

ผลการศึกษาและการอภิปรายผลการศึกษา

การศึกษาเรื่อง เจตคติของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้วยวิธีการล่ามขัง ศึกษาเฉพาะพื้นที่จังหวัดขอนแก่น ผู้ศึกษาได้ทำการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 81 ครอบครัว ได้รับแบบสอบถามกลับคืนมาเป็นจำนวน 76 ชุด คิดเป็นร้อยละ 94 ส่วนที่เหลือร้อยละ 6 หรือจำนวน 5 ครอบครัว ไม่ได้กลับคืนมา เนื่องจากผู้ศึกษาได้มีการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการย้ายภูมิลำเนา ไม่สามารถติดต่อเก็บรวบรวมข้อมูลได้ และนอกจากนั้นได้มีการสัมภาษณ์สมาชิกในครอบครัว ซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช จากครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยด้วยวิธีการล่ามขัง จำนวน 3 ครอบครัว สามารถนำมาสรุปผลการศึกษาได้ดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการศึกษาที่ได้จากแบบสอบถาม

ตอนที่ 2 ผลการศึกษาที่ได้จากการสัมภาษณ์

ตอนที่ 3 อภิปรายผลการศึกษา

ตอนที่ 1 ผลการศึกษาที่ได้จากแบบสอบถาม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวช ระยะเวลาในการล่ามขัง สถานภาพการล่ามขัง มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 4.1
จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	18	23.6
หญิง	58	76.3
รวม	76	100
อายุ		
ต่ำกว่า 20 ปี	1	1.3
21-40 ปี	16	21.0
41-60 ปี	35	46.0
61-80 ปี	22	28.9
81 ปีขึ้นไป	2	2.6
รวม	76	100
ระดับการศึกษา		
ไม่เคยเรียนหนังสือ	1	1.3
ประถมศึกษา	63	82.8
มัธยมศึกษาตอนต้น	5	6.5
มัธยมศึกษาตอนปลาย, ปวช.	5	6.5
อนุปริญญา, ปวส.	-	-
ปริญญาตรี	2	2.6
สูงกว่าปริญญาตรี	-	-
รวม	76	100

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
นักเรียน นักศึกษา	1	1.3
รับราชการ	2	2.6
ค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว	3	3.9
เกษตรกรรม	49	64.4
แม่บ้าน พ่อบ้าน	8	10.5
รัฐวิสาหกิจ	-	-
รับจ้างทั่วไป	10	13.1
พนักงานบริษัท	1	1.3
ลูกจ้างชั่วคราว	2	2.6
รวม	76	100
รายได้ต่อเดือน		
น้อยกว่า 2,000 บาท	50	65.7
2,001-4,000 บาท	14	18.4
4,001-6,000 บาท	5	6.5
6,001-8,000 บาท	1	1.3
8,001-10,000 บาท	4	5.2
10,001 บาทขึ้นไป	2	2.6
รวม	76	100
ความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวช		
บิดา มารดา	31	40.7
สามี ภรรยา	4	5.2
บุตร	2	2.6
พี่น้อง	17	22.3
ญาติ	22	28.9
รวม	76	100

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาในการล้ามซัง		
น้อยกว่า 1 ปี	16	21.0
1 ปี 1 เดือน-5 ปี	29	38.1
5 ปี 1 เดือน-10 ปี	11	14.4
10 ปี 1 เดือน-15 ปี	8	10.5
15 ปี 1 เดือน-20 ปี	6	7.8
20 ปี 1 เดือน-25 ปี	2	2.6
25 ปี 1 เดือน-30 ปี	3	3.9
30 ปีขึ้นไป	1	1.3
รวม	76	100
สถานภาพการล้ามซัง		
ผู้ป่วยจิตเวชยังคงถูกล้ามซัง	14	18.4
ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการปลดปล่อยบ้างเป็นเวลา	17	22.3
ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการปลดปล่อยแล้ว	45	59.2
รวม	76	100

จากตารางที่ 4.1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จำนวน 76 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง กล่าวคือ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.3 และเป็นเพศชาย ร้อยละ 23.6

ด้านอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.0 รองลงมาอายุระหว่าง 61-80 ปี ร้อยละ 28.9 อายุระหว่าง 21-40 ปี ร้อยละ 21.0 อายุ 81 ปีขึ้นไป ร้อยละ 2.6 และอายุต่ำกว่า 20 ปี ร้อยละ 1.3

ด้านระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 82.8 รองลงมาจบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น และมัธยมศึกษาตอนปลาย, ปวช. เท่ากันร้อยละ 6.5 จบการศึกษาระดับชั้นปริญญาตรี ร้อยละ 2.6 และไม่เคยเรียนหนังสือ ร้อยละ 1.3

ด้านอาชีพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 64.4 รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 13.1 เป็นแม่บ้าน พ่อบ้าน ร้อยละ 10.5 อาชีพค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 3.9 รับราชการและอาชีพลูกจ้างชั่วคราว เท่ากันร้อยละ 2.6 และอาชีพพนักงานบริษัทและเป็นนักเรียน นักศึกษา เท่ากันร้อยละ 1.3

ด้านรายได้ต่อเดือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 2,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 65.7 รองลงมารายได้ 2,001-4,000 บาท ร้อยละ 18.4 รายได้ 4,001-6,000 บาท ร้อยละ 6.5 รายได้ 8,001-10,000 บาท ร้อยละ 5.2 รายได้ 10,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 2.6 และรายได้ 6,001-8,000 บาท ร้อยละ 1.3

ด้านความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวช พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวชโดยเป็นบิดามารดา คิดเป็นร้อยละ 40.7 รองลงมาเป็นญาติ ร้อยละ 28.9 พี่น้อง ร้อยละ 22.3 สามีภรรยา ร้อยละ 5.2 และบุตร ร้อยละ 2.6

ด้านระยะเวลาในการล่ามขัง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในช่วงระยะเวลา 1 ปี 1 เดือน-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.1 รองลงมาน้อยกว่า 1 ปี ร้อยละ 21.0 ระยะเวลา 5 ปี 1 เดือน-10 ปี ร้อยละ 14.4 ระยะเวลา 10 ปี 1 เดือน-15 ปี ร้อยละ 10.5 ระยะเวลา 15 ปี 1 เดือน-20 ปี ร้อยละ 7.8 ระยะเวลา 25 ปี 1 เดือน-30 ปี ร้อยละ 3.9 ระยะเวลา 20 ปี 1 เดือน-25 ปี ร้อยละ 2.6 และ 30 ปีขึ้นไป ร้อยละ 1.3

ด้านสถานภาพการล่ามขัง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้ปลดปล่อยผู้ป่วยจิตเวชแล้ว คิดเป็นร้อยละ 59.2 รองลงมาผู้ป่วยจิตเวชได้รับการปลดปล่อยบ้างเป็นเวลาร้อยละ 22.3 และผู้ป่วยจิตเวทยังคงถูกล่ามขัง ร้อยละ 18.4

ส่วนที่ 2 ความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคทางจิตเวชและอาการของโรคทางจิตเวช

ตารางที่ 4.2

จำนวนร้อยละและความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคทางจิตเวช
และอาการของโรคทางจิตเวช

ความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคทางจิตเวช และอาการของโรคทางจิตเวช	ใช่	ไม่ใช่
1. สาเหตุของโรคทางจิตเวชสามารถเกิดได้จากพันธุกรรมและสารเคมี ในสมอง	52.6	47.3
2. โรคทางจิตเวชมีหลายประเภท ซึ่งแต่ละประเภทจะส่งผลให้ผู้ป่วยแสดง พฤติกรรม ความคิดและอารมณ์แตกต่างกันออกไป	82.8	17.1
3. ผู้ป่วยโรคทางจิตเวชควรหลีกเลี่ยงสารเสพติดทุกชนิด	72.3	27.6
4. โรคทางจิตเวชเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายได้	42.1	57.8
5. โรคทางจิตเวชจะส่งผลกระทบต่อความถดถอยทางด้านศักยภาพ ความสามารถ สติปัญญา ความคิดของผู้ป่วย	92.1	7.8
6. การรับประทานยาเป็นสิ่งจำเป็นต่อการควบคุมอาการของโรค	92.1	7.8
7. เมื่อขาดการรับประทานยาจะทำให้เกิดอาการกำเริบ	88.1	11.8
8. หากได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง จะทำให้อาการทุเลาและสงบลง	96.0	3.9
9. ผู้ป่วยควรได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านร่างกาย อารมณ์และจิตใจ ควบคู่กันไปอย่างต่อเนื่อง	88.1	11.8
10. เมื่ออาการทางจิตทุเลาลง ผู้ป่วยสามารถกลับมาดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับ ผู้อื่นได้อย่างปกติสุข	68.4	31.5

จากตารางที่ 4.2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคทางจิตเวชและอาการของโรคทางจิตเวช ร้อยละ 50 ขึ้นไป จำนวน 9 ข้อ และมีความรู้ ความเข้าใจต่ำกว่าร้อยละ 50 เพียง 1 ข้อ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องมากกว่าร้อยละ 50 ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจในข้อที่กล่าวว่า หากได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องจะทำให้อาการทุเลาและสงบลง

คิดเป็นร้อยละ 96.0 โรคทางจิตเวชจะส่งผลกระทบต่อความถดถอยทางด้านศักยภาพ ความสามารถ สติปัญญา ความคิดของผู้ป่วย และการรับประทานยาเป็นสิ่งจำเป็นต่อการควบคุมอาการของโรค เท่ากันร้อยละ 92.1 เมื่อขาดการรับประทานยาจะทำให้เกิดอาการกำเริบและผู้ป่วยควรได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตใจควบคู่กันไปอย่างต่อเนื่อง เท่ากันร้อยละ 88.1 โรคทางจิตเวชมีหลายประเภท ซึ่งแต่ละประเภทจะส่งผลให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรม ความคิดและ อารมณ์แตกต่างกันออกไป ร้อยละ 82.8 ผู้ป่วยโรคทางจิตเวชควรหลีกเลี่ยงสารเสพติดทุกชนิด ร้อยละ 72.3 เมื่ออาการทางจิตทุเลาลง ผู้ป่วยสามารถกลับมาดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่าง ปกติสุข ร้อยละ 68.4 และสาเหตุของโรคทางจิตเวชสามารถเกิดได้จากพันธุกรรมและสารเคมีใน สมอง ร้อยละ 52.6

และกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องต่ำกว่าร้อยละ 50 ได้แก่ ความรู้ ความ เข้าใจในข้อที่กล่าวว่า โรคทางจิตเวชเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายได้ ร้อยละ 42.1

ตารางที่ 4.3

ระดับความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคทางจิตเวช
และอาการของโรคทางจิตเวช

ระดับความรู้ ความเข้าใจ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (0-5 คะแนน)	14	18.4
ระดับสูง (6-10 คะแนน)	62	81.5
รวม	76	100

จากตารางที่ 4.3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคทาง จิตเวชและอาการของโรคทางจิตเวชอยู่ในระดับสูง (6-10 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 81.5 และมี ความรู้ ความเข้าใจอยู่ในระดับต่ำ (0-5 คะแนน) ร้อยละ 18.4

ส่วนที่ 3 เจตคติต่อผู้ป่วยจิตเวชและการดูแลด้วยวิธีการล้ามซัง

ตารางที่ 4.4

เจตคติของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกโดยรวมและรายด้าน

เจตคติ	$\bar{X}$	S.D.	การ แปลผล
ด้านความคิด ความรู้สึกต่อผู้ป่วยจิตเวช	3.49	0.56	มาก
ด้านความคิด ความรู้สึกต่อการดูแลด้วยวิธีการล้ามซัง	2.97	0.74	ปานกลาง
รวม	3.23	0.47	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.4 ผลการศึกษาเจตคติโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีเจตคติอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.23 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.47 เมื่อพิจารณา รายด้านพบว่า ด้านความคิด ความรู้สึกต่อผู้ป่วยจิตเวช มีค่าเฉลี่ย 3.49 อยู่ในระดับมาก และด้านความคิด ความรู้สึกต่อการดูแลด้วยวิธีการล้ามซัง มีค่าเฉลี่ย 2.97 อยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 4.5

จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและเจตคติของ
กลุ่มตัวอย่างด้านความคิด ความรู้สึกต่อผู้ป่วยจิตเวช
จำแนกรายข้อ

เจตคติ	ระดับความคิดเห็น					$\bar{X}$	S.D.	การ แปล ผล
	มากที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด			
1. ผู้ป่วยโรคจิตเป็น บุคคลที่น่าเห็นอกเห็นใจ ควรได้รับการดูแลด้วย ความรัก และการ เอาใจใส่เป็นอย่างดี	47 (61.8)	21 (27.6)	7 (9.2)	0 (0)	1 (1.3)	4.49	0.77	มาก ที่สุด

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

เจตคติ	ระดับความคิดเห็น					$\bar{X}$	S.D.	การ แปล ผล
	มากที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด			
2. การดูแลจาก ครอบครัวอย่างใกล้ชิด จะทำให้ผู้ป่วยไม่ไป สร้างความเดือดร้อน หรือความวุ่นวายให้กับ ผู้อื่น	36 (47.3)	29 (38.1)	6 (7.8)	5 (6.5)	0 (0)	4.26	0.87	มาก ที่สุด
3. เมื่อผู้ป่วยได้รับการ บำบัดรักษาจนอาการ ดีขึ้น ผู้ป่วยจะสามารถ อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่าง ปกติสุข	20 (26.3)	30 (39.4)	15 (19.7)	10 (13.1)	1 (1.3)	3.76	1.03	มาก
4. หากผู้ป่วยโรคจิตได้ รับการพัฒนาศักยภาพ ทางด้านร่างกาย ความคิด สติปัญญา ผู้ป่วยก็จะสามารถ ดูแลตนเองได้	20 (26.3)	28 (36.8)	17 (22.3)	6 (7.8)	5 (6.5)	3.68	1.15	มาก
5. พฤติกรรมก้าวร้าว เอะอะอาละวาดเกิดจาก ภาวะการเจ็บป่วยของ โรค ไม่ได้เกิดจากการ แกล้งทำหรือการ เรียกร้องความสนใจ ของผู้ป่วย	24 (31.3)	23 (30.2)	17 (22.3)	3 (3.9)	9 (11.8)	3.66	1.29	มาก

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

เจตคติ	ระดับความคิดเห็น					$\bar{X}$	S.D.	การ แปล ผล
	มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด			
6. เมื่อผู้ป่วยได้รับการบำบัด ฟันฟูอย่างถูกวิธี จะทำให้ศักยภาพความสามารถที่ถดถอยกลับคืนสู่ภาวะปกติ	15 (19.7)	22 (28.9)	27 (35.5)	5 (6.5)	7 (9.2)	3.43	1.16	มาก
7. ความถดถอยทางด้านศักยภาพ ความสามารถของผู้ป่วยโรคจิตสามารถพัฒนาและเปลี่ยนแปลงได้	10 (13.1)	20 (26.3)	32 (42.1)	9 (11.8)	5 (6.5)	3.28	1.05	ปาน กลาง
8. ผู้ป่วยโรคจิตไม่น่ากลัวและอันตรายอย่างที่คุณในสังคมหวาดกลัว	8 (10.5)	24 (31.5)	28 (36.8)	8 (10.5)	8 (10.5)	3.21	1.11	ปาน กลาง
9. ผู้ป่วยโรคจิตเป็นบุคคลที่มีคุณค่าสามารถทำประโยชน์ให้กับผู้อื่นและสังคมได้	8 (10.5)	16 (21.0)	18 (23.6)	13 (17.1)	21 (27.6)	2.70	1.36	ปาน กลาง
10. ผู้ป่วยโรคจิตสามารถประกอบการทำงานได้ดีเทียบเท่าบุคคลปกติทั่วไป	5 (6.5)	15 (19.7)	16 (21.0)	13 (17.1)	27 (35.5)	2.45	1.33	น้อย
รวม						3.49	0.56	มาก

จากตารางที่ 4.5 ผลการศึกษาเจตคติของกลุ่มตัวอย่าง ด้านความคิด ความรู้สึกต่อผู้ป่วยจิตเวชโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคิด ความรู้สึกว่าผู้ป่วยโรคจิตเป็นบุคคลที่น่าเห็นอกเห็นใจ ควรได้รับการดูแลด้วยความรักและการเอาใจใส่เป็นอย่างดี มีค่าเฉลี่ย 4.49 รองลงมา มีความคิด ความรู้สึกว่าการดูแลจากครอบครัวอย่างใกล้ชิด จะทำให้ผู้ป่วยไม่ไปสร้างความเดือดร้อนหรือความวุ่นวายให้กับผู้อื่น มีค่าเฉลี่ย 4.26 มีความคิด ความรู้สึกว่าเมื่อผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาจนอาการดีขึ้น ผู้ป่วยจะสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างปกติสุข มีค่าเฉลี่ย 3.76 มีความคิด ความรู้สึกว่าหากผู้ป่วยโรคจิตได้รับการพัฒนาศักยภาพทางด้านร่างกาย ความคิด สติปัญญา ผู้ป่วยก็จะสามารถดูแลตนเองได้ มีค่าเฉลี่ย 3.68 มีความคิด ความรู้สึกว่าพฤติกรรมก้าวร้าวอะละอะจะอาจเกิดจากภาวะการเจ็บป่วยของโรค ไม่ได้เกิดจากการแกล้งทำหรือการเรียกร้องความสนใจของผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ย 3.66 มีความคิด ความรู้สึกว่าเมื่อผู้ป่วยได้รับการบำบัดฟื้นฟูอย่างถูกวิธีจะทำให้ศักยภาพ ความสามารถที่ถดถอย กลับคืนสู่ภาวะปกติ มีค่าเฉลี่ย 3.43 มีความคิด ความรู้สึกว่าความถดถอยทางด้านศักยภาพ ความสามารถของผู้ป่วยโรคจิต สามารถพัฒนาเปลี่ยนแปลงได้ มีค่าเฉลี่ย 3.28 มีความคิด ความรู้สึกว่าผู้ป่วยโรคจิตไม่น่ากลัวและอันตรายอย่างที่คนในสังคมหวาดกลัว มีค่าเฉลี่ย 3.21 มีความคิด ความรู้สึกว่าผู้ป่วยโรคจิตเป็นบุคคลที่มีคุณค่า สามารถทำประโยชน์ให้กับผู้อื่นและสังคมได้ มีค่าเฉลี่ย 2.70 ตามลำดับ และมีความคิด ความรู้สึกว่าผู้ป่วยโรคจิตสามารถประกอบการทำงานได้ดีเทียบเท่าบุคคลปกติทั่วไป มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด 2.45

ตารางที่ 4.6

จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและเจตคติของ
กลุ่มตัวอย่างด้านความคิด ความรู้สึกต่อการดูแล
ด้วยวิธีการล่ามขัง จำแนกรายข้อ

เจตคติ	ระดับความคิดเห็น					$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
1. ท่านล่ามขังเพราะรู้สึก อับอาย ต้องการปกปิด ไม่ให้คนในชุมชนรับรู้	1 (1.3)	9 (11.8)	14 (18.4)	20 (26.3)	32 (42.1)	3.96	1.10	มาก

ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

เจตคติ	ระดับความคิดเห็น					$\bar{X}$	S.D.	การ แปล ผล
	มากที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด			
2. ท่านกลัวถูกสังคม รังเกียจจึงจำเป็นต้อง ล่อลวงผู้ป่วย	4 (5.2)	9 (11.8)	21 (27.6)	19 (25.0)	23 (30.2)	3.63	1.19	มาก
3. ท่านคิดว่าการรักษา ผู้ป่วยโรคจิตเป็นการ เสียเวลา เสียค่าใช้จ่าย ไปโดยเปล่าประโยชน์ จึงดูแลด้วยการล่อลวง	10 (13.1)	16 (21.0)	23 (30.2)	13 (17.1)	14 (18.4)	3.07	1.29	ปาน กลาง
4. ท่านคิดว่าการล่อลวง จะทำให้ผู้ป่วยอาการ สงบลง	6 (7.8)	20 (26.3)	26 (34.2)	15 (19.7)	9 (11.8)	3.01	1.13	ปาน กลาง
5. การล่อลวงผู้ป่วย โรคจิต เป็นการลดภาระ ในการดูแลได้เป็นอย่างดี	14 (18.4)	17 (22.3)	24 (31.5)	11 (14.4)	10 (13.1)	2.82	1.27	ปาน กลาง
6. ท่านคิดว่าการดูแล ผู้ป่วยเป็นเรื่องที่ยุ่งยาก จึงตัดสินใจดูแลผู้ป่วย ด้วยการล่อลวง	12 (15.7)	24 (31.5)	18 (23.6)	10 (13.1)	12 (15.7)	2.82	1.30	ปาน กลาง
7. ท่านไม่ต้องการ ได้รับผลกระทบจาก การกระทำของผู้ป่วย จึงจำเป็นต้องล่อลวง	17 (22.3)	18 (23.6)	21 (27.6)	9 (11.8)	11 (14.4)	2.72	1.33	ปาน กลาง

ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

เจตคติ	ระดับความคิดเห็น					$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
8. ท่านรู้สึกท้อแท้กับการรักษาผู้ป่วย จึงตัดสินใจดูแลผู้ป่วยด้วยการล่ำม้าง	19 (25.0)	15 (19.7)	23 (30.2)	12 (15.7)	7 (9.2)	2.64	1.27	ปานกลาง
9. ท่านมีความหวาดกลัวเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ จึงจำเป็นต้องล่ำม้าง	20 (26.3)	24 (31.5)	14 (18.4)	8 (10.5)	10 (13.1)	2.53	1.34	น้อย
10. ท่านเกรงว่าผู้ป่วยจะสร้างความเดือดร้อนให้กับผู้อื่น จึงต้องทำการล่ำม้าง	25 (32.8)	18 (26.6)	13 (17.1)	10 (13.1)	10 (13.1)	2.50	1.41	น้อย
รวม						2.97	0.74	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.6 ผลการศึกษาเจตคติของกลุ่มตัวอย่าง ด้านความคิด ความรู้สึกต่อการดูแลด้วยวิธีการล่ำม้างโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้สึกอับอาย ต้องการปกปิดไม่ให้คนในชุมชนรับรู้ มีค่าเฉลี่ย 3.96 รองลงมา มีความรู้สึกกลัวถูกสังคมรังเกียจ จึงจำเป็นต้องล่ำม้างผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ย 3.63 มีความคิด ความรู้สึกว่าการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเป็นการเสียเวลา เสียค่าใช้จ่ายไปโดยเปล่าประโยชน์ จึงดูแลด้วยการล่ำม้าง มีค่าเฉลี่ย 3.07 มีความคิด ความรู้สึกว่าการล่ำม้างจะทำให้ผู้ป่วยอาการสงบลง มีค่าเฉลี่ย 3.01 มีความคิด ความรู้สึกว่าการล่ำม้างผู้ป่วยโรคจิตเป็นการลดภาระในการดูแลได้เป็นอย่างดี และมีความคิด ความรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นเรื่องที่ยุ่งยาก จึงตัดสินใจดูแลผู้ป่วยด้วยการล่ำม้าง มีค่าเฉลี่ยเท่ากัน 2.82 มีความคิด ความรู้สึกที่ไม่ต้องการได้รับผลกระทบจากการกระทำของ

ผู้ป่วย จึงจำเป็นต้องล้ามซัง มีค่าเฉลี่ย 2.72 มีความรู้สึกท้อแท้กับการรักษาผู้ป่วย จึงตัดสินใจดูแลผู้ป่วยด้วยการล้ามซัง มีค่าเฉลี่ย 2.64 มีความคิด ความรู้สึกหวาดกลัวเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ จึงจำเป็นต้องล้ามซัง มีค่าเฉลี่ย 2.53 ตามลำดับ และเกรงว่าผู้ป่วยจะสร้างความเดือดร้อนให้กับผู้อื่น จึงต้องทำการล้ามซัง มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด 2.50

ส่วนที่ 4 ความรู้ ความเข้าใจในวิธีการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ตารางที่ 4.7

ความรู้ ความเข้าใจในวิธีการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของกลุ่มตัวอย่าง
จำแนกโดยรวมและรายด้าน

ความรู้ ความเข้าใจในวิธีการดูแล ผู้ป่วยจิตเวช	$\bar{X}$	S.D.	การ แปลผล
ด้านการปฏิบัติตามคำแนะนำของนักสังคมสงเคราะห์ จิตเวชและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	3.88	1.11	มาก
ด้านการสร้างสัมพันธภาพต่อผู้ป่วยจิตเวช	3.79	0.72	มาก
ด้านการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์	3.75	1.13	มาก
ด้านการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยจิตเวชได้มีส่วนร่วมภายใน ครอบครัว	2.82	1.06	ปานกลาง
ด้านการพัฒนา ฝึกฝนให้ผู้ป่วยจิตเวชช่วยเหลือตนเอง	2.73	0.97	ปานกลาง
รวม	3.35	0.73	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.7 ผลการศึกษาความรู้ ความเข้าใจในวิธีการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ความเข้าใจในวิธีการดูแลผู้ป่วยจิตเวช อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.35 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.73 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการปฏิบัติตามคำแนะนำของนักสังคมสงเคราะห์จิตเวชและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีค่าเฉลี่ย 3.88 ด้านการสร้างสัมพันธภาพต่อผู้ป่วยจิตเวช มีค่าเฉลี่ย 3.79 และด้านการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ มีค่าเฉลี่ย 3.75 อยู่ในระดับมาก ส่วนด้านการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยจิตเวชได้มีส่วนร่วม

ภายในครอบครัว มีค่าเฉลี่ย 2.82 และด้านการพัฒนา ฝึกฝนให้ผู้ป่วยจิตเวชช่วยเหลือตนเอง มีค่าเฉลี่ย 2.73 อยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 4.8
จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและความรู้
ความเข้าใจในวิธีการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของกลุ่มตัวอย่าง
ด้านการสร้างสัมพันธภาพต่อผู้ป่วยจิตเวช
จำแนกรายข้อ

ความรู้ ความเข้าใจใน วิธีการดูแลผู้ป่วย จิตเวช	ระดับความคิดเห็น					$\bar{X}$	S.D.	การ แปล ผล
	มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด			
1. ท่านคอยสอดส่อง ดูแลพฤติกรรมของผู้ป่วย อย่างใกล้ชิด เพื่อทราบ ถึงความต้องการหรือ ปัญหาของผู้ป่วย	40 (52.6)	22 (28.9)	9 (11.8)	3 (3.9)	2 (2.6)	4.25	0.99	มาก ที่สุด
2. ท่านเป็นตัวกลาง คอยเชื่อมความสัมพันธ์ ระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิก ในครอบครัว เพื่อไม่ให้ ผู้ป่วยรู้สึกแปลกแยก	33 (43.4)	20 (26.3)	13 (17.1)	8 (10.5)	2 (2.6)	3.97	1.13	มาก
3. มีการให้อภัยทุกครั้ง เมื่อผู้ป่วยกระทำความ ผิด	23 (30.2)	31 (40.7)	17 (22.3)	3 (3.9)	2 (2.6)	3.92	0.96	มาก
4. ท่านให้ความสำคัญ กับผู้ป่วยเท่าเทียม สมาชิกคนอื่น ๆ ใน ครอบครัว	23 (30.2)	26 (34.2)	17 (22.3)	9 (11.8)	1 (1.3)	3.80	1.05	มาก

ตารางที่ 4.8 (ต่อ)

ความรู้ ความเข้าใจใน วิธีการดูแลผู้ป่วย จิตเวช	ระดับความคิดเห็น					$\bar{X}$	S.D.	การ แปล ผล
	มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด			
5. มีการสื่อสาร พูดคุย กับผู้ป่วยอย่างสุภาพ	18 (23.6)	30 (39.4)	23 (30.2)	2 (2.6)	3 (3.9)	3.76	0.98	มาก
6. มีการเสริมสร้าง กำลังใจให้ผู้ป่วยเสมอ เมื่อยามที่ผู้ป่วยรู้สึก ท้อแท้ ล้มเหลว	22 (28.9)	25 (32.8)	20 (26.3)	6 (7.8)	3 (3.9)	3.75	1.08	มาก
7. เมื่อผู้ป่วยกระทำ ความผิดจะมีการพูดคุย ด้วยเหตุผลมากกว่า อารมณ์	21 (27.6)	22 (28.9)	24 (31.5)	5 (6.5)	4 (5.2)	3.67	1.11	มาก
8. มีการสื่อสาร พูดคุย หยอกล้อกับผู้ป่วยเพื่อให้ ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย	26 (34.2)	19 (25.0)	16 (21.0)	9 (11.8)	6 (7.8)	3.66	1.28	มาก
9. เมื่อผู้ป่วยเกิดความไม่ สบายใจ สามารถรับฟัง และให้คำปรึกษาได้ ตลอดเวลา	26 (34.2)	17 (22.3)	19 (25.0)	8 (10.5)	6 (7.8)	3.64	1.27	มาก
10. มีการสื่อสาร พูดคุย กับผู้ป่วยเท่าเทียมกับ สมาชิกในครอบครัว	24 (31.5)	18 (23.6)	13 (17.1)	8 (10.5)	13 (17.1)	3.42	1.46	มาก
รวม						3.79	0.72	มาก

จากตารางที่ 4.8 ผลการศึกษาความรู้ ความเข้าใจในวิธีการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของกลุ่มตัวอย่าง ด้านการสร้างสัมพันธภาพต่อผู้ป่วยจิตเวชโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คอยสอดส่องดูแลพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อทราบถึงความต้องการหรือปัญหาของผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ย 4.25 รองลงมาเป็นตัวกลางคอยเชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยรู้สึกแปลกแยก มีค่าเฉลี่ย 3.97 มีการให้อภัยทุกครั้งเมื่อผู้ป่วยกระทำความผิด มีค่าเฉลี่ย 3.92 ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยเท่าเทียมสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว มีค่าเฉลี่ย 3.80 มีการสื่อสาร พูดคุยกับผู้ป่วยอย่างสุภาพ มีค่าเฉลี่ย 3.76 มีการเสริมสร้างกำลังใจให้ผู้ป่วยเสมอเมื่อยามที่ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง มีค่าเฉลี่ย 3.75 เมื่อผู้ป่วยกระทำความผิดจะมีการพูดคุยด้วยเหตุผลมากกว่าอารมณ์ มีค่าเฉลี่ย 3.67 มีการสื่อสาร พูดคุยหยอกล้อกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย มีค่าเฉลี่ย 3.66 เมื่อผู้ป่วยเกิดความไม่สบายใจสามารถรับฟังและให้คำปรึกษาได้ตลอดเวลา มีค่าเฉลี่ย 3.64 มีการสื่อสาร พูดคุยกับผู้ป่วยเท่าเทียมกับสมาชิกในครอบครัว มีค่าเฉลี่ย 3.42 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.9

จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและความรู้ ความเข้าใจ
ในวิธีการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของกลุ่มตัวอย่าง ด้านการเปิดโอกาสให้
ผู้ป่วยจิตเวชได้มีส่วนร่วมภายในครอบครัว จำแนกรายข้อ

ความรู้ ความเข้าใจใน วิธีการดูแลผู้ป่วย จิตเวช	ระดับความคิดเห็น					$\bar{X}$	S.D.	การ แปล ผล
	มากที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด			
1. กล่าวคำชมเชยและ ยกย่องต่องานที่ผู้ป่วย ช่วยภายในครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ ในการพัฒนาตนเอง	18 (23.6)	17 (22.3)	19 (25.0)	11 (14.4)	11 (14.4)	3.26	1.36	ปาน กลาง
2. ไว้วางใจและเชื่อมั่น ต่องานที่ผู้ป่วยช่วย ภายในครอบครัว	17 (22.3)	13 (17.1)	18 (23.6)	12 (15.7)	16 (21.0)	3.04	1.45	ปาน กลาง

ตารางที่ 4.9 (ต่อ)

ความรู้ ความเข้าใจใน วิธีการดูแลผู้ป่วย จิตเวช	ระดับความคิดเห็น					$\bar{X}$	S.D.	การ แปล ผล
	มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด			
3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย สามารถช่วยงานภายใน ครอบครัวได้	10 (13.1)	18 (23.6)	19 (25.0)	11 (14.4)	18 (23.6)	2.88	1.37	ปาน กลาง
4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย ได้แสดงความคิดเห็น ต่อเรื่องต่าง ๆ ภายใน ครอบครัว	5 (6.5)	18 (23.6)	12 (15.7)	17 (22.3)	24 (31.5)	2.51	1.33	น้อย
5. ผู้ป่วยมีอิสระในการ คิดและตัดสินใจในเรื่อง ส่วนตัวของตน	7 (9.2)	11 (14.4)	15 (19.7)	15 (19.7)	28 (36.8)	2.39	1.36	น้อย
รวม						2.82	1.06	ปาน กลาง

จากตารางที่ 4.9 ผลการศึกษาความรู้ ความเข้าใจในวิธีการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของกลุ่มตัวอย่าง ด้านการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยจิตเวชได้มีส่วนร่วมภายในครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการกล่าวคำชมเชย และยกย่องต่องานที่ผู้ป่วยช่วยภายในครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการพัฒนาตนเอง มีค่าเฉลี่ย 3.26 รองลงมา ไว้วางใจและเชื่อมั่นต่องานที่ผู้ป่วยช่วยภายในครอบครัว มีค่าเฉลี่ย 3.04 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสามารถช่วยงานภายในครอบครัวได้ มีค่าเฉลี่ย 2.88 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็นต่อเรื่องต่าง ๆ ภายในครอบครัว มีค่าเฉลี่ย 2.51 ตามลำดับ และผู้ป่วยมีอิสระในการคิดและตัดสินใจในเรื่องส่วนตัวของตน มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด 2.39

ตารางที่ 4.10

จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและความรู้ ความเข้าใจ
 ในวิธีการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของกลุ่มตัวอย่าง ด้านการพัฒนาฝึกฝน
 ให้ผู้ป่วยจิตเวชช่วยเหลือตนเอง จำแนกรายข้อ

ความรู้ ความเข้าใจใน วิธีการดูแลผู้ป่วย จิตเวช	ระดับความคิดเห็น					$\bar{X}$	S.D.	การ แปล ผล
	มากที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด			
1. ฝึกฝนให้ผู้ป่วย สามารถปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันได้ด้วยตนเอง	21 (27.6)	16 (21.0)	18 (23.6)	6 (7.8)	15 (19.7)	3.29	1.46	ปาน กลาง
2. พัฒนา ฝึกฝนให้ ผู้ป่วยสามารถดูแล ตนเองตามลำพังได้ อย่างปลอดภัยในกรณี ที่ครอบครัวไม่สามารถ ดูแลได้ตลอดเวลา	12 (15.7)	21 (27.6)	19 (25.0)	10 (13.1)	14 (18.4)	3.09	1.34	ปาน กลาง
3. ฝึกฝนให้ผู้ป่วยรู้จัก การอดทนและไม่ทำตาม ความต้องการของตนเอง มากเกินไป	6 (7.8)	22 (28.9)	24 (31.5)	10 (13.1)	14 (18.4)	2.95	1.22	ปาน กลาง
4. ฝึกฝนให้ผู้ป่วย เรียนรู้การควบคุม อารมณ์ พฤติกรรม ความต้องการของตนเอง	7 (9.2)	15 (19.7)	20 (26.3)	18 (23.6)	16 (21.0)	2.72	1.26	ปาน กลาง
5. ฝึกฝนให้ผู้ป่วย สามารถรับประทานยา ตามเวลาได้ด้วยตนเอง	11 (14.4)	11 (14.4)	13 (17.1)	20 (26.3)	21 (27.6)	2.62	1.40	ปาน กลาง

ตารางที่ 4.10 (ต่อ)

ความรู้ ความเข้าใจใน วิธีการดูแลผู้ป่วย จิตเวช	ระดับความคิดเห็น					$\bar{X}$	S.D.	การ แปล ผล
	มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด			
6. ฝึกฝนให้ผู้ป่วยเรียนรู้ การแก้ไขปัญหาเฉพาะ หน้าและการตัดสินใจ ด้วยตนเอง	7 (9.2)	11 (14.4)	21 (27.6)	14 (18.4)	23 (30.2)	2.54	1.31	น้อย
7. มีการสนับสนุน ส่งเสริมให้ผู้ป่วย ประกอบอาชีพ ตามผู้ป่วยนัด	6 (7.8)	8 (10.5)	22 (28.9)	14 (18.4)	26 (34.2)	2.39	1.28	น้อย
8. พัฒนา ฝึกฝนให้ผู้ป่วย เรียนรู้การทำงานอดิเรก อันเป็นการใช้เวลาว่าง ให้เกิดประโยชน์	1 (1.3)	8 (10.5)	18 (23.6)	21 (27.6)	28 (36.8)	2.11	1.07	น้อย
รวม						2.73	0.97	ปาน กลาง

จากตารางที่ 4.10 ผลการศึกษาความรู้ ความเข้าใจในวิธีการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของกลุ่มตัวอย่าง ด้านการพัฒนา ฝึกฝนให้ผู้ป่วยจิตเวชช่วยเหลือตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ฝึกฝนให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง มีค่าเฉลี่ย 3.29 รองลงมา พัฒนา ฝึกฝนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองตามลำพังได้อย่างปลอดภัย ในกรณีที่ครอบครัวไม่สามารถดูแลได้อย่างตลอดเวลา มีค่าเฉลี่ย 3.09 ฝึกฝนให้ผู้ป่วยรู้จักการอดทน และไม่ทำตามความต้องการของตนเองมากเกินไป มีค่าเฉลี่ย 2.95 ฝึกฝนให้ผู้ป่วยเรียนรู้การควบคุมอารมณ์ พฤติกรรม ความต้องการของตนเอง มีค่าเฉลี่ย 2.72 ฝึกฝนให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาตามเวลาได้ด้วยตนเอง มีค่าเฉลี่ย 2.62 และมีการฝึกฝนให้ผู้ป่วยเรียนรู้การแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าและการตัดสินใจด้วยตนเอง มีค่าเฉลี่ย 2.54 มีการสนับสนุน

ส่งเสริมให้ผู้ป่วยประกอบอาชีพตามที่ผู้ป่วยถนัด มีค่าเฉลี่ย 2.39 ตามลำดับ และพัฒนา ฝึกฝนให้ผู้ป่วยเรียนรู้การทำงานอดิเรก อันเป็นการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด 2.11

ตารางที่ 4.11

จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและความรู้ ความเข้าใจ
ในวิธีการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของกลุ่มตัวอย่าง ด้านการปฏิบัติตาม
คำแนะนำของแพทย์ จำแนกรายข้อ

ความรู้ ความเข้าใจใน วิธีการดูแลผู้ป่วย จิตเวช	ระดับความคิดเห็น					$\bar{X}$	S.D.	การ แปล ผล
	มากที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด			
1. ปฏิบัติตามคำแนะนำ ของแพทย์ ในการดูแล ผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด	33 (43.4)	20 (26.3)	14 (18.4)	3 (3.9)	6 (7.8)	3.93	1.23	มาก
2. ไม่หยุดยาเอง จะหยุดยาเมื่อได้รับ การสั่งจากแพทย์	30 (39.4)	19 (25.0)	14 (18.4)	6 (7.8)	7 (9.2)	3.78	1.30	มาก
3. ขอคำแนะนำจาก แพทย์ เมื่อพบปัญหา ในการดูแลผู้ป่วย	26 (34.2)	24 (31.5)	15 (19.7)	2 (2.6)	9 (11.8)	3.74	1.29	มาก
4. มาพบแพทย์ตาม กำหนดเวลานัดทุกครั้ง	30 (39.4)	13 (17.1)	21 (27.6)	2 (2.6)	10 (13.1)	3.67	1.37	มาก
5. เมื่อผู้ป่วยมีปัญหา ด้านอาการของโรคหรือ การแพ้ยา จะพาผู้ป่วย ไปพบแพทย์ในทันที	28 (36.8)	17 (22.3)	16 (21.0)	6 (7.8)	9 (11.8)	3.64	1.36	มาก
รวม						3.75	1.13	มาก

จากตารางที่ 4.11 ผลการศึกษาความรู้ ความเข้าใจในวิธีการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของกลุ่มตัวอย่าง ด้านการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ในการดูแลผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด มีค่าเฉลี่ย 3.93 รองลงมา ไม่หยุดยาเอง จะหยุดยาเมื่อได้รับการสั่งจากแพทย์ มีค่าเฉลี่ย 3.78 ขอคำแนะนำจากแพทย์เมื่อพบปัญหาในการดูแลผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ย 3.74 มาพบแพทย์ตามกำหนดเวลานัดทุกครั้ง มีค่าเฉลี่ย 3.67 และเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาด้านอาการของโรคหรือการแพ้ยา จะพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ในทันที มีค่าเฉลี่ย 3.64 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.12

จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและความรู้ ความเข้าใจ
ในวิธีการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของกลุ่มตัวอย่าง ด้านการปฏิบัติ
ตามคำแนะนำของนักสังคมสงเคราะห์จิตเวชและ
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำแนกรายข้อ

ความรู้ ความเข้าใจใน วิธีการดูแลผู้ป่วย จิตเวช	ระดับความคิดเห็น					$\bar{X}$	S.D.	การ แปล ผล
	มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด			
1.ปฏิบัติตามคำแนะนำ ของนักสังคมสงเคราะห์ จิตเวชและเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขในการดูแล ผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด	29 (38.1)	23 (30.2)	15 (19.7)	6 (7.8)	3 (3.9)	3.91	1.12	มาก
2. ขอคำแนะนำจาก นักสังคมสงเคราะห์ จิตเวชและเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข เมื่อพบ ปัญหาในการดูแลผู้ป่วย	29 (38.1)	22 (28.9)	15 (19.7)	5 (6.5)	5 (6.5)	3.86	1.20	มาก
รวม						3.88	1.11	มาก

จากตารางที่ 4.12 ผลการศึกษาความรู้ ความเข้าใจในวิธีการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของกลุ่มตัวอย่าง ด้านการปฏิบัติตามคำแนะนำของนักสังคมสงเคราะห์จิตเวช และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติตามคำแนะนำของนักสังคมสงเคราะห์จิตเวชและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการดูแลผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด มีค่าเฉลี่ย 3.91 และขอคำแนะนำจากนักสังคมสงเคราะห์จิตเวชและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เมื่อพบปัญหาในการดูแลผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ย 3.86 ตามลำดับ

ตอนที่ 2 ผลการศึกษาที่ได้จากการสัมภาษณ์

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวชและสมาชิกในครอบครัว

ผู้ป่วยจิตเวชรายที่ 1

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวช

ผู้ป่วยรายที่ 1 เป็นหญิง อายุ 46 ปี สถานภาพโสด จบการศึกษาระดับชั้นปวช. ก่อนป่วยเคยประกอบอาชีพเป็นพนักงานในโรงงานแห่งหนึ่งที่กรุงเทพ ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ อุปนิสัยเป็นคนไม่ค่อยพูด คิดมาก อ่อนไหวง่าย มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวทั้งหมด 11 คน ได้แก่ บิดามารดาและจำนวนพี่น้อง 8 คน ซึ่งผู้ป่วยเป็นบุตรคนที่ 2 ส่วนมารดาได้เสียชีวิตไปเมื่อ 17 ปีก่อน รวมถึงน้องชายบุตรคนที่ 7 ได้เสียชีวิตไปเมื่อ 1 ปีที่ผ่านมา และบิดาได้แต่งงานใหม่เมื่อ 2 ปีที่แล้ว โดยมารดาเลี้ยงไม่ได้พักอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับครอบครัวของผู้ป่วย ปัจจุบันบุคคลที่พักอาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน คือ บิดา บุตรสาวคนที่ 4 พร้อมด้วยหลาน 2 คนและผู้ป่วย

2. ประวัติครอบครัว

บิดา อายุ 71 ปี ซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชช่วงแรกในปี 2528 ถึงปี 2544 จบการศึกษาระดับชั้น ปวช. ปัจจุบันเป็นข้าราชการเกษียณ ได้รับเงินบำนาญเดือนละ 16,000 บาท อุปนิสัยเป็นคนอารมณ์ร้อน เข้มงวด ด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในอดีตมักขัดแย้งกันอยู่เสมอ จากความคิดเห็นที่ไม่ค่อยตรงกัน แต่ในปัจจุบันเข้าใจกันมากขึ้น

มารดา เสียชีวิตไปเมื่อ 17 ปีก่อน

บุตรคนที่ 1 พี่ชาย อายุ 49 ปี จบการศึกษาระดับชั้นปริญญาตรีและกำลังศึกษาต่อในระดับชั้นปริญญาโท ปัจจุบันแต่งงานมีบุตร 2 คน ประกอบอาชีพรับราชการครูตำแหน่งผู้อำนวยการในโรงเรียนแห่งหนึ่งที่จังหวัดหนองบัวลำภู รายได้รวมภายในครอบครัวประมาณ

50,000 บาท อุปนิสัยเป็นคนเจียบขีมิ ไม่ค่อยพูด ด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วยไม่สนิทสนมกันเท่าไรนัก ปัจจุบันพักอาศัยอยู่ที่จังหวัดหนองบัวลำภู

บุตรคนที่ 2 ผู้ป่วยจิตเวชเพศหญิง อายุ 46 ปี

บุตรคนที่ 3 น้องชาย อายุ 44 ปี จบการศึกษาระดับชั้นปริญญาตรี ปัจจุบันแต่งงานมีบุตร 2 คน ประกอบอาชีพเป็นนายช่างโยธาในบริษัทแห่งหนึ่งที่จังหวัดขอนแก่น รายได้รวมภายในครอบครัวประมาณ 40,000 บาท อุปนิสัยเป็นคนร่าเริง พูดเก่ง ด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วยไม่ค่อยพูดคุยกันและไม่สนิทสนมกัน

บุตรคนที่ 4 น้องสาว อายุ 42 ปี ซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชตั้งแต่ปี 2544 จนถึงปัจจุบัน จบการศึกษาระดับชั้นปริญญาตรี สถานภาพมีบุตร 2 คน ประกอบอาชีพรับราชการครูในโรงเรียนแห่งหนึ่งที่จังหวัดขอนแก่น รายได้รวมภายในครอบครัวประมาณ 30,000 บาท อุปนิสัยเป็นคนอารมณ์เย็น มีความเชื่อเพื่อพ่อแม่ ด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วยมีความสนิทสนมมากที่สุดภายในครอบครัวและเป็นเพียงบุคคลเดียวที่ผู้ป่วยให้ความไว้วางใจ เชื่อฟังในทุกเรื่อง

บุตรคนที่ 5 น้องสาว อายุ 40 ปี จบการศึกษาระดับชั้นปริญญาตรี ปัจจุบันแต่งงานมีบุตร 2 คน ประกอบอาชีพรับราชการครูในโรงเรียนแห่งหนึ่งที่จังหวัดขอนแก่น รายได้รวมภายในครอบครัวประมาณ 30,000-40,000 บาท อุปนิสัยเป็นคนเรียบร้อย ไม่ค่อยพูด ด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วยมีความสนิทสนมรองมาจากพี่สาว บุตรคนที่ 4

บุตรคนที่ 6 น้องชาย อายุ 39 ปี จบการศึกษาระดับชั้นปริญญาตรี ปัจจุบันแต่งงานมีบุตร 2 คน ประกอบอาชีพเป็นผู้ช่วยพยาบาลในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งที่จังหวัดขอนแก่น รายได้รวมภายในครอบครัวประมาณ 30,000 บาท อุปนิสัยเป็นคนเจียบเฉย เรียบร้อย ด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วยไม่สนิทสนมกันเท่าไรนัก

บุตรคนที่ 7 น้องชาย เสียชีวิตไปเมื่อ 1 ปีที่ผ่านมา

บุตรคนที่ 8 น้องสาว อายุ 35 ปี จบการศึกษาระดับชั้นปริญญาตรี สถานภาพหย่าร้าง ประกอบอาชีพเป็นพยาบาลในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งที่กรุงเทพฯ รายได้ประมาณ 20,000 บาท อุปนิสัยเป็นคนร่าเริง สนุกสนาน พูดเก่ง ด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วยไม่สนิทสนมกัน ปัจจุบันพักอาศัยอยู่ที่กรุงเทพฯ

บุตรคนที่ 9 น้องชาย อายุ 30 ปี จบการศึกษาระดับชั้นปริญญาตรี ปัจจุบันแต่งงานมีบุตร 1 คน ประกอบอาชีพเป็นพนักงานในโรงแรมแห่งหนึ่งที่จังหวัดชลบุรี รายได้รวมภายในครอบครัวประมาณ 30,000 บาท อุปนิสัยเป็นคนไม่ค่อยพูด เจียบขีมิ ด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วยค่อนข้างห่างเหินและไม่สนิทสนมกัน ปัจจุบันพักอาศัยอยู่ที่จังหวัดชลบุรี

3. สภาพเศรษฐกิจ

รายได้ภายในครัวเรือนได้มาจากบิดา และน้องสาวบุตรคนที่ 4 รวมกันเฉลี่ยเดือนละประมาณ 46,000 บาท ส่วนพี่น้อง 6 คนต่างแยกย้ายกันออกไปมีครอบครัว มิได้ร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายภายในบ้าน และรายจ่ายในแต่ละเดือนจะมีค่าอาหาร ค่าน้ำ ค่าไฟ ค่าโทรศัพท์ ค่าน้ำมัน รายจ่ายจีปาดะของผู้ป่วย รวมถึงค่าการศึกษาเล่าเรียนบุตร 2 คนของน้องสาว ทั้งหมดเดือนละประมาณ 20,000 บาท ซึ่งในแต่ละเดือนรายรับจะเหลือฝากธนาคารเป็นจำนวนมาก อีกทั้งภายในครอบครัวไม่มีภาระหนี้สิน สภาพเศรษฐกิจภายในครอบครัวจึงมีเสถียรภาพทางการเงินที่มั่นคง และฐานะทางครอบครัวอยู่ในระดับฐานะดี

4. ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษาของผู้ป่วยจิตเวช

ผู้ป่วยเริ่มมีอาการเจ็บป่วยทางจิต เมื่อปี 2528 จากภาวะความเครียดต่อปัญหาต่าง ๆ ที่เข้ามารุมเร้าในเวลาเดียวกัน นั่นคือ ปัญหาการตกงานมาเป็นเวลานานและความกดดัน ความเสียใจที่ถูกครอบครัวกีดกันเรื่องความรักกับคนรักที่มีฐานะยากจน บิดามารดาให้ผู้ป่วยตัดใจ แต่งงานกับบุคคลที่เลือกไว้ให้ที่มีระดับฐานะเท่าเทียมกัน ความผิดหวังดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยคิดฆ่าตัวตาย ทำร้ายตนเอง มีอาการร้องไห้ฟูมฟายทั้งวันทั้งคืน ไม่สนใจดูแลตนเองและหนีออกจากบ้านหลายครั้งเพื่อไปหาคนรัก บิดามารดาเข้าใจว่าผู้ป่วยถูกทำเสน่ห์จากคนรัก มิได้สงสัยว่าผู้ป่วยมีอาการทางจิต จึงได้จับผู้ป่วยล่อลวงไปผูกไว้ที่วัดอยู่ประมาณ 3-4 วัน ให้เจ้าอาวาสประกอบพิธีกรรมล้างมนต์เสน่ห์ด้วยการเขียนติ แต่เมื่อเห็นว่าผู้ป่วยโดนเขียนติจนร่างกายบอบช้ำ อาการก็ยังไม่ดีขึ้น บิดามารดาจึงได้รับกลับมาดูแลที่บ้าน ดังคำกล่าวของน้องสาวที่ว่า

“เอ ! เป็นคุณไสยหรือเปล่านั้นเลยพาไปวัดนี้แหละ แล้วก็ใช้ไอ้โซ่ล่ามอยู่ในวัดแหละ ก็ปล่อยให้พระดูแล ก็ได้อยู่นานวันหรอก ก็โดนตีเขี้ยวไปหมด”

หลังจากกลับมาดูแลที่บ้าน บิดามารดาไม่ได้บังคับให้ผู้ป่วยแต่งงาน ทำให้ผู้ป่วยมีอาการสงบลง อีกทั้งมารดาพยายามปลอบประโลมให้ผู้ป่วยตัดใจ หักอกหักใจ ผู้ป่วยจึงมีอาการดีขึ้น ไม่ร้องไห้เสียใจเช่นนั้นอีก จากนั้นผู้ป่วยจึงได้ขอไปทำงานที่กรุงเทพ อยู่ได้ไม่ถึง 1 ปี ผู้ป่วยได้ไปร่วมประพวงกับกลุ่มเพื่อนที่โรงงาน แล้วเกิดอาการคิดมาก กลัวว่าตำรวจจะมาจับคนที่ไปประพวง ผู้ป่วยจึงได้กลับมาอยู่ที่บ้าน ขณะอยู่ที่บ้านผู้ป่วยมีอาการหวาดระแวง วิตกกังวล เวลาเห็นใครมาที่บ้านก็จะคิดว่าเป็นตำรวจ ทหาร จะมาจับตนเองไปลงโทษ บิดามารดาเห็นว่าผู้ป่วยน่าจะมีอาการทางจิต จึงได้พาไปรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวช 1 เดือน ออกมาจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา แล้วได้ไปสอบเป็นอาจารย์อยู่ที่จังหวัดอุดรธานี เมื่อเกิดความเครียดกลัวสอบไม่ผ่าน อาการจึงกำเริบ เอะอะอาละวาดภายในห้องสอบ บิดามารดาไปรับกลับมา แล้ว

กลับมารักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชอีกครั้ง เมื่อออกมาอยู่บ้านได้ไม่นานมารดาก็มาเสียชีวิตกะทันหัน ผู้ป่วยทำใจไม่ได้ เก็บตัว คิดมาก ไม่สนใจสิ่งพูดคุยกับผู้อื่น สมาชิกในครอบครัวคิดว่าผู้ป่วยอาจเสียใจที่มารดาจากไป จึงไม่ได้พาไปรักษาอย่างต่อเนื่อง แล้วในเวลานั้นขาดคนดูแลผู้ป่วย เพราะบรรดาพี่น้องต่างแยกย้ายกันไปทำงานและเรียนหนังสือที่ต่างจังหวัด มีเพียงน้องชายคนสุดท้ายกับหลานที่เป็นบุตรของพี่ชายคนโตอยู่กับบิดาเท่านั้น ต่อมาเมื่อผู้ป่วยขาดการรักษาในการควบคุมอาการของโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการประสาทหลอนจะเอาเหล็กแหลมไล่แทงบิดา พร้อมทั้งตะโกนด่าบิดาว่าฆาตกร บิดาจึงได้แจ้งตำรวจมาจับผู้ป่วยไปขังไว้ที่โรงพัก 1 คืน เมื่อไปรับกลับมาที่บ้าน บิดาจึงได้ตัดสินใจที่จะทำการล่อขังผู้ป่วย เพราะหวาดกลัวว่าผู้ป่วยอาจจะทำร้ายบิดาได้อีก ดังคำกล่าวของบิดาที่ว่า

ทำไมขังเพราะมันจะฆ่า มันถือเหล็กแหลมนะ เหล็กแทงปลาไหลนะ มาแล้ว อันก็ถือจานข้าวให้ไถ่นะ พอมานะ เอาจานข้าวสาดถูกตามันพอตินะ เออ ! ป้องกันตัวมันเหล็กแหลมพุ่งเข้ามาเตะ มันไล่อีกต่างหากนะ ร้องให้คนช่วย ไม่มีคนกล้าจับ ไปแจ้งตำรวจมา พอไปขังอยู่โรงพัก ก็มานอนคิดนะ จะเอายังไงดี เออ ทำคอกก็ไม่ทัน เนี่ย ! จะได้ขังนะบัดนี้ จะได้ผูก ก็รับมาก็ใส่กุญแจไว้หลังบ้าน

ซึ่งลักษณะของวิธีการล่อขัง บิดาจะล่อโซไว้ที่ขาของผู้ป่วยแล้วผูกไว้ที่เสาหลังบ้าน เพียงไม่นานผู้ป่วยมีอาการสงบลง บิดาก็พาไปรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวช แต่ออกมาจากโรงพยาบาลทุกครั้งผู้ป่วยก็ยังไม่รับประทานยา แอบเอายาทิ้ง จนกระทั่งในครั้งสุดท้ายที่ผู้ป่วยถูกล่อขังในปี 2532 ผู้ป่วยเกิดอาการอาละวาด ควบคุมตนเองไม่ได้ ทำร้ายร่างกายบิดาขณะดูโทรทัศน์ น้องชายจึงได้จับผู้ป่วยไปขังไว้ที่ห้องพระเพื่อให้สงบสติอารมณ์ แต่แล้วผู้ป่วยก็จะทำการเผาห้องพระ บิดาจึงได้ปรึกษากับน้องชายแล้วช่วยกันสร้างห้องกักขัง เพื่อล่อขังผู้ป่วยอันเป็นการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยทำอันตรายคนในครอบครัว โดยเฉพาะบิดา ดังคำกล่าวของบิดาที่ว่า

"กำลังดูมวยทีวีะ มันเข้ามาพอดี มันกระโดดถีบ ถีบคอพอเนี่ยพอมันถีบปั๊บ ลูกชายก็จับปั๊บ เลยไปหาโซมานะ"

"บอกฆาตกรอีกแล้ว กลับคืนมาอีกแล้ว ที่แรกเอาไว้บนบ้านไม่ให้ลงมา ที่นี้มันจะจุดบ้านนะ นั่นเลยได้เอาลงไป ปรึกษากันเอาปูนมาเอาเหล็กมา เอาอะไรทำสวมไว้พร้อม"

โดยลักษณะการล่อขังในครั้งนี้ บิดาจะจับผู้ป่วยไปกักขังไว้ในห้องที่สร้างขึ้นไว้หลังบ้านปล่อยให้ผู้ป่วยนั่งนอนอยู่ในห้อง มีกุญแจล็อกประตูจากภายนอกไม่ให้ผู้ป่วยหนีออกมาได้ ซึ่งภายหลังจากนั้นบิดาได้ล่อขังผู้ป่วยเรื่อยมา ไม่ได้ปลดปล่อยนานถึง 12 ปี ตั้งแต่ปี 2532 ถึงปี 2544 ที่น้องสาวบุตรคนที่ 4 เดินทางกลับมาอยู่ที่จังหวัดขอนแก่น จากที่ได้ไปเรียนหนังสือและ

ทำงานที่จังหวัดหนองคาย นางสาวได้ขอดูแลผู้ป่วยแทนบิดา แล้วเปลี่ยนมาปลดปล่อยบ้างในบางเวลาในช่วงระยะเวลา 3-4 ปี พร้อมกับให้การดูแลอย่างใกล้ชิด จนทำให้ผู้ป่วยไว้วางใจ เชื่อฟัง นางสาวจึงได้พากลับไปรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวช แล้วเมื่อกลับมาอยู่บ้านก็ดูแลอย่างเคร่งครัด ทำให้ผู้ป่วยไม่มีอาการกำเริบจะทำร้ายบิดาเหมือนเช่นเดิม นางสาวจึงได้ปลดปล่อยให้ผู้ป่วยออกมาจากห้องกักขังเมื่อปลายปีที่ผ่านมา รวมทั้งขอให้บิดาสร้างบ้านให้ผู้ป่วยอยู่ในพื้นที่บริเวณเดียวกัน ซึ่งจะกักบริเวณให้ผู้ป่วยอยู่ภายในอาณาเขตของบริเวณบ้าน ปลดปล่อยบ้างเป็นบางเวลา ยามที่นางสาวพาไปซื้อของหรือพาไปเดินเล่นที่สวนสาธารณะ และจากการที่ยังคงกักบริเวณสืบเนื่องมาจากผู้ป่วยถูกล่ามขังมานานทำให้สมรรถภาพทางร่างกาย ความคิดถดถอย เชื่องช้า นางสาวกลัวว่าหากปล่อยไปในช่วงที่อาการเพิ่งเริ่มจะดีขึ้น ผู้ป่วยอาจถูกล่อลวงไปข่มขืน เพราะผู้ป่วยเป็นคนหน้าตาดี นางสาวต้องการดูแลให้อยู่สายตา เมื่อผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองหรือเอาตัวรอดได้แล้ว นางสาวถึงจะวางใจปลดปล่อยผู้ป่วย

5. สภาพชุมชนของผู้ป่วยจิตเวช และสภาพสถานที่ที่ผู้ป่วยจิตเวชถูกล่ามขัง

เส้นทางไปสู่ที่อยู่อาศัยของผู้ป่วย ห่างจากสถานีอำเภอภูเวียงประมาณ 2 กิโลเมตร ตลอดระยะทางไปถึงบ้านของผู้ป่วยเป็นถนนคอนกรีต สองข้างทางก่อนถึงบ้านของผู้ป่วยแวดล้อมไปด้วยบ้านเรือนของคนในพื้นที่ใกล้เคียงกันและร้านค้า เมื่อไปถึงบ้านของผู้ป่วย พื้นที่ละแวกเดียวกันจะเป็นบ้านของเครือญาติฝ่ายบิดาทั้งหมด รวมถึงบ้านของน้องชายบุตรคนที่ 3 และน้องสาวบุตรคนที่ 5 พร้อมทั้งมีสาธารณูปโภคครบครันทุกครัวเรือน ทั้งไฟฟ้า น้ำประปา โทรศัพท์ และลักษณะที่อยู่อาศัยจะมีความคล้ายคลึงกัน คือ เป็นบ้านปูนสองชั้น หลังคามุงกระเบื้อง มีรั้วปูนกันพื้นที่ระหว่างกัน ส่วนบ้านของผู้ป่วยจะอยู่บริเวณเดียวกันกับบ้านของบิดาที่อาศัยอยู่กับน้องสาวบุตรคนที่ 4 และหลาน 2 คน โดยบ้านของผู้ป่วยบิดาเพิ่งจะสร้างให้เมื่อปลายปีที่ผ่านมา เป็นบ้านปูนหนึ่งชั้น หลังคามุงกระเบื้อง ภายในบ้านจัดสรรพื้นที่อย่างเป็นสัดส่วน ทั้งห้องโถง ห้องนอน ห้องน้ำที่ใช้ส้วมแบบราดน้ำ อีกทั้งภายใน ภายนอกบริเวณบ้านค่อนข้างสะอาด การจัดวางข้าวของเป็นระเบียบ บรรยากาศบริเวณรอบบ้านมีความร่มรื่น

สถานที่ที่ผู้ป่วยถูกล่ามขัง คือ ห้องกักขังที่สร้างขึ้นไว้หลังบ้าน มุงด้วยหลังคาสังกะสี มีพื้นที่ประมาณ 7-8 ตารางเมตร รอบผนังห้องทั้งสี่ด้านฉาบเป็นผนังปูนครึ่งหนึ่งส่วนล่างและติดกรงเหล็กไว้ครึ่งหนึ่งส่วนบน พื้นห้องเป็นพื้นปูน ภายในห้องมีประตูเข้าออกหนึ่งบาน บริเวณใกล้ประตู จะทำเป็นช่องสี่เหลี่ยมสำหรับส่งอาหารไปวางไว้ข้างใน และสภาพภายในห้องเป็นห้องว่าง มีแคร่ไม้ขนาดเล็กตั้งอยู่ผนังห้องด้านในและมีส้วมแบบราดน้ำอยู่ที่มุมห้องด้านในสุด

แต่ปัจจุบันได้เปลี่ยนจากการกักขังมาเป็นการกักบริเวณให้ผู้ป่วยอยู่ในพื้นที่อาณาเขตของบริเวณบ้าน

ผู้ป่วยจิตเวชรายที่ 2

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวช

ผู้ป่วยรายที่ 2 เป็นชาย อายุ 31 ปี สถานภาพโสด จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ก่อนป่วยเคยประกอบอาชีพเป็นคณงานก่อสร้างที่กรุงเทพ ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ อุปนิสัยเป็นคนเงียบเฉย ไม่ค่อยพูด มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวทั้งหมด 6 คน ได้แก่ บิดามารดา พี่ชาย ผู้ป่วย น้องชายและน้องสาว ซึ่งผู้ป่วยเป็นคนที่ 2 ส่วนบิดาได้เสียชีวิตไปเมื่อ 20 ปีก่อน มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช และมารดาได้แต่งงานใหม่เมื่อ 18 ปีที่แล้ว ปัจจุบันบุคคลที่พักอาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกันคือ มารดา บิดาเลี้ยง พี่ชายและผู้ป่วย

2. ประวัติครอบครัว

บิดา เสียชีวิตไปเมื่อ 20 ปีก่อน

มารดา อายุ 60 ปี ซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ประกอบอาชีพทำนาและรับจ้างตัดอ้อย รายได้ต่อเดือนประมาณ 4,000-5,000 บาท อุปนิสัยเป็นคนอารมณ์ร้อน ด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วยมีความห่างเหิน ไม่ค่อยพูดคุยปรึกษากัน

บิดาเลี้ยง อายุ 56 ปี จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ประกอบอาชีพรับจ้างตัดอ้อย รายได้ต่อเดือนประมาณ 3,000 บาท อุปนิสัยเป็นคนอารมณ์เย็น ไม่ค่อยพูด ด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วยไม่ค่อยสนิทสนมกันเท่าไรนัก อีกทั้งไม่พบปัญหาความขัดแย้ง

บุตรคนที่ 1 พี่ชาย อายุ 36 ปี จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 สถานภาพโสด ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชอาการไม่รุนแรงนัก สามารถช่วยเหลือตนเองและควบคุมตนเองได้ ปัจจุบันยังคงรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง อุปนิสัยเป็นคนไม่ค่อยพูด เรียบร้อย ด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วยมีความสนิทสนมกับผู้ป่วยมากที่สุดในครอบครัว

บุตรคนที่ 2 ผู้ป่วยจิตเวชเพศชาย อายุ 31 ปี

บุตรคนที่ 3 น้องชาย อายุ 30 ปี จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ปัจจุบันแต่งงานมีบุตร 2 คน ประกอบอาชีพรับจ้างขับรถสิบล้อที่กรุงเทพ รายได้รวมภายในครอบครัวประมาณ 8,000 บาท อุปนิสัยเป็นคนสนุกสนาน ร่าเริง ด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วยไม่ค่อยสนิทสนมกันนัก ปัจจุบันพักอาศัยอยู่ที่กรุงเทพ

บุตรคนที่ 4 น้องสาว อายุ 28 ปี จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ปัจจุบันแต่งงานมีบุตร 1 คน ประกอบอาชีพเป็นคณงานในโรงงานแห่งหนึ่งที่กรุงเทพ รายได้รวมภายใน

ครอบครัวประมาณ 7,000 บาท อุปนิสัยเป็นคนสนุกสนาน พูดเก่ง ด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วยไม่ค่อยพูดคุยกันนักและมีความสนิทสนมน้อยที่สุดในบรรดาพี่น้อง ปัจจุบันพักอาศัยอยู่ที่กรุงเทพ

3. สภาพเศรษฐกิจ

รายได้ภายในครัวเรือนได้มาจากบิดาเลี้ยง และมารดาารวมกันเฉลี่ยต่อเดือนประมาณ 8,000–9,000 บาท และจากพี่น้องสาวส่งมาให้เดือนละ 1,000 บาท ภายในครอบครัวของผู้ป่วยจึงมีรายได้รวม 9,000-10,000 บาท ส่วนน้องชายจะส่งเงินมาให้เพียงปีละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1,000 บาท ในด้านรายจ่ายในแต่ละเดือนจะมีค่าอาหาร ค่าน้ำ ค่าไฟ ค่าโทรศัพท์ ค่ายาแก้ปวดหัวของพี่ชาย ที่มีโรคประจำตัวคือโรคไมเกรน รายจ่ายจีปาดะของพี่ชาย ทั้งหมดรายจ่ายประมาณ 3,000 บาทต่อเดือน ส่วนด้านภาระหนี้สินมีเพียง 5,000 บาท จากที่บิดาเลี้ยงกู้ยืมเจ้าของป่าอ้อยมาใช้ในช่วงที่มารดายังขายข้าวจากการทำนาไม่ได้ สภาพเศรษฐกิจภายในครอบครัวของผู้ป่วยจึงอยู่ในภาวะพออยู่พอกินและฐานะทางครอบครัวอยู่ในระดับฐานะปานกลาง

4. ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษาของผู้ป่วยจิตเวช

ผู้ป่วยเริ่มมีอาการเจ็บป่วยทางจิตเมื่อประมาณ 15 ปีที่ผ่านมา ภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้ไปติดกัญชานานถึง 1 ปี ทำให้ผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอน เวลาเห็นคนเดินไปมาจะเกิดอาการระแวงกลัวคนจะมาฆ่าหรือทำร้ายตนเอง มารดาจึงได้พาผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวช ซึ่งผู้ป่วยอยู่ได้เพียง 1 คืน และหนีออกมาจากโรงพยาบาลเพื่อกลับมาที่บ้าน โดยผู้ป่วยได้บอกเหตุผลที่หนีออกมาจากโรงพยาบาลกับมารดาว่าตนเองเกิดความกลัวเวลาที่เห็นบุรุษพยาบาลเซ็นรูดคนเจ็บเข้ามา จึงระแวงว่าตนเองจะเป็นรายต่อไป เมื่อมารดาเห็นว่าอาการของผู้ป่วยไม่ดีขึ้น มารดาจึงได้พาผู้ป่วยกลับไปรักษาที่โรงพยาบาลแล้วไปเฝ้าผู้ป่วยในช่วงแรก พร้อมทั้งติดตามไปเยี่ยมที่โรงพยาบาลในช่วงที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษายู่ประมาณ 1 เดือน เมื่อผู้ป่วยกลับมาอยู่บ้านได้ ผู้ป่วยกลับไม่ยอมรับประทานยา ไม่ไปพบแพทย์ตามนัด ทำให้อาการกำเริบ มีอาการประสาทหลอน จะทำการจุดไฟเผาเพลิงไม้หน้าบ้าน มารดาและสมาชิกในครอบครัวจึงได้พาผู้ป่วยกลับไปรักษาต่อที่โรงพยาบาล แต่เมื่อกลับออกมาผู้ป่วยก็ยังคงไม่ดีขึ้น ผู้ป่วยจะสงบก็เฉพาะวันที่ถูกฉีดยา ทางครอบครัวจึงได้หยุดการรักษาแล้วปล่อยให้ผู้ป่วยเฝ้าบ้าน เมื่อไม่มีผู้ใดคอยดูแลอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยได้ทำการเผาเพลิงไม้หน้าบ้านจนมอดไหม้เสียหาย สมาชิกในครอบครัวจึงได้เริ่มทำการล่ำม้างผู้ป่วยเป็นครั้งแรก ดังคำกล่าวของมารดาที่ว่า

“แม่อ้อยป่าอ้อยพุ้นเต๊ะจ๊ะ แม่ก็ตัดอ้อยอยู่พุ้นน้ำ เค้าก็เลยโทรไปบอกว่าลูกชายเผาเฮียนแล้วว้าสั้นว่า ตอนเค้าเผาแล้วเค้าม่วนหลาย เค้าร้องเพลงน้ำเค้าร้องมีความสุขว่าไฟแดงขึ้นแล้ว จ้งซี่เพลงแซ่โย้นั่นแหละ หลังจากนั้นแล้วก็เลยได้ใส่โซไว้”

ซึ่งลักษณะของวิธีการล่ามขัง มารดาจะจับผู้ป่วยไปล่ามขังไว้ที่ริมทางเดินของทุ่งนา แล้วล่ามโซ่ไว้ที่ขาผูกไว้กับต้นไม้ อีกทั้งสร้างกระท่อมสังกะสีให้ผู้ป่วยได้เข้าไปนั่งนอนหลบแดดหลบฝน แต่เมื่อผู้ป่วยถูกล่ามโซ่ได้ไม่นาน ก็สามารถหนีออกมาได้ เพราะมีชาวบ้านเอาเลื่อยไปตัดโซ่ช่วยปล่อยผู้ป่วยออกมา ผู้ป่วยได้หนีไปจนถึงอำเภอหนองเรือที่อยู่ติดกับอำเภอภูเวียง โดยไปสร้างความเสียหายให้กับผู้อื่น ด้วยการไปเผาที่นาของชาวบ้านและไปขโมยปิ่นของชาวนาที่ไปนอนเฝ้านา ทางตำรวจได้จับผู้ป่วยกลับมาส่งที่บ้าน แล้วให้มารดาพาผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวช เมื่อออกมาจากโรงพยาบาลในระยะแรกผู้ป่วยก็จะสงบ แต่เมื่อผู้ป่วยปฏิเสธที่จะรับประทานยา ก็ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบเช่นเคย มารดาจึงได้ล่ามขังผู้ป่วยเหมือนที่เคยปฏิบัติมาในครั้งแรก ต่อมาในระหว่างที่ผู้ป่วยถูกล่ามขัง ทางทีมจิตเวชได้เดินทางมาพบและพาไปรักษา หลังจากออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยก็ยังคงไม่รับประทานยา มีอาการกำเริบ ต้องการเผาทำลายทุกอย่างที่ขวางหน้า มารดาจึงได้กลับมาล่ามขัง และเพียงไม่นานทีมจิตเวชก็เดินทางมาพบอีกครั้ง แล้วพากลับไปรักษาเช่นเดิม จนกระทั่งในครั้งล่าสุดที่ผู้ป่วยกลับมาอยู่บ้านได้ไม่ถึง 1 เดือน ไม่รับประทานยาเหมือนเช่นที่ผ่านมา แล้วผู้ป่วยได้ไปเผาป่าอ้อยของเพื่อนบ้าน รวมทั้งได้ไปแอบอยู่ในป่าใกล้ทุ่งนา คอยไล่กอดผู้หญิงที่ไปทำนา แล้วบางครั้งก็จะไม่รู้สีกังวล จะคอยทำร้ายผู้คนในหมู่บ้าน ทำให้สร้างความไม่พอใจแก่คนในชุมชนเป็นอย่างมาก จึงมีการเรียกร้องค่าเสียหาย พร้อมทั้งเรียกร้องให้ทำการล่ามขัง มารดาและสมาชิกในครอบครัวจึงเห็นพ้องต้องกันว่าควรทำการล่ามขังผู้ป่วยอีกครั้ง เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้อาการป่วยไปสร้างความเดือดร้อนให้กับผู้อื่น รวมถึงความเดือดร้อนที่จะย้อนมาสู่ครอบครัว ดังคำกล่าวของมารดาที่ว่า

ก็ไปตามท้องไร่ท้องนา ก็เผาป่าอ้อยเผื่อนั้นแหละ แล้วก็ไปวนของเค้าอีกคือเก่า จะไปไล่คลุมเค้าหะจะ เค้าไปนา ผู้หญิงไปที่ท้องนาได้ จะไปไล่คลุมเค้า เวลาเค้าไปจะไปไล่กอดเค้าหะ แหนบอยู่ในป่าไปแล้ว แหนบไปไปหลบอยู่ในป่า คนที่ทำลายของเค้าหะ เค้าบอกให้ไล่ไว้หะ คนที่เค้าเสียหายเค้าอยากให้เอาใส่หะจะ

อีกทั้งบรรดาญาติมิตรที่สนิทสนมกับมารดา ต่างลงความเห็นว่าเป็นเหตุการรักษามาจากโรงพยาบาล รวมทั้งสนับสนุนให้มารดาทำการล่ามขังผู้ป่วย มารดาจึงได้ทำการล่ามขังผู้ป่วยตั้งแต่นั้นมาจนจนถึงปัจจุบันโดยไม่ได้ปลดปล่อยเป็นระยะเวลาประมาณ 1 ปีกว่า ดังคำกล่าวของมารดาที่ว่า

“ญาติทั้งหลายเผ็ดก็บอกว่าล่ามไปหะ หมู่เผ็ดก็บอกว่าอยากให้ล่ามไว้หนา ก็เลยได้ล่ามแน่นบ่หะ ญาติพี่น้องก็เห็นอยู่ว่ามันไปทำลายของหมู่เผ็ดหนา ก็อยากให้ใส่อยู่บางครั้งบางคราวมันเอาออกมาแล้วก็บีบตีคือเก่า”

โดยลักษณะของวิธีการล่ามขัง ผู้ป่วยจะถูกล่ามโซ่ผูกไว้กับต้นไม้ที่อยู่ทุ่งนาเหมือนทุกครั้งที่ถูกล่ามขัง แต่มีความแตกต่างที่มารดาเปลี่ยนจากการล่ามโซ่ที่ขามาล่ามโซ่ไว้ที่คอของผู้ป่วย และสภาพของผู้ป่วยจะนั่งนอนอยู่บนพื้นดิน มีผ้าปูรองไว้ให้ 1 ผืน ในบางครั้งผู้ป่วยก็จะเอาผ้าที่ปูรองมาห่มแล้วนั่งนอนกับพื้นตัวเปล่า มีต้นไม้ที่ใช้ผูกโซ่เป็นที่บังแดดบังฝนเพราะกระท่อมสังกะสีถูกผู้ป่วยทำลายจนพังเสียหาย ซึ่งมารดาได้ปล่อยปละละเลยไม่ได้สร้างขึ้นมาใหม่

ณ เวลานี้ผู้ป่วยจึงยังคงถูกล่ามขัง อาการทั่วไปยังไม่ดีขึ้น มีแต่จะทรุดลงเรื่อย ๆ และจากการสัมภาษณ์มารดา ยังพบว่า นอกจากผู้ป่วยจะมีการเจ็บป่วยทางจิตจากการติดสารเสพติดดังที่ได้กล่าวมาแล้วนั้น ทางครอบครัวยังมีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตที่มาจากทางด้านกรรมพันธุ์ อันมีผลให้ผู้ป่วยอาจได้รับการถ่ายทอดมา อีกทั้งผู้ป่วยได้ไปเสพสารเสพติดที่ไปกระตุ้นอาการทางประสาท รวมถึงปฏิเสธการรับประทานยามาเป็นระยะเวลานาน ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการมากขึ้น แตกต่างจากอาการเจ็บป่วยทางจิตของบิดาและพี่ชาย

5. สภาพชุมชนของผู้ป่วยจิตเวช และสภาพสถานที่ที่ผู้ป่วยจิตเวชถูกล่ามขัง

เส้นทางเข้าสู่หมู่บ้านที่เป็นที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยห่างจากสถานีอำเภอภูเวียง 22 กิโลเมตรจากสถานีอำเภอภูเวียงไปจนถึงก่อนทางเข้าหมู่บ้านเป็นถนนคอนกรีต เมื่อเข้าสู่หมู่บ้านเป็นถนนลาดยางสลับกับถนนลูกรัง สองข้างทางก่อนถึงบ้านของผู้ป่วยประมาณ 3 กิโลเมตรแวดล้อมด้วยทุ่งนา เมื่อเข้าไปถึงบ้านของผู้ป่วยสภาพถนนเป็นถนนลูกรัง รวมถึงสภาพบ้านเรือนของคนในชุมชนละแวกเดียวกันส่วนใหญ่จะเป็นบ้านปูนและบ้านไม้สองชั้น หลังคามุงกระเบื้อง และหลังคาสังกะสี มีรั้วคอนกรีตกั้นพื้นที่ระหว่างกัน ภายในชุมชนมีสาธารณูปโภคครบครัน ทั้งไฟฟ้า น้ำประปา โทรศัพท์ ส่วนทางด้านสภาพที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยจะเป็นบ้านปูนหนึ่งชั้น หลังคาสังกะสี มีรั้วไม้ล้อมรอบ ภายในบ้านจัดสรรพื้นที่อย่างเป็นสัดส่วนทั้งห้องนอน ห้องครัว ห้องน้ำ ซึ่งห้องน้ำจะใช้ส้วมแบบราดน้ำ ด้านการจัดวางตัวของภายในบ้านและภายนอกบ้านค่อนข้างเป็นระเบียบ พื้นที่บริเวณหน้าบ้านจะปลูกสร้างเพิงไม้ขนาดเล็กเอาไว้เก็บอุปกรณ์เครื่องมือในการทำมาหากิน ไม่ว่าจะเป็นอุปกรณ์เครื่องมือในการทำนาและตัดอ้อย สถานที่ที่ผู้ป่วยถูกล่ามขัง คือบริเวณริมทางเดินของทุ่งนา ซึ่งเป็นที่นาของครอบครัว อยู่ห่างจากบ้านของผู้ป่วยไปประมาณ 3 กิโลเมตร มีพื้นที่ประมาณ 5 ไร่ โดยสภาพริมทางเดินของทุ่งนาจะมีป่าขึ้นรกและสภาพบริเวณริมทางเดินจะเป็นพื้นดินทราย บริเวณที่ผู้ป่วยถูกล่ามขัง จะมีผ้าห่มปูไว้บนพื้นดินเพื่อรองไว้ให้ผู้ป่วนั่งนอน 1 ผืน และมีต้นไม้ใหญ่เพียงต้นเดียวที่เป็นที่บังแดดบังฝน รวมทั้งใช้เป็นที่พักสำหรับผูกโซ่ไว้ล่ามผู้ป่วยอีกด้วย

ผู้ป่วยจิตเวชรายที่ 3

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวช

ผู้ป่วยรายที่ 3 เป็นชาย อายุ 37 ปี สถานภาพโสด จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นปีที่ 3 ก่อนป่วยเคยประกอบอาชีพเป็นคนงานในโรงงานแห่งหนึ่งที่กรุงเทพฯ ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ อุปนิสัยเป็นคนไม่ค่อยพูด เก็บความรู้สึก เชื้อคนง่าย มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวทั้งหมด 4 คน ได้แก่ บิดามารดา ผู้ป่วย น้องชาย ซึ่งผู้ป่วยเป็นบุตรคนที่ 1 ส่วนมารดาได้เสียชีวิตตั้งแต่ผู้ป่วยอายุ 7 ขวบ และบิดาไม่ได้แต่งงานใหม่ ปัจจุบันบุคคลที่พักอาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน คือ บิดาและผู้ป่วย

2. ประวัติครอบครัว

บิดา อายุ 65 ปี ซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นปีที่ 3 ประกอบอาชีพรับจ้างตัดอ้อย ได้รายได้วันละ 100 บาท รายได้ต่อเดือน 1,000 บาท ซึ่งบิดาจะออกไปรับจ้างตัดอ้อย 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ อุปนิสัยเป็นคนใจอ่อน ชอบช่วยเหลือผู้อื่น ด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในอดีตมักขัดแย้งกันเรื่องการดักเตือนผู้ป่วยเกี่ยวกับการคบเพื่อน แต่ในปัจจุบันผู้ป่วยเชื่อฟังบิดามากขึ้น

มารดา เสียชีวิตตั้งแต่ผู้ป่วยอายุ 7 ขวบ

บุตรคนที่ 1 ผู้ป่วยจิตเวชเพศชาย อายุ 37 ปี

บุตรคนที่ 2 น้องชาย อายุ 36 ปี จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นปีที่ 3 ปัจจุบันแต่งงานมีบุตร 2 คน ประกอบอาชีพเป็นช่างเชื่อมอุปกรณ์ในโรงงานแห่งหนึ่งที่กรุงเทพฯ รายได้ต่อเดือนประมาณ 10,000 บาท อุปนิสัยเป็นคนสนุกสนาน ร่าเริง พูดเก่ง ขยันขันแข็ง มีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย ไม่มีปัญหากันแต่อย่างใด ปัจจุบันพักอาศัยอยู่ที่กรุงเทพฯ

3. สภาพเศรษฐกิจ

รายได้ภายในครัวเรือนได้มาจากบิดา ซึ่งทำอาชีพรับจ้างตัดอ้อยเฉลี่ยเดือนละประมาณ 1,000 บาท และน้องชายจะส่งเงินมาให้เดือนละ 500-1,000 บาท บิดาจึงมีรายได้รวมประมาณ 1,500-2,000 บาทต่อเดือน ในด้านรายจ่ายภายในครอบครัวในแต่ละเดือนจะมีหลากหลายรายการ ไม่ว่าจะเป็นค่าอาหาร ค่าน้ำ ค่าไฟ ค่าเหมารถพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาล รายจ่ายจีพาสของผู้ป่วยและการซื้อข้าวของเครื่องใช้ประจำวัน ทำให้รายรับที่มีอยู่จำนวนน้อยไม่สมดุลกับรายจ่ายที่มีจำนวนมาก ส่วนด้านการหนี้สินของครอบครัว มีหนี้สินรวม 100,000 บาท จากการกู้ยืมธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์ (ธกส.) มาใช้ในการปลูกไร่อ้อยแต่ไร่อ้อยล้มตาย

ไม่ออกผลผลิต กลายเป็นหนี้สิน และไม่ได้ผ่อนชำระธนาคารมาเป็นระยะเวลากว่า 1 ปี ทำให้ดอกเบี้ยเพิ่มจากเงินต้นที่กู้ยืมมา 70,000 บาทเป็น 100,000 บาท สภาพเศรษฐกิจภายในครอบครัวของผู้ป่วยจึงอยู่ในภาวะที่อึดอัดด้านการเงิน และฐานะทางครอบครัวอยู่ในระดับฐานะยากจน

4. ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษาของผู้ป่วยจิตเวช

ผู้ป่วยเริ่มมีอาการเจ็บป่วยทางจิตจากการติดสารเสพติด เมื่อปี 2530 ในตอนที่ผู้ป่วยได้เดินทางไปทำงานที่กรุงเทพฯ เพียงไม่ถึง 1 ปี และผู้ป่วยได้ติดยาบ้ามีการเสพยาเกินขนาดจนซื้อหมอตี เมื่อบิดาทราบเรื่องจึงได้เดินทางจากจังหวัดขอนแก่นไปกรุงเทพฯ เพื่อรับตัวผู้ป่วยกลับมาพักที่บ้านและให้ผู้ป่วยลาออกจากงาน อาการของผู้ป่วยเมื่อกลับมาพักรักษาต่อที่บ้านผู้ป่วยมีอาการเหม่อลอย ไม่สนใจดูแลตนเอง ไม่รับประทานอาหาร ไม่ทำความสะอาดร่างกาย พุดทั้งวันทั้งคืนไม่ยอมนอน บิดาและน้องชายจึงได้พาผู้ป่วยไปพบแพทย์ที่สถานีอนามัยใกล้บ้าน แล้วได้รับการรักษาจนอาการดีขึ้น หลังจากนั้นเพียงไม่นานเพื่อนบ้านที่สนิทสนมกันจึงได้ชักชวนให้ผู้ป่วยดื่มสุรา ผู้ป่วยจึงได้ไปดื่มสุรากับเพื่อนบ้านเป็นประจำ ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบ ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ เอะอะอาละวาด คำว่าผู้อื่น บิดาและน้องชายจึงได้พาผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวช และเข้ารับการรักษายู่ในโรงพยาบาลประมาณ 1 เดือน แต่เมื่อกลับมาอยู่บ้านผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง ไม่ไปพบแพทย์ตามนัด แล้วกลับไปดื่มสุรา เสพยา ทำให้ผู้ป่วยเข้าออกโรงพยาบาลอยู่เช่นนี้ประมาณ 10 กว่าครั้ง ทุกครั้งที่ออกมาจากโรงพยาบาลผู้ป่วยก็ยังคงประพฤติดนอยู่เช่นเดิม บิดาจึงละเลยไม่ได้ควบคุมดูแลตลอดเวลา จากนั้นอาการของผู้ป่วยเริ่มกำเริบหนักมากขึ้น โดยผู้ป่วยจะมีอาการไม่หลับไม่นอน ไม่สวมใส่เสื้อผ้า เดินเปลือยกายออกไปนอกบ้านทั้งกลางวันกลางคืน บางวันผู้ป่วยก็สามารถกลับมาบ้านเองได้ แต่ในบางวันตำรวจก็จะจับมาส่งที่บ้าน เมื่อบ่อยครั้งมากขึ้นบิดาจึงเกรงว่าผู้ป่วยจะไปทำอันตราย ก่อกวนผู้อื่น บิดาจึงได้ตัดสินใจทำการล่ามขัง ดังคำกล่าวของบิดาที่ว่า

“ถ้าปล่อยไปอย่างเงี้ยเด๋าก็เรียกอะไร อนาคต ประเจิดประเจง ตาโล้ เด๋าก็เห็นก็ว่าลูกใครหลานใครเงี้ย ก็เลยมีความคิด เออ ! อันนี้ไม่ไหวแล้วเอาไม่อยู่แล้ว ก็ต้องขังกัน”

“มันก็ทีแรก ๆ ก็ไปหมู่บ้านนั้นแหละ ต่อไปก็ไปตำบล อำเภอ จังหวัดไปนู่น ก็แบบมันยังโง่โหล่ ไปแบบก่อกวนหรือป่วนเป๊ยน”

ซึ่งลักษณะของวิธีการล่ามขัง บิดาจะจับผู้ป่วยไปกักขังไว้ในห้องที่สร้างขึ้นไว้หลังบ้าน แล้วให้ผู้ป่วยนั่งนอนอยู่ในห้อง ใช้โซ่คล้องล็อกกุญแจจากประตูภายนอก เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยหนีออกมาได้ และต่อมาในระหว่างที่ผู้ป่วยถูกล่ามขัง ผู้ป่วยจะมีอาการคลุ้มคลั่ง ส่งเสียงดัง

สีหน้าท่าทางน่ากลัว บิดาจึงได้พาไปรดน้ำมนต์อยู่ประมาณ 2-3 ครั้ง แต่แล้วอาการของผู้ป่วยก็ยังคงเดิม ไม่มีทีท่าว่าจะดีขึ้นหรือทุเลาลง บิดาจึงได้ล้มเลิกการรักษาด้วยวิธีทางไสยศาสตร์และดูแลผู้ป่วยด้วยการล่อลวงอยู่ประมาณ 5 ปี ตั้งแต่ปี 2543 ถึงปี 2548 หลังจากนั้นเมื่อประมาณ 1 ปีที่ผ่านมา ทีมจิตเวชจากโรงพยาบาลจิตเวชได้เดินทางมาเยี่ยมบ้าน และพบว่าผู้ป่วยถูกล่อลวงจึงได้ขอให้บิดายินยอมปลดปล่อยผู้ป่วยเพื่อให้แพทย์พากลับไปรักษา และผู้ป่วยได้รับการรักษาอยู่ที่โรงพยาบาลจิตเวช 5 เดือน ภายหลังจากกลับมาอยู่บ้านผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นมาก บิดาจึงไม่ได้กักขังผู้ป่วยเช่นเดิมแต่จะเปลี่ยนมากักบริเวณให้ผู้ป่วยเดินไปมาอยู่ในพื้นที่ละแวกบ้าน เพื่อต้องการควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วยไม่ให้ไปยุ่งเกี่ยวกับสารเสพติดที่จะทำให้เกิดอาการกำเริบและจะอนุญาตให้ผู้ป่วยไปไหนมาไหนได้บ้างเป็นบางเวลา ซึ่งมีแนวโน้มว่าอีกไม่นานบิดาจะวางใจต่อพฤติกรรม อาการของผู้ป่วย แล้วจะปลดปล่อยให้ผู้ป่วยมีอิสรภาพได้อย่างเต็มที่

5. สภาพชุมชนของผู้ป่วยจิตเวช และสภาพสถานที่ที่ผู้ป่วยจิตเวชถูกล่อลวง

เส้นทางเข้าสู่หมู่บ้านที่เป็นที่อยู่อาศัยของผู้ป่วย อยู่ห่างไปจากสถานีอำเภอภูเวียงประมาณ 16 กิโลเมตร จากสถานีอำเภอภูเวียงไปจนถึงก่อนทางเข้าหมู่บ้านเป็นถนนคอนกรีต เมื่อเข้าสู่หมู่บ้านจะเป็นถนนลูกรัง สองข้างทางก่อนถึงบ้านของผู้ป่วยประมาณ 1 กิโลเมตร จะแวดล้อมด้วยบ้านเรือนของคนในชุมชนและป่าอ้อยอยู่ห่างออกไปเป็นระยะ ๆ ตลอดเส้นทาง เมื่อเข้าไปถึงบ้านของผู้ป่วย สภาพบ้านเรือนในชุมชนละแวกเดียวกัน ส่วนใหญ่จะปลูกสร้างเป็นบ้านไม้สองชั้น หลังคาสังกะสี มีใต้ถุนบ้าน มีรั้วไม้กันพื้นที่อาณาเขตของบ้านแต่ละหลัง และภายในชุมชนจะมีสาธารณูปโภคด้านไฟฟ้า น้ำประปา ส่วนสภาพที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยจะเป็นบ้านไม้ชั้นเดียว หลังคาสังกะสี มีพื้นที่ไม่มากนัก ภายในบ้านจะมีเพียงห้องนอน 1 ห้อง ห้องครัวและห้องน้ำแยกออกมาอยู่ภายนอกตัวบ้าน ซึ่งห้องครัวจะเป็นห้องครัวแบบเปิดและห้องน้ำสร้างขึ้นจากแผ่นสังกะสี ภายในใช้ส้วมแบบราดน้ำ ด้านการจัดวางข้าวของภายในและภายนอกบ้านไม่ค่อยเป็นระเบียบนัก อากาศภายในบ้านไม่ค่อยถ่ายเท รวมถึงสภาพภายในบ้านจะมีฝุ่นละออง ยักเียบเกาะตามตู้ เตียง และสภาพภายนอกบ้านจะมีต้นไม้ต้นหญ้าขึ้นรกขวางทางเดินเข้าออก

สถานที่ที่ผู้ป่วยถูกล่อลวง คือ ห้องกักขังที่สร้างขึ้นไว้หลังบ้าน มุงด้วยหลังคาสังกะสี มีพื้นที่ประมาณ 6 ตารางเมตร รอบผนังห้องทั้ง 4 ด้านฉาบเป็นผนังปูนครึ่งหนึ่งส่วนล่าง และติดกรงเหล็กไว้ครึ่งหนึ่งส่วนบน มีผ้าโปร่งติดไว้กันยูง พื้นห้องเป็นพื้นปูน ภายในห้องมีประตูเข้าออก 1 บานและสภาพภายในห้องเป็นห้องว่าง มีที่นอนแบบฟูกจัดวางไว้ตรงมุมใกล้ประตู มีส้วมแบบราดน้ำอยู่ที่มุมห้องด้านในสุด รวมถึงบริเวณรอบห้องจะมีต้นไม้ ต้นหญ้าขึ้นรก แล้วมีข้าวของที่ไม่ใช้

งานแล้ว ตั้งข้อทับไว้บริเวณผนังห้อง แต่ในปัจจุบันได้เปลี่ยนจากการกักขังผู้ป่วยมาเป็นการกักบริเวณให้ผู้ป่วยอยู่ในพื้นที่ละแวกบ้าน

สรุปข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวชและสมาชิกในครอบครัว จะเห็นได้ว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวช ในด้านลักษณะนิสัย ผู้ป่วยจิตเวชทั้ง 3 ราย จะมีอุปนิสัยที่คล้ายคลึงกัน คือเป็นคนไม่ค่อยพูด เงียบเฉย และในด้านของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชรายที่ 2 และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชรายที่ 3 มีความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยเป็นบิดามารดา นั่นคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชรายที่ 2 เป็นมารดา และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชรายที่ 3 เป็นบิดา แตกต่างจากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชรายที่ 1 ที่มีผู้ดูแลถึง 2 คน นั่นคือ ในช่วงแรกบิดาจะเป็นผู้ดูแล แต่ต่อมาน้องสาวได้มาดูแลแทนบิดามาจนถึงปัจจุบัน

ส่วนในด้านสภาพเศรษฐกิจของครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชทั้ง 3 ราย มีระดับฐานะที่แตกต่างกัน โดยผู้ป่วยจิตเวชรายที่ 1 จะมีฐานะดี ผู้ป่วยจิตเวชรายที่ 2 มีฐานะปานกลางและผู้ป่วยจิตเวชรายที่ 3 มีฐานะยากจน แต่ทั้ง 3 ครอบครัวล้วนแล้วแต่เคยให้การดูแลผู้ป่วยด้วยการล่อขังมาแล้วทั้งสิ้น

ในด้านประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา ผู้ป่วยจิตเวชรายที่ 2 และผู้ป่วยจิตเวชรายที่ 3 มีอาการเจ็บป่วยทางจิตที่มาจากสาเหตุเดียวกัน คือ การติดสารเสพติด แต่ผู้ป่วยจิตเวชรายที่ 2 มีอาการกำเริบหนักมากกว่าผู้ป่วยจิตเวชรายที่ 3 เนื่องจากยังคงได้รับการดูแลที่ไม่ถูกต้องในปัจจุบัน ส่วนผู้ป่วยจิตเวชรายที่ 1 มีสาเหตุการเจ็บป่วยทางจิตแตกต่างจากผู้ป่วยทั้งสองรายที่ได้กล่าวมา คือ ผู้ป่วยเกิดภาวะความเครียดเรื่องงานและความรัก และนอกจากนั้นในด้านสาเหตุของการล่อขัง ผู้ป่วยจิตเวชรายที่ 2 และผู้ป่วยจิตเวชรายที่ 3 ถูกล่อขังมาจากสาเหตุเดียวกัน คือ ครอบครัวกลัวว่าผู้ป่วยจะไปสร้างความเดือดร้อนให้กับผู้อื่น และจะนำความเดือดร้อนหรือผลกระทบกลับมาสู่ครอบครัว แตกต่างจากผู้ป่วยจิตเวชรายที่ 1 ที่ถูกล่อขังเพราะสมาชิกในครอบครัวเกิดความรู้สึกหวาดกลัวเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ผู้ป่วยจะทำร้ายหรือทำอันตรายคนในครอบครัวโดยเฉพาะบิดา และในระยะเวลาที่ผ่านมาที่ผู้ป่วยจิตเวช มีอาการกำเริบหลายต่อหลายครั้ง จึงทำให้ครอบครัวดูแลผู้ป่วยด้วยการล่อขังไม่น้อยกว่า 1 ครั้ง โดยผู้ป่วยจิตเวชรายที่ 2 เคยถูกล่อขังมากที่สุดเป็นจำนวน 4 ครั้ง และในครั้งล่าสุดที่ยังคงถูกล่อขังไม่ได้รับการปลดปล่อยมา 1 ปีกว่า รองลงมาผู้ป่วยจิตเวชรายที่ 1 ถูกล่อขัง 3 ครั้ง ในครั้งล่าสุดถูกล่อขังนานถึง 12 ปี และในปัจจุบันได้รับการปลดปล่อยบ้างเป็นบางเวลา ต่างจากผู้ป่วยจิตเวชรายที่ 3 ที่เคยถูกล่อขังเพียงครั้งเดียว นานถึง 5 ปี และในปัจจุบันได้รับการปลดปล่อยบ้างเป็นบางเวลา

ในด้านวิธีการรักษาในอดีตถึงปัจจุบัน ในอดีตผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชรายที่ 1 และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชรายที่ 3 เคยพาผู้ป่วยไปรักษากับทางโรงพยาบาลจิตเวช และพาผู้ป่วยไปรักษาด้วยวิธีการทางไสยศาสตร์ แต่ในปัจจุบันครอบครัวของผู้ป่วยยอมรับการรักษาจากทางโรงพยาบาลจิตเวชเพียงเท่านั้น แตกต่างจากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชรายที่ 2 ที่ไม่มีประวัติการรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีการทางไสยศาสตร์ และพาผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชหลายครั้ง แต่ปัจจุบันปฏิเสธการรักษาจากโรงพยาบาลจิตเวช ซึ่งยังคงดูแลผู้ป่วยด้วยการล่ำมั้ง

ส่วนที่ 2 เจตคติต่อผู้ป่วยจิตเวชและการดูแลด้วยวิธีการล่ำมั้ง

ผู้ป่วยจิตเวชรายที่ 1

บิดา ซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในช่วงแรก กล่าวว่า การดูแลที่ผ่านมาก่อนที่จะผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นจากการดูแลของน้องสาว บิดารู้สึกว่าผู้ป่วยเป็นภาระสำหรับครอบครัว และเป็นภาระสำหรับบิดาที่ต้องคอยดูแล รวมถึงจะต้องแบ่งเวลาจากการทำงานที่เหน็ดเหนื่อยมาดูแลผู้ป่วย ทั้งที่บิดามีความคาดหวังกับผู้ป่วยว่าจะต้องให้การดูแลบิดาเมื่อยามแก่เฒ่า แต่กระนั้นบิดาก็กลับต้องมาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเสียเอง ทำให้บิดารู้สึกว่าผู้ป่วยสร้างความผิดหวังมาให้บิดาเป็นอย่างมาก แตกต่างจากพี่น้องคนอื่น ๆ ที่มีภาระหน้าที่การงานดี เชิดชูวงศ์ตระกูล บิดาจึงรู้สึกว่าคุณป่วยเป็นภาระปัญหาที่ทำให้หนักอกหนักใจอยู่เสมอ ดังคำกล่าวของบิดาที่ว่า

“เพราะลูกคนนี้ก็คิดว่าจะได้อาศัย เออ แต่ว่ามาเป็นแบบนี้ก็ผิดหวัง มันก็หนักอกหนักใจ ไม่สบายใจ ถ้าคิดมาที่ไร ก็โธ่ !ปวดสมอง”

อีกทั้งในช่วงที่บิดาให้การดูแลผู้ป่วย บิดาต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยจะทำร้าย บิดาหลายต่อหลายครั้งเวลาที่อาการกำเริบ บิดารู้สึกว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลที่น่าหวาดกลัว อันตราย บิดาจึงเห็นชอบต่อวิธีการดูแลด้วยการล่ำมั้ง เนื่องจากเห็นว่าวิธีการดังกล่าวจะสามารถควบคุมพฤติกรรม อาการของผู้ป่วยให้สงบลงได้ อันเป็นการป้องกันไม่ให้คุณป่วยทำอันตรายบิดาหรือทำอันตรายคนในครอบครัว และบิดายังได้ปฏิเสธที่จะพาผู้ป่วยกลับไปรักษาที่โรงพยาบาลเพราะคิดว่าไปรักษาแล้วผู้ป่วยก็คงจะกลับมาเป็นเหมือนเดิม แล้วยังต้องเป็นภาระของบิดาที่จะต้องไปเยี่ยม ไปเฝ้าที่โรงพยาบาล ซึ่งบิดาเห็นความสำคัญของการงานตนเองมากกว่า บิดาจึงเห็นว่าการล่ำมั้งจะช่วยลดภาระในการดูแลได้เป็นอย่างดี และคิดว่ากระทำไปด้วยความจำเป็น หากไม่กระทำ ก็คงจะต้องเสี่ยงกับอันตรายจากที่ผู้ป่วยจะมาทำร้ายอยู่เรื่อยไป ดังคำกล่าวของบิดาที่ว่า

“จำเป็นที่สุด ถ้าไม่ทำก็จะเป็นอันตราย ถ้าไม่ผูกไม่ได้มันจะฆ่า เอ้า ! ก็จะทำร้ายก็ต้องผูก มานั่งคิดมานั่งตรอง นั่งพิจารณาอยู่ว่าก็ช่างหัวมันเถอะ มันว่านักฆาตรกรนะ”

และหลังจากที่บิดาดูแลผู้ป่วยด้วยการล่อมขัง บิดาก็ต้องมาประสบกับคำกล่าวที่ว่า ตินินทาของคนในชุมชนที่ตำหนิบิดาว่าเป็นคนโหดร้าย กักขังบุตรสาวตนเอง ซึ่งแรงกดดันจากคนในสังคม ประกอบกับภายในจิตใจส่วนลึกที่บิดาก็รู้สึกว่าคุณป่วยเป็นภาระมากเพียงพออยู่แล้วต่อการดำรงชีวิต จึงทำให้บิดาเคยมีความคิดที่จะผลักไสผู้ป่วยออกไปให้พ้นจากวิถีชีวิตของตนเองด้วยการเสนอเงินให้กับบุคคลที่สนใจรับผู้ป่วยไปดูแลแทน แม้จะเลี้ยงดูไม่เป็นธรรมเช่นไร บิดาก็ไม่สนใจ ปรากฏจากความรู้สึกเสียใจ ต้องการเพียงแค่ขจัดความไม่สบายใจ และลดเสียงครหานินทาจากผู้คนเพียงเท่านั้น ดังคำกล่าวของบิดาที่ว่า

“ใครว่าผมจะให้หนึ่งหมื่นบาทเอาไปเลย เอาไว้ก็ถูกนินทา คนนินทามันเยอะ อยากจะให้สบายใจ สบายใจเรา”

แต่เมื่อไม่มีผู้ใดรับข้อเสนอ บิดาก็เห็นชอบต่อการดูแลผู้ป่วยด้วยวิธีการล่อมขังเรื่อยมา จวบจนถึงตอนที่น้องสาวบุตรคนที่ 4 เดินทางกลับมาอยู่ที่จังหวัดขอนแก่นแล้วขอดูแลผู้ป่วยแทน

โดยน้องสาว ซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมาจนถึงปัจจุบัน ได้กล่าวว่า ไม่เห็นด้วยต่อวิธีการล่อมขัง เพราะเห็นว่าเป็นวิธีการดูแลที่รุนแรง มีผลกระทบต่อผู้ป่วยอย่างมากมาย รวมทั้งมีความรู้สึกว่าคุณป่วยไม่สมควรที่จะได้รับการดูแลเช่นนี้ เนื่องจากน้องสาวเห็นว่าผู้ป่วยก็คือมนุษย์คนหนึ่งที่มีคุณค่าภายในตนเองและสมควรที่จะได้รับการดูแลอย่างถูกวิธี ดังคำกล่าวของน้องสาวที่ว่า

“เหมือนติดคุงะ เหมือนติดตาราง ห้องแคบ ๆ คนนะ เหมือนสัตว์เลย ไม่มีผิดเลย”

น้องสาวจึงได้เข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยด้วยความรัก ความเข้าใจ ความสงสาร พร้อมกับความเห็นอกเห็นใจในอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่เรื้อรังมานาน และไม่เคยกล่าวว่าหรือคิดว่าผู้ป่วยเป็นภาระปัญหาสำหรับครอบครัว พร้อมทั้งจะสละทั้งร่างกายแรงใจในการดูแลให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ด้วยความรู้สึกเต็มใจ ยินดีที่จะดูแลผู้ป่วยเสมือนเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ดังคำกล่าวของน้องสาวที่ว่า

“ก็รักเค้าก็เลี้ยงดู หมาเรายังเลี้ยงเลยโซ่มัย คนทั้งคนทำไมจะเลี้ยงไม่ได้ เลี้ยงไปชีวิตหนึ่งชีวิตอยู่ด้วยกันไม่ถึงร้อยปีหรอกก็ตายจาก เลี้ยงกันไปจนตายจากกันนั่นแหละ”

นอกจากนี้น้องสาวยังได้ถ่ายทอดความรู้สึกที่ดีที่มีต่อผู้ป่วย ไปยังบุตรทั้งสองคนที่เป็นหลานของผู้ป่วยด้วยเช่นกัน เพื่อให้บุตรทั้งสองได้ตระหนักว่าคุณป่วยจิตเวช มิใช่บุคคลที่น่ารังเกียจ ควรได้รับความรัก การเอาใจใส่ดูแลจากสมาชิกในครอบครัวอย่างอบอุ่น ซึ่งบุตรทั้งสองก็

เกิดความเข้าใจ ให้ความรัก ความสำคัญกับผู้ป่วยมากขึ้น จากเดิมที่มีความรู้สึกหวาดกลัวและไม่อยากเข้าใกล้ ดังคำกล่าวของน้องสาวที่ว่า

“แต่ก่อนเค้ารู้สึกกลัวนะ แต่พอเดี๋ยวนี้เราพาใกล้ชิด เราสอนเราปลุกฝัง เค้าก็บอกเดี๋ยวนี้ เค้าก็รัก”

ซึ่งตลอดระยะเวลาที่น้องสาวได้ดูแลผู้ป่วยมานั้น น้องสาวจึงได้พยายามแสดงให้เห็นถึงสมาชิกในครอบครัวเห็นว่าการดูแลอย่างถูกวิธี จะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น และเมื่อผู้ป่วยได้เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี บิดาที่เคยดูแลผู้ป่วยด้วยวิธีการล้าหลัง ได้เริ่มเปิดใจยอมรับต่อการรักษาอย่างถูกต้อง แล้วยังได้สนับสนุนวิธีการดูแลของน้องสาวในด้านต่าง ๆ อีกด้วย ทำให้ความรู้สึกที่เคยคิดว่าผู้ป่วยเป็นปัญหานั้นอกหนักใจ เป็นภาระที่มาทำให้ไม่สบายใจได้ลดน้อยลงไปจากภายในจิตใจของบิดา ดังคำกล่าวของบิดาที่ว่า

“เดี๋ยวนี้ก็สบายใจขึ้น เค้าไม่ได้ขี้แงอะ ตอนได้ปล่อยไปเดี๋ยวนี้ก็สบายใจ”

ผู้ป่วยจิตเวชรายที่ 2

มารดา ซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช กล่าวว่า ระยะเวลาที่ผ่านมาที่ผู้ป่วยยังคงมีอาการไม่ดีขึ้น ส่งผลให้หลายต่อหลายครั้งที่ผู้ป่วยไปสร้างความเดือดร้อนด้วยการเผาของผู้อื่น และเผาบ้านของตนเองจนได้รับความเสียหาย ทำให้มารดามีความรู้สึกว่าผู้ป่วยเป็นปัญหาสำหรับครอบครัว เมื่อมารดาเปรียบเทียบความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วย มารดารู้สึกได้ว่าผู้ป่วยมีความแตกต่างจากบิดาซึ่งเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชเช่นกันโดยสิ้นเชิง เพราะมารดาเห็นว่าบิดาไม่เคยกระทำ ความเสียหายหรือนำความเดือดร้อนมาให้แก่ครอบครัวเหมือนเช่นที่ผู้ป่วยกระทำ จึงทำให้มารดาเกิดความทุกข์ในหลายครั้งหลายคราวต่อพฤติกรรม การกระทำของผู้ป่วย ดังคำกล่าวของมารดาที่ว่า

“พ่อก็เป็นแต่แสบเป็นแบบนี้ แกก็ไม่ได้เผาแบบนี้ แกเป็นแบบบ่เป็นแบบนี้เนอะ บ่เป็นจิบหาย ทำลายแบบนี้เนอะ”

มารดาจึงมีความรู้สึกที่ผู้ป่วยเป็นคนที่ชอบบ่อนทำลาย และอาจทำอันตรายผู้อื่นได้ทุกเมื่อ หากไม่ทำการล้าชงก็มีแต่จะไปสร้างความเสียหายให้รุนแรงทวีคูณยิ่งขึ้น แล้วส่งผลให้มารดาต้องคอยได้รับผลกระทบจากการกระทำของผู้ป่วย หรือต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในเรื่องที่ผู้ป่วยกระทำอย่างไม่เหมาะสม มารดาจึงเห็นว่าการดูแลผู้ป่วยด้วยการล้าชงเป็นวิธีการที่ช่วยควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วยไม่ให้ไปสร้างความเดือดร้อนให้แก่ครอบครัว ชุมชน แม้ว่ามารดาจะรับรู้ว่าการล้าชงเป็นวิธีการที่รุนแรงก็ตาม แต่มารดาก็เลือกที่จะกระทำเช่นนั้น ดังคำกล่าวของมารดาที่ว่า

“รุนแรงอยู่ยามออกไซ์เนอะ ก็อยากฆ่าอยากแกลงแล้ว เออ อยากเล่นฟีนเล่นไฟ เฮาก็ไปไว้ใจเนอะ ไปหาไม้ก็ไม่วางใจสักคนหละ ไม้ก็บ่อยากเป็นสักคนเนอะ ไม้ก็ได้เนอะ ลูกน่าเกลียด น่าสังกรรมเงี้ยจ”

อีกทั้งมารดาคิดว่าการกระทำของผู้ป่วยเป็นนิสัยที่ยากแก่การเปลี่ยนแปลง ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ถ้าไม่ล้มชังก็มีแต่จะทำลาย ทำร้ายผู้อื่นอยู่รำไป ดังคำกล่าวของมารดาที่ว่า

“คนป่วยมันจั่งได้เนอะ เหลือนิสัยอีหลีเดะ ตัวคนไข้มันเป็นจั่งได้ละฮื้อ อยากทำลายน้ำ อยากทำลายของทุกอย่างที่ขวางหน้า ชิบมีเหลือเลย”

และมารดายังเห็นว่าโรคทางจิตเวชที่ถ่ายทอดมาจากกรรมพันธุ์ไม่สามารถรักษาให้หายได้ เมื่อผู้ป่วยไม่รับประทานยาเหมือนกับบิดา พี่ชาย มารดาจึงคิดว่าถึงจะพาผู้ป่วยไปรักษาหรือศึกษาวิธีการดูแลแล้วนำมาปฏิบัติกับผู้ป่วยสักเท่าไรผู้ป่วยก็คงจะกลับมาเป็นเหมือนเดิม รวมทั้งบรรดาญาติมิตร คนในชุมชนก็ต่างสนับสนุนให้มารดาทำการล่ามชังผู้ป่วย มารดาจึงได้ตัดสินใจที่จะดูแลด้วยการล่ามชังมาจนถึงปัจจุบัน เพื่อต้องการยุติปัญหาที่เกิดจากการกระทำของผู้ป่วยที่ผ่านมา และจะไม่ทำให้เกิดปัญหาความสัมพันธ์กับคนในชุมชนอีกด้วย ถึงแม้ว่าในบางครั้งคราว มารดาก็อยากที่จะปลดปล่อยผู้ป่วยออกมา ในฐานะของห้วอกคนเป็นแม่ที่มีความรักต่อลูก แต่มารดาก็กลัวความรู้สึกดังกล่าวด้วยความคิดที่ว่า ถ้าหากปล่อยผู้ป่วยไป ก็คงจะไปสร้างความเดือดร้อนอีกเช่นเคย ดังคำกล่าวของมารดาที่ว่า

“อยากปล่อยจั่งแต่ปล่อยบ่ได้จั่ง อยากปล่อยลูกก็ได้ กลัวแต่แก่ได้ตามใจทุกอย่างหน่า อยู่ไปตามประสาแต่อยู่บ่ได้ บัดนี้ที่แก่เป็น แกอยู่ไปบ่ได้ชะหละ แกก็ทำลายหละ บ่มี”

ผู้ป่วยจิตเวชรายที่ 3

บิดา ซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช กล่าวว่า การดูแลที่ผ่านมาก่อนที่จะผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นเช่นปัจจุบัน ผู้ป่วยมักจะไม่ค่อยเชื่อฟังบิดาเรื่องการห้ามเตือนไม่ให้ไปยุ่งกับสารเสพติด ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบอยู่หลายต่อหลายครั้ง เข้าออกโรงพยาบาลเป็นประจำ จนกลายเป็นภาระหน้าที่ของบิดาที่จะต้องเฝ้าคอยดูแล ความรู้สึกของบิดาที่มีต่อผู้ป่วย ณ เวลานั้น บิดาจึงรู้สึกว่าผู้ป่วยเป็นภาระ สร้างแต่ปัญหารบกวนจิตใจ สร้างความไม่สบายใจมาให้แก่บิดาอยู่เสมอ ภาวะความกดดัน ความเครียดที่รุมเร้าสะสมมานาน ในบางครั้งบิดาจึงเคยมีความคิดที่อยากจะทอดทิ้งและทำร้ายผู้ป่วย เพื่อเป็นการตัดปัญหา ขจัดความไม่สบายใจนั้นออกไป ดังคำกล่าวของบิดาที่ว่า

รักที่สุด แค้นที่สุด บางครั้งผมอยากจะฆ่าเลย รักมากไม่ได้ตั้งใจเรา ไม่รู้ผิดรู้ถูกไปกินทำไมยา ถ้าไม่กินมันก็ไม่ใช่ออย่างจ้ มันเป็นความกดดัน เออ ลูกนี้ทำไม่ไม่ได้

ตั้งใจพอ รู้จักว่ามันไม่ดีไปกินทำไม พอดีมารักษากันจัง ๆ หลายปี ใช้อย ! มาเสียตาย
อีกกะ ถ้ามันคือเครียดอย่างนี้ปล่อยให้อยู่กรุงเทพนั้นให้ตายซะ

รวมทั้งบ่อยครั้งที่ผู้ป่วยยังคงประพฤติดนอยู่เช่นเดิม ปฏิเสธที่จะเชื่อฟังบิดา ทำให้บิดา
รู้สึกเหนื่อยหน่ายต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก บิดาจึงเคยคิดละเลยปล่อยผู้ป่วยไปตาม
ยถากรรม ด้วยการไม่สนใจใยดีที่จะดูแลไม่ว่าผู้ป่วยจะไปเผชิญกับสิ่งใด หรือเป็นตายร้ายดี
อย่างไร ดังคำกล่าวของบิดาที่ว่า

"บอกก็ไม่ไหว ผมก็เลยปล่อยไปตามบุญตามกรรม แบบยังงี้ โสตายไปเลย"

แต่เมื่อบิดาปล่อยปละละเลย ไม่เหลียวแล ก็กลับทำให้ผู้ป่วยไปสร้างปัญหามาสู่
ครอบครัว โดยไปเสพยาจนเกิดอาการกำเริบ แล้วไปก่อวณ กระทำอนาจาร ทำให้ผู้อื่นได้รับความ
เดือดร้อน บิดาจึงรู้สึกอับอาย ยอมรับต่อพฤติกรรม อาการของผู้ป่วยไม่ได้ ที่ส่งผลกระทบทำให้
บิดาต้องรับผิดชอบในฐานะของผู้ปกครอง บิดาจึงเห็นว่าการล่อลวงซึ่งเป็นทางออกที่ดีที่สุดของ
ครอบครัว ต่อการนำมาดูแลควบคุมพฤติกรรม อาการของผู้ป่วยมิให้ออกไปกระทำพฤติกรรม
อนาจาร สร้างความเดือดร้อนเช่นนั้นอีก รวมถึงการล่อลวงยังเป็นการลดภาระในการดูแลผู้ป่วยได้
อีกด้วย ดังคำกล่าวของบิดาที่ว่า

"คิดว่าเอาไว้ไม่ไหวแล้ว ปล่อยไปก็อายบ้านเมืองเค้าอย่างเงี้ย ก็แบบที่ว่าถ้าไม่ตายก็
ทรมานอย่างเงี้ยแหละ โสหมดทางแล้ว"

นอกจากนั้นบิดายังมีความรู้สึกท้อแท้ คิดว่าถึงจะพาผู้ป่วยไปรักษาอย่างที่เคยเป็นมา
ผู้ป่วยก็คงจะไม่ปรับเปลี่ยนตนเอง คงจะเป็นอยู่เช่นเดิม ผนวกกับบิดาคิดว่าอาการของผู้ป่วยที่ยังไม่
ดีขึ้นและรักษากันมายาวนาน อาจเกิดจากผลบุญผลกรรมที่เคยทำร่วมกันมา จึงต้องชดใช้ด้วยการ
ดูแลกันไปจนกว่าจะหมดสิ้นเวรกรรม บิดาจึงคิดว่าถึงจะพาไปรักษาก็พาลแต่จะเสียเวลา เสีย
ค่าให้จ่ายไปโดยเปล่าประโยชน์ ทำการล่อลวงเสียดีกว่า ดังคำกล่าวของบิดาที่ว่า

"เวลาที่เรารังกันหรือปฏิบัติกันมาหลายปีอะ จะตายก็ไม่ตายจะหายก็ไม่หาย คิดว่าลูก
มีบุญมีกรรมอะไร แล้วผู้เป็นพ่อเหมือนกัน อาจจะมีจองเวรกับลูกมาหรืออะไรแต่ก่อน เค้าอาจเลี้ยง
เรามา มาชาตินี้เราจึงได้เลี้ยงเค้ากลับ"

ความคิด ความรู้สึกของบิดาที่มีต่อผู้ป่วยว่าเป็นภาระ เป็นปัญหาสำหรับครอบครัว จึง
ยังคงฝังลึกอยู่ในจิตใจของบิดาเรื่อยมา จวบจนถึงตอนที่ทีมจิตเวชได้เดินทางมาพบ และขอ
พาผู้ป่วยกลับไปรักษา ซึ่งในตอนแรกบิดาให้การปฏิเสธ เนื่องจากบิดายังไม่เชื่อมั่นว่าผู้ป่วยจะ
สามารถพัฒนา เปลี่ยนแปลง ปรับปรุงตนเองได้ บิดาจึงไม่ต้องการสนับสนุนการรักษา มุ่งหวังที่จะ
ดูแลผู้ป่วยด้วยการล่อลวงต่อไป ดังคำกล่าวของบิดาที่ว่า

“ผมก็คิดว่าหมอนี้จะมายุงทำไม สิบกว่าครั้งแล้วจิตเวชไปรักษามันไม่หาย ผมว่าอย่างนี้ปล่อยให้มันตายไปเลย”

ในครั้งนั้นทีมจิตเวชได้พยายามโน้มน้าวให้บิดายอมปล่อยผู้ป่วยกลับไปรักษา บิดาจึงได้ยินยอม แต่ในตอนนั้นที่บิดายินยอม มิใช่เข้าใจยอมรับต่อการรักษา บิดาเพียงแค่ต้องการผลการรักษาในการดูแลผู้ป่วยเท่านั้น และเมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นถูกส่งกลับมาอยู่บ้าน ในครั้งแรกบิดายังคงป่วยเบี่ยง ไม่เข้าใจและไม่ยอมรับว่าผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นจริง ทางทีมจิตเวชจึงได้พยายามอธิบายให้บิดาเห็นถึงความเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นของผู้ป่วย ประกอบกับการเข้ามาเสริมสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของโรคทางจิตเวชและความรู้เรื่องโรคทางจิตเวช พร้อมทั้งวิธีการดูแลที่ถูกต้อง จึงทำให้บิดาเริ่มเปิดใจยอมรับต่อผลการรักษาในครั้งล่าสุด แล้วเกิดความเข้าใจต่อผู้ป่วยและการดูแลที่ถูกต้องมากขึ้น ดังคำกล่าวของบิดาที่ว่า

“ผมก็เลยมาคิด เอ อันนี้โรคมันเปลี่ยนแปลงหรือยามันอาจจะดีขึ้นอย่างที่ผมพูดก็ได้ ผมเลยยอมรับเลยว่าหมอดีที่สุด ยาดีที่สุด”

ในปัจจุบันที่ผู้ป่วยกลับมาอยู่บ้าน มีการเฝ้าฟังบิดา รวมถึงพฤติกรรม อาการมีความแตกต่างจากทุกครั้งที่ได้เข้ารับการรักษา ทำให้ความรู้สึกรู้สึกของบิดาในด้านลบที่มีต่อผู้ป่วยลดน้อยลง และบิดามีการยอมรับในความเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นของผู้ป่วย จึงทำให้ ณ เวลานั้น บิดารู้สึกสบายใจต่อการดูแลผู้ป่วยกว่าในอดีตเป็นอย่างมาก ดังคำกล่าวของบิดาที่ว่า

“เหมือนตายแล้วเกิดใหม่ คือ แต่ก่อนมันทุกข์หลาย มาเดี๋ยวนี้สบายขึ้นครั้งต่อครั้ง ผู้ป่วยก็สบาย ผู้ดูแลก็สบายใจขึ้น”

จะเห็นได้ว่า บิดาผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชรายที่ 1 มารดาผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชรายที่ 2 บิดาผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชรายที่ 3 ต่างมีความคิด ความรู้สึกต่อผู้ป่วยจิตเวชว่า เป็นปัญหาภาระสำหรับครอบครัวและรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย ไม่สบายใจ มีความทุกข์ใจ ไม่สามารถยอมรับต่อพฤติกรรมอาการของผู้ป่วยได้ เวลาที่ผู้ป่วยสร้างความเดือดร้อนให้กับผู้อื่นและคนในครอบครัว อีกทั้งมีความคิด ความรู้สึกเช่นเดียวกันว่าการล่ามขังเป็นการดูแลที่ช่วยควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วยให้สงบลงได้ แตกต่างจากความคิด ความรู้สึกของน้องสาวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชรายที่ 1 ที่ได้รับหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยต่อจากบิดามาถึงปัจจุบัน ที่ไม่เคยคิดว่าผู้ป่วยเป็นภาระสำหรับครอบครัว สามารถยอมรับต่อพฤติกรรม อาการของผู้ป่วยได้ เนื่องจากน้องสาวมีความรู้ ความเข้าใจต่อภาวะอาการของโรคทางจิตเวชที่ผู้ป่วยเจ็บป่วย และต่อมามีภายหลังจากที่ทีมจิตเวชได้เข้ามาสนับสนุนให้การเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรคทางจิตเวช และสภาวะอาการของโรคที่แสดงออกมา พร้อมทั้งการดูแลที่ถูกวิธีที่จะไม่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้บิดาผู้เคยดูแล

ผู้ป่วยจิตเวชรายที่ 1 เกิดการยอมรับต่อการรักษาจากโรงพยาบาลจิตเวช ประกอบกับน้องสาว ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชรายที่ 1 ได้แสดงให้เห็นบิดาผู้เคยดูแลผู้ป่วยจิตเวชรายที่ 1 ได้เห็นถึงผลการรักษาที่ถูกวิธีที่ทำให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้นจริง จึงทำให้บิดาปรับเปลี่ยนความรู้สึกที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยและเกิดการยอมรับผู้ป่วยมากขึ้น เช่นเดียวกับบิดาผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชรายที่ 3 หลังจากได้รับการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจต่อภาวะอาการของผู้ป่วยจิตเวช และการเห็นถึงผลการรักษาผู้ป่วยจากโรงพยาบาลในครั้งล่าสุดที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเคร่งครัด ถูกวิธี ทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นต่างจากที่เคยเป็นมา บิดาจึงได้เริ่มเปิดใจยอมรับ และยอมรับว่าผู้ป่วยสามารถพัฒนา เปลี่ยนแปลงตนเองได้ แต่แตกต่างไปจากมารดาผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชรายที่ 2 ที่ยังคงปฏิเสธที่จะยอมรับต่อการดูแลที่ถูกวิธี และไม่ให้ความร่วมมือจากโรงพยาบาลจิตเวช อีกทั้งชุมชน เครือญาติขาดความรู้ความเข้าใจต่ออาการของผู้ป่วย มีการสนับสนุนให้มารดาทำการล่อลวงผู้ป่วย แรงกดดันดังกล่าวจึงมีส่วนสำคัญต่อความคิด ความรู้สึกและการตัดสินใจของมารดาผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชรายที่ 2 ที่ยังคงดูแลผู้ป่วยอย่างไม่เหมาะสมเหมือนเช่นปัจจุบัน

ส่วนที่ 3 ความรู้ ความเข้าใจในวิธีการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ผู้ป่วยจิตเวชรายที่ 1

บิดา ซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในช่วงแรก กล่าวว่า เมื่อผู้ป่วยเริ่มป่วยในปี 2528 บิดาได้ให้การดูแลมาพร้อมกับมารดา แต่ภายหลังจากที่มารดาได้เสียชีวิต บิดาต้องรับภาระหน้าที่ในการดูแลเพียงผู้เดียว เพราะบุตรทั้ง 6 คนต่างแยกย้ายไปเรียนหนังสือและทำงานที่ต่างจังหวัด จะมีเพียงน้องชายคนสุดท้ายกับหลานที่เป็นบุตรของพี่ชายคนโตพักอาศัยอยู่ด้วยเท่านั้น แล้วจะช่วยดูแลบ้างเป็นครั้งคราว และตลอดระยะเวลาที่บิดาเป็นผู้ดูแลบิดาไม่ค่อยมีเวลา ทำให้บิดาไม่ได้ใส่ใจพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัด รวมทั้งไม่ได้ควบคุมให้ผู้ป่วยรับประทานยา เนื่องจากเอาเวลาไปใส่ใจกับหน้าที่การงานของตนเองเสียมากกว่า ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบ เข้าออกโรงพยาบาลและถูกล่อลวงบ่อยครั้ง เป็นอยู่เช่นนี้ตลอดที่บิดาเป็นผู้ดูแล ซึ่งในแต่ละครั้งจะมีวิธีการล่อลวงที่แตกต่างกันออกไป ทั้งการล่อลวงให้ การกักขังไว้ในบ้าน จนกระทั่งในครั้งสุดท้ายที่ได้สร้างห้องกักขังไว้หลังบ้าน เพื่อนำผู้ป่วยไปกักขัง และในแต่ละวันบิดาจะนำอาหารไปยื่นใส่ไว้ในช่องส่งอาหารที่ให้ผู้ป่วยได้มาหยิบจานอาหารไปรับประทาน ด้วยการนำอาหารไปให้วันละ 2-3 มื้อ หากวันใดผู้ป่วยโวยวายด่าว่าบิดาเป็นฆาตรกรบิดาก็จะต่อว่ากลับแล้วไม่สนใจนำอาหารไปให้ผู้ป่วย หรือในบางทีก็จะให้หลานนำอาหารไปให้ผู้ป่วยแทนบิดา อีกทั้งนาน ๆ ครั้ง บิดาถึงจะเข้าไปทำ

ความสะอาดภายในห้องกักขัง และทำความสะอาดให้ผู้ป่วย เฉพาะในบางวันที่ผู้ป่วยมีอาการสงบ และบิดาได้ดูแลอย่างละเอียดเช่นนี้มานานถึง 12 ปี หลังจากนั้นจึงได้ผลัดเปลี่ยนหน้าที่ในการดูแล กับน้องสาวบุตรคนที่ 4 เมื่อเดินทางกลับมาอยู่ที่จังหวัดขอนแก่น

น้องสาว ซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อจากบิดามาถึงปัจจุบัน กล่าวว่า ระยะแรกที่ได้ดูแลผู้ป่วยขณะที่ผู้ป่วยยังคงถูกกักขัง ผู้ป่วยมีอาการก้าวร้าว ไม่ไว้วางใจบุคคลใดทั้งสิ้นโดยเฉพาะบิดา ที่เห็นเมื่อไรก็จะตะโกนกล่าวว่า น้องสาวจึงได้เพียรพยายามที่จะเข้าหาผู้ป่วย อันเป็นการสร้างความคุ้นเคย ความสนิทสนม ให้ผู้ป่วยรู้สึกไว้วางใจ ด้วยการนำอาหารไปให้ผู้ป่วยวันละ 3 มื้อด้วยตนเอง พร้อมทั้งนำเข้าไปให้ผู้ป่วยภายในห้อง โดยไม่ได้ยื่นเข้าไปในช่องส่งอาหารเหมือนเช่นที่บิดากระทำ และจะเข้าไปชวนผู้ป่วยพูดคุยสนทนา แม้ว่าในบางวันผู้ป่วยเมินเฉย ไม่มีปฏิกิริยาโต้ตอบหรืออาละวาด โวยวายน้องสาวก็จะอดทนที่จะปฏิบัติสร้างความคุ้นเคยเฉกเช่นนี้เป็นประจำทุกวัน ไม่ย่อท้อ จากนั้นเมื่อน้องสาวสามารถทำให้ผู้ป่วยไว้วางใจและเชื่อฟังได้แล้ว น้องสาวจึงได้เริ่มปล่อยผู้ป่วยออกมาจากห้องกักขังในบางช่วงเวลา เพื่อพาผู้ป่วยออกมาอาบน้ำ ทำความสะอาดทุกเช้าก่อนออกไปทำงานและทุกเย็นเมื่อกลับมาถึงบ้าน ซึ่งจะมีเพียงแค่นี้บางครั้งคราวแต่ก็น้อยครั้งที่น้องสาวอาจติดธุระกลับบ้านดึก ก็จำเป็นต้องปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ในห้องกักขังเช่นนั้น อันเนื่องมาจากไม่มีผู้ใดสามารถควบคุมอาการของผู้ป่วยได้ดีเท่ากับน้องสาว ในช่วงที่น้องสาวได้เป็นผู้ดูแล จึงปลดปล่อยผู้ป่วยออกมาในทันทีมิได้ มิเช่นนั้นผู้ป่วยอาจทำร้ายบิดา เพราะในตอนนั้นบิดาได้เกษียณแล้วและอยู่บ้านเพียงลำพังคนเดียว ส่วนน้องชายคนสุดท้ายกับหลานที่เคยอยู่ด้วยกันก็ต่างแยกย้ายไปมีครอบครัว ดังคำกล่าวของน้องสาวที่ว่า

“เค้าจะตีตา ฆ่าตาเนอะเวลาที่พี่ไม่อยู่ พี่ก็ต้องเอาไปขังไว้ในห้องเหมือนเดิม แล้วก็เอามาอาบน้ำตอนเช้า พี่ต้องรีบไปโรงเรียน พี่ก็ต้องได้ขังไว้ ตอนเย็นก็บางทีได้ ออกมาบ้าง ไม่ได้ออกมาบ้าง เพราะบางวันพี่ก็ต้องกลับบ้านค่า”

ในการดูแลที่ผ่านมา น้องสาวจึงเป็นบุคคลเดียวที่ได้ทุ่มเทเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยมากที่สุดภายในครอบครัว ไม่เคยรังเกียจ ไม่ว่าผู้ป่วยจะถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะเลอะเทอะ น้องสาวก็เป็นผู้รับผิดชอบดูแล ไม่เกี่ยงหน้าที่หรือผลลัพท์ให้แก่อื่นๆ ดังคำกล่าวของน้องสาวที่ว่า

“เราเลี้ยงเค้ามา เราไถ่เนี่ยเค้ามา เราทำกับเค้าเนี่ย ล้างกันล้างตุ๋นให้ เช็ดอ้อเช็ดเยียวให้ สารพัดแหละ ทำหมด ไม่มีใครทำ”

พร้อมกันนั้นน้องสาวยังได้ปลุกฝังให้นุตรทั้งสองคนเข้าใจเห็นใจผู้ป่วย ด้วยการให้นุตรได้มีส่วนร่วมในการช่วยดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยบ้าง แม้จะเล็กน้อยก็ตาม เพื่อให้ผู้ป่วยได้สัมผัสถึงความรัก ความใส่ใจจากสมาชิกในครอบครัว อันเป็นการทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นในเร็ววันและจากการ

ดูแลของน้องสาวที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมาระยะหนึ่งในช่วง 3-4 ปี จนทำให้ผู้ป่วยเชื่อฟังน้องสาวจึงได้พาผู้ป่วยกลับไปรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวช ซึ่งผู้ป่วยก็ยินยอมไปรักษา ให้ความร่วมมือกับน้องสาวเป็นอย่างดี และหลังจากที่ไปโรงพยาบาลผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ไม่เกิดอาการกำเริบจะทำร้ายบิดา เมื่อกลับมาอยู่บ้านน้องสาวจึงได้ปลดปล่อยผู้ป่วยออกมาจากห้องกักขัง เมื่อปลายปีที่ผ่านมาแล้วให้บิดาส่งบ้านให้ผู้ป่วยอยู่ในพื้นที่เดียวกัน และให้การดูแลอย่างเคร่งครัดมาโดยตลอด ประกอบกับมีการศึกษาวิธีการดูแลเพิ่มเติมจากทีมจิตเวช ในด้านการพัฒนาสุขภาพจิตของผู้ป่วย ในการพาผู้ป่วยไปเที่ยวหรือไปเดินเล่นพักผ่อน และคอยควบคุมการรับประทานยาไม่ให้ขาด รวมถึงคอยสังเกตผลข้างเคียงจากยาที่ผู้ป่วยรับประทาน พร้อมกับมีการดูแลให้ผู้ป่วยเรียนรู้การช่วยเหลือตนเองเมื่อยามที่ต้องอยู่ในบ้านเพียงลำพัง ทั้งเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การฝึกทำอาหาร การฝึกฝนให้ผู้ป่วยทำความสะอาดบ้านของตนเอง ซึ่งในบางครั้งผู้ป่วยก็จะแสดงความสามารถออกมาได้ไม่ดื่นัก น้องสาวก็จะยอมรับไม่เคยติเตียน ให้โอกาสผู้ป่วยพัฒนาตนเองเสมอ

ในปัจจุบันอาการของผู้ป่วยดีขึ้นเป็นระยะ ๆ และน้องสาวยังคงปฏิบัติดูแลตามคำแนะนำของทีมจิตเวชด้วยการพาไปฉีดยา รับยาที่โรงพยาบาลทุกเดือน แล้วพาไปเที่ยวพักผ่อน หย่อนใจทุกครั้งที่ได้ไปโรงพยาบาลหรือทุกวันหยุดสุดสัปดาห์ ดังคำกล่าวของน้องสาวที่ว่า

“ก็พาไปรักษา แล้วก็พาไปฉีดยาทุกเดือน เออ ไปรับยาถ้ายามดึกก็พาไปรับยา ก็พาดูแล ไปเที่ยวไปอะไรบ้าง เปิดหูเปิดตา”

โดยที่บิดาจะเป็นผู้สนับสนุนทุนทรัพย์ค่าน้ำมันให้กับน้องสาวอยู่เสมอ ในการพาผู้ป่วยไปเที่ยวพักผ่อน ดังคำกล่าวของบิดาที่ว่า

“น้องก็เอาพาไปเที่ยววันเสาร์วันอาทิตย์ ค่าก็ว่าง ๆ ก็พาไป เข้า ! ค่าน้ำมันรถพากันไป พ่อก็เอาให้ไปเที่ยว”

ณ เวลานั้นจึงมีแนวโน้มว่าอีกไม่นาน เมื่อผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดี จะทำให้น้องสาววางใจแล้วปล่อยให้ผู้ป่วยได้ไปเผชิญกับสังคมภายนอกได้

ผู้ป่วยจิตเวชรายที่ 2

มารดา ซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช กล่าวว่า การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการเจ็บป่วยทางจิตมาจนถึงปัจจุบันนั้น มารดาเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลมาโดยตลอด และพี่ชายที่เคยเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชที่มีอาการเป็นปกติแล้ว ก็จะมาช่วยดูแลบ้างเป็นบางครั้ง คราวในวันที่มารดาไม่สบายไม่สามารถไปดูแลผู้ป่วยได้ ส่วนน้องชายและน้องสาวก่อนที่จะเดินทางไปทำงานที่กรุงเทพ ไม่ค่อยได้ช่วยเหลือมารดาในการดูแลผู้ป่วยเท่าไรนัก เนื่องจากทั้งสอง

ไม่ค่อยสนิทสนมกับผู้ป่วย จึงค่อนข้างละเอียด ไม่ใส่ใจในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงบิดาเลี้ยงก็มีภาระหน้าที่ในการทำงานไม่ค่อยมีเวลาจึงไม่ได้ช่วยดูแลผู้ป่วยเช่นกัน ภาระหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจึงเป็นหน้าที่ของมารดาเป็นส่วนใหญ่ และในเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล มารดาก็จะไปเยี่ยมไปเฝ้าที่โรงพยาบาลเสมอ แต่เมื่อกลับมาอยู่บ้านมารดาไม่ค่อยได้ควบคุมให้ผู้ป่วยรับประทานยา รวมทั้งไม่ค่อยได้พาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัด ด้วยเหตุที่ผู้ป่วยมักจะบอกว่าตนเองไม่ได้มีอาการทางจิต อีกทั้งผู้ป่วยดื้อดึงไม่ยอมไป มารดาจึงได้ปล่อยให้ผู้ป่วยทำตามความต้องการ ไม่ได้บังคับควบคุมแต่อย่างใด ดังคำกล่าวของมารดาที่ว่า

"ແກ່ບ່າເຢຍເປັນນ້ຳບໍ່ຕ້ອງກິນເລີຍ ກິນຫ້າມ ເຝົ້າວ່າ ໃຜເປັນນ້ຳວ່າສັນ ພວກນ້ຳກໍກິນໄປເລີຍ ແກ່ວ່າ"

"บัดนี้ ไปหาหมอบ๊ อัย ! ชีคร้านตามใจคุณหมอว่า เดี่ยวคุณหมอก็กึ่งนุ่นสั่งนี้ เผลื่อว่า ชีคร้านตามใจคุณหมอว่าสัน บ๊ไปดอ ก อยามาเว้าอยู่แถวนี้หนิ !"

เมื่อมารดาไม่ได้ควบคุมดูแลผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบเข้าออกโรงพยาบาลอยู่เป็นประจำ ถูกล่อลวงขังบ่อยครั้ง วนเวียนเช่นนี้มาตั้งแต่ 15 ปีก่อน จนกระทั่งครั้งล่าสุดผู้ป่วยก็กลับมาถูกล่อลวงขังเช่นเดิม ซึ่งในระหว่างที่ผู้ป่วยถูกล่อลวงขังในครั้งนี้ มารดาจะเป็นผู้ให้การดูแลเช่นเคย โดยในแต่ละวันที่มารดาออกไปทำนาหรือไปตัดอ้อย มารดาจะแวะนำอาหารไปให้ผู้ป่วยวันละ 3 ครั้ง และจะนำอาหารไปวางไว้ในบริเวณที่ผู้ป่วยสามารถลุกขึ้นมาหยิบไปได้ ซึ่งมารดาจะไม่เข้าไปใกล้ผู้ป่วยมากนัก หากเข้าไปใกล้ผู้ป่วยมากเกินไปผู้ป่วยก็จะแสดงอาการก้าวร้าว จูโจมทำร้ายมารดากลับมาเสมอ ดังคำกล่าวของมารดาที่ว่า

"ເຫັນແມ່ຈຶ່ງຮຶກວ່າ ມາຍັງໂກ້ລໍ່ເຫຼົ່ານີ້ ! ມາຍັງໂກ້ລໍ່ເຫຼົ່ານີ້ເດືອ ມາໂກ້ລໍ່ເດືອດີຕາຍບໍ່ເຕະ ຄ້າໄປຕາມຮ້າໂຣນີ ເຕະເລີຍຈະ"

และในบางวันที่พี่ชายไปดูแลแทนมารดาบ้าง ก็จะถูกผู้ป่วยทำร้ายกลับมาเช่นเดียวกัน ดังคำกล่าวของมารดาที่ว่า

"ແກ່ກຳລັງຫ້າວຫລາຍສະອາດໃຫ້ເນອະ ຜູກຄາໄຮ່ຢູ່ນີ້ກໍຕື່ນຫ້າ ໄອ້ນ້ອງຊາຍກໍຕື່ນຫ້າລັງ"

จึงทำให้ไม่มีผู้ใดสามารถเข้าใกล้ผู้ป่วยได้เลย หากเข้าไปใกล้เมื่อไรก็จะถูกผู้ป่วยทำร้ายกลับมาเสียทุกที มารดาจึงดูแลผู้ป่วยเพียงแค่การนำอาหารไปให้รับประทาน และไม่ได้ดูแลในเรื่องของการทำความสะอาดร่างกาย รวมถึงไม่ได้ดูแลในการชำระล้างอุจจาระ ปัสสาวะที่ผู้ป่วยได้ถ่ายเรี่ยราดไว้บริเวณที่ผู้ป่วยนั่งนอน นาน ๆ ครั้งเท่านั้นที่ผู้ป่วยมีอาการสงบ มารดาจึงจะไปจัดการทำความสะอาดให้ได้ ส่วนในด้านของสภาพความเป็นอยู่ มารดาจะดูแลในลักษณะของการให้ผู้ปวยนอนกลางดินกินกลางทราย มีเพียงต้นไม้เป็นที่บังแดดบังฝน เพราะกระท่อมที่มารดา

เคยสร้างไว้ให้ผู้ป่วยก็ครั้งต่อก็ครั้งก็ถูกผู้ป่วยทำลายเสียทุกครั้งไป ในคราวนี้ มารดาจึงได้ปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพเช่นนั้น ดังคำกล่าวของมารดาที่ว่า

"ถ้าเอาหมึงไปมุงให้ แกก็ตึกหนี เอาสังกะสีไปให้ก็พังทิม เดียวนี้ฉันก็มุงให้อยู่ธรรมดา อยู่นำดิน ฝนตกฟ้าแดดก็อยู่อันเลย อยู่แดดอยู่หมอกเลย"

ปัจจุบันมารดาจึงยังคงดูแลผู้ป่วยด้วยการล่อมซัง และจะปฏิบัติเช่นนี้ทุกวันเรื่อยไป โดยปฏิเสธการศึกษาเรียนรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วยจากแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญ เพราะปราศจากความคิดว่าผู้ป่วยจะสามารถหายเป็นปกติได้

ผู้ป่วยจิตเวชรายที่ 3

บิดา ซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช กล่าวว่า การดูแลก่อนที่ผู้ป่วยจะถูกล่อมซัง บิดาและน้องชายจะช่วยกันดูแลโดยการพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาล แต่ในด้านการรับประทานยาบิดาและน้องชายไม่ได้ควบคุมให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เพราะผู้ป่วยมักจะบอกว่าตนเองหายเป็นปกติแล้ว อีกทั้งบิดาและน้องชายเห็นว่าอาการของผู้ป่วยดีขึ้นจริง และยังไม่เข้าใจว่าการหยุดยาต้องมาจากการประเมินอาการของแพทย์ มิใช่ผู้ป่วยประเมินอาการของตนเอง จึงทำให้ผู้ป่วยหยุดยาไป ดังคำกล่าวของบิดาที่ว่า

"ตอนแรกผมก็ไม่เข้าใจหรอก ไม่เข้าใจแบบว่ายาเค้าเป็นยังงัย กินยังงัย ผมไม่รู้ กิน ๗ ไปก็หาว่ายามันบีบ คิดเอาเองละ แบบว่าไม่ยากกินมันหายแล้ว เค้าก็ว่า เค้าหายแล้ว เออ ! ถ้าอย่างงั้น ถ้ามันบีบก็ไม่ต้องกิน"

เมื่อผู้ป่วยขาดการรับประทันยามานาน แล้วได้ไปเสพยา ต่อมสุราอาการของผู้ป่วยจึงกำเริบหนักมากขึ้น บิดาจึงได้เริ่มดูแลผู้ป่วยด้วยการล่อมซัง โดยในช่วงที่ผู้ป่วยถูกล่อมซัง บิดาจะรับหน้าที่ในการดูแลแต่เพียงผู้เดียว เพราะน้องชายที่เคยช่วยดูแลได้เดินทางไปทำงานที่กรุงเทพมหานคร ภาระหน้าที่ในการดูแลจึงตกเป็นของบิดามาโดยตลอด ซึ่งวิธีการดูแลในแต่ละวัน บิดาจะนำอาหารไปให้ผู้ป่วยในห้องกักขังวันละ 3 มื้อ ถ้าวันใดออกไปทำงาน บิดาจะทำอาหารเผื่อไว้ในปริมาณที่ผู้ป่วยสามารถรับประทานได้ทั้งวัน แล้วนำไปให้เพียงครั้งเดียวก่อนออกจากบ้านในตอนเช้า แล้วตอนเย็นจึงจะกลับมาทำความสะอาดภายในห้องและชำระล้างร่างกายให้ผู้ป่วย ดังคำกล่าวของบิดาที่ว่า

"ผมทำทุกอย่างเลย เออ แบบที่ว่าทำความสะอาดล้างส้วมล้างอะไรอย่างเงี้ย อยู่กับพ่อหมดเลย สมมุติว่าคนป่วยมันไม่รู้ เล่นเปรอะอย่างเงี้ย เราก็ยังโง่แหละ มันทนดูไม่ไหว เราก็ไปทำ"

แต่ถ้าในบางวันที่ผู้ป่วยอาละวาดแสดงท่าทางจะทำร้ายบิดา บิดาก็จะปล่อยปลະละเลยไม่สนใจผู้ป่วย ปล่อยให้ผู้ป่วยสงบเสียก่อนจึงจะนำอาหารเข้าไปให้ และถ้าบางครั้งเข้าไปดูแลแล้วผู้ป่วยจู่โจมทำร้ายโดยบิดาไม่ทันได้ป้องกันตัว บิดาก็จะแสดงท่าทางทำร้ายผู้ป่วยกลับไป เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวและไม่กล้าที่จะทำเช่นนั้นอีก ดังคำกล่าวของบิดาที่ว่า

“เราก็ดูว่า เออ ประสาทเค้าตึงเครียดมัย แล้วถ้าเค้าปกติเราก็ตเข้าไปได้”

“บางครั้งหาข้าวหาปลาไปให้กินนะ อย่างมีน้ำพริกอะไรอย่างเงี้ย ผมก็ไป สาดหน้าพ้อเลย เราก็คือโมโห เราก็อำพ้อจะตีจะฆ่า ถ้าเราเอางริงกลัวเราเหมือนกัน”

โดยบิดาได้ปฏิบัติดูแลผู้ป่วยเช่นนี้ตลอดระยะเวลาที่ทำการล่ามชังมา 5 ปี จนในครั้งล่าสุดที่ทีมจิตเวชมารับผู้ป่วยไปรักษา และทีมจิตเวชได้ให้ความรู้ ความเข้าใจกับบิดาเสียใหม่ เกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง ทำให้บิดามีความเข้าใจในการดูแลมากขึ้นกว่าเดิม หลังจากผู้ป่วยกลับมาอยู่บ้าน ในทุกเดือนบิดาก็จะไปรับยาที่สถานีนอนามัย หรือไปพบแพทย์ตามกำหนดเวลานัด และจะคอยเตือนและควบคุมเรื่องการรับประทานยา เพื่อให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ไม่ให้ผู้ป่วยหยุดยาเองเหมือนที่ผ่านมา ดังคำกล่าวของบิดาที่ว่า

“แบบที่ว่าเราเตือนเค้าหน่อย แบบว่าเออ กินยาหรือยัง เราก็ต้องไปตรวจดูยา เออ กินครบมัย”

รวมถึงยังได้มีการส่งเสริม ฝึกฝนให้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะช่วยเหลือตนเอง โดยฝึกให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งผู้ป่วยก็สามารถปฏิบัติได้ดีในระดับหนึ่ง ดังคำกล่าวของบิดาที่ว่า

“ก็ฝึกแบบที่ว่าให้อาบน้ำ แต่งตัว ซักเสื้อผ้าตัวเอง เค้าก็ทำแบบสมมุติว่าร้อยเปอร์เซ็นต์ เค้าก็ทำได้แค่ครึ่งหรือสามสิบเปอร์เซ็นต์ ยี่สิบเปอร์เซ็นต์ไปเงี้ย”

นอกเหนือจากนั้นบิดายังได้มีการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในครอบครัว ในการแสดงความสามารถ ด้วยการฝึกให้ผู้ป่วยทำความสะอาดบ้าน ทำอาหารช่วยบิดา และบิดาจะชมเชยทุกครั้ง แม้ว่าในแต่ละครั้งผู้ป่วยจะแสดงความสามารถออกมาได้ไม่มากนักก็ตาม ดังคำชมของบิดาที่ว่า

“เออ ทำแบบนี้ดีนะ ทำไปเรื่อย ๆ อยากให้มันเคยชิน เราจะได้มีงานทำ”

ณ เวลานั้นบิดาจึงให้การดูแลผู้ป่วยเฉกเช่นนี้เป็นประจำทุกวัน และอาจมีการดูแลผู้ป่วยด้วยการกักบริเวณบ้าง เพื่อป้องกันไม่ให้อาการผู้ป่วยไปเสพยาเสพติดที่อาจจะทำให้เกิดอาการเจ็บป่วยซ้ำได้

จะเห็นได้ว่า ความรู้ ความเข้าใจในวิธีการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของบิดาผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช รายที่ 1 มารดาผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชรายที่ 2 และบิดาผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชรายที่ 3 ต่างขาดความรู้

ความเข้าใจในวิธีการดูแลผู้ป่วยด้วยการควบคุมให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และไปพบแพทย์ตามนัด มีผลทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบและเจ็บป่วยเรื้อรัง จนทำให้ผู้ดูแลต้องใช้วิธีการดูแลด้วยการล้ามซึ่งที่เป็นวิธีการที่ไม่เหมาะสม แตกต่างไปจากน้องสาวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชรายที่ 1 ที่ได้รับหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยต่อจากบิดามาถึงปัจจุบัน เป็นผู้ที่มีความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคทางจิตเวชและวิธีการดูแลผู้ป่วย เพราะมีการศึกษาความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเสมอ จึงให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมมาโดยตลอด และต่อมาภายหลังจากที่ทีมจิตเวชได้เข้ามามีบทบาทในการส่งเสริมให้ครอบครัวให้การดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ทำให้บิดาผู้เคยดูแลผู้ป่วยจิตเวชรายที่ 1 ตระหนักถึงวิธีการดูแลที่ถูกวิธีที่ทำให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น รวมทั้งได้รับการถ่ายทอดความรู้ ความเข้าใจมาจากน้องสาวของผู้ป่วยด้วยเช่นกัน บิดาผู้เคยดูแลผู้ป่วยจิตเวชรายที่ 1 จึงเกิดความเข้าใจในวิธีการดูแลและสนับสนุน ส่งเสริมในวิธีการดูแลของน้องสาวในทุก ๆ เรื่อง ทั้งการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และนักสังคมสงเคราะห์จิตเวช การฝึกให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเอง และการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยจิตเวชได้มีส่วนร่วมภายในครอบครัวในการช่วยงานบ้านได้บ้าง และติดตามความต้องการของผู้ป่วย โดยเฉพาะในเรื่องที่ผู้ป่วยรู้สึกชื่นชอบ ฟังพอใจกับการไปเที่ยวพักผ่อนหย่อนใจเป็นประจำ ซึ่งบิดาได้มีการสนับสนุนให้น้องสาวพาผู้ป่วยไปเที่ยวพักผ่อนหย่อนใจ เพื่อให้ผู้ป่วยมีพัฒนาการทางด้านภาวะอารมณ์ที่ดี เช่นเดียวกับบิดาผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชรายที่ 3 หลังจากได้รับความรู้ ความเข้าใจในวิธีการดูแลผู้ป่วยจากทีมจิตเวช บิดาผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชรายที่ 3 จึงเข้าใจถึงการดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง มิให้ผู้ป่วยหยุดยาเช่นในอดีต มีการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดมากกว่าเดิม และคอยตรวจตราเรื่องการรับประทานยาอยู่เป็นประจำ และไม่บังคับ คอบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วยมากเกินไป รวมถึงเข้าใจในวิธีการดูแลฝึกฝนให้ผู้ป่วยเรียนรู้ในการช่วยเหลือตนเองมากขึ้น มีการชมเชยต่องานที่ผู้ป่วยช่วยทำบ้าง เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการพัฒนาตนเอง แม้บางครั้งจะไม่เป็นไปตามที่บิดาคาดหวังก็ตาม ซึ่งแตกต่างจากมารดาผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชรายที่ 2 ที่ยังขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยในทุก ๆ ด้าน ปฏิเสธความร่วมมือในการดูแลอย่างถูกวิธี ยังคงที่จะให้การดูแลผู้ป่วยด้วยการล้ามซึ่งเช่นนั้นเรื่อยไป

ส่วนที่ 4 การดำเนินชีวิตในปัจจุบันของผู้ป่วยจิตเวช

ผู้ป่วยจิตเวชรายที่ 1

ช่วงนี้อาการของผู้ป่วยดีขึ้นเป็นระยะ ๆ ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ยอมรับประทานยา ไม่หยุดยาหรือแอบเอายาทิ้งเหมือนเช่นที่ผ่านมา และเชื่อฟังปฏิบัติตามคำแนะนำของน้องสาว แล้วยังสามารถอยู่บ้านตามลำพังอย่างปลอดภัยได้ และการดำรงชีวิตในแต่ละวัน ผู้ป่วยจะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง โดยไม่ต้องคอยพึ่งพาน้องสาวตลอดเวลา ทั้งเรื่องการอาบน้ำ แปรงฟัน แต่งตัว การรับประทานยา การทำอาหารรับประทานด้วยตนเอง และในทุกวันนี้ น้องสาวกลับมาจากทำงาน น้องสาวจะมาตรวจตราว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ดีหรือไม่ หากพบข้อบกพร่อง น้องสาวก็จะนำมาพัฒนา ฝึกฝนผู้ป่วยเสียใหม่ อีกทั้งในช่วงวันหยุดเสาร์ อาทิตย์ที่น้องสาวอยู่บ้านหรือในช่วงปิดเทอมที่น้องสาวไม่ได้ไปทำงาน น้องสาวมักจะทำอาหารหรือขนมมาให้ผู้ป่วยรับประทาน แต่ก็มีใช้ทุกครั้งไป เพราะน้องสาวยังต้องการให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเอง แต่ในบางครั้งที่ได้ทำอาหารหรือขนมมาให้ผู้ป่วยรับประทาน เนื่องจากต้องการให้ผู้ป่วยลิ้มลองรสชาติอาหารใหม่ ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยฝึกทำเมนูอาหารใหม่ ๆ บ้าง สืบเนื่องมาจากผู้ป่วยมักจะทำเมนูอาหารเดิม ๆ รับประทาน และนอกจากนั้นในแต่ละวันที่ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเรื่องส่วนตัวของตนเองเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ผู้ป่วยมักจะใช้เวลาไปกับการนอนหลับพักผ่อนเป็นส่วนใหญ่ ไม่ค่อยลุกขึ้นมาทำกิจกรรมหรือบริหารร่างกาย ทุก ๆ วันในตอนเย็นน้องสาวจึงต้องมาคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกมานั่งเล่นหน้าบ้าน ออกกำลังกายด้วยการรดน้ำต้นไม้ หรือทำความสะอาดบ้านด้วยการปิดกวาดเศษใบไม้บริเวณรอบบ้านบ้าง ซึ่งผู้ป่วยก็สามารถทำได้ดีในระดับหนึ่ง แต่ถ้าหากวันใดน้องสาวไม่ได้มากระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจกรรม ผู้ป่วยก็จะนอนหลับพักผ่อนอยู่เช่นเดิม ตรงกันข้ามหากวันใดที่น้องสาวจะพาไปเที่ยว ผู้ป่วยจะสดใส ร่าเริง ให้ความสำคัญกับกิจกรรมการเที่ยวพักผ่อนหย่อนใจมากเป็นพิเศษ ไม่ว่าจะเป็นการไปเดินเล่นที่สวนสาธารณะ การไปซื้อของที่ห้างสรรพสินค้า ทำให้ผู้ป่วยมักจะรบเร้าให้น้องสาวพาไปเที่ยวอยู่เสมอ

ส่วนในด้านสมรรถภาพทางด้านร่างกาย อารมณ์จิตใจ และการปรับตัวเข้าสังคม ที่มีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตในปัจจุบันของผู้ป่วย พบว่า ในด้านของสมรรถภาพทางด้านร่างกาย ผู้ป่วยมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงแต่ยังเคลื่อนไหวช้า ไม่ค่อยชอบทำกิจกรรมการทำความสะอาดบ้าน และมีความอดทนต่ำในกิจกรรมการออกกำลังกายที่น้องสาวได้ฝึกให้ผู้ป่วยบริหารร่างกาย แตกต่างจากกิจกรรมการเที่ยวพักผ่อนด้วยไปเดินเล่นหรือไปซื้อของที่ห้างสรรพสินค้า ที่ผู้ป่วยจะให้ความสนใจ กระตือรือร้น กระฉับกระเฉงที่อยากจะไปเที่ยวพักผ่อนเป็นอย่างมาก

ส่งผลต่อสุขภาพจิตที่ทำให้ผู้ป่วยอารมณ์ดี มีความสุข อีกทั้งเวลาที่น้องสาวพาผู้ป่วยไปซื้อของที่ห้างสรรพสินค้าก็จะมีการฝึกให้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะสื่อสารกับพนักงานขาย เพื่อสอบถามถึงสินค้าที่ผู้ป่วยต้องการ อันเป็นการฝึกฝนให้ผู้ป่วยเรียนรู้การสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ที่จะส่งผลต่อการเรียนรู้ในการปรับตัวและการดำรงอยู่ในสังคมจากที่ผู้ป่วยถูกปิดกั้นมานาน

ผู้ป่วยจิตเวชรายที่ 2

ช่วงนี้อาการของผู้ป่วยยังคงไม่ดีขึ้น ผู้ป่วยขาดภาวะการรับรู้ด้านการควบคุมอารมณ์ของตนเอง รวมถึงไม่รู้สึกรู้ตัว ไม่สวมใส่เสื้อผ้า นอนเปลือยกาย หากมีคนเข้าไปใกล้ ผู้ป่วยจะดุด่าอาละวาด ในบางวันผู้ป่วยก็จะนอนทั้งวัน ไม่พูดไม่จา ไม่รับประทานอาหาร แต่ในบางวันผู้ป่วยก็จะพูด ร้องเพลงทั้งวันทั้งคืน กระโดดโลดเต้น พูดจาเสียงดัง มีอาการขึ้น ๆ ลง ๆ อยู่เช่นนี้เป็นประจำทุกวัน

ส่วนในการดำรงชีวิตในแต่ละวัน ผู้ป่วยจะสามารถช่วยเหลือตนเองด้วยการรับประทานอาหารได้ด้วยตนเองเพียงอย่างเดียว ซึ่งในการรับประทานอาหาร ผู้ป่วยก็จะไม่ใช่ขั้นตอนในการตักอาหารรับประทาน แต่จะใช้มือหยิบจับอาหารแทน และในทุกครั้งที่ผู้ป่วยก็ไม่เคยล้างมือหรือทำความสะอาด อีกทั้งบริเวณรอบพื้นที่ที่ผู้ป่วยนั่งนอนและถูกล่ามโซ่ จะมีเศษขยะ และมีมูลอุจจาระที่ผู้ป่วยได้ถ่ายเรี่ยราดไว้ ประกอบกับกลิ่นเหม็นของปัสสาวะผู้ป่วย ที่ผู้ป่วยได้ปัสสาวะอยู่ในพื้นที่บริเวณนั้นเช่นกัน ซึ่งมารดาไม่ได้ใส่ใจในการเข้ามาดูแลทำความสะอาดให้กับผู้ป่วย ทำให้การดำรงอยู่ของผู้ป่วยอยู่ในสภาวะแวดล้อมที่ไม่ค่อยดีนัก และไม่ถูกสุขอนามัย รวมถึงยังเป็นการเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคจากความสกปรกได้ง่าย ซึ่งจากการดูแลของมารดาที่ไม่เหมาะสมเช่นนี้ จึงส่งผลกระทบต่อสมรรถภาพทางด้านร่างกาย อารมณ์จิตใจ และการปรับตัวเข้าสู่สังคมของผู้ป่วยที่สำคัญต่อการดำเนินชีวิต นั่นคือ ทำให้สุขภาพร่างกายของผู้ป่วยทรุดโทรม และทางด้านอารมณ์ จิตใจที่ผู้ป่วยมีความเครียด มีอาการก้าวร้าว มีอาการหวาดระแวงอยู่ตลอดเวลา ไม่ไว้วางใจแม้กระทั่งมารดาผู้เป็นคนในครอบครัว รวมทั้งขาดการปรับตัวเข้าสู่สังคม ขาดปฏิสัมพันธ์กับผู้คนในสังคมเนื่องจากถูกล่ามโซ่มานาน

ผู้ป่วยจิตเวชรายที่ 3

ในระยะนี้อาการของผู้ป่วยดีขึ้นเรื่อย ๆ ในแต่ละวันผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทั้งเรื่องการอาบน้ำ แปรงฟัน ซักเสื้อผ้า การทำอาหารรับประทานได้ด้วยตนเอง การรับประทานยาตามเวลาที่บิดาได้ฝึกฝนให้ผู้ป่วยเรียนรู้ในการรับประทานยาด้วยตนเอง ซึ่งในทุกวันหลังจากที่บิดากลับมาจากการไปทำงาน บิดาจะมาคอยตรวจตราว่าผู้ป่วยรับประทานยาครบ ถูกต้องหรือไม่ และถ้าในบางวันที่บิดาอยู่บ้านไม่ได้ออกไปทำงาน ก็จะคอย

เดือนให้ผู้ป่วยรับประทานยาเสมอ โดยผู้ป่วยจะยอมรับต่อการรักษา ไม่หยุดยาเองเหมือนในอดีต และในแต่ละวันที่ผู้ป่วยอยู่บ้าน ผู้ป่วยจะชอบเดินไปมาระหว่างบ้านของตนเองและบ้านของเพื่อนบ้านที่อยู่ติดกัน เพื่อไปดูโทรทัศน์หรือนั่งเล่น บางวันหากมีงานบุญในหมู่บ้าน ผู้ป่วยจะขออนุญาตบิดาไปเที่ยวพักผ่อนหย่อนใจแล้วกลับมาในเวลาที่ยกกำหนด ไม่เถลไถล แต่ในบางวันถ้าเพื่อนบ้านไม่อยู่บ้านหรือไม่มีการงานบุญในหมู่บ้าน ผู้ป่วยก็จะอยู่ที่บ้านและใช้เวลาไปกับการนอนหลับพักผ่อนเป็นส่วนมาก

ส่วนในด้านสมรรถภาพทางด้านร่างกาย อารมณ์จิตใจ และการปรับตัวเข้าสังคม ที่มีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตในปัจจุบันของผู้ป่วย พบว่า บิดาได้ฝึกให้ผู้ป่วยทำความสะอาดบ้านเป็นการออกกำลังกาย ซึ่งผู้ป่วยสามารถทำได้ดีในระดับหนึ่ง แต่กระนั้นผู้ป่วยจะชอบนั่งเล่นหรือนอนเล่นเสียมากกว่า และในด้านสภาพของอารมณ์จิตใจ ผู้ป่วยจะมีสภาพจิตใจที่ดี เนื่องจากบิดาให้การดูแลด้วยความเข้าใจ ไม่บังคับหรือควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วยมากเกินไป บิดาได้ปล่อยให้ผู้ป่วยออกไปข้างนอกบ้านบ้าง ในการอนุญาตให้ผู้ป่วยไปเที่ยวงานบุญในหมู่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย รวมถึงอนุญาตให้ผู้ป่วยได้ไปนั่งเล่นที่บ้านของเพื่อนบ้านที่อยู่ติดกัน อันเป็นการฝึกให้ผู้ป่วยเรียนรู้ในการเข้าสังคม การสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และการเรียนรู้ในการดำรงตนประพฤตินอกร่วมกับผู้อื่น

จะเห็นได้ว่า การดำเนินชีวิตในปัจจุบันของผู้ป่วยจิตเวชรายที่ 1 และผู้ป่วยจิตเวชรายที่ 3 จะคล้ายคลึงกัน โดยผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและช่วยเหลือตนเองได้เป็นอย่างดี เนื่องจากการได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ถูกวิธี จากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช และมีอาการดีขึ้นเป็นระยะ ๆ ได้รับการดูแลด้วยการปลดปล่อยบ้างเป็นบางเวลา อีกทั้งได้รับฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านร่างกาย ด้วยการให้ผู้ป่วยออกกำลังกายด้วยการทำงานบ้านที่เป็นเรื่องง่าย ๆ ไม่ยุ่งยาก และได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านจิตใจและการเข้าสังคม นั่นคือ นางสาวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชรายที่ 1 จะพาผู้ป่วยไปเที่ยวพักผ่อนหย่อนใจอยู่เสมอและฝึกให้มีการสื่อสารกับผู้อื่นที่พบเจอ และบิดาผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชรายที่ 3 ที่จะปล่อยให้ผู้ป่วยได้ออกไปเที่ยวบ้าง รวมทั้งจะปล่อยให้ผู้ป่วยไปนั่งเล่นพูดคุยกับเพื่อนบ้านที่ไว้ใจได้ เพื่อเป็นการฝึกให้ผู้ป่วยเรียนรู้การสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น แต่กระนั้นก็ยังพบปัญหาในการดูแลผู้ป่วยเช่นเดียวกัน ที่ผู้ป่วยมักจะใช้เวลาในแต่ละวันไปกับการนอนหลับพักผ่อนเสียมากกว่า แตกต่างจากผู้ป่วยจิตเวชรายที่ 2 ที่พบปัญหาในการดูแลผู้ป่วยทุกด้าน เนื่องจากมารดา ยังคงให้การดูแลอย่างละเลียดด้วยการล้ามชัง อาการของผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะทรุดลงเรื่อย ๆ ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีสุขภาพร่างกายทรุดโทรม สภาพจิตใจแย่

มีแต่ความหวาดระแวง ปราศจากการเรียนรู้ที่จะดำรงตนอยู่ในสังคมเพราะถูกปล่อยให้อยู่เพียงลำพังมานาน

ตอนที่ 3 อภิปรายผลการศึกษา

การศึกษาเรื่อง เจตคติของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้วยวิธีการล่ามขัง ศึกษาเฉพาะพื้นที่จังหวัดขอนแก่น โดยการศึกษาจากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 81 ครอบครัว ซึ่งมีผู้ตอบแบบสอบถามจำนวนทั้งสิ้น 76 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 94 สามารถนำมาอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 76 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 76.3 มีอายุระหว่าง 41–60 ปี ร้อยละ 46.0 จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 82.8 ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 64.4 มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 2,000 บาท ร้อยละ 65.7 มีความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวชโดยเป็นบิดามารดา ร้อยละ 40.7 ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในช่วงระยะเวลา 1 ปี 1 เดือน–5 ปี ร้อยละ 38.1 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้ปลดปล่อยผู้ป่วยจิตเวชแล้ว ร้อยละ 59.2 สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุพิทยา สังฆะพิลา และ ยุทธนี เพ็ญสุวรรณ (2541) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ทักษะคิดและการดูแลผู้ป่วยโรคจิตในจังหวัดร้อยเอ็ด ที่พบว่า ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชมากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิง มีความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวชโดยเป็นบิดา มารดาเช่นกัน และผู้ให้การดูแลส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา มีรายได้ระดับพอกินพอใช้ ส่วนในด้านสถานภาพการล่ามขังจากผลการศึกษาในครั้งนี้ หลังจากการดำเนินงานของทีมจิตเวช ตามนโยบายการปลดโซ่ตรวนผู้ป่วยทางจิตที่ถูกล่ามขังในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่ได้รับการปลดปล่อยมากกว่าร้อยละ 50 ซึ่งมีความสอดคล้องกับผลการศึกษาของเชาวนี คำโสม (2545) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ผลการดำเนินโครงการปลดโซ่ตรวนผู้ป่วยจิตเวชจังหวัดอำนาจเจริญ ที่พบว่า ผู้ป่วยทางจิตส่วนใหญ่ได้รับการปลดปล่อย อีกทั้งสามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้ตามปกติเสมือนคนทั่วไป

2. ความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคทางจิตเวชและอาการของโรคทางจิตเวช

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคทางจิตเวช และอาการของโรคทางจิตเวชอยู่ในระดับสูงที่ค่าคะแนน 6-10 ร้อยละ 81.5 และมีความรู้ ความเข้าใจอยู่ในระดับต่ำที่ค่าคะแนน 0-5 ร้อยละ 18.4 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคทางจิตเวชและอาการของโรคทางจิตเวชอยู่ในระดับที่ดี ภายหลังจากการปฏิบัติงานของทีมีจิตเวช ตามนโยบายการปลดโซ่ตรวนผู้ป่วยทางจิตที่ถูกล่ามขังในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องมากกว่าร้อยละ 50 ในข้อที่กล่าวว่า หากได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องจะทำให้อาการทุเลาและสงบลง ร้อยละ 96.0 โรคทางจิตเวช จะส่งผลกระทบต่อความถดถอยทางด้านศักยภาพ ความสามารถ สติปัญญา ความคิดของผู้ป่วย และการรับประทานยาเป็นสิ่งจำเป็นต่อการควบคุมอาการของโรค เท่ากันร้อยละ 92.1 เมื่อขาดการรับประทานยาจะทำให้เกิดอาการกำเริบ และผู้ป่วยควรได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจควบคู่กันไปอย่างต่อเนื่อง เท่ากันร้อยละ 88.1 โรคทางจิตเวชมีหลายประเภท ซึ่งแต่ละประเภทจะส่งผลให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรม ความคิด และอารมณ์แตกต่างกันออกไป ร้อยละ 82.8 ผู้ป่วยโรคทางจิตเวชควรหลีกเลี่ยงสารเสพติดทุกชนิด ร้อยละ 72.3 เมื่ออาการทางจิตทุเลาลง ผู้ป่วยสามารถกลับมาดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างปกติสุข ร้อยละ 68.4 และสาเหตุของโรคทางจิตเวชสามารถเกิดได้จากพันธุกรรมและสารเคมีในสมอง ร้อยละ 52.6 สอดคล้องกับผลการศึกษาของไพบุลย์ วงษ์ใหญ่ และ สุกัญญา กิจเครือ (2539) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ความรู้ เจตคติและแรงสนับสนุนทางครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวช ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลจิตเวชที่พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีความรู้สุขภาพจิตอยู่ในระดับดี ในเรื่องที่ว่าผู้ป่วยควรงดดื่มสุรา และใช้สารเสพติด และรู้ว่าเมื่อผู้ป่วยขาดยานาน ๆ มักมีอาการกำเริบขึ้นมาอีก เช่นเดียวกับผลการศึกษาของชลพร กองคำ (2543) ได้ทำการศึกษา เรื่องความรู้ เจตคติเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตและสัมพันธภาพต่อผู้ป่วยจิตเวช กรณีศึกษาญาติผู้ดูแลที่นำผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชในภาคกลาง ที่พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตอยู่ในระดับดี แต่เมื่อพิจารณาในรายละเอียด พบว่า มีญาติผู้ดูแลจำนวนน้อยที่มีความรู้ที่พันธุกรรมและสารเคมีในสมองเป็นสาเหตุของโรคจิต ซึ่งสัมพันธ์กับข้อคำถามจากผลการศึกษาในครั้งนี้ ในข้อที่กล่าวว่า สาเหตุของโรคทางจิตเวชสามารถเกิดได้จากพันธุกรรมและสารเคมีในสมอง ที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ ความเข้าใจในข้อดังกล่าวน้อยกว่าข้อคำถามอื่น ๆ ที่อยู่ในประเด็นความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องมากกว่าร้อยละ 50 และในส่วนของความรู้

ความเข้าใจที่ถูกต้องที่ต่ำกว่าร้อยละ 50 มีเพียงข้อเดียวในข้อที่กล่าวว่า โรคทางจิตเวชเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายได้ ร้อยละ 42.1 สะท้อนให้เห็นว่าการมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคทางจิตเวชของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช จะมีส่วนสำคัญที่จะนำไปสู่การเกิดเจตคติและพฤติกรรมการดูแล หากผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจที่ดี จะนำมาซึ่งเจตคติในด้านบวกและพฤติกรรมการดูแลที่เหมาะสม เจกเช่นผลการศึกษาในครั้งนี้ ที่พบว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ ความเข้าใจอยู่ในระดับที่ดี ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่เคยล้าหลังผู้ป่วยจิตเวช ได้ปลดปล่อยผู้ป่วยจิตเวชแล้วมากกว่าร้อยละ 50 สอดคล้องกับผลการศึกษาของปรีดีหทัย แก้วมณีรัตน์ (2534) ได้ทำการศึกษาเรื่อง บทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ที่พบว่า การมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชที่ดีของสมาชิกในครอบครัว จะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ดีเช่นกัน

3. เจตคติต่อผู้ป่วยจิตเวชและการดูแลด้วยวิธีการล้าหลัง

ผลการศึกษา พบว่า เจตคติของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.23 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.47

ด้านความคิด ความรู้สึกต่อผู้ป่วยจิตเวชโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้สึกที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเวช โดยเฉพาะมีความคิด ความรู้สึกว่าผู้ป่วยโรคจิตเป็นบุคคลที่น่าเห็นอกเห็นใจ ควรได้รับการดูแลด้วยความรัก การเอาใจใส่เป็นอย่างดี และมีความคิด ความรู้สึกว่าการดูแลจากครอบครัวอย่างใกล้ชิดจะทำให้ผู้ป่วยไม่ไปสร้างความเดือดร้อนหรือความวุ่นวายให้กับผู้อื่น มีค่าเฉลี่ย 4.49 และ 4.26 ตามลำดับ อยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิด ความรู้สึกว่าเมื่อผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาจนอาการดีขึ้น ผู้ป่วยจะสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างปกติสุข มีค่าเฉลี่ย 3.76 มีความคิด ความรู้สึกว่าหากผู้ป่วยโรคจิตได้รับการพัฒนาศักยภาพทางด้านร่างกาย ความคิด สติปัญญา ผู้ป่วยก็จะสามารถดูแลตนเองได้ มีค่าเฉลี่ย 3.68 มีความคิด ความรู้สึกว่าการก่อวินาศกรรมก่อวุ่นวายเกิดจากภาวะการเจ็บป่วยของโรค ไม่ได้เกิดจากการแกล้งทำหรือการเรียกร้องความสนใจของผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ย 3.66 และมีความคิด ความรู้สึกว่าเมื่อผู้ป่วยได้รับการบำบัดฟื้นฟูอย่างถูกวิธีจะทำให้ศักยภาพ ความสามารถที่ถดถอยกลับคืนสู่ภาวะปกติ มีค่าเฉลี่ย 3.43 อยู่ในระดับมาก ภายหลังจากที่ได้มีการดำเนินงานของทีมจิตเวช ตามนโยบายการปลดโซ่ตรวนผู้ป่วยทางจิตที่ถูกล้าหลังในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น ที่มีการปฏิบัติงานเชิงรุกเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างที่ดูแลผู้ป่วยด้วยการล้าหลัง

เพื่อเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรคทางจิตเวชและการปรับเปลี่ยนเจตคติให้ผู้ดูแลยอมรับผู้ป่วยจิตเวชมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของวรางรัตน์ ทะมั่งกลาง (2545) ได้ทำการศึกษาเรื่อง รูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยลุ่มซัง ที่พบว่า เมื่อมีการดำเนินงานโดยติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกลุ่มซังในชุมชนกับอาสาสมัคร และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ผลที่ได้คือ ญาติมีการปรับเปลี่ยนแนวคิดที่จะลุ่มซังผู้ป่วย โดยนำผู้ป่วยมารับการรักษาอย่างถูกต้อง มีความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมากขึ้น เกิดทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยและมีกำลังใจที่จะดูแลผู้ป่วยต่อไป และสอดคล้องกับผลการศึกษาของนันทนา ศรีพินิจ (2544) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การประเมินผลโครงการปลดโซ่ตรวนผู้ป่วยที่ถูกลุ่มซังในพื้นที่การสาธารณสุขเขต 2 ที่พบว่า จากการปฏิบัติงานตามแผนการดำเนินงานของโครงการอย่างต่อเนื่อง ทำให้ญาติที่ให้การดูแลผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเวชมากขึ้น อีกทั้งมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง และญาติมีทัศนคติเชิงบวกต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกลุ่มซัง รวมถึงมีความสอดคล้องจากการสัมภาษณ์ ที่พบว่า หลังจากที่มีจิตเวชได้มีการปฏิบัติงานด้วยการลงพื้นที่ เพื่อติดตาม เยี่ยมบ้านครอบครัวที่ได้ดูแลผู้ป่วยด้วยการลุ่มซัง และเข้าไปเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจให้แก่ผู้ดูแลให้เกิดเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลส่วนใหญ่เริ่มที่จะเปิดใจยอมรับ รวมถึงมีการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ที่จะพัฒนาและเปลี่ยนแปลงตนเอง เช่นเดียวกับผลการศึกษาของกลุ่มงานจิตเวชโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ (2544) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสำเร็จในการปลดโซ่ตรวนผู้ป่วยจิตเวช ศึกษาเฉพาะกรณีผู้ป่วยจิตเวชในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ที่พบว่า กลุ่มงานจิตเวชได้ดำเนินงานตามโครงการปลดโซ่ตรวนผู้ป่วยทางจิตที่ถูกลุ่มซังด้วยการเข้าไปเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจแก่ประชาชน เพื่อให้มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเวช และสามารถอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างมีความสุข ผลที่ได้คือ ญาติเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของโรคและการดูแลผู้ป่วย และมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพจิต อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจากการศึกษาในครั้งนี้ จะพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วย แต่ยังพบว่าความคิด ความรู้สึกต่อการยอมรับว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติงานได้ดีเทียบเท่าบุคคลปกติทั่วไป อยู่ในระดับน้อย มีค่าเฉลี่ย 2.45 สืบเนื่องมาจากผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่เจ็บป่วยเรื้อรังมานาน และได้รับการปลดปล่อยได้เพียงไม่นานจากการปฏิบัติงานช่วยเหลือของทีมงานจิตเวชในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา มีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างหรือผู้ดูแลสามารถยอมรับในความสามารถของผู้ป่วยได้เพียงระดับหนึ่งเท่านั้น จึงจะเห็นได้ว่า พฤติกรรมอาการของผู้ป่วยจะมีผลต่อความคิด ความรู้สึกในการยอมรับของผู้ดูแลด้วยเช่นกัน

ด้านความคิด ความรู้สึกต่อการดูแลด้วยวิธีการล่ามขังโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคิด ความรู้สึกต่อการล่ามขังว่าต้องการปกปิดมิให้คนในชุมชนรับรู้ และกลัวถูกสังคมรังเกียจจึงจำเป็นต้องล่ามขัง มีค่าเฉลี่ย 3.96 และ 3.63 ตามลำดับ อยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่า อิทธิพลของคนในชุมชน สังคมหรือเครือญาติ มีผลต่อความคิด ความรู้สึกของบุคคลซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เนื่องมาจากการดำรงชีวิตในแต่ละวันของบุคคลจะต้องมีปฏิสัมพันธ์กับผู้คนในสังคม ตามบริบทวัฒนธรรมการดำรงอยู่ของบุคคลตามปกติ หากเมื่อใดที่บุคคลต้องประสบกับปัญหาการมีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชและมีอาการกำเริบบ่อยครั้ง มีพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรงทำความวุ่นวายหรือทำร้ายผู้อื่น และทำให้คนในชุมชนเกิดความรู้สึกหวาดกลัวหรือต่อต้าน อาจจะนำมาสู่ความคิด ความรู้สึก และการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล เพราะการดำรงอยู่ของบุคคล ไม่สามารถดำรงอยู่ได้โดยไม่ใส่ใจสภาพแวดล้อมในสังคม เนื่องจากบุคคลล้วนแล้วแต่ต้องการการยอมรับที่จะดำรงอยู่ในสังคมร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข อีกทั้งบุคคลส่วนใหญ่ไม่ต้องการตกอยู่ในสถานภาพของความแปลกแยก สอดคล้องกับผลการศึกษาของจรัญ อึ้งสำราญ (2545) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยที่ทำให้ญาติล่ามขังผู้ป่วยจิตเวชในเขตจังหวัดหนองคาย ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชส่วนมากถูกกีดกันจากครอบครัว ชุมชน สังคม อันเนื่องมาจากมีอาการกำเริบและช่วยเหลือตนเองไม่ได้ อีกทั้งมีพฤติกรรมรุนแรงทำให้เกิดความเดือดร้อนต่อครอบครัว ชุมชน สังคม ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ เป็นสิ่งที่ญาติของผู้ป่วยยอมรับไม่ได้ จึงทำให้ญาติต้องล่ามขังผู้ป่วยไว้โดยคิดว่าจะทำให้ตนเอง ครอบครัว ชุมชน ปลอดภัย เช่นเดียวกับผลการศึกษาของสุพัฒนา สุขสว่าง และ ศิริลักษณ์ สร้างวงศ์สิน (2548) ได้ทำการศึกษาเรื่อง トラบาปในผู้ป่วยจิตเภท ที่พบว่า ผู้ป่วยในชุมชนส่วนใหญ่มีทัศนคติในด้านลบต่อผู้ป่วย มีความรู้สึกหวาดกลัวไม่ต้องการคบค้าสมาคม จึงทำให้คนในชุมชนปฏิเสธที่จะให้ความสำคัญต่อผู้ป่วยในการเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน สัมพันธ์กับการศึกษาของ Goffman (1963) ที่กล่าวว่า ผู้ป่วยมักจะไม่ได้รับความเท่าเทียม เนื่องมาจากตราบาปของการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิต ซึ่งคนในสังคมมักมองว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลอันตราย จึงนำมาซึ่งการกีดกันทางสังคม และสังคมไม่ให้โอกาสผู้ป่วยในการดำเนินชีวิต ผู้ป่วยจึงกลายเป็นบุคคลที่ถูกกระทำอยู่รำไป ดังนั้น เมื่อคนในชุมชนขาดความรู้ ความเข้าใจ มีความรู้สึกที่ไม่ดีต่อผู้ป่วย จะมีอิทธิพลต่อความคิด ความรู้สึกของผู้ดูแลที่อยู่ในชุมชนนั้นเช่นกัน ดังเช่น ทฤษฎีการตีตราของ Link (1989) ที่กล่าวว่า การที่ครอบครัวคิดว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลที่น่ากลัว มีพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งเป็นการตีตราแก่ผู้ป่วยจิตเวช และจะทำให้ครอบครัวแสดงออกด้วยวิธีการดูแลที่ไม่เหมาะสม

ส่วนในระดับปานกลาง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิด ความรู้สึกว่าการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเป็นการเสียเวลา เสียค่าใช้จ่ายไปโดยเปล่าประโยชน์จึงดูแลด้วยการล่อลวง มีค่าเฉลี่ย 3.07 และคิดว่าการล่อลวงจะทำให้ผู้ป่วยอาการสงบลง มีค่าเฉลี่ย 3.01 มีความคิด ความรู้สึกว่าการล่อลวงเป็นการลดภาระในการดูแลได้เป็นอย่างดี และคิดว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นเรื่องยุ่งยากจึงได้ทำการล่อลวง มีค่าเฉลี่ย 2.82 มีความคิด ความรู้สึกว่าไม่ต้องการได้รับผลกระทบจากการกระทำของผู้ป่วย รวมทั้งรู้สึกท้อแท้กับการรักษาจึงดูแลด้วยการล่อลวง มีค่าเฉลี่ย 2.72 และ 2.64 ตามลำดับ สอดคล้องจากการสัมภาษณ์ ที่พบว่า ก่อนที่ทีมจิตเวชจะเข้าไปดำเนินงานตามนโยบายการปลดโซ่ตรวน ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่ที่เคยดูแลผู้ป่วยด้วยการล่อลวง ต่างขาดความรู้ ความเข้าใจในเรื่องโรคทางจิตเวช และมีความคิด ความรู้สึกว่าการล่อลวงเป็นการลดภาระในการดูแลผู้ป่วยได้ตลอดเวลา และค่าใช้จ่ายในการรับผิดชอบต่อสิ่งที่ผู้ป่วยกระทำความเสียหายในยามที่อาการกำเริบ รวมทั้งคิดว่าการล่อลวงสามารถทำให้ผู้ป่วยอาการสงบลง จึงสะท้อนให้เห็นว่า การที่ผู้ดูแลขาดความรู้ ความเข้าใจในเรื่องโรคทางจิตเวชจะนำมาสู่พฤติกรรมทางเลือกปฏิบัติได้ แต่หลังจากที่ได้มีการปฏิบัติงานของทีมจิตเวช ตามนโยบายการปลดโซ่ตรวนผู้ป่วยทางจิตที่ถูกล่อลวงในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น ที่ได้ปฏิบัติงานพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยที่ถูกกระทำ ด้วยการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจและการตระหนักรู้ในการยอมรับและเข้าใจผู้ป่วยจิตเวช มิให้ถูกกระทำหรือถูกเลือกปฏิบัติ เช่นเดิม ทำให้ขณะนี้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ความเข้าใจและมีเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วยมากขึ้น เทียบจากสถานภาพที่ผู้ป่วยได้รับการปลดปล่อยแล้วมากกว่าร้อยละ 50 แต่กระนั้นในการปฏิบัติงานของทีมจิตเวชสามารถเข้าถึงครอบครัวได้มากกว่าชุมชน จึงพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชบางส่วนยังคงถูกล่อลวง และได้รับการดูแลด้วยการล่อลวงซ้ำจากแรงกดดันในชุมชน จึงเห็นได้ว่าชุมชนนั้นมีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าครอบครัว เพราะหากชุมชนยังคงขาดการตระหนักรู้ ภายภาคหน้าชุมชนก็จะกดดันให้ครอบครัวทำการล่อลวงผู้ป่วยซ้ำแล้วซ้ำเล่า กลายเป็นปัญหาผู้ป่วยจิตเวชถูกกระทำซ้ำที่ไม่จบสิ้นก็เป็นได้

4. ความรู้ ความเข้าใจในวิธีการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ผลการศึกษา พบว่า ความรู้ ความเข้าใจในวิธีการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.35 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.73

ด้านการสร้างสัมพันธภาพต่อผู้ป่วยจิตเวชโดยรวมอยู่ในระดับมากเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ ความเข้าใจที่ดี ภายหลังจากมีการเสริมสร้างความรู้ ความ

เข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจากทีมจิตเวช โดยเฉพาะการสอดส่องดูแลพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อทราบถึงความต้องการหรือปัญหาของผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ย 4.25 อยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมาอยู่ในระดับมากทั้งหมด ไม่ว่าจะเป็นการดูแลผู้ป่วยด้วยการเป็นตัวกลางคอยเชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยรู้สึกแปลกแยก มีค่าเฉลี่ย 3.97 มีการให้อภัยทุกครั้งเมื่อผู้ป่วยกระทำความผิด มีค่าเฉลี่ย 3.92 รวมถึงให้ความสำคัญกับผู้ป่วยเท่าเทียมสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว มีค่าเฉลี่ย 3.80 และมีการสื่อสารพูดคุยกับผู้ป่วยอย่างสุภาพ มีค่าเฉลี่ย 3.76 มีการเสริมสร้างกำลังใจให้ผู้ป่วยเสมอเมื่อยามที่ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง มีค่าเฉลี่ย 3.75 เมื่อผู้ป่วยกระทำความผิดจะมีการพูดคุยด้วยเหตุผลมากกว่าอารมณ์ มีค่าเฉลี่ย 3.67 นอกเหนือจากนั้นยังได้มีการสื่อสารพูดคุยหยอกล้อกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย และเมื่อผู้ป่วยเกิดความไม่สบายใจ สามารถรับฟังและให้คำปรึกษาได้ตลอดเวลา มีค่าเฉลี่ย 3.66 และ 3.64 ตามลำดับ และมีการสื่อสารพูดคุยกับผู้ป่วยเท่าเทียมกับสมาชิกในครอบครัว มีค่าเฉลี่ย 3.42 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้มีการดูแลด้วยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเวชทั้งการกระทำและคำพูด อันเป็นการสนับสนุนทางด้านอารมณ์พื้นฐาน ที่จะทำให้ผู้ป่วยจิตเวชเกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือต่อผู้ดูแลในด้านต่าง ๆ ดังเช่น ผลการศึกษาที่พบว่า จากการที่กลุ่มตัวอย่างยอมรับและเข้าใจผู้ป่วย จะทำให้กลุ่มตัวอย่างหรือผู้ดูแลมอบความสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย นำมาซึ่งการที่ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือต่อวิธีการดูแล นำมาสู่อาการที่ดีขึ้นของผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยได้รับการปลดปล่อยมากขึ้น

ด้านการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยจิตเวชได้มีส่วนร่วมภายในครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้มีการกล่าวคำชมเชยและยกย่องต่องานที่ผู้ป่วยช่วยภายในครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการพัฒนาตนเอง มีค่าเฉลี่ย 3.26 รองลงมา ไว้วางใจและเชื่อมั่นต่องานที่ผู้ป่วยช่วยภายในครอบครัว และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสามารถช่วยงานภายในครอบครัวได้ มีค่าเฉลี่ย 3.04 และ 2.88 ตามลำดับ อยู่ในระดับปานกลาง รวมถึงเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็นต่อเรื่องต่าง ๆ ภายในครอบครัว มีค่าเฉลี่ย 2.51 และผู้ป่วยมีอิสระในการคิดและตัดสินใจในเรื่องส่วนตัวของตน มีค่าเฉลี่ย 2.39 อยู่ในระดับน้อย จึงจะเห็นได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมภายในครอบครัวในลักษณะของการมอบหมายความรับผิดชอบให้ทำงานเล็ก ๆ น้อย ๆ ไม่ยุ่งยาก ตามภาวะอาการของผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่ที่เจ็บป่วยเรื้อรังมานานและเพิ่งเริ่มที่จะดีขึ้น จึงทำให้การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้คิดหรือการตัดสินใจด้วยตนเองยังคงไม่มากนัก ฉะนั้น ในการดูแลด้วยการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมภายในครอบครัวตามภาวะความเหมาะสมของอาการผู้ป่วย จะเป็นการดูแลที่

ทำให้ผู้ป่วยได้ตระหนักรู้ถึงคุณค่าภายในตนเอง และผู้ป่วยจะไม่รู้สึกแปลกแยกหรือแตกต่าง อันเป็นผลให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะเรียนรู้ในการพัฒนาตนเองต่อไป

ด้านการพัฒนา ฝึกฝนให้ผู้ป่วยจิตเวชช่วยเหลือตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้ฝึกฝนให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง มีค่าเฉลี่ย 3.29 รองลงมา มีการพัฒนา ฝึกฝนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองตามลำพังได้อย่างปลอดภัย ในกรณีที่ครอบครัวไม่สามารถดูแลได้ตลอดเวลา มีค่าเฉลี่ย 3.09 มีการฝึกฝนให้ผู้ป่วยรู้จักการอดทน และไม่ทำตามความต้องการของตนเองมากเกินไป มีค่าเฉลี่ย 2.95 มีการฝึกฝนให้ผู้ป่วยเรียนรู้การควบคุมอารมณ์ พฤติกรรม ความต้องการของตนเอง และฝึกฝนให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาตามเวลาได้ด้วยตนเอง มีค่าเฉลี่ย 2.72 และ 2.62 ตามลำดับ อยู่ในระดับปานกลาง จึงจะเห็นได้ว่า วิธีการดูแลของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ในเบื้องต้น ซึ่งเป็นการดูแลช่วยเหลือตนเองในพื้นฐาน ในกรณีที่ผู้ดูแลไม่สามารถดูแลได้ตลอดเวลา แต่ในส่วนของการฝึกฝนให้ผู้ป่วยเรียนรู้การแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า และการตัดสินใจด้วยตนเอง มีค่าเฉลี่ย 2.54 รวมทั้งการสนับสนุน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยประกอบอาชีพตามที่ผู้ป่วยถนัด และการพัฒนา ฝึกฝนให้ผู้ป่วยเรียนรู้การทำงานอดิเรก อันเป็นการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ มีค่าเฉลี่ย 2.39 และ 2.11 อยู่ในระดับน้อย แสดงให้เห็นว่า วิธีการดูแลของกลุ่มตัวอย่างจะมุ่งเน้นเพียงแค่การพัฒนา ฝึกฝนให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองเพียงพื้นฐานมิได้ เนื่องจากผู้ป่วยจะต้องดำรงอยู่ในสังคมต่อไป หากแต่ผู้ป่วยจิตเวทยังคงด้อยศักยภาพและความสามารถ จะมีผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถยืนหยัดได้ด้วยตนเอง และไม่สามารถดำรงอยู่ในสังคมที่มีแต่ภาวะการแข่งขัน และอาจจะมีผลกระทบต่อความเสี่ยงในการเจ็บป่วยซ้ำได้

ด้านการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด มีค่าเฉลี่ย 3.93 รองลงมา ไม่หยุดยาเอง จะหยุดยาเมื่อได้รับการสั่งจากแพทย์ มีค่าเฉลี่ย 3.78 รวมถึงขอคำแนะนำจากแพทย์เมื่อพบปัญหาในการดูแลผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ย 3.74 มาพบแพทย์ตามกำหนดเวลานัดทุกครั้ง มีค่าเฉลี่ย 3.67 และเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาด้านอาการของโรคหรือการแพทย์จะพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ในทันที มีค่าเฉลี่ย 3.64 ซึ่งอยู่ในระดับมากทุกประเด็น สัมพันธ์กับด้านการปฏิบัติตามคำแนะนำของนักสังคมสงเคราะห์จิตเวช และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยรวมที่อยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน ไม่ว่าจะเป็นการปฏิบัติตามคำแนะนำของนักสังคมสงเคราะห์จิตเวชและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด และขอคำแนะนำเมื่อพบปัญหาในการดูแลผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ย 3.91 และ 3.86 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับมาก จึงจะเห็นได้ว่า จากการปฏิบัติงาน

เชิงรุกของทีมจิตเวช ที่ประกอบไปด้วยจิตแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์จิตเวชและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ได้เข้าไปเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจโดยตรงเกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วยที่ถูกวิธีอย่างต่อเนื่อง ตามนโยบายการปลดโซ่ตรวนผู้ป่วยทางจิตที่ถูกล่ามขังในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น ในระบบบทบาทของผู้เชี่ยวชาญที่มีความน่าเชื่อถือที่เป็นผู้มีความรู้เฉพาะทาง จึงมีอิทธิพลสำคัญที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เปิดรับและยอมรับต่อข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการดูแลที่ถูกวิธี และนำมาสู่การประพฤติปฏิบัติตาม และทำให้ผู้ป่วยได้รับการปลดปล่อย สอดคล้องกับผลการศึกษาของเชาวนี คำโฮม (2545) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ผลการดำเนินโครงการปลดโซ่ตรวนผู้ป่วยจิตเวช จังหวัดอำนาจเจริญ ที่พบว่า ในการดำเนินโครงการที่เป็นการเน้นการดำเนินงานเชิงรุก โดยบุคลากรใส่ใจ ติดตามเยี่ยมเยียนผู้ป่วย ส่งผลให้การดำเนินงานบรรลุตามเป้าหมาย และสามารถนำรูปแบบการดำเนินโครงการมาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอื่น ๆ ในชุมชนได้เป็นอย่างดี

และจากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช จากครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้วยวิธีการล่ามขัง จำนวนทั้งสิ้น 3 ครอบครัว สามารถนำมาอภิปรายผลได้ ดังนี้

1. เจตคติต่อผู้ป่วยจิตเวชและการดูแลด้วยวิธีการล่ามขัง

จากการสัมภาษณ์ พบว่า ก่อนที่ทีมจิตเวชจะเข้ามามีบทบาทในการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจต่อสมาชิกในครอบครัวในเรื่องโรคทางจิตเวช และการปรับเปลี่ยนเจตคติให้เกิดการยอมรับผู้ป่วยนั้น ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่ล้วนมีความรู้สึกในด้านลบและมีเจตคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยจิตเวช โดยมีความคิด ความรู้สึกที่ผู้ป่วยเป็นบุคคลที่พัฒนา เปลี่ยนแปลงได้ยาก มีแต่สร้างความเดือดร้อนและเป็นปัญหา เป็นภาระให้แก่ครอบครัว อันเนื่องมาจากผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ ความเข้าใจในเรื่องโรคทางจิตเวช อีกทั้งขาดความรู้ ความเข้าใจในผลกระทบของวิธีการดูแลด้วยการล่ามขัง โดยมีความคิดว่าการล่ามขังเป็นวิธีการดูแลที่สามารถควบคุมพฤติกรรมอาการของผู้ป่วยให้สงบลง สอดคล้องกับผลการศึกษาของสิวลี เปาโรหิตย์ (2545) ได้ทำการศึกษาเรื่อง อิสรภาพของผู้ป่วยทางจิตที่ถูกล่ามขัง กรณีศึกษาผู้ป่วย 7 ราย ที่พบว่า สาเหตุและปัจจัยที่ครอบครัวให้การดูแลผู้ป่วยด้วยการล่ามขัง อันเนื่องมาจาก ผู้ป่วยมีอาการกำเริบทางจิตและทำร้ายญาติ ก่อความเดือดร้อนให้กับชาวบ้าน และผู้ดูแลขาดความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคทางจิตเวชและสาเหตุของโรคทางจิตเวชเช่นเดียวกับการศึกษาในครั้งนี้ แต่ภายหลังจากที่ทีมจิตเวชได้มีการปฏิบัติงานเชิงรุก ตามนโยบายการปลดโซ่ตรวนผู้ป่วยทางจิตที่ถูกล่ามขังในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยทางจิตที่ถูกล่ามขังได้รับการปลดปล่อย ด้วยการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจในเรื่องโรคทางจิตเวช พร้อมทั้งปรับเปลี่ยนทัศนคติของครอบครัว ชุมชนให้เกิดความเข้าใจและยอมรับผู้ป่วย จึงทำให้ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความรู้ ความเข้าใจต่ออาการ

ของผู้ป่วยจิตเวช และเกิดการยอมรับผู้ป่วยจิตเวชมากกว่าในอดีตที่ผ่านมา ดังเช่น กรณีศึกษาผู้ป่วยจิตเวชรายที่ 1 และกรณีศึกษาผู้ป่วยจิตเวชรายที่ 3 ที่หลังจากทีมจิตเวชได้ติดตามเยี่ยมบ้าน และเข้าไปเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ รวมถึงการเสริมสร้างเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วย จึงทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกที่ดีต่อผู้ป่วย และมีความรู้ ความเข้าใจต่อการยอมรับภาวะอาการของผู้ป่วย และเปิดใจยอมรับว่าผู้ป่วยสามารถพัฒนา เปลี่ยนแปลงตนเองได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ ที่พบว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องโรคทางจิตเวชและอาการของโรคทางจิตเวชอยู่ในระดับที่ดี จะมีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างมีเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วย และให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างเหมาะสม เทียบจากสถานภาพที่ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการปลดปล่อยแล้วมากกว่าร้อยละ 50 และแนวโน้มที่ผู้ป่วยจิตเวชจะได้รับการปลดปล่อยมากขึ้น จากสถานภาพการได้รับการปลดปล่อยบ้างเป็นบางเวลา ร้อยละ 22.3 และนอกเหนือไปจากนั้นจากการสัมภาษณ์ในครั้งนี้ยังได้ข้อค้นพบว่า การที่มีสมาชิกคนใดคนหนึ่งภายในครอบครัวมีความรู้เรื่องโรคทางจิตเวช และมีความรู้สึกที่ดีต่อผู้ป่วย สามารถมีบทบาทสำคัญในการถ่ายทอดความรู้ และความรู้สึกดังกล่าวไปยังสมาชิกคนอื่น ๆ ภายในครอบครัว เพื่อให้เกิดการยอมรับต่อผู้ป่วย และผู้ป่วยจะสามารถดำรงอยู่ในครอบครัวได้อย่างมีความสุขโดยยั่งยืน ดังเช่น กรณีศึกษาผู้ป่วยจิตเวชรายที่ 1 ที่พบว่า น้องสาวผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีการศึกษาความรู้เรื่องโรคทางจิตเวช จึงทำให้มีความรู้สึกที่ดีต่อผู้ป่วย และได้ถ่ายทอดความรู้และความรู้สึกดังกล่าวไปยังสมาชิกในครอบครัวให้เกิดการยอมรับผู้ป่วยเช่นเดียวกัน จึงนำมาซึ่งการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม มีผลให้ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเรื้อรังมานานมีอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็ว

จากการสัมภาษณ์ในครั้งนี้จะพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่ได้ให้การยอมรับและมีเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วย แต่กระนั้นในการปฏิบัติงานของทีมจิตเวชยังคงสามารถเข้าถึงครอบครัวได้มากกว่าชุมชน อันมีผลให้ชุมชนในบางพื้นที่ที่ไม่ยอมรับผู้ป่วย ได้มีอิทธิพลครอบงำความคิด ความรู้สึกของผู้ดูแล ดังเช่น กรณีศึกษาผู้ป่วยจิตเวชรายที่ 2 ที่พบว่า เครือญาติ และชุมชนต่างพากันรังเกียจผู้ป่วย ซึ่งมีอิทธิพลต่อความคิด ความรู้สึกของมารดา และนำมาสู่พฤติกรรมการดูแลที่ปฏิบัติไปตามปฏิกิริยาของสังคม เป็นผลให้มารดา ยังคงล่ามขังผู้ป่วย และทุกครั้งที่ทีมจิตเวชเข้ามาช่วยเหลือ จนถึงได้ส่งตัวผู้ป่วยกลับคืนสู่ชุมชน มารดาก็ยังคงถูกกดดันจากสังคมที่ตนดำรงอยู่ ทำให้มารดาจึงยังคงล่ามขังผู้ป่วยซ้ำ และไม่สามารถหลุดพ้นจากสภาวะการณดังกล่าวได้

2. ความรู้ ความเข้าใจในวิธีการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

จากการสัมภาษณ์ พบว่า ก่อนที่ทีมจิตเวช จะเข้ามามีบทบาทในการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจในวิธีการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่จะขาดความรู้ ความ

เข้าใจในวิธีการดูแลผู้ป่วย ด้วยการดูแลอย่างปล่อยปละละเลย โดยเฉพาะวิธีการดูแลที่ไม่ค่อย
 ควบคุมให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างเคร่งครัด ต่อเนื่อง หรือการไปพบแพทย์ตามเวลานัด ทำให้
 ผู้ป่วยมีปัญหากล้ามเนื้อเกร็ง เกิดอาการกำเริบบ่อยครั้ง มีพฤติกรรมรุนแรงและทำร้ายผู้อื่น
 เป็นเหตุให้ผู้ดูแลต้องให้การดูแลผู้ป่วยด้วยการล่อลวง แต่ภายหลังจากที่ได้มีการปฏิบัติงานของ
 ทีมจิตเวช ตามนโยบายการปลดโซ่ตรวนผู้ป่วยทางจิตที่ถูกล่อลวงในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น ในการ
 ติดตามเยี่ยมบ้านและเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจให้กับครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยด้วยวิธีการที่
 ถูกวิธี จึงส่งผลให้ผู้ดูแลมีการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะในกรณีศึกษาผู้ป่วย
 จิตเวชรายที่ 1 และกรณีศึกษาผู้ป่วยจิตเวชรายที่ 3 ที่พบว่า หลังจากผู้ดูแลได้รับความรู้ ความ
 เข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจากทีมจิตเวช ทำให้ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี ไม่ว่าจะเป็นการ
 สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือกับวิธีการดูแลของ
 ผู้ดูแลในเรื่องต่าง ๆ ทั้งเรื่องการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การไปพบแพทย์ตามนัดมีเคยขาด
 การฝึกฝนให้ผู้ดูแลสามารถช่วยเหลือตนเองได้ รวมถึงยังได้มีการดูแลติดตามถึงความต้องการของ
 ผู้ป่วยและนำมาสนับสนุนในวิธีการดูแลนั้น ๆ อาทิเช่น การเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมภายใน
 ครอบครัว ด้วยการช่วยงานบ้านเล็ก ๆ น้อย ๆ และมีการกล่าวชม เพื่อเป็นแรงสนับสนุนด้าน
 อารมณ์ให้ผู้ดูแลมีกำลังใจในการพัฒนาตนเอง รวมทั้งได้มีการสนับสนุนกิจกรรมนันทนาการที่
 ผู้ป่วยชื่นชอบ ฟังพอใจ จึงส่งผลให้ผู้ดูแลจิตเวชทั้งสองราย มีสุขภาพจิตที่ดีขึ้นแตกต่างไปจากใน
 อดีตที่ผ่านมา แสดงให้เห็นว่า บทบาทของทีมจิตเวชที่ปฏิบัติงานเชิงรุก มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อ
 การเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจให้แก่ครอบครัวในฐานะผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งมีอิทธิพลต่อความคิดของ
 ผู้ดูแลในการประพฤติปฏิบัติตามคำแนะนำในการดูแลที่ถูกวิธี อีกทั้งถ้าหากผู้ดูแลมีความรู้ ความ
 เข้าใจในการดูแลผู้ป่วยเป็นพื้นฐานอยู่แล้ว และยังได้รับการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจจากทีม
 จิตเวชมากยิ่งขึ้น จะทำให้ผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มพูน และนำมาปฏิบัติดูแลให้ผู้ดูแลมีอาการที่ดีขึ้นได้
 เร็ววัน ดังเช่น กรณีศึกษาผู้ป่วยจิตเวชรายที่ 1 ที่พบว่า น้องสาวผู้ดูแลผู้ป่วยต่อจากบิดามาถึง
 ปัจจุบัน เป็นผู้ที่มีการศึกษาความรู้เรื่องโรคทางจิตเวช และเมื่อได้รับความรู้เพิ่มเติมจากทีมจิตเวช
 น้องสาวผู้ดูแลผู้ป่วยจึงได้นำองค์ความรู้เดิมและองค์ความรู้ใหม่มาผสมผสานกัน เพื่อนำมาปฏิบัติดูแล
 ผู้ป่วย ทำให้อาการของผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเรื้อรังมานานกลับคืนสู่ภาวะสลับลงได้อย่างรวดเร็ว รวมถึง
 น้องสาวยังได้มีการขยายเครือข่ายความรู้ในการดูแลผู้ป่วยไปยังสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้
 สมาชิกในครอบครัวได้มีส่วนร่วมต่อการดูแลผู้ป่วยอีกด้วย จึงทำให้ค้นพบว่า การดูแลผู้ป่วยมิได้
 เป็นภาระหน้าที่ของผู้ดูแลที่ใกล้ชิดที่สุดเพียงเท่านั้น หากแต่สมาชิกในครอบครัวมีความรู้ ความ
 เข้าใจในการดูแลผู้ป่วยและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลใน

หลายด้าน หลายรูปแบบจากวิธีการดูแลของแต่ละบุคคลในครอบครัว นำมาสู่การรับรู้ได้ถึงวิธีการดูแลของบุคคลใดที่ดีหรือวิธีการดูแลของบุคคลใดที่ยังบกพร่อง ที่สามารถนำมาปรับปรุงแก้ไขหรือพัฒนาวิธีการดูแลให้ดียิ่งขึ้นไป สอดคล้องตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ที่กล่าวว่า สมาชิกในครอบครัวควรมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย เพื่อนำมาปรับใช้ในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยให้ตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุด และสมาชิกในครอบครัวควรให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ในฐานะของการเป็นสมาชิกในครอบครัวเช่นเดียวกัน ตามแนวคิดครอบครัวเป็นฐาน ที่สมาชิกในครอบครัวต้องตระหนักในหน้าที่ในการช่วยเหลือดูแลเอาใจใส่ เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะผ่านพ้นวิกฤตปัญหาของตนไปได้ ตรงกันข้าม ถ้าหากผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวต่างขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย ก็จะทำให้เจตคติในด้านลบและพฤติกรรมในการดูแลที่ไม่เหมาะสม มีผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถที่จะดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขเช่นคนปกติทั่วไป ดังเช่น กรณีศึกษาผู้ป่วยจิตเวชรายที่ 2 ที่มารดาผู้ดูแล เครือญาติ คนในชุมชนขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย และยังคงปฏิเสธที่จะยอมรับต่อการรักษาที่ถูกวิธี โดยให้การดูแลผู้ป่วยอย่างละเลยด้วยการล่อลวง ส่งผลต่อความถดถอยของผู้ป่วยในทุกด้าน ทั้งร่างกาย อารมณ์จิตใจและการปรับตัวเข้าสังคม

จากการสัมภาษณ์ในครั้งนี้จะพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่มีความรู้ ความเข้าใจในวิธีการดูแลผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ เพิ่มขึ้นหลังจากมีการปฏิบัติงานของทีมจิตเวช แต่ในการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยยังไม่มากนัก ผู้ป่วยดูแลตนเองได้เฉพาะเรื่องง่าย ๆ มีผลต่อการที่ผู้ป่วยจะใช้เวลาไปกับการนอนหลับพักผ่อนเป็นส่วนมากอันไร้ซึ่งประโยชน์ สอดคล้องกับผลการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พัฒนา ผูกพันให้ผู้ป่วยดูแลตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เรื่องง่าย ๆ พื้นฐาน อยู่ในระดับมาก แต่ให้การสนับสนุนให้ผู้ป่วยประกอบอาชีพ อยู่ในระดับน้อย สะท้อนให้เห็นว่า การดูแลที่ดีต้องมาจากการที่ครอบครัวสามารถพัฒนา ผูกพันให้ผู้ป่วยยืนหยัดได้ด้วยตนเอง โดยไม่ตกอยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่นอยู่ตลอดเวลา เพราะครอบครัวไม่สามารถที่จะดูแลผู้ป่วยได้ตลอดไป