้ป่วยนอกกับญาติผู้ป่วยใน เรื่องความรู้ เจตคติ และแรงสนับสนุนทางครอบครัวของญาติผู้ป่วยจิตเวช พบว่าญาติผู้ป่วยนอกที่ดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายกลับบ้านแล้วสามารถใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัวได้นานเกินกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ต้องพาผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ มีความรู้สุขภาพจิตดีกว่าญาติผู้ป่วยในที่ยังไม่จำหน่ายกลับบ้าน หรือจำหน่ายกลับบ้านแล้วแต่ใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวได้ไม่ถึง 6 เดือนต้องกลับมารักษาซ้ำ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. เจตคติของญาติผู้ป่วยต่อผู้ป่วยจิตเวช พบว่า ญาติผู้ป่วยจิตเวชมีเจตคติต่อผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย 2.23 จากคะแนนเต็ม 57 ร้อยละ 7.6 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของญาติผู้ป่วยนอกกับญาติผู้ป่วยใน ในเรื่องเจตคติที่มีต่อผู้ป่วย พบว่าไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องของเจตคติ

4. แรงสนับสนุนทางครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชต่อผู้ป่วยจิตเวช พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชมีแรงสนับสนุนทางครอบครัวอยู่ในระดับต่ำ โดยมีค่าเฉลี่ย 1.29 จากคะแนนเต็ม 15 ร้อยละ 48.9 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างญาติผู้ป่วยนอกกับญาติผู้ป่วยในพบว่าไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องของแรงสนับสนุนทางครอบครัว

5. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้สุขภาพจิต เจตคติต่อผู้ป่วยจิตเวชและแรงสนับสนุนทางครอบครัว โดยเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างญาติผู้ป่วยนอกที่ดูแลผู้ป่วยหลังจากจำหน่ายกลับบ้านแล้วสามารถใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัวได้นานเกินกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ต้องพาผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ มีความรู้สุขภาพจิตดีกว่าญาติผู้ป่วยใน ซึ่งยังไม่จำหน่ายกลับบ้านหรือจำหน่ายกลับบ้านแล้วแต่ใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวได้ไม่ถึง 6 เดือน ต้องกลับมารักษาซ้ำ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

วรรณภา สาโรจน์, บุญเรือง ร่วมแก้ว และ ถิรภรณ์ มาป๋อง (2544) ได้ทำการศึกษาเรื่อง โครงการปลดโซ่ตรวนผู้ป่วยทางจิตที่ล้ามซัง จังหวัดกาฬสินธุ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อปลดโซ่ตรวนผู้ป่วยล้ามซังในเขตจังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการศึกษาพบว่า จากการสำรวจผู้ป่วยทางจิตที่ถูกล้ามซังในจังหวัดกาฬสินธุ์ ทั้งหมด 29 ราย เป็นชาย 19 ราย หญิง 10 ราย กระจายอยู่ใน 9 อำเภอ และ 4 กิ่งอำเภอ อำเภอที่มีการล้ามซังมากที่สุดคือ กุฉินารายณ์ ล้ามซัง 5 ราย ทีมสุขภาพจิตได้ออกเยี่ยมผู้ป่วยทุกราย พบว่า เหตุที่ทำให้ผู้ป่วยถูกล้ามซังส่วนใหญ่เนื่องจากอาละวาด ทำร้ายร่างกาย ทำลายสิ่งของ ไม่ยอมรับประทานยาทำให้มีอาการกำเริบ อายุ ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 30-40 ปี ระยะเวลาที่ถูกล้ามซังมากที่สุด 30 ปี รองลงมาคือ 20 ปี น้อยที่สุด 2 เดือน ผลการดำเนินงานสามารถช่วยให้ผู้ป่วยทางจิตที่ถูกล้ามซังได้รับการปลดโซ่ตรวน จำนวน 10 ราย ร้อยละ 34.5 โดย 9 รายกำลังรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น เป็นชาย 7 ราย หญิง 2 ราย ส่วนอีก 1 รายอยู่ร่วมกับชุมชนและครอบครัวได้

วรารัตน์ ทะมั่งกลาง (2545) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การให้การช่วยเหลือผู้ป่วยล้ามซัง โดยใช้วิธีการทำกลุ่มชุมชนบำบัด มีวัตถุประสงค์เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกล้ามซัง โดยให้ชุมชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และการใช้พลังของชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน วิธีการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษา (Case Study) ผู้ป่วย

จิตเวชถูกล่ามซัง จำนวน 1 รายล่ามซังนาน 4 ปี ญาติไม่มีความประสงค์จะนำผู้ป่วยไปรักษา เพราะเข้าใจว่าคงหมดหนทางรักษา จึงดำเนินการให้การช่วยเหลือโดยประชุมปรึกษาร่วมกับ ชุมชน เพื่อหาทางช่วยเหลือผู้ป่วยล่ามซังรายนี้ ซึ่งประกอบด้วย อสม. ญาติ ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการ หมู่บ้าน สอ. รพช. และเพื่อนบ้าน ซึ่งการช่วยเหลือ แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 คือ การช่วยเหลือขณะที่ผู้ป่วยถูกล่ามซังในชุมชน

ระยะที่ 2 คือ ให้การช่วยเหลือขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล

ระยะที่ 3 คือ การเตรียมพร้อมครอบครัวและชุมชนก่อนที่จะส่งผู้ป่วยกลับสู่ภูมิลำเนา

ระยะที่ 4 คือ การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ร่วมกับชุมชน เพื่อประเมินอาการทางจิตและปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยของญาติ

ผลการศึกษาพบว่า

1. ทำให้ชุมชนตระหนักถึงการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน
2. เพื่อแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยสามารถกลับมาดำรงชีวิตในชุมชนได้ แม้ถูกล่ามซังนาน

4 ปี

3. ญาติมีกำลังใจมากขึ้น ที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อไป

4. เป็นแบบอย่างในการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยประชุมปรึกษาหารือในรูปแบบการทำกลุ่มชุมชนบำบัด

สิวลี เปาโรหิตย์ (2545) ได้ทำการศึกษาเรื่อง อิศราภาพของผู้ป่วยทางจิตที่ถูกล่ามซัง กรณีศึกษาผู้ป่วย 7 ราย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงสาเหตุ ปัจจัยที่ญาติล่ามซังผู้ป่วยไว้ในชุมชน เพื่อนำผลที่มาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการให้ความรู้คำแนะนำหรือการช่วยเหลือต่อญาติและครอบครัว ซึ่งจะส่งผลถึงการลดอัตราการกลับมารักษซ้ำและอัตราการล่ามซัง และเป็นการประเมินผลการปลดโซ่ตรวน ผลการศึกษาพบว่า

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย เป็นเพศชาย จำนวน 3 ราย เพศหญิง จำนวน 4 ราย สถานภาพสมรสโสด นับถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ประถมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 4 ราย มัธยมศึกษาตอนต้น 2 ราย อนุปริญญา 1 ราย อาชีพก่อนป่วยส่วนใหญ่รับจ้าง 4 ราย ทำนา 2 ราย นักศึกษา 1 ราย ระยะเวลาที่ล่ามซัง 30 ปี 1 ราย, 20 ปี 1 ราย, 11 ปี 1 ราย, 5 ปี 3 ราย และ 2 ปี 1 ราย

2. สาเหตุและปัจจัยที่ล่ามซังผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ เจาะอะ อาละวาดทำลายข้าวของ ทำร้ายญาติ ก่อความเดือดร้อนให้ชาวบ้าน ญาติกลัวถูกทำร้ายและรู้สึก

ท้อแท้ คิดว่าหมดทางรักษา ญาติขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและสาเหตุอาการ ส่วนการดำเนินการรักษาและการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ญาติไม่มีเวลาดูแลผู้ป่วย อายุมาก ฐานะยากจน

3. การช่วยเหลือที่ให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ได้ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ซึ่งปัจจุบันผู้ป่วยทั้ง 7 ราย ไม่ได้ถูกกล่าวถึงอีก

อรพรรณ สุนทวง (2545) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของชุมชนและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ผลการศึกษา พบว่า ปัญหาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช คือ ชุมชนมีทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเวชว่าเป็นบุคคลไม่มีความสามารถ ไร้ศักยภาพ ไม่มีประโยชน์ที่จะเข้าไปคุยด้วย และขาดการตระหนักถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการดูแล ส่วนการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน พบว่า ชุมชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชน โดยมีการจัดกิจกรรมการดูแลทั้งทางด้านร่างกายจิตใจและสังคม มีกิจกรรมดูแลต่อเนื่องโดยการขยายไปยังกลุ่มเยาวชนและพระสงฆ์เพื่อช่วยดูแลผู้ป่วยจิตเวช และคะแนนการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เมื่อเปรียบเทียบประเมินซ้ำในระยะติดตามผล 3 เดือนสูงกว่าก่อนทำการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาเกี่ยวกับด้านปัจจัยและสาเหตุที่ทำให้ครอบครัวดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้วยการล่อลวง และการศึกษาเกี่ยวกับด้านความรู้ ความเข้าใจของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งในด้านปัจจัยและสาเหตุที่ทำให้สมาชิกให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้วยวิธีการล่อลวง มักเกิดจากการที่ผู้ป่วยจิตเวชมีอาการกำเริบ บ่อยครั้ง ก้าวร้าว อาละวาด ทำลายสิ่งของ ทำร้ายคนในครอบครัวและคนในชุมชน ทำให้ครอบครัวและญาติเกิดความหวาดกลัว คิดว่าผู้ป่วยจิตเวชเป็นบุคคลอันตราย จึงต้องทำการล่อลวง โดยในด้านปัจจัยและสาเหตุที่เกิดขึ้นดังที่กล่าวไปแล้วนั้น มีความเชื่อมโยงกับการขาดความรู้ ความเข้าใจของสมาชิกในครอบครัวในเรื่องของโรคทางจิตเวชและวิธีการดูแลผู้ป่วย จึงทำให้ครอบครัวให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้วยวิธีการที่ไม่ถูกต้อง

ดังนั้น จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในครั้งนี้ จึงมีความสัมพันธ์กับเรื่องที่ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับเจตคติของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้วยวิธีการล่อลวง เนื่องด้วยในด้านความรู้ ความเข้าใจของครอบครัวมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะส่งผลต่อความคิด ความรู้สึกของสมาชิกในครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวช อันจะนำไปสู่พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวช