

ประสบการณ์ของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบ
ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ของไทย



นางสาวอภาภรณ์ ดำรงสุขกุล

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2551

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

WOMEN'S EXPERIENCES OF CARING FOR TRAUMATIZED FAMILY MEMBERS FROM
INSURGENCY SITUATION IN THREE SOUTHERNMOST PROVINCES OF THAILAND



Miss Arepaporn Dumrongsusakul

สถาบันวิทยบริการ

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2008

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ประสบการณ์ของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับ
บาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัด
ชายแดนภาคใต้ของไทย

โดย

นางสาวอาภาภรณ์ ดำรงสุขกุล

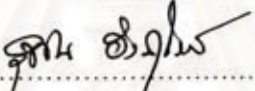
สาขาวิชา

การพยาบาลศาสตร์


อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

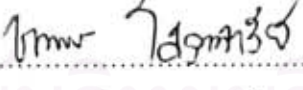
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชมพูนุช โสภการีย์


คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยรับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต


..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยูทิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(ศาสตราจารย์ ดร. วิณา จีระแพทย์)


..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชมพูนุช โสภการีย์)


..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร. จอนฉะจง เหิงจาด)

อาภาภรณ์ คำรงสุสกุล : ประสบการณ์ของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ของไทย.

(WOMEN'S EXPERIENCES OF CARING FOR TRAUMATIZED FAMILY MEMBERS FROM INSURGENCY SITUATION IN THREE SOUTHERNMOST PROVINCES OF THAILAND) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : ผศ. ดร. ชมพูนุช โสภาจารย์, 130 หน้า.

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสบการณ์ของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ของไทย ใช้มุมมองจากแนวคิดเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) ทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเจาะเจาะจง (Purposive sampling) ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้หญิงที่ทำหน้าที่หัวหน้าครอบครัวและเป็นผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ จำนวน 12 คน ทำการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และบันทึกเทปวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) ตามแนวทางของ Burnard (1991)

ผลการวิจัยพบว่า ประสบการณ์ของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ประกอบด้วย 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การตั้งตัวไม่ทัน 2) ภาระที่หนักอึ้ง ประกอบด้วย ภาระรายรับรายจ่าย ภาระการดูแลและภาระทางอารมณ์ 3) ความรับผิดชอบของผู้หญิง ประกอบด้วย การร่วมทุกข์ร่วมสุข เป็นความภาคภูมิใจและทำทุกอย่างเพื่อครอบครัว และ 4) การเผชิญและปรับเปลี่ยน ประกอบด้วย การยอมรับเวรกรรม สร้างความหวัง ระบายออกด้วยการร้องไห้ หากำลังใจให้ตัวเอง หาสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจและมองหาความช่วยเหลือจากสังคม

ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงประสบการณ์ของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ของไทย ข้อมูลที่ได้สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาแนวทางในการช่วยเหลือดูแลผู้หญิงเหล่านี้ต่อไป

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์.....

ปีการศึกษา.....2551.....

ลายมือชื่อนิสิต.....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

5077638636 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS : EXPERIENCES / WOMEN / INSURGENCSITUATION / TRAUMATIZED
FAMILY MEMBERS / FAMILY CAREGIVERS

AREPAPORN DUMRONGSUSAKUL : WOMEN'S EXPERIENCES OF CARING
FOR TRAUMATIZED FAMILY MEMBERS FROM INSURGENCY SITUATION IN
THREE SOUTHERN MOST PROVINCES OF THAILAND. ADVISOR :
ASST.PROF. CHOMPUNUT SOPAJAREE, 130 pp.

The purpose of this qualitative study was to explore women's experiences of caring for traumatized family members from insurgency situation in three southernmost provinces of Thailand. Phenomenological perspective was used as guided to understand women's experiences. By using purposive sampling, 12 participants were recruited for the study. The key informants were women who were heads of households and caregivers of traumatized family members from insurgency situation. Data were collected by in-depth interviews. The interviews were tape-recorded and transcribed verbatim. Content analysis technique guided by Burnard (1991) was applied for data analysis.

By looking at the women's experiences of caring for traumatized family members, four main themes were emerged and presented as follows: 1) Being unanticipated; 2) Feeling of severe burden included financial burden, burden of care for traumatized family members, and emotional burden; 3) Women's responsibilities involved sharing suffer and happiness, taking pride in caring for traumatized family members, and doing everything possible for family; and 4) Dealing and adjusting to changes comprised accepting the fate, raising one's hope, crying to release, seeking courage, finding religious and social supports.

The finding from this study sheds the light on women's experiences of caring for traumatized family members from insurgency situation in three southernmost provinces of Thailand. This information needs to be considered when developing ways to help these groups of women.

Field of Study : Nursing Science.....

Student's Signature

Academic Year : 2008.....

Advisor's Signature




กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความสามารถและเมตตาจาก ผศ.ดร.ชมพูนุช โสภากาจารย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำ ชี้แนะที่มีประโยชน์อย่างยิ่งต่อการศึกษาค้นคว้า อีกทั้งยังคอยให้กำลังใจ ให้โอกาสเรียนรู้ กล่อมเกลากะบวนการคิด จนสามารถเรียบเรียงงานวิจัยชิ้นนี้จนสำเร็จลุล่วง ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งใจต่อความกรุณาที่อาจารย์มอบให้อย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณด้วยใจอันเคารพอย่างสูง ไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ศ.ดร.วีณา จีระแพทย์ ประธานกรรมการวิทยานิพนธ์ ที่ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาค้นคว้า และกราบขอบพระคุณ รศ.ดร.จอนณะจง เพ็งจาด ที่ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการแก้ไขข้อบกพร่อง จนทำให้งานวิจัยชิ้นนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้แก่ผู้วิจัย ตลอดระยะเวลาที่ศึกษาได้ร่วมเงาสถาบันแห่งนี้ ขอขอบคุณเพื่อนรุ่นพี่ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่เป็นกัลยาณมิตร ที่ให้กำลังใจและช่วยเหลือผู้วิจัยเสมอมา อีกทั้งขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัยที่สนับสนุนทุนการวิจัย ทำให้ได้นำมาใช้เกิดประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์

ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา สำหรับความรักความอบอุ่น การดูแลที่ดีและให้ทั้งกำลังใจและกำลังใจทรัพย์ที่มีค่า ทำให้ผู้วิจัยสำเร็จการศึกษาอย่างเต็มภาคภูมิ ด้วยมิได้หวังสิ่งตอบแทนใดๆ

ขอบคุณพี่ๆและเพื่อนร่วมงานของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์เป็นอย่างสูง สำหรับคำปรึกษาที่ดีและมอบทุนการศึกษาแก่ผู้วิจัย พร้อมทั้งขอบคุณเจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงานและช่วยเหลือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบภาคใต้ทุกท่านที่ช่วยเหลือ และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี

ขอบคุณพี่สันต์ พี่เอส พี่รงค์ ที่คอยช่วยเหลือและให้ทั้งกำลังใจ กำลังใจ ทำให้ผู้วิจัยมีความเข้มแข็ง และสามารถทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
บทที่	
1. บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
แนวคิดเบื้องต้น.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	6
คำถามการวิจัย.....	6
คำจำกัดความการวิจัย.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	8
2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
บริบทของสามจังหวัดชายแดนภาคใต้.....	9
สถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้.....	12
การดูแลผู้ป่วยที่บ้านและการเป็นผู้ดูแลในครอบครัว.....	19
3. วิธีการดำเนินการวิจัย.....	34
ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย.....	34
ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	35
ขั้นตอนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	43
4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	47
บริบทของสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้.....	47
สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	70

บทที่	หน้า
5. สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	73
อภิปรายผลการวิจัย.....	77
ข้อเสนอแนะ.....	95
รายการอ้างอิง.....	97
ภาคผนวก.....	109
ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองผู้ให้ข้อมูล.....	110
ภาคผนวก ข ลักษณะของผู้ให้ข้อมูล.....	114
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	117
ภาคผนวก ง ใบรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ข้อมูลสำหรับ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและไปยินยอมของ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....	122
ภาคผนวก จ การรวบรวมข้อมูล.....	128
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	130

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ของไทย นับตั้งตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 จนถึงปัจจุบัน เป็นสถานการณ์ที่มนุษย์จิตใจทำร้ายกันเองอย่างรุนแรง ไม่ว่าจะเป็นการลอบยิง การวางระเบิด และเมื่อพิจารณารูปแบบของสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดที่เกิดขึ้นในอดีตพบว่า เป็นรูปแบบของการลอบทำร้ายเจ้าหน้าที่ของรัฐ การทำร้ายครู การเผาโรงเรียนและสถานที่ราชการ อย่างไรก็ตามในครั้งนี้นี้ การก่อการร้ายมีรูปแบบเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านของความถี่และความรุนแรงที่เพิ่มขึ้น (รุ่ง แก้วแดง, 2548) มีการปรับเปลี่ยนยุทธวิธีการก่อเหตุ ที่ได้เปลี่ยนมาใช้การวางระเบิดเพิ่มมากขึ้น และลงมือกระทำพร้อมๆ กัน ในหลายสถานที่ รวมทั้งการประกบยิงรายวันตามพื้นที่ต่างๆ ซึ่งเป้าหมายของการลอบทำร้ายไม่ได้เป็นเพียงเฉพาะเจ้าหน้าที่ของรัฐ แต่กระจายไปสู่ประชาชนผู้บริสุทธิ์ด้วย (รติวรรณ วังธนากร, 2550)

สถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ดังกล่าวส่งผลกระทบต่อคนจำนวนมาก (กันตพร ยอดไชย ปิ่นทิพย์ นาคดำ และเพลิศ สุานีวิฒนานนท์, 2550) ก่อให้เกิดความสูญเสียทั้งชีวิตและทรัพย์สิน รวมทั้งทำให้สังคมที่เคยอยู่กันอย่างสมานฉันท์บนความหลากหลายทางความเชื่อและวัฒนธรรมเปลี่ยนแปลงไป นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิตของประชาชนที่อาศัยอยู่ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ทั้งนี้เนื่องจากความไม่แน่นอนของสถานการณ์ ทำให้ไม่สามารถทราบล่วงหน้าได้ว่าความรุนแรงจะเกิดเมื่อไร ที่ไหน อย่างไร และจะสิ้นสุดลงเมื่อไร ส่งผลให้เกิดบรรยากาศความหวาดระแวง ความไม่วางใจ และความไม่มั่นใจในความปลอดภัยของชีวิตและทรัพย์สิน (รติวรรณ วังธนากร, 2550)

จากรายงานของศูนย์ประสานงานวิชาการและช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศวชต.) พบว่าตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2547 จนถึงวันที่ 30 สิงหาคม 2551 มีเหตุการณ์ที่ส่งผลต่อชีวิตประชาชนมากถึง 6,891 ครั้ง ทำให้มีผู้ที่ได้รับบาดเจ็บจำนวน 6,245 คน ผู้เสียชีวิต จำนวน 3,109 คน ซึ่งจากการศึกษาผลกระทบของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้พบ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม สำหรับด้านร่างกาย จากการจำแนกตามการบาดเจ็บของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ตั้งแต่ปี พ.ศ.2547-2550 พบว่าส่วนใหญ่มากถึงร้อยละ 45.04 ได้รับบาดเจ็บที่แขน ขา และเท้า รองลงมา คือ การได้รับบาดเจ็บของช่องท้องและศีรษะ โดยพบร้อยละ 19.02 และ 17.82 ตามลำดับ ซึ่งความรุนแรงพบตั้งแต่การมีบาดแผลจนถึงการสูญเสียอวัยวะ ส่งผลให้มีการเคลื่อนไหวยากลำบาก และความสามารถในการ

ปฏิบัติการวัตรประจำวันลดลง (กันตพร ยอดไชย ปิ่นทิพย์ นาคดำ และเพลิส สุวานิวัฒนานนท์, 2550)

ในด้านจิตใจการได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้มีผลต่อทั้งผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ ครอบครัว และผู้ที่อยู่ในพื้นที่โดยก่อเกิดความเครียด วิตกกังวล หวาดกลัว และรู้สึกถึงความไม่แน่นอนในชีวิต ซึ่งจากการศึกษาภาวะเครียดและความต้องการส่งเสริมสุขภาพจิตของประชาชนในพื้นที่ต่อสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่า ประชาชนมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 58.67) มีความเครียดและสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียด ได้แก่ สถานการณ์ไม่สงบ ความไม่ปลอดภัยในชีวิต และทรัพย์สิน (สุรพันธ์ ปราบกรี, นิตย์ ทองเพชรศรี และสุริ ชาติระรัตน์, 2548) ส่วนด้านเศรษฐกิจและสังคม เนื่องจากผู้ได้รับผลกระทบส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 84) อยู่ในวัยทำงานหรือมีอายุระหว่าง 20-50 ปี มากถึงร้อยละ 90 และแทบทั้งหมดมีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัว ดังนั้นจากการที่ผู้บาดเจ็บไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง เป็นผลให้การดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลง และขาดรายได้จากการประกอบอาชีพ (กันตพร ยอดไชย ปิ่นทิพย์ นาคดำ และเพลิส สุวานิวัฒนานนท์, 2550) เป็นสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจตามมา (สุรพันธ์ ปราบกรี, นิตย์ ทองเพชรศรี และสุริ ชาติระรัตน์, 2548)

จะเห็นได้ว่า โดยบริบทของสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ปัญหาสถานการณ์ความไม่สงบส่งผลกระทบต่อประชาชนทุกเพศ ทุกวัย ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อยู่แล้ว แม้ในรายที่ไม่ได้รับผลกระทบโดยตรง ประชาชนส่วนใหญ่รู้สึกสะเทือนใจเมื่อได้เห็นภาพแห่งการสูญเสีย ปัจจัยดังกล่าวได้ส่งผลกระทบต่อบุคคลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ก่อให้เกิดความเครียดอย่างรุนแรง และต่อเนื่อง (กันตพร ยอดไชย ปิ่นทิพย์ นาคดำ และเพลิส สุวานิวัฒนานนท์, 2550) สอดคล้องกับการศึกษาของ Watts (2000) ซึ่งได้ศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบทางด้านจิตใจในผู้ประสบเหตุการณ์ระเบิดพบว่า ผู้ประสบการณืเหตุยังคงมีการฝันร้ายถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ถึงแม้เวลาจะผ่านไปแล้วนานถึง 55 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของ Wright, Binney และ Kunkler (1994) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับประชาชนที่อยู่ห่างจากระเบิดในสนามฟุตบอลในชุมชนที่ทำให้มีผู้เสียชีวิตถึง 95 คน พบว่าประชาชนกลุ่มดังกล่าวมากถึงร้อยละ 22 มีความทุกข์ทรมานจากความเครียดภายหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Posttraumatic Stress Disorder: PTSD) ซึ่งอาการดังกล่าวพบร่วมกับปัญหาอื่น ๆ เช่น โรคจิต พฤติกรรมทำร้ายตนเอง การเสพสารเสพติด หวาดระแวง กลัว ซึมเศร้า สิ้นหวัง เป็นต้น (วิณา มิ่งเมือง และคณะ, 2548) สำหรับผู้ที่ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ นอกจากจะได้รับความเครียดจากสถานการณ์ในชีวิตประจำวันเช่นเดียวกับประชาชนในพื้นที่แล้ว ยังมีได้รับบาดเจ็บและความพิการของร่างกาย และจากการศึกษาของ Horowitz (2003) ยังพบว่าผู้บาดเจ็บที่ได้รับการบาดเจ็บทางจิตใจ

(Psycho-traumatology) ทำให้มีการหวนรำลึกถึงเหตุการณ์นั้นซ้ำๆ (Re-experience) เหมือนตัวเองอยู่ในเหตุการณ์นั้นตลอด แม้มีสิ่งเร้าแม้เพียงเล็กน้อย ก็กระตุ้นให้มีการสร้างจินตนาการเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ผู้ได้รับบาดเจ็บมักมีการตื่นตัวของระบบจิตสรีรวิทยาเกินปกติ (Hyperarousal) ทำให้มีอาการทางกาย เช่น นอนไม่หลับ สะดุ้งบ่อย ละเมอกลัว เป็นต้น จากการศึกษาในผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความรุนแรงพบว่าผู้บาดเจ็บส่วนหนึ่งได้มีการแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยการหันมาใช้เครื่องมือที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ยานอนหลับ หรือการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น (Norris et al., 2002) และยังพบว่าภาวะจิตใจเช่นนี้ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง และเกิดเป็นปัญหาความรุนแรงภายในครอบครัวตามมาได้ (Glenn et al., 2002) ดังนั้นผู้ที่ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้จึงควรได้รับการดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจอย่างต่อเนื่อง

การได้รับบาดเจ็บด้านร่างกายส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่หัวหน้าครอบครัวของผู้ชายลดลงหรือไม่สามารถกระทำบทบาทนี้ได้ ทำให้ผู้หญิงในครอบครัวต้องเข้ารับบทบาทเป็นเสาหลักของครอบครัวและผู้ดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บ ซึ่งไม่ได้มีการเตรียมความพร้อมมาก่อน ก่อให้เกิดปัญหามากมายกับผู้หญิงเหล่านี้ ซึ่งหากเปรียบเทียบความสูญเสียระหว่างผู้หญิงและผู้ชายแล้วพบว่า ผู้หญิงได้รับผลกระทบจากความสูญเสียมากกว่าผู้ชาย เนื่องจากต้องรับภาระเป็นเสาหลักของครอบครัว (ศิริพร สโครบาเนค, 2548) และเมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยหรือพิการ ผู้หญิงเป็นบุคคลหลักที่ต้องรับภาระหน้าที่และความรับผิดชอบต่างๆ ของครอบครัวตลอดจนบทบาทของผู้ดูแล (ดลมนรวิทย์ บากา, 2540) นับว่าผู้หญิงกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่ได้รับผลกระทบจากการบาดเจ็บ (Secondary victim) เช่นกัน จากการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้านในผู้ป่วยเรื้อรัง พบว่าเป็นระยะที่ก่อปัญหา ความยุ่งยากแก่ครอบครัว และผู้ดูแลเป็นอันมาก ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพและความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้ป่วยลดลง ประกอบกับการเข้ารับบทบาทใหม่ในฐานะผู้ดูแลซึ่งจำเป็นที่ผู้ดูแลต้องเรียนรู้ที่จะปรับบทบาทให้เหมาะสม เพื่อที่จะทำหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบได้ (ศศิธร ช่างสุวรรณ, 2548) โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้นั้น นอกจากต้องดูแลสมาชิกในครอบครัวที่บาดเจ็บด้านร่างกายให้ได้รับความสุขสบายทางร่างกาย ดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อนและฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บแล้ว การดูแลสภาพจิตใจของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บก็เป็นสิ่งที่ปฏิบัติควบคู่กัน เนื่องจากผู้บาดเจ็บเหล่านี้ยังมีความวิตกกังวล ความเครียด ซึมเศร้า อาจจะพัฒนาไปสู่ภาวะความเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD) ได้

จากลักษณะครอบครัวของประชาชนในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ส่วนใหญ่ผู้ชายทำหน้าที่หัวหน้าครอบครัว ในขณะที่ผู้หญิงทำหน้าที่แม่บ้าน อีกทั้งในบริบทอำเภอเมืองของทั้งสาม

จังหวัดชายแดนภาคใต้ นั้น ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว (ดลมนรค์ บากา, 2540) เหล่านี้ย่อมส่งผลให้ผู้หญิงที่รับบทบาทผู้ดูแลต้องมีการเพิ่มบทบาทจากการเป็นแม่บ้านไปเป็นผู้ดูแล จนกระทั่งเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัวในสภาพของผู้ที่มีการศึกษาน้อยและไม่เคยประกอบอาชีพ จึงส่งผลให้ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับอนาคตของตนเองและครอบครัว (กันตพร ยอดไชย ปิ่นทิพย์ นาคดำ และเพลิส สุวานิวัฒนานนท์, 2550) สอดคล้องกับการศึกษาของรติวรรณ วังธนากร (2550) ที่พบในทำนองเดียวกันว่าภาวะสุขภาพของครอบครัวที่เผชิญสถานการณ์ความไม่สงบจากการก่อการร้ายส่วนใหญ่อยู่ในภาวะเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตมากถึงร้อยละ 57.6 โดยเฉพาะอย่างยิ่งครอบครัวที่ต้องเผชิญกับการบาดเจ็บของสมาชิกในครอบครัว มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง และหน้าที่ของครอบครัว

จากการศึกษาบริบทของผู้ดูแลนั้น ได้มีการศึกษาเปรียบเทียบภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลเพศชายและเพศหญิงพบว่า เพศหญิงมีความเสี่ยงที่จะมีอาการทางจิตสูงกว่าเพศชายและยังพบอีกว่าผู้หญิงที่รับหน้าที่ผู้ดูแลนั้นมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าเพศชาย (Yee & Schulz, 2000) ผลกระทบจากการรับบทบาทผู้ดูแลทำให้ผู้หญิงต้องมีการปรับตัวเพื่อให้สามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลง หากไม่สามารถปรับตัวจากสถานการณ์ดังกล่าวได้ ก็อาจส่งผลให้เกิดความขัดแย้งของสมาชิกในครอบครัว จนทำให้กระบวนการพัฒนาของครอบครัวไม่มีความเหมาะสม ก่อให้เกิดวิกฤตของครอบครัวตามมา (สมภพ เรืองตระกูล, 2546) สอดคล้องกับการศึกษาในประเด็นของผู้ดูแลของ Grants (1996) ที่พบว่าผู้ดูแลอธิบายความต้องการการดูแลที่บ้านของผู้ป่วยว่าเป็นเรื่องที่คุกคามและก่อให้เกิดประสบการณ์ที่ไม่แน่นอน ขาดทักษะในการแก้ไขปัญหาในการจัดการกับสุขภาพ ในการรับรู้และอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ซึ่งภาวะวิกฤติดังกล่าวส่งผลต่อภาวะสุขภาพของครอบครัวรวมทั้งผู้ป่วย ผู้ดูแล และหากผู้ดูแลไม่เข้าใจในภาระงานการดูแลผู้บาดเจ็บ ซึ่งต้องใช้กำลังกายและกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด จะทำให้การดูแลเกิดความเหนื่อยล้า ความเครียด เกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายไม่อยากดูแล (รุจา ภูไพบูลย์, 2541) ดังนั้นหากผู้ดูแลมีปัญหา หรือไม่สามารถรับบทบาทการดูแลหรือไม่มีความพร้อมในการดูแลแล้วนั้น การดูแลที่ดีก็เกิดขึ้นไม่ได้

ดังนั้น การศึกษาถึงประสบการณ์ของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ตามวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งเป็นวิธีการแสวงหาความรู้ เพื่อนำมาอธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาอย่างครอบคลุมและลึกซึ้ง ตามมุมมองที่เกิดขึ้นจริงให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น เพื่อให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทในการการสร้างสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพบุคคล ตลอดจนการดูแลสุขภาพสุขภาพของครอบครัวและชุมชน รวมไปถึงเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดการการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชนอย่างเข้าใจชีวิต การเผชิญ

ปัญหาและการปรับตัวของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่อันจะนำไปสู่แนวทางการป้องกันแก้ไข ให้ความช่วยเหลือผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ ผู้ดูแลและครอบครัวทั้งในระยะสั้นและระยะยาวอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์และ/หรือปัญหาการวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์ของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ของไทย

แนวคิดเบื้องต้น (Preconceived notion)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดเชิงปรากฏการณ์วิทยา(Phenomenology) ซึ่งมีพื้นฐานว่าประสบการณ์ เป็นความหมายที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล อาศัยการหยั่งรู้ความหมายจากข้อมูลโดยแยกความคิด หรือประสบการณ์ของผู้วิจัย จนกว่าจะเข้าใจประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริง โดยผู้วิจัยกำหนดกรอบแนวคิดไว้กว้างๆ เพื่อเป็นจุดเริ่มต้นในการศึกษา และเป็นแนวทางสำหรับผู้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้อย่างครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย และสามารถวางแผนการวิจัยได้อย่างถูกต้องแต่ไม่ได้หมายความว่า จะเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย เมื่อดำเนินการแล้ว กรอบแนวคิดจะมีการปรับเปลี่ยนไปตามองค์ความรู้ใหม่ที่ได้จากกระบวนการศึกษา และผลการศึกษา(ศิริพร จิรวัดมนกุล, 2548) ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยทบทวนแนวคิดเบื้องต้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแล และการดำเนินชีวิตระหว่างการทำหน้าที่หัวหน้าครอบครัว และการดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ดังนี้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าภายหลังประสบกับสถานการณ์ความไม่สงบ ผู้ได้รับบาดเจ็บและผู้ได้รับผลกระทบจะมีปฏิกิริยาทางด้านจิตใจที่แตกต่างขึ้นอยู่กับความรุนแรง ความถี่ และความต่อเนื่องของเหตุการณ์ รวมถึงขีดความสามารถในการปรับตัวของผู้ได้รับผลกระทบ (วชิระ เพ็งจันทร์, ศิริศักดิ์ ธิติดิถกรัตน์ และพิทักษ์พล บุญยมาลิก, 2550) อย่างไรก็ตามเมื่อสมาชิกในครอบครัวได้รับบาดเจ็บ และต้องการการพึ่งพาจากผู้ดูแล ผู้หญิงจึงต้องรับบทบาทเป็นผู้ดูแล ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า หากผู้ดูแลปรับตัวเข้าสู่บทบาทไม่สำเร็จจะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด โดยความเครียดของผู้ดูแลเกิดจากการที่ผู้ดูแลต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในหลายๆ ด้านของชีวิต ทั้งด้านบทบาท หน้าที่ เศรษฐกิจ และความเป็นอยู่ อีกทั้งผู้ที่ได้รับบาดเจ็บนั้นยังมีปัญหาทั้งด้านร่างกายจากความพิการที่หลงเหลือและปัญหาด้านจิตใจจากบาดเจ็บทางจิตใจ (Psychotraumatology) จนส่งผลกระทบต่อทางร่างกายของผู้ได้รับบาดเจ็บอีกด้วย (Horowitz, 2003)

ปัญหาหรือการเปลี่ยนแปลงข้างต้นส่งผลให้เกิดความเครียดต่อผู้ดูแล ซึ่งจากแนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984) อธิบายความเครียดว่า เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งบุคคลกับสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน โดยบุคคลเกิดการรับรู้และการประเมินภาวะเครียดของบุคคลจะต้องผ่านกระบวนการประเมินด้วยสติปัญญา (Cognitive Appraisal) หรือแหล่งประโยชน์ (Resource) ที่ตนเองจะใช้ต่อต้านได้ และรู้สึกว่าคุณค่าหรือเป็นอันตรายต่อความเป็นผาสุก ต่อมาบุคคลจะมีการเผชิญความเครียดและการปรับตัว ซึ่ง Walker และคณะ (1995) พบว่า การปรับตัวนั้นเป็นประสบการณ์เฉพาะส่วนบุคคล จึงมีกระบวนการตอบสนองต่อบทบาทและผลลัพธ์จากการปรับตัวที่แตกต่างกัน ผลลัพธ์จากการดูแลจะมีทั้งด้านบวก (ปรับตัวดี) และด้านลบ (ปรับตัวไม่ดี) ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความต้องการเพื่อช่วยเป็นแรงกระตุ้นที่ก่อให้เกิดการปรับการรับรู้ถึงสิ่งที่ขาดไปให้เข้าสู่ภาวะสมดุล (Wingate & Lackey, 1989)

ดังนั้น เมื่อผู้ดูแลประสบกับสถานการณ์ที่ต้องมีการปรับเปลี่ยนบทบาทอย่างกะทันหัน และขาดการเตรียมความพร้อม ย่อมส่งผลกระทบให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด การเผชิญความเครียดและเกิดความต้องการต่างๆ เพื่อช่วยให้ตนเองสามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างสมดุล

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้แนวคิดเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) เพื่อศึกษาประสบการณ์ของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ของไทย ครอบคลุมการดำเนินชีวิต การเผชิญปัญหาและการปรับตัว ระหว่างการดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ ทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูล คือ 1) เป็นผู้หญิงที่ทำหน้าที่หัวหน้าครอบครัวและเป็นผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ อย่างน้อย 3 เดือน 2) มีสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับการบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่ยังมีความเจ็บป่วย หรือความพิการและต้องการการพึ่งพา ตั้งแต่ระดับปานกลางจนถึงทั้งหมด หรือมีคะแนน ดัชนีบาร์เธล เอดีแอล (Barthel ADL Index) อยู่ระหว่าง 0-11 คะแนน 3) มีที่พักอาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดปัตตานี ยะลา หรือนราธิวาส 4) สามารถสื่อสาร เข้าใจภาษาไทย มีสติสัมปชัญญะดี และ 5) มีความสมัครใจและยินดีเป็นผู้ให้ข้อมูล จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บรวบรวม ตั้งแต่วันที่ 14 - 25 มีนาคม 2552 จากผู้ให้ข้อมูล 12 ราย

คำถามการวิจัย

ประสบการณ์ของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้เป็นอย่างไร

คำจำกัดความเบื้องต้นที่ใช้ในการวิจัย

1. **ประสบการณ์ของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัว** หมายถึง การถ่ายทอดเรื่องราวของการดำเนินชีวิต การเผชิญปัญหาและการปรับตัวของผู้หญิงที่มีอายุระหว่าง 18-59 ปี ในการทำหน้าที่หัวหน้าครอบครัวและเป็นผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้เป็นเวลาอย่างน้อย 3 เดือน

2. **ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ** หมายถึง บุคคลที่ถูกทำร้ายด้วยการลอบยิง การวางระเบิด การวางเพลิง หรือการปะทะระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้ก่อการร้าย จากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ จนมีความพิการและต้องการการฟื้นฟู ในระดับปานกลางจนถึงทั้งหมด หรือมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-11 คะแนน จากประเมินความต้องการการฟื้นฟูในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) ของสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (2542)

3. **สถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้** หมายถึง เหตุการณ์ความรุนแรง ประกอบด้วยการลอบยิง การวางระเบิด การวางเพลิง การปะทะระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ก่อการร้าย การทำร้ายประชาชนผู้บริสุทธิ์และเจ้าหน้าที่ของรัฐ จนมีผู้บาดเจ็บ พิการ และต้องการการฟื้นฟูที่เกิดขึ้นในพื้นที่จังหวัดปัตตานี ยะลา และนราธิวาส

4. **หัวหน้าครอบครัวและผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บ** หมายถึง ผู้หญิงที่ทำหน้าที่ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง เช่น การอาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกาย และการดูแลสุขภาพจิตของสมาชิก เช่น ช่วยแต่งตัว ป้อนอาหารหรือให้อาหารทางสายยาง ทำความสะอาดแผล ช่วยในการขับถ่าย จัดเตรียมให้ผู้ป่วยรับประทานยา เป็นต้น โดยให้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอ ยังเป็นผู้หารายได้หลักในครอบครัว และจัดการด้านอื่นๆ ซึ่งไม่ใช่การกระทำที่กระทำต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง เช่น เป็นธุระแทนในการติดต่อกับชุมชนหรืองานสังคม จัดการเกี่ยวกับการเดินทางในการตรวจรักษา เป็นต้น

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เป็นข้อมูลสำคัญในการพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ด้วยความเข้าใจชีวิต การเผชิญปัญหาและการปรับตัว ให้เหมาะสมกับช่วงเวลาและความต้องการของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บ สำหรับพยาบาล บุคลากรสุขภาพสามารถนำไปใช้ในการศึกษาวิจัยและปฏิบัติการพยาบาล ในการดูแล และเยี่ยมเยียน ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาประสบการณ์ของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการทบทวนวรรณกรรม โดยการศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการวิจัย ดังนี้

1. บริบทของสามจังหวัดชายแดนภาคใต้
2. สถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้
 - 2.1 ผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบต่อประชาชนที่อาศัยอยู่ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้
 - 2.2 การดูแลและช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ในระยะฟื้นฟู (หลังเกิดเหตุการณ์ 3 เดือนขึ้นไป)
 - 2.3 การดูแลและช่วยเหลือผู้หญิงที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้
3. การดูแลผู้ป่วยที่บ้านและการเป็นผู้ดูแลในครอบครัว
 - 3.1 การเป็นผู้ดูแล
 - 3.2 บทบาทของผู้ดูแลในการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ต้องการการพึ่งพา
 - 3.3 ผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแล
 - 3.4 ความต้องการของผู้ดูแล
 - 3.5 บทบาทของพยาบาลต่อผู้ดูแล

1. บริบทของสามจังหวัดชายแดนภาคใต้

สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ เคยเป็นอาณาจักรเก่าแก่มาก่อน มีความผูกพันกับความเจริญและความเสื่อมของรัฐต่างๆ ในแหลมมลายูและหมู่เกาะชวามาอย่างต่อเนื่อง การที่บริเวณดังกล่าวเป็นพื้นที่เชื่อมต่อลงไปถึงแหลมมลายูทำให้มีความสำคัญทางภูมิรัฐศาสตร์ ทั้งในด้านเป็นเส้นทางเชื่อมการค้าระหว่างภูมิภาคตะวันตกกับตะวันออกเป็นศูนย์กลางการค้า และการเดินเรือระหว่างมหาสมุทรอินเดียกับมหาสมุทรแปซิฟิก ความสำคัญในแง่ที่ตั้งดังกล่าวจึงทำให้ดินแดนแห่งนี้รับเอาอิทธิพลทั้งทางศาสนาและวัฒนธรรม จากชนชาติที่เข้ามาติดต่อกับชายด้วย รวมถึงการนับถือศาสนาต่างๆ เช่น ศาสนาอิสลาม พุทธ และฮินดู (ศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้, 2542)

ประชาชนในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ นับว่ามีส่วนทำให้เกิดความรู้สึกแปลกแยก ระหว่างไทยมุสลิมในพื้นที่กับประชาชนในส่วนอื่นๆ ของประเทศ กล่าวคือในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ซึ่งประกอบด้วยจังหวัดปัตตานี ยะลา และนราธิวาสมีพื้นที่รวมกันถึง 6.79 ล้านไร่ หรือ 10,936 ตารางกิโลเมตร อุดมไปด้วยทรัพยากรธรรมชาติ และมีประชากรรวมกันประมาณ 1.78 ล้านคน ซึ่งส่วนใหญ่ร้อยละ 79 นับถือศาสนาอิสลาม (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551)

ในด้านสังคม ประชาชนในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ยังยึดมั่นในประเพณีดั้งเดิม ซึ่งมีสาเหตุจากกฎเกณฑ์ทางศาสนาและการดำรงชีวิตตามวิถีมุสลิม ทำให้ประชาชนยังคงอัตลักษณ์ของตนอย่างเหนียวแน่นและแตกต่างจากภาคอื่นของประเทศ ภาษามลายูท้องถิ่น หรือภาษายาวีที่ประชาชนใช้ในการสื่อสารนั้น มิได้มีความหมายเพียงเพื่อการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม แต่มีความหมายลึกซึ้งกว่านั้นที่สะท้อนถึงความสัมพันธ์ของชาวมลายูทั้งหมด (พฐพงษ์ เทพจारी, 2534) แม้ว่าในปัจจุบันประชาชนในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้จำนวนมาก โดยเฉพาะคนรุ่นใหม่ สามารถใช้ภาษาไทยได้ แต่ก็ยังเป็นเพียงการใช้เพื่อติดต่อสื่อสารกับทางราชการ ยังไม่มีอิทธิพลมากพอที่จะแทนที่ภาษายาวีที่มีนัยสำคัญของอัตลักษณ์ทางวัฒนธรรมในพื้นที่ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า ภาษาสามารถจะเป็นเครื่องมือสร้างความเป็นอันหนึ่งอันเดียวในสังคมแห่งนี้ได้ (ศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้, 2542)

สำหรับด้านการศึกษา วิถีชีวิตและความเชื่อ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลมาก ของประชาชนในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ทั้งนี้เนื่องจากในอดีตอาณาจักรปัตตานีเคยเป็นศูนย์กลางการศึกษามายาวนานแม้กระทั่งในปัจจุบันการศึกษาในโรงเรียนของศาสนาอิสลามหรือปอเนาะ ก็ยังเป็นที่ยินยอม เป็นที่ยอมรับ และเป็นสัญลักษณ์สำคัญทางวัฒนธรรมของประชาชนในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ประชาชนที่นับถือศาสนาอิสลามส่วนใหญ่จะเรียนเฉพาะการศึกษาภาคบังคับ จึงทำให้ขาดความต่อเนื่องในระดับมัธยมศึกษา และเสียโอกาสในการศึกษาในระดับอุดมศึกษา อย่างไรก็ตาม ประชาชนที่นับถือศาสนาอิสลามในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ มักศึกษาแต่ในโรงเรียนสอนศาสนา ทำให้ทัศนคติหรือแนวความคิดที่สอดคล้องที่เป็นไปของโลกยุคปัจจุบัน ประกอบกับวุฒิการศึกษาในโรงเรียนสอนศาสนาไม่ได้รับการรับรองจากภาครัฐส่งผลให้ไม่สามารถทำงานในภาครัฐและเอกชนได้ คุณภาพการศึกษาของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่ควรปรับปรุงโดยเร่งด่วนถึงระดับพอใช้ อีกทั้งยังมีปอเนาะมากถึง 2 ใน 5 ไม่ได้รับการจดทะเบียนสถานศึกษาอย่างถูกต้อง (นาวาลย์ ปานากาเซ็ง, 2544) การสอนจึงขึ้นอยู่กับผู้สอนเป็นหลัก ทำให้ผู้สอนมีอิทธิพลในการปลูกฝังความคิดจนสามารถชี้นำความคิดและพฤติกรรมของผู้เรียนได้ (กิตติ สมบัติ, นงพรรณ พิริยานุพงษ์ และสายันต์ อาจณรงค์, 2547) และยังพบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพทางการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาของสามจังหวัดชายแดนภาคใต้

มีคะแนนอยู่ที่ร้อยละ 43.1 ประชากรที่จบการศึกษาต่ำกว่าชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 มีมากถึงร้อยละ 44.85 และผู้ที่สำเร็จระดับปริญญาตรีขึ้นไปมีเพียงร้อยละ 3.58 เท่านั้น

ในด้านเศรษฐกิจและการประกอบอาชีพ เนื่องจากสภาพสามจังหวัดชายแดนภาคใต้มีความเหมาะสมกับการเพาะปลูก อาชีพหลักของประชาชน จึงเป็นอาชีพเกษตรกรรม ได้แก่ การทำสวนยางพารา การทำสวนผลไม้ การทำนา การทำสวนมะพร้าว การประมง และการเลี้ยงสัตว์ รายได้ของประชาชนขึ้นกับราคาผลผลิตทางการเกษตร ทำให้รายได้รวมของจังหวัดอยู่ในระดับต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของ 14 จังหวัดภาคใต้ และเมื่อพิจารณาร้อยละของประชากรตามสถานภาพแรงงาน และเพศ พบว่า ผู้ที่อยู่ในกำลังแรงงานและมีงานทำ คิดเป็นทั้งหมดร้อยละ 48.47 แบ่งเป็นเพศชายร้อยละ 54.69 และเพศหญิงร้อยละ 40.19 โดยผู้มีงานทำส่วนใหญ่ทำงานเป็นผู้ปฏิบัติงานด้านเกษตรและประมงมากที่สุด คือ ร้อยละ 34.99 รองลงมา เป็นผู้ประกอบอาชีพผู้ปฏิบัติงานที่มีฝีมือในด้านความสามารถทางฝีมือและธุรกิจอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องร้อยละ 23.87 ผู้ประกอบอาชีพพนักงานบริการ พนักงานในร้านค้า และตลาดร้อยละ 20.99 ผู้ประกอบอาชีพขั้นพื้นฐานต่างๆ ในด้านการขายและการให้บริการร้อยละ 6.62 ในส่วนผู้ที่ไม่อยู่ในกำลังแรงงาน พบว่าเป็นเพศชาย ร้อยละ 12.78 และเพศหญิงร้อยละ 29 ซึ่งจะเห็นได้ว่า เพศหญิงอยู่ในกำลังแรงงาน น้อยกว่าเพศชาย ส่วนหนึ่งรับบทบาทแม่บ้านถึงร้อยละ 14.73 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551)

จากข้อมูลอัตราการว่างงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติตั้งแต่ปี 2545-2548 พบว่า อัตราการว่างงานของทั้งประเทศลดลง จากร้อยละ 1.76 เป็นร้อยละ 1.57, 1.51 และ 1.35 ตามลำดับ หากเปรียบเทียบการว่างงานของสามจังหวัดชายแดนภาคใต้กับอัตราการว่างงานของทั้งประเทศแล้ว พบว่าจังหวัดนราธิวาสมีอัตราการว่างงานสูงกว่าอัตราการว่างงานของทั้งประเทศอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ในปี 2547 และ 2548 เป็นระยะเวลาที่สถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ทวีความรุนแรงขึ้น ยังส่งผลให้จังหวัดปัตตานีมีอัตราการว่างงานเพิ่มมากขึ้น จนสูงกว่าอัตราการว่างงานของทั้งประเทศเช่นเดียวกัน

ด้านการดำเนินชีวิตครอบครัวพบว่า มีผู้หญิงในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่ไม่ได้รับการศึกษาขั้นพื้นฐานและมีการศึกษาต่ำกว่าระดับประถมศึกษาถึงร้อยละ 47.64 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) ส่งผลให้ผู้หญิงแต่งงานตั้งแต่อายุยังน้อย และผู้ชายทำหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัว ผู้หญิงทำหน้าที่แม่บ้าน ส่วนในเขตเมืองของสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว (ดลมนรวิทย์ บากา, 2540) ในด้านความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ โดยเฉพาะชาวไทยมุสลิม เชื่อว่าพระเจ้าผู้เป็นเจ้า (พระเจ้าอัลลอฮ์) ได้สร้างสรรพสิ่งทุกอย่าง ไม่ว่าจะเป็นสิ่งมีชีวิตหรือไม่มีชีวิต (พินิต จิตติยาพันธุ์, 2550) ในการเจ็บป่วยก็เช่นเดียวกัน เชื่อว่าเป็นสิ่งที่พระเจ้า (พระเจ้าอัลลอฮ์) กำหนดขึ้น ส่งผลให้ชาวไทยมุสลิมในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้สามารถยอมรับการสถานการณ์ บาดเจ็บและการสูญเสียของสมาชิกในครอบครัวได้มากขึ้น

โดยสรุปประชาชนที่อาศัยในสามจังหวัดชายภาคใต้ส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม ซึ่งศาสนานั้นได้กล่อมเกลามาให้ประชาชนในพื้นที่มีวิถีการดำเนินชีวิต ภาษา ขนบธรรมเนียมประเพณี และความเชื่อ จนกลายเป็นอัตลักษณ์ที่มีลักษณะเฉพาะของประชาชนในพื้นที่นี้อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

2. สถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้

สถานการณ์ความไม่สงบจากการก่อการร้ายในจังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทย เกิดขึ้นนานกว่า 100 ปี ตั้งแต่สมัยกรุงศรีอยุธยาจนถึงสมัยรัตนโกสินทร์ และในสมัยรัชกาลที่ 5 (พ.ศ.2445) ได้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปกครองของประเทศ โดยการรวมอำนาจการปกครองไว้ที่ส่วนกลาง ทำให้ผู้ปกครองพื้นที่ชายแดนภาคใต้เดิมสูญเสียอำนาจ (รุ่ง แก้วแดง, 2548) ก่อให้เกิดปฏิกิริยาความรุนแรงและการก่อการร้ายในจังหวัดชายแดนภาคใต้ขึ้น จนกระทั่งปี พ.ศ.2523 ได้จัดตั้งศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศอ.บต.) ส่งผลให้ปัญหาความรุนแรงในชายแดนภาคใต้ลดลง แต่ยังคงมีความรุนแรงเป็นระยะๆ ต่อมาในปี พ.ศ.2544 เหตุการณ์ในภาคใต้สงบไปชั่วคราว จึงมีการยกเลิกศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศอ.บต.) ทำให้เหตุการณ์ความไม่สงบมีความรุนแรงขึ้นอีกครั้ง (รุ่ง แก้วแดง, 2548) และท้ายสุดวันที่ 4 มกราคม 2547 ได้เกิดเหตุการณ์ปล้นปืนจากกองพันพัฒนาที่ 4 ค่ายกรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ อำเภอเจาะไอร้อง จังหวัดนราธิวาส จึงเป็นจุดเริ่มต้นของการก่อการร้ายครั้งใหม่ที่มีรูปแบบเปลี่ยนแปลงไป

สถานการณ์ความไม่สงบจากการก่อการร้ายในจังหวัดชายแดนภาคใต้เกิดขึ้นตามมาอีกมากมาย เช่น การวางระเบิด การเผา และทำลายทรัพย์สินของทางราชการ การลอบทำร้าย ยิง พันธมิตรเจ้าหน้าที่ของรัฐ พระสงฆ์ ประชาชนผู้บริสุทธิ์ทั้งไทยพุทธ และมุสลิม จากรายงานของ ศวชต. พบว่าตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2547 จนถึงวันที่ 30 สิงหาคม 2551 มีเหตุการณ์ที่ส่งผลต่อชีวิตจำนวน 6,891 ครั้ง มีผู้ที่ได้รับบาดเจ็บจำนวน 6,245 คน ผู้เสียชีวิตจำนวน 3,109 คน และจากการรายงานสาเหตุของการบาดเจ็บและเสียชีวิตตั้งแต่เดือนมกราคมจนถึงธันวาคม 2550 พบว่าสาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิต 3 อันดับแรก ได้แก่ 1) บาดแผลเปิดบริเวณทรวงอก (ร้อยละ 20.8) 2) บาดแผลเปิดบริเวณศีรษะ (ร้อยละ 18.8) และ 3) บาดเจ็บบริเวณขาส่วนล่าง (ร้อยละ 6.7) ในจำนวนนี้เป็นผู้ที่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 45.9 ศาสนาอิสลาม 34.9 ศาสนาคริสต์ ร้อยละ 0.3 และยังไม่สามารถระบุศาสนาได้ ร้อยละ 18.9 ผู้ได้รับผลกระทบส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 82.6) และมีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัว (ศูนย์เฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้, 2550)

โดยสรุปสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่เกิดขึ้นตั้งแต่ปี 2547 จนถึงปัจจุบัน นับเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความรู้สึกหดหู่ โศกเศร้าแก่ผู้ได้รับผลกระทบโดยตรงและผู้ได้รับผลกระทบโดยอ้อมเป็นอย่างมาก (ชัยวัฒน์ สถาอานันท์, 2547) และไม่สามารถคาดเดาว่าสถานการณ์ความไม่สงบจะสิ้นสุดเมื่อไร ถึงแม้สถานการณ์ความไม่สงบจะสิ้นสุดลง ก็ไม่ได้หมายความว่าบาดแผลด้านจิตใจของผู้ได้รับผลกระทบและประชาชนที่อยู่ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้นั้นจะจางหายไป และยังคงต้องใช้เวลาอีกยาวนานกว่าบาดแผลด้านจิตใจจะลบเลือน

2.1 ผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบต่อประชาชนที่อาศัยอยู่ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้

สถานการณ์ความไม่สงบจากการก่อการร้ายที่มีแนวโน้มทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น และเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง รายวัน และยังไม่ทราบว่าจะสิ้นสุดเมื่อไร และผลกระทบจากสถานการณ์ส่งผลต่อสุขภาพประชาชนที่อาศัยอยู่ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้มากมาย ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

1. ด้านร่างกาย

สถานการณ์ความไม่สงบจากการก่อการร้ายเกิดขึ้นรายวันก่อให้เกิดการสูญเสียชีวิตและการบาดเจ็บของประชาชนผู้บริสุทธิ์ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ตำรวจและทหาร การรายงานสาเหตุของการบาดเจ็บและเสียชีวิตตั้งแต่เดือนมกราคมจนถึงธันวาคม 2550 พบว่า สาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิต 3 อันดับแรก ได้แก่ 1) บาดแผลเปิดบริเวณทรวงอก (ร้อยละ 20.8) 2) บาดแผลเปิดบริเวณศีรษะ (ร้อยละ 18.8) และ 3) บาดเจ็บบริเวณขาส่วนล่าง (ร้อยละ 6.7) (ศูนย์เฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้, 2550) ซึ่งการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพ บางรายพิการทุพพลภาพ และสูญเสียอวัยวะ ส่งผลการเคลื่อนไหวและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง (กันตพร ยอดไชย ปิ่นทิพย์ นาคดำ และเพ็ญศรีฐานวิพัฒนานนท์, 2550) และเมื่อบุคคลในครอบครัวบาดเจ็บและไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทำให้ต้องมีสมาชิกในครอบครัวรับบทบาทมาเป็นผู้ดูแล เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและการทำหน้าที่ของครอบครัวตามมา (รติวรรณ วัจนกร, 2550)

2. ด้านจิตใจ

ประชาชนในพื้นที่มีความรู้สึกไม่ไว้วางใจซึ่งกันและกันของบุคคลที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รู้สึกไม่มีความปลอดภัยในชีวิต ขาดความมั่นคงในชีวิตและทรัพย์สิน วิตกกังวลไม่กล้าออกนอกบ้าน หวาดกลัวเมื่อได้ยินเสียงดังคล้ายระเบิด ปืน หรือไฟฟ้าดับและไม่ไว้วางใจบุคคลในชุมชน และคนที่ไม่รู้จัก (ดลมนรร์จ บากา, เกษตรชัย และหิม และอับดุลเลาะ อับรู, 2549) และจากการศึกษาของ เกียรติพันธ์ หนูทอง (2549) เกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิตของครูที่ปฏิบัติงานในสาม

จังหวัดชายแดนภาคใต้ ผลการศึกษาพบว่ามีความเครียดร้อยละ 26.04 มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป และยังพบภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายร้อยละ 18.83 และยังพบปัญหาเกี่ยวกับความวิตกกังวล การปรับตัวการทำงาน ความเครียดจากสิ่งเร้าภายนอก ความสัมพันธ์กับคู่ครองและปัญหาครอบครัวอีกด้วย

สถานการณ์ความไม่สงบทำให้ประชาชนเกิดความเครียด วิตกกังวลจากการสูญเสียสิ่งต่างๆ บางรายอาจสูญเสียทรัพย์สิน และสมาชิกในครอบครัวได้รับบาดเจ็บหรือเสียชีวิต ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวได้รับความทุกข์ทรมาน ต้องเผชิญอยู่กับภาวะเครียด จิตใจเกิดความอ่อนล้า พักผ่อนและหมดกำลังใจ บางครั้งไม่สามารถควบคุมสติได้ อารมณ์หงุดหงิด โมโหฉุนเฉียว ซึ่งอาจนำไปสู่การเจ็บป่วยทางจิตในระยะยาว (รติวรรณ วังธนากร, 2550) สอดคล้องกับการศึกษาของสุรพันธ์ ปราบกรี่ นิตยั ทองเพชรศรี และสุริ ชาติระวีรัตน์ (2548) ศึกษาภาวะเครียดและความต้องการส่งเสริมสุขภาพจิตของประชาชนในสี่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้แก่ จังหวัดสงขลา ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส ต่อสถานการณ์ความไม่สงบ ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนมีความเครียดร้อยละ 58.97 สาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียด คือ สถานการณ์ไม่สงบ ความไม่ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินร้อยละ 89.93 และจากการศึกษาปัญหาจิตใจและการดูแลตนเองด้านจิตใจในผู้ที่สูญเสียบุคคลในครอบครัว ด้วยการประเมินปัญหาทางจิตใจโดยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพจิตทั่วไป (General Health Questionnaire 28) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาทางจิตใจร้อยละ 100 ทั้งนี้เนื่องมาจากเหตุการณ์ความไม่สงบเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องยาวนานถึง 4 ปี เมื่อพิจารณาตามรายด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 50 มีอาการทางกาย อาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ และการพร้อมเชิงสังคม (มารินี สแลแม, 2550) ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของครอบครัวและสมาชิกในครอบครัวที่ต้องเผชิญสถานการณ์ความไม่สงบจนเป็นวิกฤตของครอบครัว (สมภพ เรื่องตระกูล, 2546) นอกจากนี้จากการศึกษาของพรทิพย์ พันธุ์นรา (2549) พบว่าหญิงม่ายที่สามีเสียชีวิตจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้มีความเครียดด้านจิตสังคมอยู่ในระดับสูง

นอกจากนี้ปัจจัยด้านข่าวสารและการนำเสนอข่าวลักษณะที่ใช้ภาษาแสดงอารมณ์ความรู้สึกเกินจริง การใช้ภาษาที่แสดงถึงความเป็นผู้ร้าย และการใช้ภาษาที่แสดงถึงการตกเป็นเหยื่อทำให้รู้สึกน่าเวทนา ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้รับสาร อารมณ์ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการรับข้อมูลข่าวสารทำให้ผู้รับสารเกิดความรู้สึกสลดหดหู่ใจ วิตกกังวลกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ยิ่งได้รับข้อมูลข่าวสารบ่อยขึ้น ความรู้สึกสลดหดหู่ใจจะยิ่งมากขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งในการนำเสนอข่าว (อิมจิต เลิศพงษ์สมบัติ และคณะ, 2550)

3. ด้านสังคมและเศรษฐกิจ

ผลลัพธ์จากความรุนแรงทำให้โครงสร้างครอบครัวและความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป (รจนา จันทักษ์, 2549) เช่น หญิงม่ายที่สามีเสียชีวิตจากสถานการณ์ไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ทำให้สูญเสียรายได้หลักของครอบครัว ซึ่งส่วนใหญ่ผู้หญิงในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้เดิมทำหน้าที่เฉพาะแม่บ้าน ปัจจุบันต้องเปลี่ยนบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัว (มารีนี สแลม, 2550) ครูที่ปฏิบัติงานในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ต้องเดินทางไป กลับโรงเรียนโดยมีตำรวจคุ้มครองความปลอดภัย บางส่วนขอย้ายออกนอกพื้นที่ ลาออก หรือถูกลอบสังหาร โรงเรียนต้องหยุดการเรียนการสอนเป็นระยะๆ และบุคลากรครูที่มีคุณภาพในพื้นที่อื่นไม่กล้าเข้าไปทำงานในพื้นที่ ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวบั่นทอนคุณภาพการศึกษาของพื้นที่นี้อย่างมาก ในส่วนของบุคลากรด้านสุขภาพก็เช่นเดียวกัน มีปัญหาการขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุขในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ เป็นปัญหาที่เรื้อรังมายาวนาน (อมรรอดคล้าย, สุภัทร ฮาสุวรรณกิจและสุวัฒน์ วิริยพงศ์สุกิจ, 2548) ประกอบกับภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นซ้ำเติมความรุนแรงของปัญหาให้มากขึ้น เนื่องจากการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนเชิงรุกทำได้ยากขึ้น เนื่องจากไม่กล้าที่จะออกพื้นที่ กลัวความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน (พัชรี พุทธิชาติ, 2550) พระสงฆ์ก็ต้องอาศัยเจ้าหน้าที่คุ้มครองความปลอดภัยขณะออกบิณฑบาต และปรับเปลี่ยนกิจกรรมทางศาสนาให้สอดคล้องกับสถานการณ์ เช่น เวียนเทียนในเวลากลางวัน ประชาชนในพื้นที่จึงต้องหยุดงานและปิดร้านในวันศุกร์ตามที่ระบุไว้ในใบปลิวเพื่อความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน (รุ่ง แก้วแดง, 2548)

ในด้านของเศรษฐกิจ สถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ก่อให้เกิดการสูญเสียทรัพย์สินของประชาชนและทางราชการ ขนาดของการสูญเสียขึ้นอยู่กับชนิดความรุนแรงและขอบเขตของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น การสูญเสียทรัพย์สินของทางราชการและประชาชนจากการระเบิดและการลอบวางเพลิง เป็นต้น (รติวรรณ วังธนากร, 2550) นอกจากนี้ยังพบว่าหลังจากสถานการณ์ความไม่สงบเกิดขึ้น ส่งผลให้เกิดความเสียหายต่อภาพลักษณ์ด้านความปลอดภัย ทำให้มีจำนวนนักท่องเที่ยวต่างชาติที่เดินทางมาท่องเที่ยวในพื้นที่ลดลง โดยเฉพาะชาวมาเลเซียซึ่งเป็นนักท่องเที่ยวกลุ่มหลักลดลงคิดเป็นร้อยละ 13.6 และนักท่องเที่ยวสัญชาติอื่นๆ ลดลงคิดเป็นร้อยละ 1.4 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551) ส่งผลให้รายได้ของประชาชนในพื้นที่ลดลงด้วย

2.2 การดูแลและช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ในระยะฟื้นฟู (หลังเกิดเหตุการณ์ 3 เดือนขึ้นไป)

สถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ส่งผลกระทบทางด้านจิตใจ และการดำรงชีวิต ส่งผลกระทบต่อรายได้ของครอบครัว การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ของครอบครัว อีกทั้งผู้บาดเจ็บยังต้องสูญเสียการทำงานของร่างกาย อวัยวะ ศักยภาพในการทำงาน และทรัพย์สิน รวมทั้งความมั่นคงทางจิตใจ สิ่งเหล่านี้มีผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บและครอบครัว (ศวชต., 2550) ดังนั้น ทีมสุขภาพประกอบด้วยแพทย์ที่ได้รับอนุมัติบัตรสาขาเวชกรรมป้องกันแขนงสุขภาพจิตชุมชนหรือจิตแพทย์ นักจิตวิทยา พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ จึงเข้ามามีบทบาทและหน้าที่ในการดูแลสุขภาพบุคคล ครอบครัว และชุมชน (กรมสุขภาพจิต, 2548) ดังสรุปได้ดังนี้

1. การประเมินและเฝ้าระวังภาวะสุขภาพ โดยทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน และผู้ที่เกี่ยวข้อง มีหน้าที่ประเมินภาวะสุขภาพทางกาย จิตใจ และให้การช่วยเหลือ พร้อมทั้งให้การดูแลตามบทบาทหน้าที่ของวิชาชีพ เช่น การตรวจสุขภาพร่างกายและจิตใจ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การให้คำปรึกษาด้านจิตใจ เป็นต้น ซึ่งจะเน้นการส่งเสริม ป้องกัน บำบัด ฟื้นฟูสุขภาพจิต การเฝ้าระวังและค้นหาโรคระยะเริ่มแรกเพื่อป้องกันความพิการทางจิตใจ (Early Detection and Early Intervention) ให้การดูแลผู้ได้รับผลกระทบที่เป็นกลุ่มเสี่ยงตามแบบประเมิน/แบบคัดกรอง เช่น ภาวะความเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD) โดยมีการเฝ้าระวังติดตามให้การบำบัดอย่างต่อเนื่องตามสภาพปัญหา เช่น การให้ยา การให้การบำบัดทางจิตเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การให้การปรึกษารายบุคคล กลุ่มบำบัด หรือครอบครัว บำบัด การให้ข้อมูล ความรู้โดยสื่อต่างๆ การสอนทักษะการคลายเครียด กรณีที่กลุ่มเสี่ยงอาการยังไม่ดีขึ้นให้การดูแลต่อเนื่องโดยทีมเชี่ยวชาญจิตใจ กรณีที่กลุ่มเสี่ยงมีอาการดีขึ้นให้การส่งต่อเครือข่ายสาธารณสุข ระยะฟื้นฟู มีแนวทางปฏิบัติดังนี้

- 1.1 ทีมเชี่ยวชาญจิตใจ นำข้อมูลผู้ได้รับผลกระทบที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ที่มีผลการประเมินภาวะสุขภาพจิตที่ผิดปกติ มาวางแผนให้การช่วยเหลือและฟื้นฟูจิตใจพร้อมทั้งประสานเครือข่ายในพื้นที่ เช่น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สถานีอนามัย อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ทีมเชี่ยวชาญจังหวัดและอำเภอ ในการลงพื้นที่ให้การประเมินภาวะสุขภาพจิตและฟื้นฟูผู้เชี่ยวชาญจิตใจ

- 1.2 ประเมินภาวะสุขภาพจิตกลุ่มเสี่ยงซ้ำโดยการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต และใช้แบบประเมิน General Health Questionnaire 12 Plus-R (GHQ 12-R) (กรมสุขภาพจิต, 2548) ถ้าสงสัยว่ามีปัญหาสุขภาพจิต (คะแนน GHQ12 มากกว่าหรือเท่ากับ 2 หรือคะแนนภาวะความเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD) มากกว่าหรือเท่ากับ 4 หรือคะแนนความคิด

เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย เท่ากับ 1 ให้ประเมินเพิ่มเติมโดยใช้แบบสัมภาษณ์เพื่อการวินิจฉัยภาวะความผิดปกติทางจิต และแบบประเมินความเสี่ยงต่อภาวะการติดสุรา เพื่อแยกประเภทและจัดระดับความรุนแรงของภาวะสุขภาพจิต ซึ่งอาการที่มักพบและควรเฝ้าระวังหลังเกิดเหตุการณ์ ได้แก่

1) ภาวะความเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD) อาการปรากฏ คือ ผู้ได้รับผลกระทบยังคงรู้สึกถึงเหตุการณ์นั้นอยู่ พยายามหลีกเลี่ยงเหตุการณ์ สถานการณ์ หรือบุคคลที่ทำให้นึกถึงเหตุการณ์นั้น มีอาการไม่สบายทางกายที่บอกถึงความเครียด เช่น นอนไม่หลับ หงุดหงิด ไม่มีสมาธิ ฯลฯ

2) ความเครียดและอาการวิตกกังวล เช่น ใจสั่น มือสั่น เหงื่อออก เวียนศีรษะ

3) ภาวะซึมเศร้าและอาจเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หรือพยายามฆ่าตัวตาย

4) ภาวะติดสุราและการติดสารเสพติด

5) ภาวะความรุนแรงในครอบครัวและชุมชน เป็นต้น

1.3 ในกรณี ที่พบโรคและอาการทางด้านสุขภาพจิตที่พึงเฝ้าระวัง ให้การรักษาตามอาการหรือสภาพของปัญหาตามความเหมาะสม เช่น การรักษาด้วยยา ให้ความรู้ด้านสุขภาพจิต การจัดการกับความเครียด การให้การปรึกษารายบุคคลหรือกลุ่มครอบครัวบำบัด การฟื้นฟูเยียวยาจิตใจโดยการสร้างความเข้มแข็งให้แก่ตนเอง (Resilience Quotient) ทั้งรายบุคคลและกลุ่มบำบัด การให้การบำบัดทางจิตเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิด กิจกรรมบำบัด การให้ความรู้ทางสื่อวิทยุโทรทัศน์ จัดนิทรรศการ บอร์ดวิชาการ รวมถึงการจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนสามารถเผชิญปัญหาวิกฤต การจัดกิจกรรมส่งเสริมขวัญและกำลังใจแก่คนในชุมชน การฟื้นฟูชุมชนโดยพัฒนาศักยภาพและให้เกิดพลังชุมชนในการให้ชุมชนร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมทำ ร่วมรับผิดชอบดูแลซึ่งกันและกัน เช่น กลุ่มสตรีผู้สูญเสีย และร่วมรักษาผลประโยชน์ของชุมชนของตนเอง โดยการจัดตั้งกลุ่มญาติผู้เสียชีวิตเพื่อระดมระดมจิตใจซึ่งกันและกัน

1.4 ส่งต่อชุมชน /หน่วยงานในพื้นที่ กรณีผู้ได้รับผลกระทบมีอาการดีขึ้น ทีมให้การดูแลติดต่อประสานกับเครือข่ายสุขภาพจิตในพื้นที่ อาสาสมัคร แกนนำชุมชน ญาติ หรือเพื่อนบ้าน ในการดูแลและเฝ้าระวังปัญหาที่อาจเกิดขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2550)

2) ให้ความช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจ ปัจจุบันการเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบนั้น ส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับความสูญเสียที่เกิดขึ้นกับครอบครัวในด้านเศรษฐกิจ เช่น การมอบเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ตามขนาดของการสูญเสีย โดยครอบครัวของผู้เสียชีวิตจะได้รับเงินช่วยเหลือครอบครัวละ 100,000 บาท ถ้าบาดเจ็บหรือพิการจะได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลตามระดับของความพิการและเงินปลอบขวัญ 10,000 บาทต่อคน ซึ่งเป็นการช่วยเหลือ

เพียงชั่วคราวเท่านั้น (ศวชต., 2550) ส่วนทีมที่ให้การดูแล ประกอบด้วยแพทย์ที่ได้รับอนุมัติบัตร สาขาเวชกรรมป้องกันแขนงสุขภาพจิตชุมชน หรือจิตแพทย์ นักจิตวิทยา พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ จะมีการประเมินและให้การดูแลตามสภาพของปัญหา หากพบว่าผู้ได้รับผลกระทบมี ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานอื่น เช่น มีปัญหาที่อยู่อาศัยการประกอบอาชีพ จะส่งต่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด แรงงานจังหวัด หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูอาชีพ เป็นต้น (กรมสุขภาพจิต, 2550)

การดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บและผู้ได้รับผลกระทบในระยะฟื้นฟูพบว่า ส่วนใหญ่เป็นการดูแลที่ เน้นการประเมินและเฝ้าระวังการเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และการช่วยเหลือด้านการเงิน ซึ่ง เป็นการเหลือเหลือเพียงชั่วคราว และยังไม่มีความต่อเนื่องในการดูแล อีกทั้งโดยมากจะเน้นไปที่ ผู้ได้รับผลกระทบโดยตรง เช่น ผู้พิการ หญิงหม้าย เด็กกำพร้า และผู้ที่สูญเสีย แต่ในส่วนของ การดูแลครอบครัวผู้ได้รับผลกระทบและกลุ่มผู้ดูแลผู้บาดเจ็บ ซึ่งเป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่ได้รับผลกระทบจาก การบาดเจ็บ (Secondary victim) เช่นกันนั้นพบว่ายังคงมีเพียงจำกัด

2.3 การดูแลและช่วยเหลือผู้หญิงที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้

การดูแลผู้หญิงที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดน ภาคใต้ เป็นบทบาทและหน้าที่ของทั้งภาครัฐและเอกชน ซึ่งหน่วยงานที่เข้ามามีบทบาทในการดูแล และเยียวยาผู้หญิงกลุ่มนี้ ประกอบด้วย ศวชต. ศูนย์สุขภาพจิตที่ 15 และหน่วยงานด้านสุขภาพ ประกอบด้วยแพทย์ที่ได้รับอนุมัติบัตรสาขาเวชกรรมป้องกันแขนงสุขภาพจิตชุมชน หรือจิตแพทย์ นักจิตวิทยา พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ ในพื้นที่ที่ผู้ได้รับผลกระทบอาศัยอยู่ โดยสามารถสรุป หลักการดูแลผู้หญิงที่ได้รับผลกระทบ ได้ดังนี้

1. การจัดตั้งฝ่ายกิจการผู้หญิง ในสำนักงานคณะกรรมการอิสลามประจำมัสยิด และ สำนักงานคณะกรรมการอิสลามประจำจังหวัด เพื่อทำหน้าที่ส่งเสริมผู้หญิง ภายใต้หลักการทาง ศาสนา ตลอดจนคอยให้คำปรึกษา แนะนำ หรือไกล่เกลี่ย ในกรณีที่ผู้หญิงประสบปัญหา หรือมี ข้อขัดแย้งภายในครอบครัว

2. การช่วยเหลือเยียวยาผู้หญิง จากครอบครัวผู้ประสบเหตุร้ายต้องเป็นไปอย่างรวดเร็ว ทั่วถึง เป็นธรรม และไม่เลือกปฏิบัติ รวมทั้งคำนึงถึงหลักมนุษยธรรม เมตตาธรรม และประโยชน์ สูงสุดของชีวิตที่เหลืออยู่ หลักเกณฑ์ใดๆ ก็ตามของภาครัฐที่ขัดต่อหลักการนี้ ควรมีการพิจารณา แก้ไข และทบทวน

3. การพัฒนารายได้ และสวัสดิการที่เหมาะสมให้แก่ผู้หญิง โดยเฉพาะผู้หญิงยากจนใน ชนบท และผู้หญิงในกลุ่มด้อยโอกาส หรือรายได้น้อยกลุ่มอื่นๆ เช่น ผู้หญิงที่เป็นแรงงานในโรงงาน อุตสาหกรรม เป็นต้น

4. การส่งเสริมการมีงานทำของผู้หญิง และครอบครัวผู้ได้รับผลกระทบ ให้สามารถเลี้ยงตนเองได้อย่างยั่งยืน มีศักดิ์ศรี และลักษณะงานที่จะส่งเสริมให้แก่ผู้หญิงหม้าย ควรคำนึงถึงความสนใจและความเหมาะสมแก่สภาพ เช่น งานที่สามารถทำที่บ้าน เพื่อให้สามารถดูแลผู้บาดเจ็บและบุตรได้ด้วย

5. การพัฒนาศักยภาพและส่งเสริมการเรียนรู้แก่ผู้หญิงในทุกด้านตามความสนใจ เช่น ด้านการทำงาน การอบรมเลี้ยงดูบุตร ด้านศาสนา ด้านการเมือง การปกครอง เป็นต้น

6. การจัดตั้ง กลุ่มผู้หญิงที่ได้รับผลกระทบเพื่อเยียวยาช่วยเหลือกันเอง โดยใช้ชื่อว่า “เครือข่ายผู้หญิงเพื่อความก้าวหน้าและสันติภาพ” เพื่อรวมกลุ่มกันทำกิจกรรมประเภทต่างๆ โดยเฉพาะกลุ่มอาชีพ ในระดับชุมชนหมู่บ้าน ซึ่งมีความเข้มแข็งมาก ภายหลังเกิดเหตุการณ์ไม่สงบ มีการรวมตัวของ ตลอดจนมีการรวมตัวกันเป็นเครือข่ายข้ามวัฒนธรรมของผู้หญิงในภาคประชาสังคมในจังหวัดชายแดนภาคใต้กับผู้หญิงในส่วนกลาง เพื่อขับเคลื่อนงานในประเด็นสันติภาพ และการสร้างความสมานฉันท์

7. การมอบเงินช่วยเหลือเบื้องต้นและปลอบขวัญตามขนาดของการสูญเสีย และความพิการ แก่ผู้ได้รับผลกระทบโดยตรงและโดยอ้อม

แม้ว่าการช่วยเหลือเยียวยาผู้หญิงที่ได้รับผลกระทบนั้นจะครอบคลุมในด้านร่างกายจิตใจ และเศรษฐกิจแล้วก็ตาม แต่ยังคงพบว่าการช่วยเหลือนั้นเป็นเพียงชั่วคราวเท่านั้น เนื่องจากผู้หญิงที่รับบทบาทผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ดังกล่าว ต้องมีการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต ต้องเผชิญกับความเครียดอย่างยาวนาน อีกทั้งต้องปรับตัวกับบทบาทผู้ดูแลและหัวหน้าครอบครัว ซึ่งการดูแลเยียวยาในปัจจุบันนี้ ตอบสนองของผู้หญิงกลุ่มนี้เพียงบางส่วนเท่านั้น

3. การดูแลผู้ป่วยที่บ้านและการเป็นผู้ดูแลในครอบครัว

สถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ก่อให้เกิดการบาดเจ็บของประชาชนผู้บริสุทธิ์ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ตำรวจและทหาร ภายหลังจากการรักษา ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บดังกล่าวกลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง บางส่วนกลายเป็นผู้พิการ และต้องการการพึ่งพาและผู้ดูแล จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องและเป็นภาวะที่ครอบครัวและรัฐจะต้องให้ความช่วยเหลือ ซึ่งการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบให้เกิดปัญหาสุขภาพ บางรายพิการทุพพลภาพ และสูญเสียอวัยวะ ส่งผลการเคลื่อนไหวและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องเข้ามารับบทบาทเป็นผู้ดูแล ซึ่งเมื่อศึกษาความหมายของผู้ดูแลในครอบครัว แล้วพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว มีความหมายดังนี้

Horowitz (1985) ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะ โดยจำแนกตามระดับขอบเขต ความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยและการใช้เวลาในการดูแล ซึ่งประกอบด้วย

1) ผู้ดูแลหลัก (Primary Caregiver) หมายถึงผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติ กิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง มุ่งเน้นที่การกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้าน ร่างกาย เช่น การอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย และการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล เช่น ช่วย แต่งตัว ป้อนอาหารหรือให้อาหารทางสายยาง ทำความสะอาดแผล ช่วยในการขับถ่าย จัดเตรียม ให้อาหารผู้ป่วยรับประทานยา เป็นต้น โดยใช้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องมากกว่าคน อื่นๆ

2) ผู้ดูแลรอง (Secondary Caregiver) หมายถึงบุคคลอื่นๆ ที่อยู่ในเครือข่ายของ การดูแลมีหน้าที่จัดการด้านอื่นๆ ซึ่งไม่ใช่การกระทำที่กระทำต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง เช่น เป็นธุระแทน ในการติดต่อกับชุมชนหรืองานสังคม จัดการเกี่ยวกับการเดินทางในการตรวจรักษา เป็นต้น หรือ อาจปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยตรงเป็นครั้งคราวเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถกระทำหน้าที่ได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย แต่ใช้เวลาในการดูแลน้อยกว่า

นิภาภัทร ภัทรพงศ์บัณฑิต (2548) ให้ความหมายผู้ดูแลในครอบครัวว่า หมายถึง บิดา มารดา หรือสามี ภรรยา บุตร หรือบุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางกฎหมายหรือสายเลือดบุคคล ที่ทำ หน้าที่หลักในการดูแลโดยตรง หรือให้การช่วยเหลือแก่บุคคลที่มีภาวะเจ็บป่วย ทุกพลภาพ หรือ บุคคลต้องการพึ่งพาคนอื่น โดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล

เครือวัลย์ ทรัพย์เจริญ (2542) อธิบายผู้ดูแลในครอบครัวว่า เป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือ บุคคลที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย จิตใจ หรืออารมณ์ ที่มีผลทำให้บุคคลนั้นไม่สามารถ ตอบสนองความต้องการพื้นฐานของตนเองได้ และจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้ง ทางด้านกิจวัตรประจำวัน การให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจ รวมทั้งการดูแลเฉพาะ โรคซึ่งผู้ดูแลอาจเป็นได้ทั้งบุคคลในวิชาชีพและผู้ที่ถูกฝึกมาเพื่อประกอบอาชีพ หรือเป็นสมาชิกใน ครอบครัว ซึ่งอาจเป็นคู่สมรส บุตร พี่น้อง บิดา มารดา หรือบุคคลใกล้ชิดอื่นๆ เช่น เพื่อนที่เป็น ผู้ดูแลหลักกล่าวคือเป็นผู้ให้การดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่า ผู้อื่น โดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้าง

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2546) อธิบายว่า ผู้ดูแลในครอบครัวหรือญาติผู้ดูแล หมายถึง ญาติ หรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งญาติผู้ดูแลอาจเป็นคู่สมรส บิดา มารดา บุตร พี่ น้อง เพื่อน หรือบุคคลสำคัญในชีวิตคนอื่น ๆ ที่ให้การดูแลผู้ป่วยซึ่งความเจ็บป่วยทำให้บุคคลมี ภาวะการเปลี่ยนแปลง เนื่องจากโรค ความพิการ หรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพด้าน ร่างกาย จิตใจ รวมทั้งอารมณ์และสติปัญญาการรู้คิดตัดสินใจต่างๆ ที่มีผลทำให้เกิดข้อจำกัดใน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือก่อให้เกิดความต้องการการดูแลและบำบัดรักษาที่เฉพาะ

ตลอดจนการแสดงบทบาทหน้าที่และการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม โดยความต้องการได้รับการตอบสนองหรือดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องในช่วงเวลาหนึ่งหรือตลอดไป มุ่งเน้นการช่วยเหลือโดยไม่รับการตอบแทนที่มีค่าจ้างหรือรางวัลและการช่วยเหลือนั้นเกิดขึ้นที่บ้านหรือชุมชนแห่งอาศัย

โดยสรุป ผู้ดูแลในครอบครัวหมายถึง เป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางกฎหมายหรือสายเลือด และเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง การดูแลช่วยเหลือบุคคลที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย จิตใจ หรืออารมณ์ ที่มีผลทำให้บุคคลนั้นไม่สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของตนเอง และการให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจ ตลอดจนการแสดงบทบาทหน้าที่และการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม รวมถึงเป็นธุระแทนในการติดต่อกับชุมชนหรืองานสังคม โดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล การดูแลนั้นไม่เกี่ยวกับข้อผูกพันทางวิชาชีพ

3.1 การเป็นผู้ดูแล

ในสังคมไทยนั้น ผู้หญิงเป็นบุคคลที่ต้องรับหน้าที่ในการดูแลบุคคลในครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นการดูแลลูกๆ ที่เจ็บป่วย ดูแลบิดามารดา ปู่ย่า ตายาย หรือคู่สมรสที่มีความพิการ (ศิริวรรณวรรณศิริ, 2548) ผู้หญิงถูกคาดหวังจากสังคม ให้รับบทบาทการดูแลโดยไม่สามารถเรียกร้องอะไรได้ (Krach & Brooks, 1995) ในขณะที่ต้องทำหน้าที่แม่บ้านไปด้วยและบางครั้งต้องทำงานนอกบ้านควบคู่กันไป จะพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงบทบาท ซึ่งพบมากในคู่สมรส สำหรับครอบครัวที่มีสมาชิกส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย บทบาทการดูแลผู้ป่วยจะตกเป็นภาระรับผิดชอบของหญิงที่เป็นโสด ซึ่งมักจะเป็นบุตรสาวคนโตหรือบุตรสาวที่ยังไม่ได้ทำงาน และถ้าบิดามารดาซึ่งเจ็บป่วยอาศัยอยู่กับบุตรชาย ผู้ที่รับหน้าที่ดูแลก็มักจะเป็นบุตรสะใภ้ ถ้าหากบุตรชายยังไม่มีครอบครัว ส่วนมากจะจ้างผู้ดูแลจากศูนย์ต่างๆ ในการดูแล บทบาทของผู้ชายจะเป็นลักษณะให้ความช่วยเหลือในด้านการเงิน และการอำนวยความสะดวกในการเดินทางและการพาผู้ป่วยมาตรวจ อย่างไรก็ตาม การที่สมาชิกคนใดในครอบครัวจะเป็นผู้ดูแลหรือเป็นบุคคลที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยนั้น อาจขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ โดยยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2546) สรุปไว้ ดังนี้

1. บทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบ และวัฒนธรรมประเพณีที่สืบทอดกันต่อมา โดยที่ครอบครัวมีหน้าที่ในการดูแลสมาชิกในครอบครัวให้ดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติสุขโดยเฉพาะเพศหญิงได้รับการหล่อหลอมทางสังคมให้เป็นผู้รับผิดชอบการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวและชุมชน ลูกต้องดูแลพ่อแม่ การละเลยเพิกเฉยหน้าที่ความรับผิดชอบจะถูกสังคมตำหนิได้

2. เวลาและความสะดวกของผู้ดูแล อาจขึ้นอยู่กับปัจจัยภายในแต่ละบุคคล เช่น สมาชิกในครอบครัวที่ไม่มีรายได้จากงานประจำมักรับบทบาทการดูแลเพื่อให้เกิดผลกระทบต่อรายได้ของครอบครัวน้อยที่สุด

3. ศักยภาพของผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัวที่มีความรู้ ความเข้าใจในตัวผู้ป่วย การเจ็บป่วยและการดูแล รวมทั้งประสบการณ์หรือทักษะในการดูแลผู้ป่วยจะมีแนวโน้มเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าสมาชิกอื่นๆ

4. สัมพันธภาพในครอบครัวและการยอมรับของผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัวที่มีเจตคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยหรือมีแรงจูงใจในการดูแล เช่น พิจารณาว่าเป็นโอกาสได้ตอบแทนพระคุณได้ ไกล่ชิดผู้ป่วย หรือได้รับการยอมรับจากสังคม เป็นต้น นอกจากนี้สมาชิกในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยดี จะมีความเห็นใจ สงสาร และห่วงใยในตัวผู้ป่วยมาก มักตัดสินใจเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยเอง

5. การยอมรับของผู้ป่วย ผู้ป่วยบางรายเลือกที่จะได้รับการดูแลจากสมาชิกบางคนในครอบครัว ซึ่งสมาชิกในครอบครัวมักยินยอม โดยเฉพาะในกรณีที่มีแนวโน้มว่าผู้ป่วยจะมีชีวิตต่อไปอีกไม่นาน

การเข้ารับบทบาทและการตัดสินใจในการเป็นผู้ดูแลของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บและต้องการการพึ่งพานั้น เป็นความคาดหวังของสังคมที่ผู้หญิงต้องรับบทบาทการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วย ซึ่งเป็นบทบาทที่ต้องรับผิดชอบสูง และยังต้องมีการปรับเปลี่ยนบทบาทการดำเนินชีวิตใหม่ หากผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการเป็นผู้ดูแลที่ไม่ดีแล้ว ก็จะส่งผลต่อการดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บตามมาด้วย

3.2 บทบาทของผู้ดูแลในการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ต้องการการพึ่งพา

ผู้ดูแลมีบทบาทที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากความพิการของผู้ป่วยทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บจึงต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแล (Bakas et al., 2002) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องนั้น ผู้วิจัยยังไม่พบหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ แต่จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง พบว่าผู้ดูแลมีบทบาทหน้าที่ดังนี้

1. ด้านร่างกาย

ผู้ดูแลจะมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแก่ผู้ป่วย และช่วยยีกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยตามความเหมาะสม (Leske, 2002) จากการศึกษาของ Dewey และคณะ (2002) พบว่าร้อยละ 74 ของผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันจากผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ Krach และ Brooks (1993) เกี่ยวกับการทำหน้าที่ของผู้ดูแลหลักพบว่า หน้าที่รับผิดชอบของผู้ดูแลสูงสุดคือ การมีส่วนร่วมในการทำกิจวัตร

ประจำวัน (ร้อยละ 83) รองลงมาคือ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย (ร้อยละ 62) ซึ่งการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้แก่ผู้ป่วย ได้แก่ การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดปากและฟัน การสระผม การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ การอาบน้ำเช็ดตัวผู้ป่วย การดูแลการขับถ่าย เป็นต้น ในส่วนบทบาทด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพนั้น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสภาวะสุขภาพและความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง การฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นสิ่งจำเป็น สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสภาพสังคมเดิม รวมถึงการประกอบอาชีพ การทำงานอดิเรก เป็นต้น (วราภรณ์ จิธานนท์, 2547) นอกจากนี้ยังมีบทบาทด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ จึงมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งอาจมีผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตและทำให้การฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นไปได้ช้า จากการศึกษาพบว่าภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดคือ การเกิดแผลกดทับ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การปวดของข้อและเนื้อเยื่อ การเกิดข้อติดแข็ง (กิ่งแก้ว ปาจารย์, 2547) ดังนั้นผู้ดูแลจึงควรมีการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นตามมาตลอดการดูแล

2. ด้านจิตใจ

ผู้ดูแลมีบทบาทในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการต่อสู้กับความเจ็บป่วย เนื่องจากผู้ป่วยมักจะขาดการติดต่อกับสังคมภายนอก มีผลให้ผู้ป่วยมักขาดความมั่นใจในตนเอง มีวิธีการเผชิญปัญหาลดลง (Smith et al., 2004) มีอาการซึมเศร้า รู้สึกไร้คุณค่า มีปัญหาเกี่ยวกับการสื่อสาร บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง ต้องคอยพึ่งพาผู้อื่นในการดูแล (Bakas et al., 2002) ผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนและให้กำลังใจผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึก อบอุ่น มั่นคงมีคุณค่าในตนเอง ไม่ถูกทอดทิ้งให้โดดเดี่ยว เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความหวัง กำลังใจ และเชื่อมั่นว่าผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพได้ดีขึ้น (จินนระรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ, 2540) อย่างไรก็ตามผู้ดูแลต้องมีความเข้าใจ ยอมรับ ระวัง ไม่แสดงอารมณ์โกรธ เบื่อหน่าย ทั้งคำพูดและกิริยาท่าทางซึ่งบทบาทของผู้ดูแลในการสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ผู้ป่วย ได้แก่ การเปิดโอกาสให้ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บพูดคุยระบายปัญหาความคับข้องใจ การแสดงออกถึงการยอมรับและเข้าใจผู้ป่วย ทั้งนี้ควรกระทำอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ระยะแรกต่อเนื่องตลอดระยะเวลาของการปรับตัวโดยผู้ดูแลจะต้องเตรียมตัวให้พร้อมเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวผ่านพ้นไปได้ทุกกระยะ การสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วย ยินดีให้ความช่วยเหลือโดยไม่รู้สึกเบื่อหน่าย สนใจและให้เวลากับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ และกระทำกิจกรรมต่างๆ ให้ผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ นุ่มนวล รวมถึงการส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองมากที่สุดเท่าที่ความสามารถของตนเองจะเอื้ออำนวย (นิภาภัทร ภัทรพงศ์บัณฑิต, 2548)

3. ด้านสังคม

ผู้ดูแลต้องปฏิบัติบทบาททางสังคมแทนผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ เนื่องจาก ผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรังและต้องการการพึ่งพานั้นมักแยกตัวจากสังคม และเกิดความพร่องในการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม ทั้งนี้เนื่องจากมีปัจจัยต่างๆ หลายประการที่เป็นอุปสรรคต่อการสร้างและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพ ได้แก่ วิถีดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ฐานะทางเศรษฐกิจที่แย่ลง การเปลี่ยนแปลงฐานะทางสังคม การเกิดความรู้สึกแตกต่างหรือด้อยกว่าผู้อื่น ความพิการที่ทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำกิจกรรมและต้องพึ่งพาผู้อื่น ความต้องการพักผ่อนเพิ่มขึ้น การเกิดภาวะเครียด ตลอดจนสภาพจิตใจและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น หงุดหงิด โมโหง่าย ขาดเหตุผล หรือซึมเศร้า เป็นต้น (ชนัญชิตา โพธิประสาท, 2547) การเข้าร่วมสังคมจะแตกต่างกันในแต่ละวัย ขึ้นอยู่กับอายุ เพศ การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ในครอบครัวและการงานของผู้ป่วย เช่น กรณีที่สามีป่วยภรรยาต้องทำงานนอกบ้านแทนสามี กรณีที่ภรรยาป่วยสามีต้องช่วยทำงานบ้านแทนภรรยา บุตรต้องหยุดเรียนเพราะครอบครัวประสบปัญหาเศรษฐกิจ (ศศิธร ช่างสุวรรณธรณ์, 2548)

นอกจากผู้ดูแลให้การดูแลตามบทบาทดังกล่าวข้างต้นทั้ง 3 ด้านแล้ว ผู้ดูแลควรมีการประเมินภาวะสุขภาพและการบันทึกภาวะสุขภาพของผู้ป่วย โดยวิธีการตรวจร่างกายภายนอก ร่วมกับการสังเกตอาการและอาการแสดงที่เปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจ ในขณะที่ให้การดูแลอย่างสม่ำเสมอเป็นประจำ พร้อมทั้งจดบันทึกและเปรียบเทียบอาการผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอจะทำให้ผู้ดูแลทราบความผิดปกติ หรือการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วยตลอดเวลาและช่วยให้ผู้ดูแลสามารถตัดสินใจให้การดูแล หรือวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับสภาวะผู้ป่วย ซึ่งการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ประกอบด้วย การประเมินระบบประสาทสัมผัสญาณชีพ ระบบทางเดินอาหาร ระบบขับถ่าย ระบบกล้ามเนื้อ ข้อ กระดูก ผิวหนัง จิตใจและอารมณ์ (ชวณพิศ ทานอง, 2544)

จะเห็นได้ว่าบทบาทของผู้ดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ มีความยุ่งยากซับซ้อน ผู้ดูแลจะต้องทำหน้าที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยในการให้การสนับสนุนให้ความช่วยเหลือผู้ที่ได้รับบาดเจ็บซึ่งมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ดังนั้นผู้ดูแลจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจถึงความสำคัญและความจำเป็นของการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งต้องมีทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย จึงจะสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพมากที่สุด

3.3 ผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแล

สถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ เป็นปัจจัยหนึ่งที่เข้ามามีอิทธิพลต่อผู้ดูแลและผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ เนื่องจากผู้ที่ได้รับบาดเจ็บนั้นยังคงมีบาดแผลด้านจิตใจ แม้มีสิ่งเร้าแม้เพียงเล็กน้อย ก็มักจะกระตุ้นให้มีการสร้างจินตนาการเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้มีอาการทางกายตามมา อีกทั้งในด้านเศรษฐกิจ เมื่อหัวหน้าครอบครัวบาดเจ็บจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทำให้ขาดรายได้หลักของครอบครัว อย่างไรก็ตาม ผู้ดูแลต้องเข้ามามีบทบาทหัวหน้าครอบครัวและหาเลี้ยงครอบครัวแทน ซึ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ดูแล การดูแลและสมาชิกในครอบครัวเป็นอย่างมาก

นอกจากปัจจัยจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้แล้ว จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับผลกระทบของผู้ดูแลผู้ป่วยเจ็บป่วยเรื้อรัง พบว่าผู้ดูแลได้รับผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแล ดังนี้

1.ผลกระทบด้านร่างกาย

การที่ผู้ดูแลต้องปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยมากขึ้น เป็นสาเหตุให้ผู้ดูแลเกิดอาการอ่อนเพลียและเมื่อยล้า อาจเกิดการเจ็บป่วยตามมาได้ (รุจา ภูโพบูลย์, 2541) ในผู้ป่วยเรื้อรังที่มีความต้องการการดูแลสูง ภรรยาของผู้ป่วยเรื้อรังจะประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคึกคักมาก มีผลทำให้ผู้ดูแลรับรู้ภาระมากขึ้น ระดับการพึ่งพา มากย่อมต้องการการดูแลจากผู้ดูแลมาก ทำให้ผู้ดูแลมีความยากลำบากในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดและรับรู้ถึงภาระของผู้ดูแลสูง ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย มักมีอาการปวดเมื่อยแขน ขา ไหล่ หลัง คอ และกล้ามเนื้อ ซึ่งเกิดจากการยก ล้ม ประคอง และการช่วยฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย มีอาการป่วยเป็นหวัด เนื่องจากพักผ่อนไม่เต็มที่ ในบางรายเป็นโรคกระเพาะอาหารเนื่องจากความเครียด และรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา ผู้ดูแลจะรู้สึกว่าสุขภาพของตนเองทรุดโทรมมากขึ้น ส่งผลให้สุขภาพร่างกายของผู้ดูแลเปลี่ยนแปลง รู้สึกว่าสุขภาพร่างกายของตนเองไม่แข็งแรง รู้สึกเหนื่อยอ่อนล้าและนอนไม่หลับ มีความกังวลและกลัวว่าจะดูแลผู้ป่วยได้ไม่ดี กลัวการถูกทิ้งให้อยู่ลำพังกับผู้ป่วย (วราภรณ์ จิธานนท์, 2547) และจากการศึกษาของ Periard และ Ames (1993) ศึกษาการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต รูปแบบการเผชิญของผู้ดูแลผู้ป่วยพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต และอุปนิสัยการรับประทานอาหาร บางส่วนไม่ยอมรับประทานอาหาร หรือรับประทานได้น้อยลงเนื่องจากเกิดความเหนื่อยหน่าย นอกจากนี้ยังไม่สามารถออกกำลังกายเนื่องจากไม่มีเวลาว่าง และจากการศึกษาของสายพิณ เกษมกิจวัฒนา และประอรนุช ตูลยาทร (2538) พบว่าภาระงานที่ภรรยาต้องรับผิดชอบในการดูแลสามีที่ป่วยเรื้อรังด้วยความเอาใจใส่ มีส่วนให้ภรรยาผู้ดูแลละเลยการดูแลสุขภาพตนเอง มีปัญหาสุขภาพแต่ไม่สนใจที่จะไปรักษาโดยให้เหตุผลว่าไม่อยาก

ละทิ้งผู้ป่วย และมักประเมินตนเองว่าเป็นความเจ็บป่วยที่พอนทนได้ ปัญหาภาวะสุขภาพที่เกิดกับ ผู้ดูแลได้แก่ เกิดความเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย ไม่มีแรง เครียด หงุดหงิด โกรธง่าย แยกตัวเองออกจาก สังคม เกิดความเบื่อหน่ายในที่สุดเนื่องจากรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระที่หนัก

2. ผลกระทบด้านจิตใจ

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยยังไม่พบข้อมูลผลกระทบด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ที่ ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้โดยตรง แต่จากการ ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผลกระทบของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง สามารถสรุปผลกระทบด้านจิตใจของ ผู้ดูแลได้ดังนี้

2.1 ผลกระทบจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วย

ผู้ได้รับบาดเจ็บที่มีอาการทางกายทุเลาลงและกลับมาพักฟื้นที่บ้าน แม้จะพบว่า มี ปัญหาทางด้านร่างกายทุเลาลง แต่ก็มีได้หมายความว่า บาดแผลด้านจิตใจจะฟื้นตาม เนื่องจากผู้ ได้รับผลกระทบจะเกิดการบาดเจ็บทางจิตใจ (Psycho-traumatology) ทำให้มีการหวนรำลึกถึง เหตุการณ์นั้นซ้ำๆ (Re-experience) เหมือนตัวเองอยู่ในเหตุการณ์นั้นตลอด แม้มีสิ่งเร้าแม้เพียง เล็กน้อย ก็จะทำให้กระตุ้นให้มีการสร้างจินตนาการเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น จึงทำให้เกิดความทุกข์ ใจได้มาก นอกจากนี้ผู้ได้รับผลกระทบจะมีการตื่นตัวของระบบจิตสรีรวิทยาเกินปกติ (Hyperarousal) ทำให้มีอาการทางกาย เช่น นอนไม่หลับ สะดุ้งบ่อย ละเมอกลัว หัวใจเต้นเร็ว ตัว สั่น คลื่นไส้ (Horowitz, 2003) ซึ่งก่อให้เกิดความไม่สุขสบายทางกายก่อให้เกิดความทุกข์ใจได้ เช่นเดียวกันกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เป็นสิ่งคุกคามที่มากกระตุ้นให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด (ชูชื่น ชิวพูนผล, 2541) และการที่ผู้ดูแลในครอบครัวต้องเผชิญกับสภาพอารมณ์ของผู้ป่วยที่ เปลี่ยนแปลง เช่น หงุดหงิด โมโหง่าย เจ้าอารมณ์ การถูกคาดหวังในบทบาทของผู้ดูแลใน ครอบครัวจากญาติหลายๆ คน ทำผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความสับสนไม่ทราบว่าจะควรทำอะไรดี เนื่องจากไม่สามารถทำสิ่งต่างๆ ให้เป็นไปตามความต้องการ จึงไม่มั่นใจที่จะให้การดูแล และรับรู้ ต่อความจำกัดของตนเองในการแสดงบทบาทของผู้ดูแลให้ประสบความสำเร็จ (ศิริวรรณ วรรณศิริ, 2548)

2.2 ผลกระทบจากการปรับตัวของผู้ดูแล

การเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแลถือว่าเป็นประสบการณ์เฉพาะส่วนบุคคลจึงมี กระบวนการตอบสนองต่อบทบาทและผลลัพธ์การปรับตัวจากการดูแลที่แตกต่างกัน Walker และ คณะ (1995) พบว่าประสบการณ์การตอบสนองและผลลัพธ์การดูแลมีทั้งด้านบวก (ปรับตัวดี) และด้านลบ (ปรับตัวไม่ดี) ดังนี้

2.2.1 การปรับตัวที่ดี ส่งเสริมให้เกิดความผาสุกและความพึงพอใจในชีวิต ของญาติผู้ดูแลได้แก่ความรู้สึกมีคุณค่า ได้ทำประโยชน์ทดแทนบุญคุณ เกิดสัมพันธภาพที่ดีกับ

ผู้ป่วยและบุคคลที่เกี่ยวข้อง ได้รับการยอมรับนับถือ เพิ่มพูนความสามารถและทักษะในการดูแล ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจและรู้สึกว่าคุณเองมีความสามารถเป็นที่ต้องการ และได้รับการชื่นชม จากบุคคลรอบข้าง ได้รับการสนับสนุนระดับประคองด้านจิตใจ เป็นประสบการณ์ที่มีคุณค่าต่อการดำเนินชีวิต เพิ่มเครือข่ายทางสังคม รู้สึกมีความสุขเมื่อได้ดูแลผู้อื่น มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยในอนาคต และส่งผลให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยดีตามไปด้วย

2.2.2 การปรับตัวไม่ได้ เกิดสืบเนื่องมาจากการมีบทบาทหน้าที่เพิ่มขึ้นหลาย ด้านและขาดการสนับสนุนช่วยเหลือส่งผลให้วิถีชีวิตเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมคือกิจกรรมที่ปฏิบัติ เป็นประจำวันเปลี่ยนแปลงไป รู้สึกไม่มีเวลาเป็นของตนเองสูญเสียความเป็นส่วนตัวเนื่องจาก เวลาส่วนใหญ่ของผู้ดูแลที่เคยมีนั้นต้องใช้ในการดูแลผู้ป่วย ถูกแยกจากสังคม ขาดเพื่อนฝูงใน สังคม เนื่องจากต้องกระทำหลายบทบาทพร้อมกันในเวลาที่จำกัด ไม่มีเวลาพักผ่อน ก่อให้เกิด ความกดดันสะสม (Caregiver Strain) ในทุกๆ ด้าน โดยเฉพาะด้านจิตสังคม สุขภาพร่างกาย เศรษฐกิจ รวมถึงระบบครอบครัว เป็นที่มาของความเครียดในบทบาท (Caregiver Role Stress) รู้สึกเหนื่อยล้า (Caregiver Burnout) เป็นภาระ (Caregiver Burden) ถ้าพิจารณาถึงสิ่งต่างๆ ที่ ผู้ดูแลในครอบครัวต้องรับผิดชอบและบทบาทต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงไปจะเห็นว่ามีความโน้มที่จะทำ ให้ภาวะสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจถดถอยลงตามลำดับ ซึ่งจะมีผลต่อความพึงพอใจในชีวิต คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล และการดูแลด้วย

2.3 ผลกระทบจากความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแล

ความเครียดของผู้ดูแลที่เกิดจากพฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งเป็นผลมาจากสภาพ ร่างกาย ได้แก่ 1) การพึ่งพาของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเอง ผู้ดูแลต้อง ตัดสินใจในทุกสิ่งทุกอย่างแทนผู้ป่วย 2) สภาพอารมณ์ที่หงุดหงิด ฉุนเฉียว อารมณ์เสียโดยไม่มี เหตุผล ไม่มีความอดทน ใจร้อน เอาแต่ใจตนเองของผู้ป่วย 3) ความบกพร่องในการรับรู้และความ เข้าใจ มีการตัดสินใจช้าหรือสับสน (ฤทัย แสนสี, 2549) และยังพบว่าเกิดจากสภาพความเป็นอยู่ รวมทั้งสิ่งแวดล้อมต่างๆ ภายในครอบครัว เช่นกิจกรรมต่างๆ ภายในบ้านขาดผู้ช่วยเหลือ มีความ ขัดสนด้านการเงินและสิ่งสำคัญคือสภาพอารมณ์ของผู้ดูแล ซึ่งได้แก่ ความรู้สึกว่าคุณเองไม่ สามารถดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้น รู้สึกผิด มีความกังวลกับตนเอง (พรชัย จุลเมตต์ และยุพิน ถนัดวณิชย์, 2543) ความเครียดยังเกิดจากการที่ผู้ดูแลขาดความรู้เกี่ยวกับโรคผู้ป่วย วิธีการดูแลผู้ป่วย รวมถึง ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย (จันทร์ฉาย โยธาใหญ่, 2547) นอกจากนี้ ยังมี ความเครียดในบทบาทที่พบได้บ่อยคือ ความคลุมเครือในบทบาทความขัดแย้งในบทบาท และการ ดำรงบทบาทที่มากเกินไป ทำให้ความสุขของผู้ดูแลลดน้อยลง และมีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแล อีกด้วย (ธีรภัทร์ นาชิต, 2547)

นอกจากนี้จากการต้องรับภาระเพิ่มขึ้น ทั้งบทบาทหัวหน้าครอบครัวและผู้ดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บทำให้ไม่สามารถจัดแบ่งเวลาในการทำหน้าที่หลายๆ อย่างในขณะเดียวกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งถ้าผู้ป่วยมีพฤติกรรมปัญหาทั้งทางร่างกาย จะนำมาซึ่งการรับรู้ของผู้ดูแลว่า ต้องใช้เวลาในการช่วยทำกิจกรรมต่างๆ มาก ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความเครียดแก่ผู้ดูแล และยังส่งผลทำให้ความพึงพอใจในการดูแลน้อยลง (กรรณิกา คงหอม, 2546) และจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัว บทบาทหน้าที่ ต้องเป็นผู้จัดการครอบครัว มีการตัดสินใจเรื่องต่างๆ ภายในครอบครัวแทนผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ ซึ่งเป็นบทบาทที่ไม่ได้เตรียมตัวมาก่อน บ่อยครั้งที่บุคคลเกิดความรู้สึกเครียดหรือเป็นทุกข์กับบทบาทหน้าที่ที่เปลี่ยนแปลงไป (นิภาวรรณ สามารถกิจ และ สุภาภรณ์ ด้วงแพง, 2540) อีกทั้งการรับบทบาทผู้ดูแล ทำให้มีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ดูแล เนื่องจากภาระหน้าที่เป็นประจำ เช่น การประกอบอาชีพ ซึ่งต้องทำควบคู่ไปกับการดูแลผู้ป่วยเป็นสาเหตุให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด เนื่องจากการมีเวลาในการพักผ่อนน้อยลง ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยร่วมด้วย ซึ่งรายได้ของผู้ดูแลจะมีส่วนสัมพันธ์กับการดูแล ผู้ดูแลที่มีรายได้ต่ำมักจะมีความรู้สึกถึงความเป็นภาระค่อนข้างสูง ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียดเกี่ยวกับอนาคตของผู้ดูแลและครอบครัวตามมา (กันตพร ยอดไชย, ปิ่นทิพย์ นาคดำ และเพลิศ ฐานิวัฒน์นานนท์ (2550)

หากผู้ดูแลมีการรับรู้สมรรถนะในตนเองสูงและการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจะช่วยให้อยอมรับ และสามารถเผชิญกับสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยได้ดี ทำปัญหาที่มีอยู่ให้เล็กลง (จินนระรัตน์ ศรีภักทรภิญโญ, 2540) และเชื่อว่าสามารถควบคุมสถานการณ์ด้วยตนเองได้ ผู้ดูแลจะมีความรู้สึกที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วย การได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ช่วยเหลือ และกำลังใจจากบุคคลเครือข่ายในสังคมของผู้ดูแล การได้รับความช่วยเหลือ ไม่ว่าจะเป็นด้านการเงิน แรงงาน หรือแนะนำวิธีการผ่อนคลาย วัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการดูแล เกิดความสะดวกสบายในการดูแลและเพิ่มคุณภาพการดูแลให้มากขึ้น ไม่รู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยก่อให้เกิดความเครียดและเป็นภาระ (สุดศิริ หิรัญชอุณหะ, 2541)

3. ผลกระทบทางด้านสังคม

ผู้ดูแลต้องให้การดูแลผู้ป่วยมากขึ้นกว่าแต่ก่อน และกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ดูแลด้วยการเข้าสังคมลดลง และไม่สามารถเผชิญปัญหาทางอารมณ์ได้ (ปราณี มิ่งขวัญ, 2542) นอกจากนี้ยังพบว่าการดูแลผู้ป่วยทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในชีวิตมาก เช่น ไม่สามารถทำงานอาชีพ หรือพบปะสังสรรค์กับบุคคลนอกบ้านได้เลย เนื่องจากต้องอยู่ดูแลผู้ป่วยรวมทั้งต้องทำงานบ้านเพิ่มมากขึ้นด้วยทำให้ผู้ดูแลต้องจำกัดกิจกรรมอยู่เฉพาะในบ้าน เวลาส่วนใหญ่จะหมดไปกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการดูแลผู้ป่วย เป็นเหตุให้ผู้ดูแลสูญเสียบทบาททางสังคมขาดการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น สูญเสียอิสระ ไม่สามารถออกไปมี

กิจกรรมในสังคมและไม่ได้พักผ่อนหย่อนใจอย่างที่เคยมัก การสูญเสียอิสระ การสูญเสียการมีกิจกรรมร่วมในสังคม การเปลี่ยนแปลง บทบาทหน้าที่ และการมีเวลาว่างลดลง จากการทำผู้ดูแล ต้องมารับบทบาทใหม่ในฐานะผู้ดูแล (วารสาร จิธานนท์, 2547)

4. ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ

การดูแลผู้ป่วยทำให้ต้องมีรายจ่ายเพิ่มขึ้น เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่ายา ค่าอาหารพิเศษ ค่าเครื่องใช้บางอย่างที่จำเป็น เช่น รถเข็น ไม้เท้า ค่าเดินทางไปโรงพยาบาล โดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัวและเป็นผู้หารายได้มาเลี้ยงครอบครัวเองทั้งหมดจะทำให้ขาดรายได้ (พรชัย จุลเมตต์และยุพิน ถนัดวณิชย์, 2543) นอกจากนี้การดูแลยังมีผลต่อหน้าที่การงานของผู้ดูแล ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงการทำงานของผู้ดูแลขึ้น ผู้ดูแลจะใช้โทรศัพท์เรื่องส่วนตัวมากขึ้น ลางานบ่อย ใช้เวลาพักร้อนไปกับการดูแลผู้ป่วย รู้สึกเหนื่อยเกินกว่าที่จะทำงานได้เต็มที่จึงทำงานได้น้อยลง ผู้ดูแลบางคนอาจต้องออกจากงานเพื่อมาทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยยิ่งจะทำให้รายได้ของครอบครัวน้อยลงยิ่งขึ้น (นิภาวรรณ สามารถกิจ และสุภาภรณ์ ดั่งวงแพง, 2545) ส่วนผลกระทบในทางบวกจากการให้การดูแลผู้ป่วย ซึ่งได้แก่ รู้สึกมีความสุขที่ได้ดูแลผู้อื่น รู้สึกว่าการดูแลทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างตนเองและผู้ป่วยมีความใกล้ชิดมากขึ้น เป็นโอกาสในการตอบแทนบุญคุณ รู้สึกว่าตนเองมีความสามารถเป็นที่ต้องการและได้รับการชื่นชมจากบุคคลรอบข้างในสังคม (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2546) และการที่ผู้ดูแลได้รับความรัก ความห่วงใย การยกย่องชมเชยจากสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะพี่น้องที่เห็นความสำคัญ เป็นการเสริมแรงให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมากขึ้น (จอมสุวรรณโน, 2540)

จะเห็นได้ว่าผลกระทบที่เกิดกับผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่บาดเจ็บแต่ละด้านนั้นเป็นที่มีการศึกษาในเชิงประจักษ์โดยใช้แนวคิดหรือทฤษฎีเป็นกรอบในการศึกษาเป็นส่วนใหญ่ แต่การศึกษาจากปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริงจากประสบการณ์ของผู้ดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ นั้นผู้วิจัยยังไม่พบข้อมูล ดังนั้นการรับรู้ของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ จะช่วยให้ได้ข้อมูลที่ลึกซึ้งและครอบคลุมและชัดเจนมากขึ้น สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการปฏิบัติงานและการศึกษาวิจัยได้อย่างกว้างขวางขึ้นด้วย

3.4 ความต้องการของผู้ดูแล

ผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่บาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ นั้น ต้องเผชิญกับประสบการณ์ที่ไม่แน่นอน การปรับตัวกับบทบาทผู้ดูแลและหัวหน้าครอบครัว การปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่คุกคามต่อชีวิตของตน จะทำให้บุคคลมีความต้องการที่แตกต่างไปจากภาวะปกติ และถ้าความต้องการเหล่านี้ไม่ได้รับการตอบสนองอาจทำให้เกิดปัญหาการเจ็บป่วยทางกาย เกิดความทุกข์ และความกระวนกระวายใจ

แต่ถ้าได้รับการตอบสนองจะทำให้มีความสุข สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ และมีประสิทธิภาพ (จรรยา กฤติยารวรรณ, 2546) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาในเรื่องความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัว มีดังนี้

1) ความต้องการด้านร่างกาย ได้แก่ ความต้องการในเรื่องของการพักผ่อน เป็นความต้องการที่เกิดขึ้นหลังจากที่ผู้ดูแลรู้สึกอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า จากการให้การดูแลเป็นความต้องการการพักผ่อนชั่วคราว หรือละวางจากการดูแลชั่วคราว เพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายของตนเอง นอกจากนี้ผู้ดูแลยังต้องการที่จะให้ร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ต้องการสิ่งจำเป็นในการดำรงและรักษาสุขภาพร่างกาย ทั้งนี้ก็เพื่อที่จะได้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ต่อไป (Wingate and Lackey, 1989) และยังพบว่าหากผู้ดูแลไม่ได้รับการตอบสนองด้านร่างกาย หรือน้อยกว่าที่ควรจะเป็น ผู้ดูแลจะเกิดความเบื่อหน่ายในการดูแลและส่งผลให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยลดลง

2) ความต้องการด้านจิตใจ ได้แก่ ความต้องการการสนับสนุนด้านกำลังใจ ด้านการประคับประคองจิตใจ เป็นความต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือ พัฒนาสภาพจิตใจ และอารมณ์ให้เกิดความอดทน โดยการให้มีผู้รับฟังและแก้ไขปัญหาก็ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกได้รับความห่วงใย ความเข้าใจ และสามารถที่จะให้การดูแลผู้ป่วยต่อไปได้ ความต้องการแรงจูงใจที่ดีและต่อเนื่อง ในการดูแลผู้เจ็บป่วยระยะยาว เพราะแรงจูงใจจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความตระหนักและให้ความสำคัญที่จะดูแลผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ สามารถยอมรับในปัญหาที่เกิดขึ้นได้ (Wingate and Lackey, 1989; วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิมิพานิช, 2537) ความต้องการคนที่เข้าใจผู้ดูแล ความต้องการระบายความรู้สึก ต้องการการยอมรับ การปลอบใจ (ฤทัย แสนสี, 2549)

3) ความต้องการด้านสังคม ได้แก่ ความต้องการความช่วยเหลือจากเครือข่ายทางสังคม เช่น ต้องการคนที่จะมาช่วยดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ดูแลเองจะได้มีเวลาในการทำกิจกรรมส่วนตัวและได้ผ่อนคลายบ้าง (จรรยา กฤติยารวรรณ, 2546) ความต้องการเงินและวัสดุสิ่งของ (Legal and/or financial needs) เป็นความต้องการเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายที่ใช้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว (ฤทัย แสนสี, 2549)

4) ความต้องการด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ ความต้องการความหวัง เพื่อให้เกิดความแข็งแกร่งโดยต้องการความหวังจากพระเจ้าต้องการให้ผู้ป่วยหาย ต้องการดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุด (ชนิตา มณีวรรณ และคณะ, 2537) นอกจากนี้ยังต้องการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยด้วย ซึ่งความต้องการทางด้านจิตวิญญาณที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลนั้น ก็เพื่อเป็นสิ่งสนับสนุนให้กำลังใจ ในการเผชิญกับความทุกข์ที่เกิดขึ้น โดยจิตวิญญาณเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญของมนุษย์ มีความหมายและความสำคัญต่อการนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลในทุกๆ ด้าน (ฤทัย แสนสี, 2549)

ความต้องการด้านสุขภาพที่กล่าวมาข้างต้น เกิดขึ้นได้ทุกระบวนการของการให้การดูแล โดยเฉพาะผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยเป็นระยะเวลานานนั้น จะมีปัญหาสุขภาพและรู้สึกเป็นภาระในการดูแลมากขึ้น หากความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวหากได้รับการตอบสนอง จะช่วยให้ผู้ดูแลมีภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดีรวมทั้งประสิทธิภาพในการให้การดูแลผู้ป่วยก็ดีขึ้นตามมาด้วย

3.5 บทบาทของพยาบาลต่อผู้ดูแล

พยาบาลที่ปฏิบัติงานในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ นั้น นอกจากจะมีบทบาทในการสร้างสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพบุคคลแล้ว การดูแลสุขภาพของครอบครัวและชุมชน รวมไปถึงการจัดการการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ได้รับบาดเจ็บและผู้ดูแลในครอบครัว เนื่องจากผลกระทบเรื้อรังภายหลังจากการบาดเจ็บยังคงเป็นบาดแผลที่ยากจะลบเลือน ดังนั้นการดูแลด้วยความเข้าใจความเป็นองค์รวมของมนุษย์เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง บทบาทของพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2546) ควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้พัฒนา ความสามารถที่จะสนองตอบต่อความต้องการการดูแลทั้งหมดของผู้ป่วย โดยผู้วิจัยได้สรุปบทบาทของที่เกี่ยวข้องกับพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง ต่อผู้ดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บ ดังนี้

1. การให้ความรู้เป็นการช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้ และสามารถพัฒนาทักษะบางประการมีความสำคัญในการพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งการให้ข้อมูลนั้นทำให้ผู้ดูแลเข้าใจสภาวะการณของผู้ป่วย สามารถกำหนดเป้าหมาย หรือแผนการล่วงหน้าได้ (Orem, 1995) โดยการสอนนั้นรวมถึงการให้คำแนะนำ ความรู้ใหม่ๆ และทักษะที่จะช่วยแก้ไขปัญหาหรือชี้ให้เห็นเป้าหมายและแนวทางที่จะบรรลุเป้าหมาย (Sit et al., 2004) จากการศึกษาของ นันทพร ศรีน้อม (2545) พบว่าผู้ดูแลมักจะไม่มีความรู้ความสามารถและทักษะที่ดีพอ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความไม่มั่นใจไม่แน่ใจในการกระทำกิจกรรมการดูแลของตนเอง ไม่เข้าใจถึงกิจกรรมที่ควรกระทำ ไม่ทราบว่าสิ่งใดทำไปแล้วจะเกิดผลเสียหรืออันตรายแก่ผู้ป่วย โดยผู้ดูแลจะปฏิบัติตามความนึกคิดและความเข้าใจของตนเอง ผู้ดูแลจึงต้องการได้รับความรู้เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของโรค ทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพร่างกายผู้ป่วย (สุริรัตน์ ช่างสวัสดิ์ศักดิ์, 2541) การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วย และรับรู้ถึงวิธีการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ของผู้ป่วย (สุจินดา ยิ่งรักศรีศักดิ์, 2547) ซึ่งการอธิบายเกี่ยวกับวิธีการดูแลรักษาให้แก่ผู้ดูแลต้องเป็นคำพูดที่เข้าใจง่ายและชัดเจน ดังนั้นการสอนเพื่อให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพที่สุดนั้น พยาบาลต้องระลึกไว้เสมอว่าผู้ดูแลเป็นผู้ตัดสินใจในการรับรู้ข้อมูล (ปรมาภรณ์ นิรมล, 2548) นั้น หลักในการสอนผู้ดูแล (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) มีดังนี้

1. การให้ความรู้ ประกอบด้วย

1.1 การให้ความรู้ในสิ่งที่ผู้ดูแลต้องการรู้ ซึ่งพยาบาลอาจให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่และ/หรือการรักษาที่ได้รับ เพื่อให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์ของผู้ป่วย หรือพยาบาลอาจต้องไต่ถามและรับฟังการรับรู้ของผู้ดูแลซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกว่ายพยาบาลสนใจในทุกข์สุขของตนเอง ทำให้ผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจและเชื่อมั่นในตัวพยาบาล มีผลช่วยให้ผู้ดูแลเพิ่มความสนใจในการเรียนรู้มากขึ้น

1.2 การเพิ่มชิ้นการมีส่วนร่วมและการฝึกปฏิบัติ โดยการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง เช่น การให้เป็นผู้ช่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และการช่วยดูแลผู้ป่วยตามความเหมาะสม เป็นต้น (Leske, 2002) จะช่วยเพิ่มการเรียนรู้อย่างมาก

1.3 การประเมินโดยการให้ข้อมูลย้อนกลับ จะช่วยผู้ดูแลในการเรียนรู้และการปรับพฤติกรรม โดยผู้ดูแลและพยาบาลต้องมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันเพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจและเป็นมิตร พยาบาลต้องประเมินถึงความก้าวหน้าในการบรรลุเป้าหมายในการเรียนรู้ ให้คำชมและให้กำลังใจในสิ่งที่ผู้ดูแลเรียนรู้

2. การให้คำปรึกษา

การให้คำปรึกษาโดยพยาบาลเข้าไปมีส่วนร่วม เช่น การรับฟังความทุกข์ ช่วยบรรเทาความไม่สุขสบาย รับรู้ เข้าใจ สนับสนุนให้เกิดความหวัง ส่งเสริมความพยายามให้ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติกิจกรรมดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง เป็นวิธีที่ช่วยให้ผู้ดูแลมีการพิจารณาสถานการณ์นั้นๆ ได้ดีขึ้น โดยให้ผู้ดูแลตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลผู้ป่วย โดยที่พยาบาลไม่ได้เป็นผู้ตัดสินใจให้กับผู้ดูแล เพียงแต่ให้ในรูปแบบของการแนะนำ การบอกแนวทางการให้ข้อมูลที่จำเป็นเพื่อเป็นแหล่งข้อมูลที่จะช่วยให้ผู้ดูแลตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลผู้ป่วย เพื่อปรับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหรือตอบสนองต่อความต้องการการดูแลที่จำเป็น การให้คำปรึกษาในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถเลือกและปฏิบัติกิจกรรมที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย เนื่องจากถ้าผู้ดูแลได้รับข้อมูลจากบุคลากรสุขภาพไม่ชัดเจนโดยไม่บอกเหตุผล หรือไม่ชี้ชัดลงไปจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความสับสนไม่ทราบว่าต้องปฏิบัติกับผู้ป่วยอย่างไร ทำให้ผู้ดูแลปฏิบัติกับผู้ป่วยบ้างแต่บางรายก็ไม่ปฏิบัติแก่ผู้ป่วยเลย ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น (นันทพร ศรีนิม, 2545) ที่สำคัญพยาบาลต้องแสดงให้เห็นถึงการเคารพในการตัดสินใจของผู้ดูแล มีการพิทักษ์สิทธิของผู้ดูแลโดยไม่ต้องมีการร้องขอให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลด้วยกิริยาท่าทางที่สุภาพแสดงให้เห็นถึงความน่าเชื่อถือและความน่าไว้วางใจ โดยให้ข้อมูลที่ เป็นความจริง เพราะผู้ดูแลต้องการทราบข้อมูลและการแนะนำอย่างตรงไปตรงมาเกี่ยวกับสถานภาพของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ดูแลรู้สึกถึงการเพิ่มความสามารถในการควบคุมสถานการณ์และลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับผู้ป่วย (Tracy, Fowler, & Magarelli, 1999)

3. การเป็นผู้ประสานงานช่วยเหลือ

พยาบาลต้องมีการประสานงานเชื่อมโยงกับหน่วยงาน บริการอื่นๆ และการส่งต่อผู้ดูแลและผู้ที่ได้รับบาดเจ็บไปรับบริการที่เหมาะสม เนื่องจากบาดแผลทางจิตใจของผู้บาดเจ็บนั้นที่ยังฝังอยู่ในจิตใจ และอาจกลายเป็นพฤติกรรมก้าวร้าวตามมา เหล่านี้อาจจะส่งผลต่อผู้ดูแล ซึ่งพยาบาลต้องมีความรู้ การประเมินภาวะเสี่ยง และจัดการส่งต่อผู้ที่ได้รับบาดเจ็บและผู้ดูแลไปยังสถานบริการที่สามารถให้การช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ นั้น นอกจากบทบาทดังกล่าวข้างต้นแล้ว พยาบาลจะต้องมีบทบาทการดูแลสุขภาพของครอบครัวและชุมชน รวมไปถึงการจัดการการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน ด้วยความเข้าใจความเป็นองค์รวมของมนุษย์ เพื่อเป้าหมายให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี อยู่ในครอบครัวที่อบอุ่น ชุมชนที่เข้มแข็ง และเน้นการดูแลแบบองค์รวม (สมจิต หุญเจริญกุล, 2546) เนื่องจากพยาบาลเป็นด่านแรกในการดูแล ช่วยเหลือผู้ได้รับบาดเจ็บ และผู้ได้รับผลกระทบ เพื่อนำไปสู่แนวทางการป้องกัน แก้ไข ให้ความช่วยเหลือผู้บาดเจ็บและครอบครัว ทั้งในระยะสั้นและระยะยาวอย่างมีประสิทธิภาพ

สรุป จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยพบว่า ยังไม่พบวรรณกรรมใดที่ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ในแง่มุมมองของการดำเนินชีวิต การเผชิญปัญหา การปรับตัว และความต้องการของผู้หญิงเหล่านี้ ผู้วิจัยจึงได้มีการศึกษาประสบการณ์ดังกล่าวเพื่อเป็นข้อมูลสำคัญในการพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ด้วยความเข้าใจชีวิตการเผชิญปัญหาและการปรับตัว ให้เหมาะสมกับช่วงเวลาและความต้องการของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บอย่างครอบคลุมและเหมาะสม

สถาบันนวัตกรรมการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้แนวคิดปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) เพื่อศึกษาประสบการณ์ของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ เก็บรวบรวมข้อมูลใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลุ่มลึกและรอบด้าน (Holistic) ในด้านความรู้สึก นึกคิด เกี่ยวกับการดำเนินชีวิต การปรับตัวและการเผชิญปัญหา ข้อมูลที่ได้มาแล้วจะนำมาจัดระบบ แยกแยะและเชื่อมโยงทำความเข้าใจกับปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย

- 1.1 เตรียมความพร้อมด้านระเบียบวิธีวิจัย
- 1.2 การเตรียมทักษะด้านการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

- 2.1 พื้นที่ศึกษา (Setting)
- 2.2 ผู้ให้ข้อมูลหลัก
- 2.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 2.4 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล
- 2.5 การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ขั้นตอนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูล

- 3.1 ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล
- 3.2 การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของงานวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพถือว่าตัวผู้วิจัยเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่สุด (ชาย โพลิตา, 2550) ผู้วิจัยต้องมีความสามารถในการจัดระบบความคิด วิเคราะห์ สังเกต ตีความ ตลอดจนการสร้างแนวคิดจากข้อมูล รวมทั้งความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลด้วยวิธีการต่างๆ ซึ่งเกิดขึ้นในตัวบุคคลเท่านั้น (ศิริพร จิรวัดมนกุล, 2546) ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้มีการเตรียมความพร้อมก่อนทำการศึกษาวิจัย ดังนี้

1.1 เตรียมความพร้อมด้านระเบียบวิธีวิจัย

ผู้วิจัยได้ศึกษาหลักการเชิงทฤษฎีของวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล ที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวน 3 หน่วยกิต เนื้อหาวิชาประกอบด้วย ปรัชญาและหลักการวิจัยเชิงคุณภาพทางทฤษฎีและปฏิบัติ การกำหนดประเด็นการวิจัย วิธีการและเทคนิคการเก็บข้อมูล การจัดการประมวลข้อมูลอย่างเป็นระบบ การตรวจสอบข้อมูล การประเมินความเชื่อถือของข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลและการเขียนรายงานการวิจัย รวมทั้งการศึกษาด้วยตนเองจากการอ่านเอกสาร ตำราผลงานวิจัยเชิงคุณภาพร่วมกับการขอคำปรึกษาจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้มีประสบการณ์ในการทำวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อความพร้อมของผู้วิจัยให้มีความรู้ และป้องกันความคลาดเคลื่อนในการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล

1.2 การเตรียมทักษะด้านการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ฝึกการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจากการเรียนรายวิชาวิจัยเชิงคุณภาพและวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ชั้นสูง 2 จำนวน 3 ราย เพื่อเป็นการฝึกทักษะการฟัง เทคนิคการสัมภาษณ์ และการวิเคราะห์ข้อมูล รวมทั้งมีการตรวจสอบตนเองร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 พื้นที่ศึกษา (Setting)

พื้นที่ศึกษาของการศึกษาคครั้งนี้ คือ อำเภอเมืองของจังหวัดปัตตานี ยะลา และนราธิวาส ทั้งนี้ผู้วิจัยเลือกพื้นที่ศึกษา เนื่องจากเหตุผลในการเลือก ดังนี้

2.1.1 เป็นพื้นที่ศึกษาที่มีผู้ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบโดยตรง เพื่อต้องการให้ผู้หญิงที่รับบทบาทผู้ดูแลสะท้อนประสบการณ์การดูแลบุคคลที่ได้รับบาดเจ็บและยังคงอยู่ในสถานการณ์ความไม่สงบได้อย่างชัดเจน

2.1.2 เป็นพื้นที่ที่ผู้วิจัยมีความคุ้นเคย และสามารถเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลโดยผ่านผู้มีข้อมูลเกี่ยวกับพื้นที่ (Gatekeeper) คือ เจ้าหน้าที่ของ ศวชต. ซึ่งมีฐานข้อมูลของผู้ได้รับผลกระทบทั้งหมดในพื้นที่ มีบทบาทในการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อความร่วมมือในการเยียวยาอย่างเป็นระบบ ต่อเนื่องและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ได้รับผลกระทบ เผยแพร่ความรู้ทางวิชาการที่เกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบ อีกทั้งยังมีการจัดโครงการเยี่ยมเยียนครอบครัวผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ และเจ้าหน้าที่ของ ศวชต. นั้น มีความคุ้นเคยและเป็นที่ไว้วางใจของผู้ให้ข้อมูล โดย ศวชต. ทั้ง

3 ศูนย์ ได้แก่ 1) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ 2) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา และ 3) คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

2.2 ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key information)

ผู้วิจัยทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informant) แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จากผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

2.2.1 เป็นผู้หญิงที่มีอายุระหว่าง 18-59 ปี ที่ทำหน้าที่หัวหน้าครอบครัวและเป็นผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ เป็นเวลาอย่างน้อย 3 เดือน

2.2.2 มีสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับการบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่ยังมีความเจ็บป่วย หรือความพิการที่ต้องการการฟื้นฟู ตั้งแต่ระดับปานกลางจนถึงทั้งหมด หรือมีคะแนนดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) อยู่ระหว่าง 0-11 คะแนน (ภาคผนวก ก)

2.2.3 มีที่พักอาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดปัตตานี ยะลา หรือนราธิวาส

2.2.4 สามารถสื่อสาร เข้าใจภาษาไทย มีสติสัมปชัญญะดี และ

2.2.5 มีความสมัครใจและยินดีเป็นผู้ให้ข้อมูล

การได้มาซึ่งผู้ให้ข้อมูลนั้น ผู้วิจัยค้นหาผู้ให้ข้อมูลตามคุณสมบัติที่กำหนด ด้วยการดำเนินการ ดังนี้

1) ค้นหาผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จากทะเบียนประวัติของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บและครอบครัว ของ ศวชต. คือ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา และ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุญาตหัวหน้า ศวชต. ไว้ล่วงหน้าแล้ว

2) ผู้วิจัยสอบถามความสมัครใจและขอความร่วมมือจากผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ในการเป็นผู้ให้ข้อมูล ในขณะที่ผู้วิจัยออกเยี่ยมบ้านผู้ได้รับผลกระทบที่อยู่ในความดูแลของ ศวชต.

3) ผู้วิจัยประเมินระดับความพิการและต้องการการฟื้นฟูของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บจากผู้ดูแล โดยใช้เวลาในการประเมินประมาณ 10-15 นาที หากผู้ที่ได้รับบาดเจ็บมีระดับความพิการและต้องการการฟื้นฟูตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากผู้ดูแลในการเป็นผู้ให้ข้อมูล แต่หากการประเมินไม่ถึงเกณฑ์ที่กำหนดผู้วิจัยได้ส่งผู้ได้รับผลกระทบให้การดูแลของ ศวชต.ตามปกติ จากการเก็บรวบรวมข้อมูลพบว่าผู้ให้ข้อมูล มีลักษณะดังนี้

ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาคั้งนี้ทั้งหมด จำนวน 12 ราย ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 26-40 ปี จำนวน 8 ราย อายุมากที่สุด 50 ปี และอายุน้อยที่สุดคือ 26 ปี ส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 3-5 คน จำนวน 11 ราย และมีจำนวนสมาชิกมากที่สุดคือ 6 คน จำนวน 1 ราย ผู้ให้ข้อมูลเกือบทั้งหมด เป็นภรรยาของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ จำนวน 9 ราย เป็นมารดา จำนวน 2 ราย และเป็นพี่สาวของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ จำนวน 1 ราย สำหรับการนับถือศาสนาพบว่าผู้ให้ข้อมูลนับถือศาสนาอิสลาม จำนวน 7 ราย และนับถือศาสนาพุทธ จำนวน 5 ราย การศึกษาพบว่าผู้ให้ข้อมูลไม่ได้รับการศึกษา จำนวน 3 ราย จบชั้นประถมศึกษา จำนวน 2 ราย และจบชั้นมัธยมศึกษา จำนวน 7 ราย ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีสภาพสมรสคู่ จำนวน 9 ราย หย่าร้าง จำนวน 2 ราย และเป็นโสด จำนวน 1 ราย ด้านการประกอบอาชีพ พบว่าผู้ให้ข้อมูลมีอาชีพเดิม เป็นแม่บ้าน จำนวน 5 ราย รับจ้าง จำนวน 3 ราย ค้าขาย จำนวน 3 ราย และทำสวน จำนวน 1 ราย ส่วนอาชีพในปัจจุบันส่วนใหญ่ทำงานในโครงการเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบ (ทำความสะอาดสำนักงาน) จำนวน 4 ราย ค้าขาย จำนวน 4 ราย ทำสวน จำนวน 3 ราย และรับจ้าง จำนวน 1 ราย รายได้เดิมของครอบครัวต่อเดือน ส่วนใหญ่ มีรายได้มากกว่า 10,000 บาท จำนวน 8 ราย และมีรายได้ 5,000-10,000 บาท จำนวน 4 ราย ส่วนรายได้ในครอบครัวในปัจจุบันของผู้ให้ข้อมูล ส่วนใหญ่มีรายได้ครอบครัว 5,000 – 10,000 บาท จำนวน 9 ราย รายได้น้อยกว่า 5,000 บาท จำนวน 2 ราย และมีรายได้มากกว่า 10,000 บาท จำนวน 1 ราย สุขภาพโดยทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ปกติแข็งแรงดี จำนวน 8 ราย เป็นโรคความดันโลหิตสูง (เป็นภายหลังจากที่ดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บฯ) จำนวน 2 ราย และมักปวดเวียนศีรษะโดยไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 2 ราย

สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลพบว่า ผู้ให้ข้อมูล ส่วนใหญ่ดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บเป็นระยะเวลา 2-3 ปี จำนวน 9 ราย ดูแลมากกว่า 3 ปี จำนวน 2 ราย และดูแลน้อยกว่า 1 ปี จำนวน 1 ราย โดยผู้ให้ข้อมูลดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บที่ต้องการพึ่งพาทั้งหมด จำนวน 4 ราย ต้องการพึ่งพาค่อนข้างมาก 4 ราย และต้องการพึ่งพานกลาง 4 ราย ส่วนใหญ่สาเหตุของการที่ผู้ได้รับบาดเจ็บคือ ถูกยิงบริเวณหลังแล้วส่งผลให้อัมพาตท่อนล่าง จำนวน 10 ราย และถูกสะเก็ดระเบิดบริเวณหลังแล้วส่งผลให้อัมพาตท่อนล่าง จำนวน 2 ราย (ภาคผนวก ข)

โดยสรุปลักษณะของผู้ให้ข้อมูล คือ ส่วนใหญ่เป็นภรรยาของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ มีการศึกษาและรายได้น้อย ซึ่งส่วนใหญ่ดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บเป็นระยะเวลา 2-3 ปี ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เดิมทำหน้าที่แม่บ้านเพียงอย่างเดียว และเมื่อรับบทบาทผู้ดูแลและเป็นหัวหน้าครอบครัวทำให้ต้องประกอบอาชีพเพื่อหารายได้เลี้ยงดูครอบครัวในสภาพที่มีการศึกษาน้อย และไม่เคยมีประสบการณ์ในการประกอบอาชีพเลย

2.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพนี้ ประกอบด้วยผู้วิจัย แนวทางการสัมภาษณ์ สมุดบันทึก เครื่องบันทึกเสียง และตลับเทปบันทึกเสียง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.3.1 ตัวผู้วิจัย สำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพ ตัวผู้วิจัยถือเป็นเครื่องมือวิจัยที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะเป็นเครื่องมือในการวิจัยและเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล

2.3.2 สมุดบันทึก สำหรับบันทึกข้อมูล ที่ได้จากการสังเกตในภาคสนาม ซึ่งข้อมูลที่บันทึกประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับปฏิกิริยา ท่าทาง สีหน้า พฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูล รวมทั้งบันทึกคำถามที่เกิดขึ้นระหว่างสัมภาษณ์

2.3.3. เครื่องบันทึกเสียง ใช้เพื่อบันทึกข้อมูลในระหว่างการสัมภาษณ์ทุกครั้ง ซึ่งสามารถบันทึกข้อมูลดิบได้อย่างครบถ้วน และทำให้ผู้วิจัยไม่ต้องพะวงกับการจดจำ หรือการบันทึกข้อมูลลงสมุดบันทึก ซึ่งข้อมูลจากการบันทึกเทปนี้เอื้อต่อการวิเคราะห์ข้อมูลให้เที่ยงตรง ก่อนการบันทึกผู้วิจัยได้ขออนุญาต และได้จัดวางเครื่องบันทึกเสียงไว้ให้พ้นสายตาเพื่อป้องกันการคุกคามต่ออารมณ์และความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูล เพราะผู้ให้ข้อมูลอาจรู้สึกอึดอัดหรือรู้สึกกังวลใจ ทำให้สูญเสียสมาธิในการเล่าประสบการณ์ได้

2.3.4 แนวทางการสัมภาษณ์

2.3.4.1 ผู้วิจัยสร้างแนวทางการสัมภาษณ์ ตามแนวคิดเบื้องต้น (Preconceived notion) โดยกำหนดวัตถุประสงค์ของข้อคำถามตามปัญหาการวิจัย เขียนแนวคำถามเป็นลักษณะคำถามปลายเปิดเป็นประเด็นกว้างๆ และมีความยืดหยุ่นตามการสนทนา ไม่กำหนดจำนวนคำถาม และลำดับความ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกและครอบคลุม ตรงประเด็นที่ต้องการศึกษาแต่จะไม่จำกัดแนวคำถามว่าต้องให้เฉพาะเกี่ยวกับการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่บาดเจ็บเท่านั้น (ภาคผนวก ค)

2.3.4.2 เมื่อผู้วิจัยลงภาคสนามเก็บข้อมูล ผู้วิจัยนำบทสัมภาษณ์จากผู้ให้ข้อมูลที่ทำการศึกษานำร่องมาพิจารณาการสัมภาษณ์ให้เหมาะสม และปรับแนวคำถามเพิ่มเติมให้มีความเหมาะสม โดยมีการตรวจสอบกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ก่อนนำไปสัมภาษณ์ในครั้งต่อไป

2.4 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลมีดังนี้

2.4.1 หลังจากผ่านการอนุมัติการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และผู้วิจัยทำหนังสือขอเก็บข้อมูลจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อขออนุมัติเก็บรวบรวมข้อมูลต่อหัวหน้า ศวชต.

2.4.2 ในการศึกษาครั้งนี้มีผู้ช่วยระหว่างเก็บข้อมูล 1 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ และเข้าใจในบริบทวัฒนธรรม ประเพณีของสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ บทบาทหน้าที่ของผู้ช่วยระหว่างเก็บข้อมูล คือ การดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บแทนผู้ดูแลระหว่างการสัมภาษณ์

2.4.3 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแนะนำตัวต่อหัวหน้า ศวชต. ทั้ง 3 ศูนย์ และสร้างสัมพันธภาพกับทีมเยียวยาของศูนย์ประสานงานวิชาการช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนใต้ และชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย อธิบายวัตถุประสงค์และการดำเนินการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย ขอความร่วมมือ การอำนวยความสะดวกในการค้นหาผู้ให้ข้อมูล และการประชาสัมพันธ์โครงการวิจัย

2.4.4 ค้นหาผู้ให้ข้อมูลตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยผู้วิจัยตรวจสอบรายชื่อและที่อยู่ของผู้ให้ข้อมูล จากฐานข้อมูลของศูนย์ประสานงานวิชาการและช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศวชต.) ซึ่งเจ้าหน้าที่ของ ศวชต. มีบทบาทในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับรายละเอียดของการได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ต่อผู้ได้รับบาดเจ็บและครอบครัวแก่ผู้วิจัยเท่านั้น ซึ่งจะไม่มีกรทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกรงใจ หรือกลัว และอาจเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่สมัครใจจริง การค้นหาผู้ให้ข้อมูลคำนึงถึงคุณสมบัติว่าเป็นผู้หญิงที่ทำหน้าที่หัวหน้าครอบครัวและดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ ซึ่งอยู่อาศัยอยู่ในอำเภอเมืองของจังหวัดปัตตานี ยะลาหรือนราธิวาส โดยผู้วิจัยคำนึงถึงปลอดภัยในการเข้าร่วมงานวิจัยของทั้งผู้ให้ข้อมูลและตัวผู้วิจัย เมื่อได้พบผู้ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัยของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ จากนั้นผู้วิจัยติดต่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ และสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่บาดเจ็บ และผู้วิจัยทำการประเมินระดับความพิการที่ต้องการการพึ่งพาของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ จากผู้ดูแล โดยใช้เวลาในการประเมินประมาณ 10-15 นาที ในกรณีที่ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บมีระดับความพิการและต้องการการพึ่งพาตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากผู้ดูแลในการเป็นผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์และการดำเนินการวิจัยรวมทั้งการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล และการขอให้เป็นผู้เข้าร่วมในการวิจัย จากนั้นลงนามยินยอมเป็นผู้ให้ข้อมูล

2.4.5 ผู้วิจัยนัดหมายกับผู้ให้ข้อมูล เจ้าหน้าที่ของ ศวชต. และผู้ช่วยวิจัย โดยผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้เลือกวัน เวลา ที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก โดยคำนึงถึงความสงบเป็นส่วนตัว ความพอใจของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยตระหนักถึงความเสี่ยงทางร่างกาย ความไม่ปลอดภัยของทั้งผู้ให้ข้อมูลและผู้วิจัย และแจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลทราบว่า หากผู้ให้ข้อมูลรู้สึกว่าการเข้าร่วมการวิจัยอาจส่งผลให้เกิด

อันตรายต่อร่างกาย ทรัพย์สิน หรือครอบครัว ผู้ให้ข้อมูลมีความสามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกขณะ การดำเนินการสัมภาษณ์ มีขั้นตอนดังนี้

2.4.5.1 ผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพและบรรยากาศเพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจ ด้วยการสถาม (การสถามที่ดีตามหลักศาสนาอิสลาม) กล่าวทักทายเป็นภาษามลายูท้องถิ่นกับผู้ให้ข้อมูลที่นับถือศาสนาอิสลาม บอกวัตถุประสงค์ ทบทวนเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิและเข้าถึงการรักษาความลับของข้อมูล ขออนุญาตบันทึกเทป โดยแจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลทราบว่า ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้งจะเก็บรักษาเป็นความลับ และจะถูกทำลายเมื่อเสร็จสิ้นตามกระบวนการวิจัย การนำเสนอผลการวิจัยจะไม่มีกระบวนการระบุชื่อผู้ให้ข้อมูล บอกประโยชน์ของการศึกษา รวมทั้งบอกระยะเวลาในการสัมภาษณ์ ทั้งนี้การสนทนาสิ้นสุดเมื่อผู้วิจัยได้ข้อมูลที่ตรงตามประเด็นที่ต้องการศึกษา ขณะสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสามารถไม่ตอบคำถามใดๆ ที่รู้สึกไม่สะดวกใจ หรือบอกยุติการให้ความร่วมมือในขั้นตอนใดๆ ของการวิจัย และขอข้อมูลกลับได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องบอกเหตุผล อีกทั้งแจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลทราบว่า การเป็นผู้ให้ข้อมูลหรือการปฏิเสธ จะไม่มีผลต่อการรับบริการจากหน่วยงานบริการสุขภาพหรือการดูแลของศวชต.

2.4.5.2 ขั้นเริ่มการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยใช้คำถามอุ่นเครื่อง ที่ซักถามเกี่ยวกับเรื่องทั่วไป ก่อนเข้าถึงคำถามหลัก เช่น สมาชิกในครอบครัวมีกี่คน ปัจจุบันท่านประกอบอาชีพอะไร สุขภาพของท่านเป็นอย่างไรบ้าง ท่านดูแลผู้ป่วยมานานเท่าไร เพื่อสร้างสัมพันธภาพและบรรยากาศที่ดี จนผู้ให้ข้อมูลเกิดความคุ้นเคย รู้สึกผ่อนคลายและแสดงท่าทีไว้วางใจ ซึ่งในการวิจัยนี้ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ครั้งละ 45-60 นาที

2.4.5.3 ขั้นเข้าสู่ประเด็นที่ต้องการศึกษา ผู้วิจัยถามเพื่อนำเข้าสู่ประเด็นที่ต้องการศึกษาโดยเป็นคำถามปลายเปิด และมีความยืดหยุ่นตามการสนทนา เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกครอบคลุมประเด็นที่ศึกษา ระหว่างที่สัมภาษณ์ผู้วิจัยใช้เทคนิคการฟังโดยแสดงถึงการตั้งใจรับฟัง ความใส่ใจ และใช้เทคนิคการสบตาและพยักหน้า รวมถึงการทวนความหรือกล่าวคำพูดของผู้ให้ข้อมูลซ้ำ เพื่อสำรวจความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูลและเป็นการติดตามความคิดของผู้วิจัย หลังจากคำถามผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลอธิบาย ถึงความรู้สึกละแวกถึงเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ให้ข้อมูลในขณะที่ดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บในครอบครัว ใช้เทคนิคการสะท้อนการสรุปความ การทบทวนความเพื่อให้เกิดความเข้าใจในข้อมูลที่ได้ตามความรู้สึก และการให้ความหมายของผู้ให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยเปิดใจกว้างให้ผู้ให้ข้อมูลอธิบายได้อย่างอิสระ และยอมรับข้อมูลนั้นๆ ตามความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูล

นอกจากนี้ขณะสัมภาษณ์ มีการสังเกตท่าทางผู้ให้ข้อมูล ในกรณีที่ผู้ให้ข้อมูลร้องไห้ ผู้วิจัยมีการยุติการสัมภาษณ์ชั่วคราว เปิดโอกาสให้ระบายและแสดงความรู้สึกโดยการรับฟัง แสดงความเห็นใจด้วยการใช้มือสัมผัสบริเวณหลังมือผู้ให้ข้อมูล เมื่อผู้ให้ข้อมูลระบายความรู้สึกและมี

อาการสงบแล้ว ผู้วิจัยสอบถามผู้ให้ข้อมูลหลักว่าพร้อมให้สัมภาษณ์ต่อหรือไม่ ในกรณีผู้ให้ข้อมูลไม่พร้อมให้สัมภาษณ์ ผู้วิจัยจึงยุติการสัมภาษณ์ทันที และสอบถามความพร้อมในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าในระหว่างการสัมภาษณ์มีผู้ให้ข้อมูล 9 ราย ร้องให้ เมื่อเล่าถึงความรู้สึกที่มีต่อผู้ที่ได้รับบาดเจ็บและภาวะในครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบ และหลังจากระบายความรู้สึกแล้ว ประมาณ 2-3 นาที ผู้ให้ข้อมูลแจ้งว่าพร้อมที่จะให้ข้อมูลต่อผู้วิจัยจึงดำเนินการสัมภาษณ์ต่อ

ระหว่างการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้มีการเตรียมตัวล่วงหน้าว่า หากพบผู้ให้ข้อมูลที่มีความเครียดสูง เช่น มีอาการนอนไม่หลับ ไม่มีสมาธิ ความสามารถในการตัดสินใจลดลง มีความตั้งใจอยู่ตลอดเวลา ไม่สามารถจัดการกับปัญหาต่างๆ ได้ รู้สึกไร้คุณค่า รู้สึกเศร้าหมอง คิดฆ่าตัวตายและไม่สามารถจัดการกับความเครียดได้ ผู้วิจัยจะมีการประเมินภาวะสุขภาพจิตกลุ่มเสี่ยงซ้ำ โดยการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต และใช้แบบประเมิน General Health Questionnaire 12 Plus-R (GHQ 12-R) ของกรมสุขภาพจิต ตามแนวทางการดูแลและช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ในระยะฟื้นฟู และจะดำเนินการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการกับความเครียด และวิธีการผ่อนคลายความเครียด แล้วจะส่งต่อผู้ให้ข้อมูลไปยังหน่วยงานที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพจิตโดยตรง ซึ่งได้แก่ ศูนย์สุขภาพจิตที่ 15 และทีมเยียวยาสุขภาพจิตของศสชต. เพื่อประสานงานช่วยเหลือและดูแลต่อไป อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาครั้งนี้ไม่พบผู้ให้ข้อมูลที่มีความเครียดสูง และผู้ให้ข้อมูลยังเล่าถึงวิธีการจัดการความเครียดที่เหมาะสม และสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ

2.4.5.4 ชั้นปิดการสนทนา ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลซักถามหรือกล่าวในสิ่งที่ต้องการพูดเพิ่มเติม เมื่อสัมภาษณ์เสร็จผู้วิจัยกล่าวสรุปประเด็นที่ได้จากการสัมภาษณ์ เป็นการตรวจสอบข้อมูลขั้นต้นกับผู้ให้ข้อมูล หลังจากนั้นกล่าวขอบคุณผู้ให้ข้อมูล นัดหมายว่าอาจมีการสัมภาษณ์ครั้งต่อไปหากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ครั้งนี้ยังไม่ครบถ้วน โดยขอหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อกับผู้ให้ข้อมูลได้ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามและให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการคลายความเครียดและการดูแลสุขภาพจิตในครอบครัวที่บาดเจ็บ เป็นต้น

2.5 การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลตั้งแต่เริ่มต้นกระบวนการเก็บข้อมูลจนกระทั่งเสนอผล โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.5.1 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการ ศาสตร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (ภาคผนวกง)

2.5.2 ผู้วิจัยให้การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลตลอดกระบวนการวิจัย โดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลตามความสมัครใจ หลังจากผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียด บอกให้ทราบเกี่ยวกับหัวข้อเรื่องที่จะสัมภาษณ์และกระบวนการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ขออนุญาตบันทึกเสียงการสนทนา แจ่งจำนวนครั้งที่ขอสัมภาษณ์ ระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง และขอให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการวิจัย โดยภายหลังเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง ผู้วิจัยสรุปประเด็นที่ได้จากการสัมภาษณ์เพื่อตรวจสอบข้อมูลขั้นต้นกับผู้ให้ข้อมูลและหลังการถอดเทปวิเคราะห์ข้อมูลโดยรวมทั้งหมด ซึ่งผู้ให้ข้อมูลสามารถตัดข้อมูลส่วนที่ไม่ต้องการเปิดเผยข้อมูล และผู้วิจัยไม่เปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่สามารถเชื่อมโยงถึงผู้ให้ข้อมูล การนำข้อมูลเอกสารจากการสัมภาษณ์ไปอภิปราย เผยแพร่ กระทำในลักษณะข้อมูลในภาพรวมและเฉพาะการนำเสนอทางวิชาการเท่านั้น

2.5.3 ผู้วิจัยอธิบายข้อมูลและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และให้เวลาในการคิดทบทวนก่อนตัดสินใจให้คำตอบด้วยความสมัครใจ มีการเห็นตียินยอมเข้าร่วมการวิจัย หรือบันทึกคำยินยอมในการบันทึกจากการสัมภาษณ์ (ภาคผนวก ง) มีการเก็บใบยินยอมหรือบันทึกคำยินยอมและข้อมูลต่างๆ ไว้ในที่ๆ ปลอดภัย มีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงได้และแยกจากข้อมูลการสัมภาษณ์

2.5.4 เนื่องจากการศึกษาถึงประสบการณ์การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งสถานการณ์ความรุนแรงยังไม่สิ้นสุด และยังมีประเด็นของศาสนาเข้ามาเกี่ยวข้องกับสถานการณ์ อีกทั้งผู้ให้ข้อมูลยังคงอยู่ในสถานการณ์ตลอดเวลา อาจเป็นเรื่องที่ไวต่อความรู้สึก ทำให้เกิดความเครียด และความรู้สึกทางอารมณ์ จากการกล่าวถึงเหตุการณ์ความไม่สงบที่ผ่านมา ผู้วิจัยให้การพิทักษ์ตามสิทธิประเด็นดังกล่าว ดังนี้

2.5.4.1 ขณะสัมภาษณ์หากประเด็นที่ไวต่อความรู้สึก ผู้วิจัยเริ่มต้นด้วยการถามความสมัครใจผู้ให้ข้อมูลก่อนถามหรือถามประเด็นกว้างๆ เพื่อดูความสมัครใจ และมีความยินดีต่อคำถามนั้น

2.5.4.2 ขณะสัมภาษณ์ผู้วิจัยแจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลเข้าใจว่า ผู้ให้ข้อมูลสามารถที่จะไม่ตอบคำถามใดๆ ที่รู้สึกไม่สะดวกใจหรือบอกยุติการให้ความร่วมมือในการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องบอกเหตุผล

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ให้ข้อมูลยินดีเล่าประสบการณ์การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ให้ผู้วิจัยฟังทั้งหมด

ขั้นตอนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล

3.1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยการอธิบายเป็นจำนวนหรือความถี่ของลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

3.1.2 ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลกระทำไปพร้อมๆ กับการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยพยายามแยกความเชื่อและสิ่งที่คุณวิจัยรู้เกี่ยวกับปรากฏการณ์ออกจากสถานการณ์ที่ศึกษา การวิเคราะห์เริ่มตั้งแต่ผู้วิจัยอ่านข้อมูลซ้ำๆ หลายๆ รอบ จนมองเห็นภาพที่เป็นสาระสำคัญของข้อมูลที่แต่ละคน แล้วดึงข้อมูลที่เป็นสาระสำคัญร่วม (Common Theme) ออกมา หลังจากนั้นทำการจัดกลุ่มของข้อมูลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ที่บ่งออกถึงสาระในเรื่องเดียวกันให้เป็นหมวดหมู่แล้วตั้งชื่อ (Conceptual Categories) โดยผู้วิจัยพิจารณาว่าสาระสำคัญที่น่าเสนอ สามารถแสดงให้เห็นภาพรวมของประสบการณ์ของบุคคลในประสบการณ์นั้นหรือไม่ และยกตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งเป็นข้อมูลดิบที่ผู้วิจัยคิดว่าสามารถสะท้อนให้เห็นประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลอย่างชัดเจน (Exhaustive Description) การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยเน้นการตีความของข้อมูลโดย

3.1.2.1 วิเคราะห์ข้อมูลระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1) ถอดข้อความ (Transcribe) จากเครื่องบันทึกเสียง แบบคำต่อคำ (Verbatim) เป็นภาษาเขียนด้วยตนเองหลังการเก็บข้อมูลแต่ละครั้ง

2) ตรวจสอบความถูกต้อง ชัดเจน ครบถ้วนของข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น สรุปประเด็นปัญหาที่ข้อมูลไม่ชัดเจนหรือไม่ครอบคลุม หรือประเด็นที่ต้องการค้นหาเพิ่ม

3) ปรับข้อความก่อนการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป เพื่อเก็บข้อมูลได้ชัดเจนเพิ่มเติมจากผู้ให้ข้อมูล

4) ทำการวิเคราะห์และสรุปประเด็นของผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย และปรับข้อความสำหรับผู้ให้ข้อมูลรายต่อไป

3.1.2.2 วิเคราะห์ข้อมูลรวมโดยรวมเมื่อเสร็จสิ้นการเก็บข้อมูล โดยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ตามแนวทางของ Burnard (1991) ซึ่งมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1) ผู้วิจัยอ่านข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปของผู้ให้ข้อมูลทุกรายหลายๆ ครั้งเพื่อทำความเข้าใจเบื้องต้นกับแนวคิด ทศนคติ ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูล จนกระทั่งได้

ความรู้สึกและมองเห็นสาระสำคัญของข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้

2) ผู้วิจัยจัดลำดับความสำคัญของหัวข้อ โดยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ที่มีลักษณะเชิงบรรยายมาแยกแยะและจัดหมวดหมู่ เพื่อลดหัวข้อที่ซ้ำซ้อน และหาหมวดหมู่ หรือหัวข้อย่อยใหม่เพิ่มขึ้นโดยดึงประโยคหรือข้อความที่เป็นสาระสำคัญทั้งหมดของแต่ละรายออกมา พยายามค้นหาหรือให้ความหมายแก่ข้อความที่เป็นสาระสำคัญของข้อมูลที่ดึงออกมา

3) ผู้วิจัยอ่านข้อความที่วิเคราะห์แบ่งเป็นหมวดหมู่ตามหัวข้อ และหัวข้อย่อย แล้วจึงนำข้อมูลดังกล่าวมาลงรหัสหมวดหมู่ของข้อมูล (Coding the Data)

4) ผู้วิจัยทำการจำแนกประเภทของข้อมูลที่ได้จากการลงรหัส โดยข้อมูลที่มียุทธศาสตร์คล้ายคลึงกันนำมารวมเป็นกลุ่มเดียวกัน นำมาวิเคราะห์ตีความหาประเด็นสำคัญเพื่อพัฒนาและสร้างหมวดหมู่ของข้อมูล (Developing Categories) รวมทั้งนำหมวดหมู่ของข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเชื่อมโยง และความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ซึ่งต้องคำนึงถึงบริบทของผู้ให้ข้อมูลด้วย เพื่อให้การวิเคราะห์เป็นไปอย่างลึกซึ้ง

5) นำบทสนทนา หรือ ตัวอย่างของข้อมูลดิบ (Exhaustive Description) ส่วนที่สามารถสะท้อนให้เห็นสาระสำคัญของกลุ่มหรือหมวดหมู่ แต่ละหมวดหมู่ ออกมาเพื่อใช้เป็นตัวอย่างให้ผู้อ่านได้เห็นว่า การจำแนกชื่อของหมวดหมู่หรือกลุ่มนั้นมีความสอดคล้องกับข้อมูลที่มีอยู่

6) ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่วิเคราะห์ได้ ความตรงของข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล โดยเฉพาะอย่างยิ่งตัวอย่างของข้อมูลดิบว่าตรงกับที่ผู้ให้ข้อมูลเล่าให้ฟังหรือไม่ ชื่อของกลุ่ม สาระของข้อมูล สะท้อนให้เห็นประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลมากน้อยเพียงไร แล้วจึงปรับปรุงให้เหมาะสม

7) เขียนสรุปรายงานการวิจัย อธิบายปรากฏการณ์ เชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลที่ได้รับกับวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

3.2 การตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล (Trustworthiness)

การตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นการสร้างความมั่นใจว่าข้อมูลที่ได้มีความถูกต้องตรงกับความเป็นจริงตามปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น โดยผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูลดังกล่าว ดังละเอียดต่อไปนี้ (Lincoln & Guba, 1985; Streubert and Carpenter, 1999)

3.2.1 การตรวจสอบความตรงของข้อมูล (Validity) ผู้วิจัยนำเทปบันทึกเสียงจากการสัมภาษณ์มาถอดข้อความแบบคำต่อคำ (Verbatim Transcriptions) ตรวจสอบความถูกต้องของบทสนทนาโดยเปรียบเทียบกับเทปที่บันทึกเสียงไว้ ฟังซ้ำในส่วนที่ไม่ชัดเจน และในการเสนอข้อมูลมีการอ้างคำพูด (Direct Quotes) ของผู้ให้ข้อมูล

3.2.2 ความเชื่อถือได้ (Credibility) การที่จะได้มาของข้อมูล ที่มีความตรง และเชื่อถือได้ของข้อมูลประกอบด้วย

3.2.2.1 มีการสร้างความคุ้นเคย สร้างความไว้วางใจก่อนการสัมภาษณ์ของผู้วิจัย (Prolonged Engagement) ด้านระยะเวลาในการทำความคุ้นเคยกับแหล่งข้อมูล ระยะเวลาของการทำความคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูลเป็นวิธีการหนึ่ง ที่จะช่วยให้ข้อมูลที่ได้มีความถูกต้องมากขึ้น และก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล (Lincoln & Guba, 1985) ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมีความคุ้นเคยกับแหล่งข้อมูลเนื่องจากเป็นคนในพื้นที่และปฏิบัติงานเป็นอาจารย์พยาบาลในพื้นที่ที่ศึกษา ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกไว้วางใจ มีความเชื่อใจ แต่อย่างไรก็ตามผู้วิจัยตระหนักอยู่เสมอถึงคุณสมบัติของการเป็นนักวิจัยเชิงคุณภาพที่ดี โดยผู้วิจัยต้องไม่นำความรู้สึก หรือความคิดเห็นส่วนตัวเข้าไปเกี่ยวข้องกับการศึกษา เพื่อให้งานวิจัยมีความน่าเชื่อถือมากที่สุด

3.2.2.2 มีการดำเนินการวิจัยอย่างมีขั้นตอน โดยผู้วิจัยทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล ให้ตรงตามคุณสมบัติที่กำหนดในการวิจัย และการให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบ (Member Check) ซึ่งเป็นการนำข้อมูลที่ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ และสรุปผล กลับไปหาผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง เพื่อตรวจสอบและยืนยันความถูกต้องเป็นจริงของข้อมูลทั้งในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล และเมื่อสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล (Lincoln & Guba, 1985; Maxwell, 2005) โดยภายหลังจากการเก็บข้อมูลสรุปความที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าว ผู้วิจัยทำการถอดเทปบันทึกเสียง ทำความเข้าใจกับปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นกลับไปหาผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง เพื่อตรวจสอบความถูกต้องเป็นจริงของข้อมูล และในการสัมภาษณ์บางรายที่ได้ข้อมูลไม่ครบถ้วนเนื่องจากเมื่อการสัมภาษณ์ผ่านไปหลายรายแล้วปรากฏว่า ผู้ให้ข้อมูลรายนี้ไม่ได้พูดถึงข้อมูลที่ได้ในผู้ให้ข้อมูลรายอื่นที่ผ่านมา ผู้วิจัยได้ติดต่อขอสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 เพิ่มเติม และใช้เวลาเพิ่มเติมอีกรายละประมาณ 40-60 นาที

3.2.2.3 การให้บุคคลอื่นตรวจสอบ (Audi trail) นำข้อมูลที่ได้ เช่น ข้อมูลจากการบันทึกภาคสนาม ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ รายละเอียดการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล รายละเอียดเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงรายงานที่ได้จากการศึกษา รับการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น

3.2.3 ความไม่ลำเอียง (Neutrality) ผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษาดตรงตามความเป็นจริงของข้อมูลที่ได้รับ ซึ่งไม่ใช่เกิดจากความคิดเห็นของผู้วิจัย แต่แสดงถึงข้อมูลที่สะท้อนความคิดเห็นหรือประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลโดยแท้จริง

3.2.4 การถ่ายโอน หรือการถ่ายอ้างอิงข้อมูล (Transferability) ผลการศึกษาเชิงปรากฏการณ์ผู้วิจัยได้มุ่งหวังการอ้างอิงข้อมูลจากการศึกษาไปยังประชากรกลุ่มอื่น เนื่องจากไม่สามารถอ้างอิงได้ อย่างไรก็ตามลักษณะผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาคั้งนี้มีความคล้ายคลึงเป็นส่วนใหญ่กับผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ เพราะฉะนั้นผลการศึกษาจึงสามารถนำไปใช้ได้ ซึ่งผู้วิจัยมุ่งที่จะนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการศึกษา เพื่อใช้ในการอ้างอิงปรากฏการณ์ที่มีลักษณะเหมือนหรือคล้ายคลึงกันกับบริบทในการศึกษาคั้งนี้เท่านั้น แต่การนำผลการศึกษาไปใช้ในกลุ่มอื่นๆ นั้นขึ้นกับความต้องการของผู้อ่านงานวิจัย (Jasper, 1994)

3.2.5 การใช้เกณฑ์พึ่งพา (Dependability) คือการใช้ระเบียบวิธีวิจัยอย่างมีขั้นตอนประกอบด้วย การนำเสนอข้อมูลที่ละเอียดครบถ้วน ครอบคลุม ซึ่งทำให้ผู้อ่านสามารถติดตามกระบวนการในการวิเคราะห์ข้อมูล การได้มาของข้อมูล การถอดรหัส และการตรวจซ้ำที่จะทำให้ได้มาซึ่งประเด็นหลัก และการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้แนวคิดปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) เพื่อศึกษาประสบการณ์ของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ของไทย ครอบคลุมการดำเนินชีวิต การเผชิญปัญหาและการปรับตัวระหว่างการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บ ทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-Depth Interview) ได้ข้อมูลอิมิตัวจากการสัมภาษณ์จำนวน 12 ราย สัมภาษณ์ทั้งหมด 20 ครั้ง นำข้อมูลมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตามแนวทางของ Burnard (1991) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอต่อไปนี้

บริบทของสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้

สถานการณ์ความไม่สงบที่เกิดขึ้นในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ของ泰นั้น ส่งผลกระทบต่อชีวิตและความเป็นอยู่ของประชาชนในพื้นที่อย่างมาก ลักษณะของความไม่สงบประกอบด้วย การวางระเบิด การเผาทำลายสถานที่ต่างๆ การลอบทำร้าย ยิง ฟัน ซ้ำเจ้าหน้าที่ของรัฐ พระสงฆ์ ประชาชนผู้บริสุทธิ์ทั้งไทยพุทธ และมุสลิม ทำให้เกิดการสูญเสียทั้งชีวิตและทรัพย์สิน บางรายได้รับบาดเจ็บจนส่งผลกระทบต่อสุขภาพ บางรายพิการทุพพลภาพ และสูญเสียอวัยวะ ส่งผลให้ประชาชนในพื้นที่มีความรู้สึกไม่ไว้วางใจซึ่งกันและกันของบุคคลที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ รู้สึกไม่มีความปลอดภัยในชีวิต ขาดความมั่นคงในชีวิตและทรัพย์สิน วิตกกังวลไม่กล้าออกนอกบ้าน หวาดกลัวเมื่อได้ยินเสียงดังคล้ายระเบิด ปืน หรือไฟฟ้าดับและไม่ไว้วางใจบุคคลในชุมชนและคนที่ไม่รู้จัก แม้แต่พระสงฆ์ก็ต้องอาศัยเจ้าหน้าที่คุ้มครองความปลอดภัยขณะออกบิณฑบาต และปรับเปลี่ยนกิจกรรมทางศาสนาให้สอดคล้องกับสถานการณ์ เช่น เวียนเทียนในเวลากลางวัน และนอกจากความรู้สึกหวาดกลัวต่อสถานการณ์ความไม่สงบที่เกิดขึ้นแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อออกไปประกอบอาชีพของประชาชนในพื้นที่อีกด้วย ดังคำบอกเล่าของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บรายหนึ่งว่า “กลัว เพราะว่าเคยโดนยิงแล้ว ตอนนั้นถูกยิงด้วยกัน เราอยู่ด้วยความระมัดระวัง ถ้ารู้สึกว่าไม่ดีจะไม่ไป ไม่กล้าไปแล้ว จากที่เคยไปกรีดยาง ตอนนี้ต้องจ้างเค้า เราไม่กล้าทำแล้ว กลัว กลัวมันรู้ว่าเรายังไม่ตาย มันมาซ้ำ นั่นแหละ” (ภรรยาของผู้ได้รับบาดเจ็บ รายที่ 11 ครั้งที่ 1 L:81-82) สถานการณ์ความไม่สงบก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัว จากการได้รับบาดเจ็บของหัวหน้าครอบครัว ส่งผลให้ไม่

สามารถปฏิบัติหน้าที่ดูแลครอบครัวได้ หรือจากการบาดเจ็บของสมาชิกในครอบครัวทำให้เป็นภาระแก่ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บในการดูแล และต้องเป็นผู้หารายได้ อย่างไรก็ตามผู้หญิงในครอบครัว ไม่ว่าจะป็นภรรยา มารดา หรือญาติพี่น้องของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ ต้องเข้ามารับผิดชอบบทบาทผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บและเป็นหัวหน้าครอบครัว ในสภาพของผู้ที่มีการศึกษาน้อยและไม่เคยประกอบอาชีพ ก่อให้เกิดความเครียดและวิตกกังวลแก่ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บเกี่ยวกับอนาคตของครอบครัวอย่างมาก และต้องเผชิญอยู่กับภาวะเครียด จิตใจเกิดความอ่อนล้า ท้อถอยและหมดกำลังใจ และคาดหวังให้สถานการณ์ความไม่สงบยุติลงให้เร็วที่สุด ดังคำบอกเล่าของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บรายหนึ่งว่า “อยากให้มันจบแค่นี้ไม่อยากให้มีใครเป็นเหมือนกับเราอีก เป็นแบบนี้ คนอื่นที่ยังไม่ได้เป็นแบบนี้ ไม่อยากให้เกิดแบบนี้กับคนอื่น เราอยู่ตรงนี้เรารู้ว่ามันเจ็บปวดขนาดไหน มันเป็นทุกข์ ทุกข์กันไปทั้งหมด ครอบครัวเราไม่เหมือนเดิม ไม่เหมือนก่อน” (ภรรยาของผู้ได้รับบาดเจ็บ รายที่ 10 ครั้งที่ 1L:218-221)

แม้ว่าในปัจจุบันสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ยังคงมีความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง ราววัน แต่ผู้หญิงเหล่านี้ยังคงใช้ชีวิตอยู่ในพื้นที่โดยไม่คิดย้ายถิ่นฐานออกไป เนื่องจากคิดว่าย้ายไปอยู่ที่อื่นก็ไม่ว่าจะไปประกอบอาชีพอะไร ประกอบกับอาศัยอยู่ที่พื้นที่นี้มานาน รู้สึกผูกพันกับบ้านเกิด ดังคำบอกเล่าของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บรายหนึ่งว่า “อยู่แบบระแวงกัน ใครเป็นใครเราก็ไม่รู้ แต่ไม่คิดว่าจะไปอยู่ที่อื่น ย้ายไปอยู่ที่อื่น ก็ไม่รู้จะไปทำอะไรกัน เราอยู่ที่นี้ไม่รู้กี่ช่วงคนแล้ว” (ภรรยาของผู้ได้รับบาดเจ็บ รายที่ 10 ครั้งที่ 1L:109-122)

การดำเนินชีวิตของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ต้องอยู่กับสภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัยต่อชีวิตและทรัพย์สิน และรับผิดชอบการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บแล้ว ยังต้องประกอบอาชีพเพื่อหารายได้เลี้ยงดูครอบครัว อีกทั้งต้องเผชิญกับปัญหาที่ร้ายล้อมเข้ามาในชีวิต การปรับตัวเพื่อให้ชีวิตดำรงอยู่อย่างสมดุลนับเป็นวิถีชีวิตที่น่าสนใจศึกษาเป็นอย่างมาก

ประสบการณ์ของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้

ประสบการณ์ของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัว หมายถึง สิ่งที่ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บถ่ายทอด โดยผ่านการรับรู้ของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ การศึกษาครั้งนี้เป็นการบอกเล่าการดำเนินชีวิต การเผชิญปัญหาและการปรับตัว ตามความรู้สึก ความคิด ทัศนคติและความเชื่อ

ระหว่างการดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ ซึ่งเป็นการร้อยเรียงเรื่องราวตามลำดับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ดังนี้

1. ตั้งตัวไม่ทัน
2. ภาระหนักอึ้ง
 - 2.1 ภาระรายรับรายจ่าย
 - 2.2 ภาระจากการดูแล
 - 2.3 ภาระทางอารมณ์
 - 2.3.1 ความเครียดรุนแรง
 - 2.3.2 ทุ่มเทน้อยทั้งข้อ
3. ความรับผิดชอบของผู้หญิง
 - 3.1 ร่วมทุกข์ร่วมสุข
 - 3.2 เป็นความภาคภูมิใจ
 - 3.3 ทำทุกอย่างเพื่อครอบครัว
4. การเผชิญปัญหาและปรับสมดุล
 - 4.1 ยอมรับเวรกรรม
 - 4.2 สร้างความหวัง
 - 4.3 หากำลังใจให้ตัวเอง
 - 4.4 ระบายออกด้วยการร้องไห้
 - 4.5 หาสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ
 - 4.6 มองหาความช่วยเหลือจากสังคม

1. ตั้งตัวไม่ทัน

ตั้งตัวไม่ทัน เป็นความรู้สึกภายหลังที่ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บกลับมาอยู่ที่บ้าน จะมีความรู้สึกที่ไม่ทันได้ตั้งตัวในระยะแรก เนื่องจากเป็นเรื่องที่ไม่คาดคิดว่าจะเกิดอุบัติเหตุเช่นนี้กับบุคคลในครอบครัว ขาดการเตรียมความพร้อม รวมทั้งยังขาดประสบการณ์ในการดูแล และยังไม่มีการปรับตัวเข้ารับบทบาทผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บและหัวหน้าครอบครัว ดังในคำบอกเล่าของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บที่เป็นภรรยาของผู้ได้รับบาดเจ็บรายหนึ่ง ที่ถูกยิงบริเวณหลัง และแพทย์ให้ข้อมูลว่าผู้ที่ได้รับบาดเจ็บจะพิการตลอดชีวิต ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บรู้สึกว่าเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน และไม่มีเตรียมตัว “ตกใจไม่คิดว่ามันจะเกิดขึ้นกับครอบครัวของเรา ตอนแรกก็ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย นอนนิ่งอย่างเดียว ตอนกลางก็ไม่รู้สึกเลย หมอบอกว่ากระสุนไปตัด

เส้นประสาทบางส่วน หมอบอกว่าพิการตลอดชีวิต ตอนนั้นไม่รู้ว่าจะทำอย่างไร” (ภรรยาของผู้ได้รับบาดเจ็บ รายที่ 10 ครั้งที่ 1 L: 38-40)

ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บบางรายรู้สึกว่าการดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บที่บ้านเป็นช่วงเวลาที่เกิดขึ้นอย่างทันที ไม่ได้ตั้งหลัก และไม่สามารถขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นๆ ได้เหมือนกับขณะที่รักษาตัวที่โรงพยาบาล จนทำให้รู้สึกว่าอยากมีอยู่แค่เพียงตนเอง และสามี ดังคำบอกเล่าของภรรยาของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บจากสะเก็ดระเบิดจนทำให้อัมพาตท่อนล่างว่า “รู้สึก [เงียบ น้ำตาไหล] ไม่รู้จะบอกยังไง กับคนอื่นเราก็เข้าไม่ได้ อยากอยู่เพียงแค่ว่ากับแฟน [ผู้ได้รับบาดเจ็บ] แบบว่ามันเครียด เราไม่เคยเจออะไรแบบนี้ไง ตั้งตัวไม่ทัน แต่มันถึงคราวเรา” (ภรรยาของผู้ได้รับบาดเจ็บ รายที่ 10 ครั้งที่ 1 L:19-20) ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บบางรายเกิดความรู้สึกไม่แน่ใจว่าตนเองจะต้องปฏิบัติอย่างไร ในการดูแลสมาชิกที่ได้รับบาดเจ็บ เนื่องจากไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยในลักษณะนี้ อีกทั้งผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บที่เป็นภรรยาบางรายยังรู้สึกยอมรับไม่ได้กับสภาพความเจ็บป่วยของสามี ระยะแรกของการดูแลรู้สึกเหมือนทำอะไรไม่ถูก และไม่ได้มีการเตรียมความพร้อมในการดูแล ทำให้รู้สึกหนักใจกับการดูแลสามีที่ได้รับบาดเจ็บว่า “แรกๆ เหมือนเรายังทำอะไรไม่ถูก เหมือนคนที่บ้าคลั่ง มันไม่เคยเกิด” (ภรรยาของผู้ได้รับบาดเจ็บ รายที่ 11 ครั้งที่ 1 L:28-29)

การบาดเจ็บของสมาชิกในครอบครัวอย่างกระทันหันนั้น ส่งผลให้ผู้ที่เข้ารับบทบาทผู้ดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บและหาเลี้ยงครอบครัวไม่ทันตั้งตัว เนื่องจากขาดประสบการณ์ และการเตรียมความพร้อมรับกับภาระต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นตามมา แต่อย่างไรก็ตามภาระการดูแล ภาระรายรับ รายจ่าย แลภาระทางอารมณ์เป็นสิ่งที่ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บหลีกเลี่ยงไม่ได้

2. ภาระหนักอึ้ง

ภาระหนักอึ้ง เป็นคำบอกเล่าของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บ ความรู้สึกต่อการทำหน้าที่ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บ และการรับผิดชอบครอบครัว ซึ่งมาพร้อมกับปัญหาที่ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บต้องเตรียมเผชิญ ซึ่งปัญหาที่รุมเร้าประกอบด้วย รายได้ลดลง ภาระมากขึ้น ภาระจากการดูแล ภาระทางจิตใจ ก่อให้เกิดความเครียด และเบื่อหน่ายท้อแท้ สภาพปัญหาดังกล่าวส่งผลต่อผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บอย่างต่อเนื่องในระหว่างการดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ โดยสามารถอธิบายได้ดังนี้

2.1 ภาวะรายรับรายจ่าย

ความรู้สึกต่อการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายภายในครอบครัวของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บ ซึ่งทำหน้าที่หัวหน้าครอบครัว ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บต้องจัดการดูแลกับภาระรายได้ที่ลดลง แต่ภาระรายจ่ายของครอบครัวสูงขึ้น ประกอบด้วย ค่ารักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์ในการดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ ค่าเลี้ยงลูกบุตร ค่าสาธารณูปโภคต่างๆ ซึ่งผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บต้องรับภาระค่าใช้จ่ายทั้งหมด ทั้งที่ยังมีข้อจำกัดในเรื่องของเวลาที่จะต้องดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บอย่างใกล้ชิด ระดับการศึกษาที่ไม่สูงมากนัก และขาดประสบการณ์ในการทำงานประกอบอาชีพ เนื่องจากผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บบางส่วนเดิมทำหน้าที่แม่บ้านเพียงอย่างเดียว และการขาดแหล่งทุนในการประกอบอาชีพ

สำหรับผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บที่เดิมทำหน้าที่แม่บ้านไม่เคยประกอบอาชีพมาก่อน แต่เมื่อสมาชิกในครอบครัวบาดเจ็บทำให้ตนเองต้องรับผิดชอบหารายได้เลี้ยงดูครอบครัว จะสะท้อนมุมมองของภาระรายรับ รายจ่ายว่าขาดรายได้ และภาระตกอยู่ที่ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บเพียงคนเดียว ดังนี้

“จากที่เป็นแม่บ้าน เคยซื้อโน้นนี่สบาย แต่ตอนนี้ต้องประหยัด แต่ก่อนฟุ่มเฟือย ตอนนี้ไม่ได้ ภาระอยู่ที่เราคนเดียว” (ภรรยาของผู้ได้รับบาดเจ็บ รายที่ 10 ครั้งที่ 1 L:126-127)

“แต่ที่หนักใจที่สุด คือขาดรายได้จากสามี อะไรที่เค้าเคยได้ ตอนนี้ไม่ได้ เริ่มคิดมาก ส่วนที่เราเคยได้ ต่อไปจะไม่ได้ นั่นแหละที่หนักใจ” (ภรรยาของผู้ได้รับบาดเจ็บ รายที่ 11 ครั้งที่ 1 L:79-81)

ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บที่เคยประกอบอาชีพ บางรายต้องเปลี่ยนงานที่เคยทำ หรือต้องออกมาทำงานที่เอื้อต่อการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บด้วย ดังคำบอกเล่าของมารดาของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บซึ่งต้องเปลี่ยนงานมาทำงานเป็นแม่บ้านในสำนักงานของโครงการเศรษฐกิจพอเพียงว่า “เรื่องเงิน เพราะว่าเราต้องใช้จ่ายเยอะจากคนที่ทำงานมีรายได้ ตอนนี้แบบนี้ทำงานไม่ได้ เงินก็ไม่มี พี่เองเคยทำงานแม่ครัวใช้มัยเคยมีเงินใช้ อยากได้อะไรก็ได้ อยากจะซื้ออะไรก็ได้ ตอนนี้ไม่มีเงินเลย.... โชคดีที่ได้มาอยู่ที่นี้ [หมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียง]” (มารดาของผู้ได้รับบาดเจ็บรายที่ 1 ครั้งที่ 2 L:106-117)

ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บที่เคยทำงานต้องหยุดงานที่ทำหรือเปลี่ยนให้ผู้อื่นทำแทนซึ่งรายได้ลดลง เนื่องจากส่วนหนึ่งยังหวาดกลัวกับสถานการณ์ความไม่สงบจนไม่กล้าออกไปทำงาน และการต้องดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บอย่างใกล้ชิด ทำให้ไม่สามารถออกไปทำงานได้เช่นเดิม ดังคำบอกเล่าของภรรยาของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บที่มีอาชีพกรีดยางรายหนึ่งว่า “เปลี่ยนไปเยอะเลย แต่ก่อนเคยทำงานสองคน กรีดยางกันสองคน แต่ตอนนี้ไปกรีดยางเอง

ไม่ได้แล้ว ต้องจ้างเค้ารายได้ที่ควรจะได้เป็นของเรา เราต้องแบ่งเค้า[ลูกจ้าง]ครึ่งหนึ่งเลย แต่เราก็ไม่รู้จะทำยังไง เพราะว่าเราต้องดูแลแฟน แล้วเราก็ก้าวที่จะไปกรีดยาง เพราะโดนยิงด้วยกัน แต่ที่ไม่เป็นมาก เค้า [ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ] พิการแบบนี้ จะไปไหนมาไหน ทำงานอะไรก็ไม่ได้ เสียรายได้ แล้วนั่นแหละภาระค่าใช้จ่ายมันยิ่งมากขึ้น” (ภรรยาของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ รายที่ 11 ครั้งที่ 1 L:75-78)

นอกจากรายได้ที่ลดลงแล้ว การเพิ่มขึ้นของรายจ่ายไม่ว่าจะเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ ค่าอาหาร ค่านมบุตร เป็นต้น เหล่านี้ส่งผลกระทบต่อผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บเป็นอย่างมาก ดังคำบอกเล่าของมารดาของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บว่า “เงินที่เราจะใช้ก็ยังไม่พอ จะจ่ายอะไรก็ต้องคิดเยอะ เพราะว่าวันๆ เราต้องใช้จ่ายเยอะเหมือนกัน ต้องซื้อโน้นซื้อนี่ ไม่รู้จะปรึกษา หรือว่าพึ่งใคร ไม่มีใคร บอกไม่ถูกเหมือนกัน” (มารดาของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ รายที่ 1 ครั้งที่ 1 L:92-93) นอกจากนี้ในส่วนของภรรยาของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ ที่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายเพียงผู้เดียวนั้น สะท้อนให้เห็นว่าภาระด้านรายจ่ายมีมากกว่ารายรับ และยังไม่สามารถจะขอความช่วยเหลือจากผู้ใดได้ ดังคำบอกเล่าของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บว่า “รายจ่ายเดือนหนึ่งหลายตั้งค์ ค่านมลูกก็หลายบาท รายจ่ายถูกไปโรงเรียนวันละร้อย วันละร้อย ค่ากับข้าว แล้วมาเทียบกับรายได้ของเรานั้นมันไม่พอ กับ 4,500 นั้น ไม่พอ แต่ก่อนมีเงินเดือนผู้ใหญ่ของเค้า [ผู้ได้รับบาดเจ็บ] ด้วย อยู่รอด นั้นแหละพอเดือนนี้มีแต่ 4,500 กับของลูก พันหนึ่ง ไม่รู้จะยังงัย” (ภรรยาของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ รายที่ 11 ครั้งที่ 1 L:19-24)

2.2 ภาระจากการดูแล

ความรู้สึกของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บที่มีต่อการดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ ซึ่งผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บคิดว่าไม่มีใครที่สามารถดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ และครอบครัวได้ดีเท่ากับตนเอง เนื่องจากลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยวที่ประกอบด้วย พ่อ แม่และลูก เมื่อบุคคลใดในครอบครัวเจ็บป่วย บทบาทการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บตกเป็นของภรรยา มารดา หรือญาติพี่น้องที่จะต้องรับภาระหน้าที่ในการดูแล ซึ่งในการดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บนั้น ต้องอาศัยความรัก ความเข้าใจ และสามารถรับรู้ความต้องการของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บมากกว่าบุคคลอื่น อีกทั้งผู้ที่ได้รับบาดเจ็บยังต้องการการพึ่งพาจากผู้หญิงเหล่านี้ในการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน การดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อนและฟื้นฟูสภาพร่างกาย ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลต่อเนื่องและยาวนาน

ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บที่เป็นมารดาจะสะท้อนมุมมองของการดูแลว่าเป็นภาระมากกว่าการดูแลเด็กก่อน หรือการเลี้ยงดูตอนที่ผู้ได้รับบาดเจ็บยังเล็ก เนื่องจากไม่สามารถละทิ้งการดูแลได้ และไม่สามารถฝากให้ผู้อื่นดูแลได้ “เป็นภาระ มันหนักกว่าเลี้ยงลูกตัวเล็กๆ อีก หนักกว่าเป็น 100 เท่า สุดๆ จริง ป้าเครียดมาก [ร้องไห้] หนักกว่าเด็กก่อน

เด็กอ่อนเวลาจะไปไหนยังฝากเค้าได้นะ แต่เป็นแบบนี้ฝาก ใครไม่ได้เลย ต้องอยู่ดูแลตลอด ทั้งกลางวัน กลางคืน ไม่มี ใครที่จะมาดูแลตลอดเหมือนแม่ได้” (มารดาของผู้ได้รับบาดเจ็บรายที่ 2 ครั้งที่ 1 L:55-57) และ “เป็นภาระจะไปไหนก็ไม่ได้ จะทำงานก็ไม่ได้ ต้องมาดูแลเค้า [ผู้ได้รับบาดเจ็บ] บางทีต้องเข้าโรงพยาบาลหลายวัน หยุดงานไม่ได้ทำอะไร รายได้ก็ไม่มี บางทีคิดอยากทำโน่นนี่บ้างก็ทำไม่ได้ เป็นภาระจริงๆ” (มารดาของผู้ได้รับบาดเจ็บรายที่ 1 ครั้งที่ 2 L:121-122)

ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บยังสะท้อนมุมมองของการดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ ในเวลาที่ผู้ได้รับบาดเจ็บมีความเจ็บปวด ทำให้ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บไม่สามารถปลีกเวลาไปทำกิจกรรมอย่างอื่นได้ ทำให้ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บรู้สึกเป็นภาระหนัก ดังคำบอกเล่าของภรรยาของผู้ได้รับบาดเจ็บรายหนึ่งว่า “ถ้าคิดว่าหนัก [ภาระ] ก็หนัก เพราะต้องดูแลแก [ผู้ได้รับบาดเจ็บ] ด้วย บำบัดด้วย ลูกด้วย แล้วยังเวลาปวดถึงหนักเลย ไปไหนไม่ได้” (ภรรยาของผู้ได้รับบาดเจ็บ รายที่ 10 ครั้งที่ 1L: 65-67)

ลักษณะของครอบครัวเดี่ยว ทำให้ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บที่เป็นภรรยาต้องรับผิดชอบการดูแลทั้งหมด ไม่ว่าจะเป็นการดูแลกิจวัตรประจำวัน เช่น การดูแลการขับถ่าย การทำแผล การอาบน้ำ การรับประทานอาหาร เป็นต้น ทำให้ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บรู้สึกว่าเป็นภาระและไม่สามารถแบ่งเบาภาระการดูแลนี้ให้กับใครได้ ดังคำบอกเล่าของภรรยาของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บรายหนึ่งว่า “ไม่มีใครที่จะดูแลได้ เรื่องของการขับถ่าย ไม่มีใครที่สามารถทำได้ นอกจากพี่คนเดียว แล้วญาติเราในนรา [จังหวัดนราธิวาส] นี้ก็ไม่มี เราก็อยู่แบบครอบครัวเดี่ยว ไม่มีใคร” (ภรรยาของผู้ได้รับบาดเจ็บ รายที่ 10 ครั้งที่ 1L:63-64)

นอกจากภาระการดูแล และภาระรายรับรายจ่ายแล้ว ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บ ยังต้องเผชิญกับภาระทางอารมณ์ ความเครียดจากการดูแล จากการเป็นที่รองรับอารมณ์ของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ ส่งผลให้ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บเหนื่อย ท้อแท้กับปัญหาที่รุมเร้าต่อการดำเนินชีวิต

2.3 ภาระทางอารมณ์

ภาระทางอารมณ์ เป็นอารมณ์และความรู้สึก ของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บที่มีต่อการดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ การทำหน้าที่หัวหน้าครอบครัว และปัญหาที่เข้ามารบกวนการดำเนินชีวิต ประกอบด้วย ความเครียดจากการดูแล และการเป็นที่รองรับสภาพอารมณ์ของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ ทำให้ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บเกิดความรู้สึกเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ ต่อการทำหน้าที่ และรับผิดชอบต่างๆ ในครอบครัว โดยสามารถอธิบายได้ดังนี้

2.3.1 ความเครียดรูมเร้า

ความรู้สึกลึกจากสะท้อนมุมมองของการเปลี่ยนแปลงบทบาทมาเป็น ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บ การรับภาระหน้าที่หัวหน้าครอบครัว การหา รายได้ การจัดการกับปัญหาในครอบครัว และการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต อีกทั้งสถานการณ์ความไม่ สงบในพื้นที่ที่อาศัยนั้น ที่ยังคงเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องก่อให้เกิดความหวาดระแวงในการใช้ชีวิต ซึ่ง ปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นกับครอบครัว ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บต้องจัดการ แก้ไขปัญหาด้วยตนเอง เหล่านี้ก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับ บาดเจ็บเป็นอย่างมาก ความเครียดของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บ เช่น ความเครียดจากการดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ ความเครียดจากสภาวะอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้ที่ ได้รับบาดเจ็บ

ความเครียดจากการดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกใน ครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บจะพยายามดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บให้ดีที่สุดเท่าที่ตนเองจะสามารถทำได้ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะของโรค และการฟื้นฟูสภาพร่างกายไม่ให้ทรุดมากกว่าที่ เป็นอยู่ แต่เมื่อผู้ที่ได้รับบาดเจ็บมีความเจ็บปวดจากโรคที่เป็นอยู่ ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัว ที่ได้รับบาดเจ็บจะมีความเครียด เนื่องจากไม่สามารถจัดการแก้ไข บรรเทาอาการเจ็บปวดนั้นได้ และสงสารผู้ที่ได้รับบาดเจ็บที่ต้องเจ็บปวด ทรมาน ดังในคำบอกเล่าของภรรยาของผู้ได้รับบาดเจ็บ รายหนึ่งว่า “เวลาที่แก [ผู้ได้รับบาดเจ็บ] ปวด เครียดไปหมด ปวดมากๆ ต้องไปโรงพยาบาล เหมารถ จ้างรถ ไปเฝ้าที่โรงพยาบาล ที่บ้านเราก็มีภาระเยอะอยู่แล้ว หนักใจตอนที่แกปวด แกปวดเราก็ เครียด.....เครียด เวลาแกปวดมันเครียด ต้องไปนอนโรงพยาบาล ต้องไปเฝ้าโรงพยาบาล เวลาแกปวดนั้น เราเครียดตามแกไปด้วย” (ภรรยาของผู้ได้รับบาดเจ็บ รายที่ 10 ครั้งที่ 1L: 75-78, ครั้งที่ 2 L: 24-25)

ความเครียดจากสภาวะอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ หลังจากที่มีสมาชิกในครอบครัวได้รับบาดเจ็บจนไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ นอกจากสภาพ ร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปแล้ว สภาพจิตใจของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บนั้นมีการเปลี่ยนแปลงไปด้วย เช่นกัน เช่น มีสภาวะอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิดฉุนเฉียว โมโหง่ายเมื่อไม่ได้รับการ ตอบสนองตามที่ตนเองต้องการ หรือเมื่อมีอะไรเข้ามากระทบจิตใจ อย่างไรก็ตามผู้หญิงที่ดูแล สมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บนั้นก็ยังคงต้องดูแลสภาพจิตใจของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บอย่าง หลีกเลียงไม่ได้ เหล่านี้ก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บ ตามมา โดยจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บที่เป็น ภรรยาสะท้อนความรู้สึกเครียดออกมา ดังในคำบอกเล่าของภรรยาของผู้ได้รับบาดเจ็บว่า “เวลา แก [ผู้ได้รับบาดเจ็บ] ปวด จะหงุดหงิด เป็นมากกว่าเมื่อก่อน โมโหใส่เราบ่อย พี่ก็เฉย บางทีก็

ทะเลาะกัน แต่เนิ่นๆ ไปก็สงสารเค้า เราก็เครียดเหมือนกัน ถ้าว่าไม่สบายใจ เราก็พยายามทำเฉย ปล่อยเค้า บางทีนี่ก็โกรธบ้างเหมือนกันเวลาเค้าโมโหใส่เรานะ” (ภรรยาของผู้ได้รับบาดเจ็บ รายที่ 10 ครั้งที่ 1L: 57-59)

การเผชิญกับความเครียดจากสภาวะอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ มีด้วยกัน 2 แบบ คือ 1) ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บจะคิดว่าตนเองต้องเข้าใจ ยอมรับกับสภาพอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บและคิดถึงลูก เพื่อให้ตนเองสามารถอดทน และเผชิญกับความรู้สึกเครียดนี้ได้ ดังคำบอกเล่าของภรรยาของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บว่า “เครียดบางครั้ง เราก็คิดว่าเค้า [ผู้ได้รับบาดเจ็บ] เป็นแบบนี้แล้ว เราจะทำไปได้ ต้องคิดว่าถ้าเป็นเราบ้าง เราต้องหงุดหงิดแบบนี้เหมือนกัน เข้าใจเค้า คิดถึงลูกมากกว่า ลูกยังเล็กอยู่ คิดถึงลูก” (ภรรยาของผู้ได้รับบาดเจ็บ รายที่ 10 ครั้งที่ 1 L:63-64) และ 2) ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บเลือกที่จะหลีกเลี่ยงการทะเลาะ หรือการมีปากเสียง โดยการออกจากสถานที่นั้นไปก่อน แล้วค่อยกลับมาพูดคุยกันอีกครั้ง ดังคำบอกเล่าของภรรยาของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บว่า “รู้สึกว้า เค้า [ผู้ได้รับบาดเจ็บ] เปลี่ยนไป ชื่นน้อยใจ อารมณ์ร้อน ทำอะไรก็ไม่ค่อยถูกใจ บ่นมากขึ้น แต่ก่อนเค้าไปไหนนี้ได้ ตอนนี้อยู่ไม่ได้ ก็ขัดใจ โมโหบ้างบางครั้งก็มีปากมีเสียงกัน บางครั้งเราคิดได้ก็เดินหนีไปก่อน กลับมาก็ดีกันเอง บางครั้งก็เถียง ทะเลาะกัน แต่ส่วนใหญ่จะหนีออกไปก่อน ต้องรับสภาพแบบนี้เรื่อยๆ นะ” (ภรรยาของผู้ได้รับบาดเจ็บ รายที่ 11 ครั้งที่ 1 L:74-76)

2.3.2 ทังเหน้อยทังท้อ

ทังเหน้อยทังท้อ เป็นความรู้สึกของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บ เมื่อไม่สามารถจัดการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัวไม่ว่าจะภาวะการดูแล ปัญหาเศรษฐกิจในครอบครัว การขาดการสนับสนุนช่วยเหลือจากสังคม หรือแม้แต่การจัดการกับความเครียดและวิตกกังวลของตนเองได้ ส่งผลให้ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่อยากดูแลหรือรับภาระใดๆ ในครอบครัว ซึ่งบางรายอาจเกิดขึ้นเพียงชั่วคราวไม่กี่ชั่วโมงแล้วหายไป แต่บางรายอาจมีอาการเบื่อหน่ายท้อแท้อยู่ 1-2 สัปดาห์ โดยผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บที่เป็นภรรยา ซึ่งต้องดูแลสามีที่ได้รับบาดเจ็บเพียงลำพัง โดยไม่สามารถขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นได้ หรือการระบายความรู้สึกให้ผู้อื่นฟังได้ แม้แต่บิดามารดาของตนเอง ทำให้ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บรู้สึกท้อแท้ ดังคำบอกเล่าของภรรยาของผู้ได้รับบาดเจ็บว่า “บางครั้งก็ท้อ บางครั้งก็เราไม่สามารถที่จะปรึกษา หรือขอความช่วยเหลือใครได้ แม้แต่บางทีโทรไปหาที่บ้าน เค้าก็นึกว่าเราจะไปหยีบ ยืมเค้า” (ภรรยาของผู้ได้รับบาดเจ็บ รายที่ 10 ครั้งที่ 1L:54-55)

เมื่อผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บรู้สึกท้อ หหมดกำลังใจ ในการทำหน้าที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บและดูแลครอบครัว จะมีการแสดงออกด้วย

พฤติกรรมที่ต่างกัน เช่น ชอบอยู่คนเดียว ไม่อยากพูดคุยกับใคร และอยากอยู่เฉยๆ ไม่อยากทำอะไร ดังคำบอกเล่าของภรรยาของผู้ได้รับบาดเจ็บ ดังนี้

“มันท้อนะ บางทีชอบอยู่คนเดียว ชอบอยู่เงียบๆ ไม่อยากเจอใคร คิดโน้น คิดนี่เรื่อย ไม่อยากคุย ทำอะไรทั้งนั้น มันเป็นแบบนี้” (ภรรยาของผู้ได้รับบาดเจ็บ รายที่ 10 ครั้งที่ 1L: 80-81)

“เหนื่อยไม่ต้องพูดเลย เหนื่อยมาก ท้ออยู่บ่อยๆ รู้สึกเบื่อๆ ใจมันห่อเหี่ยว แพนเป็นแบบนี้ ไม่อยากพูดกับใคร ไม่อยากทำอะไร มันท้อ” (ภรรยาของผู้ได้รับบาดเจ็บ รายที่ 11 ครั้งที่ 1L: 27-28)

“บางวันก็เหนื่อย พอจะมีเวลาว่างบ้าง บางวันท้อ อยากอยู่เฉยๆ อยากนอนไม่อยากจะทำอะไรเลย มีเหมือนกัน” (ภรรยาของผู้ได้รับบาดเจ็บ รายที่ 10 ครั้งที่ 1L:79-85)

“บางครั้งก็ทำใจ แต่บางครั้งมันก็ยังคิดๆ มาก จิตใจท้อแท้ ทำไม่มาเกิดกับครอบครัวเรา ลูกยังเล็ก ลูก 4 ขวบเอง” (ภรรยาของผู้ได้รับบาดเจ็บ รายที่ 11 ครั้งที่ 2L: 91-92)

ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บที่เป็นภรรยาคนหนึ่ง เมื่อรู้สึกท้อแท้ ทำให้คิดหนีปัญหาโดยการหนีออกจากบ้าน แต่ด้วยความรู้สึกสงสารสามีที่ได้รับบาดเจ็บ แต่ยังพยายามที่จะช่วยเหลือตนเอง ทำให้ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บกลับมาคิดสู้ขึ้น ดังในคำบอกเล่าของภรรยาของผู้ได้รับบาดเจ็บว่า “บางครั้งเบื่อแบบนี้ อยากไปให้พ้นๆ พอความคิดวูบหนึ่งขึ้นมาก็สงสาร พอเห็นท่าแก นั่งแบบไถไปกับพื้น จับขาแบบนี้ คิดสงสาร น้ำตาร่วง สงสาร เราก็เห็นว่าเค้าพยายามช่วยเหลือตนเอง จะได้ไม่ต้องเป็นภาระเรา มาก เราก็ยังสงสารเค้า คิดสู้ขึ้นมา” (ภรรยาของผู้ได้รับบาดเจ็บ รายที่ 10 ครั้งที่ 1 L: 80-83)

ความรู้สึกเหนื่อยของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บมาจากการที่พักผ่อนน้อย และการรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา ทำให้รู้สึกอ่อนเพลียจากการดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ ดังคำบอกเล่าของภรรยาที่ต้องดูแลสามีที่อัมพาตท่อนล่างว่า “รู้สึกเหนื่อย เหนื่อยจริงๆ เวลาเค้า [ผู้ได้รับบาดเจ็บ] ตื่นขึ้นมาเราต้องดูแลเค้าให้ดีให้เสร็จก่อน บางทีเราแทบไม่ได้กินข้าวเลย ถ้าไม่ได้กินด้วยจะรู้สึกเหนื่อยมาก” (ภรรยาของผู้ได้รับบาดเจ็บ รายที่ 110 ครั้งที่ 2 L:84-85)

สำหรับผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บที่เป็นมารดาจะรู้สึกเหนื่อยกับการดูแลที่ต้องเอาใจผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ ในขณะที่ตนเองต้องมีภาระรับผิดชอบหลายด้าน ดังคำบอกเล่าของมารดาของผู้ได้รับบาดเจ็บว่า “บางทีพี่ก็เหนื่อยที่จะตามใจ เค้า [ผู้ได้รับบาดเจ็บ] เหมือนกันเพราะพี่มีอะไรต้องทำหลายอย่าง แต่ต้องมาเอาใจ ดูแลเค้า บางทีมี

คนเล็กต้องดูแลอีก ทำงานอีกหลายอย่าง พี่ก็เหนื่อยเหมือนกัน” (มารดาคนที่ 1 ครั้งที่ 1 L:102-104)

จากการรับรู้ภาวะในการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บ การหารายได้เลี้ยงดูครอบครัว เป็นภาวะที่ก่อให้เกิดความเครียด เบื่อหน่าย ท้อแท้ แต่ผู้หญิงที่เป็นภรรยา มารดาและพี่สาวก็ยังอธิบายถึงการกระทำของตนเองในการดูแลสามี บุตรชายและน้องชายว่าเป็นความรับผิดชอบของผู้หญิง

3. ความรับผิดชอบของผู้หญิง

ความรู้สึกของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บในการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บเป็นความรับผิดชอบของผู้หญิง ประกอบด้วย การประกอบอาชีพเพื่อหารายได้ การดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บ การทำงานบ้าน เป็นต้น ซึ่งผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บสะท้อนความรู้สึกของความรับผิดชอบของผู้หญิง ได้แก่ ร่วมทุกข์ร่วมสุข เป็นความภาคภูมิใจ และทำทุกอย่างเพื่อครอบครัว โดยสามารถอธิบายได้ดังนี้

3.1 ร่วมทุกข์ร่วมสุข

การร่วมทุกข์ ร่วมสุข เป็นการดำเนินชีวิตของภรรยาที่ทำหน้าที่เป็นผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บสามีที่ได้รับบาดเจ็บ และการเป็นหัวหน้าครอบครัว ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บรู้สึกว่าการบาดเจ็บของสมาชิกในครอบครัวจนส่งผลให้พิการ จนต้องพึ่งพาผู้หญิงในครอบครัวนั้นก่อให้เกิดความทุกข์กายและจิตใจของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บเป็นอย่างมาก แต่อย่างไรก็ตามผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บจำนวนไม่น้อยที่คิดว่าการดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บนั้น เป็นการร่วมทุกข์ ร่วมสุขไปด้วยกัน เนื่องจากผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บเคยได้ใช้ชีวิตคู่ร่วมกัน ร่วมกันสร้างครอบครัว มีความสุขร่วมกันมา และร่วมกันฟันฝ่าอุปสรรคชีวิต และเมื่อคู่ชีวิตต้องการการดูแล พึ่งพา ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บส่วนใหญ่จึงยินดีที่จะร่วมทุกข์ร่วมสุขกับผู้ได้รับบาดเจ็บ ซึ่งบางรายรู้สึกสงสารและเห็นใจคู่ชีวิตที่ต้องพิการ ไม่สามารถทำงานได้เหมือนเดิม การดูแลสามีที่ได้รับบาดเจ็บนั้น เป็นสิ่งที่ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บคิดว่าเป็นหน้าที่ของตนเอง และไม่สามารถละทิ้งหน้าที่นี้ได้ ซึ่งจากการบอกเล่าของภรรยาของผู้ที่รับบาดเจ็บว่า “เราลำบากมาด้วยกัน ไม่ต้องพากันไปตลอดนะ แต่ก่อนมีอะไรเราก็ช่วยกันช่วยกันสร้าง พอมาโดนแบบนี้ ทิ้งกันไม่ได้ เราต้องช่วยดูแลกันต่อไป” (ภรรยาของผู้ได้รับบาดเจ็บ รายที่ 11 ครั้งที่ 1 L: 14-15) และ “ร่วมทุกข์ร่วมสุขกันมา เลยต้องดูแลเค้า [ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ] ต่อไป ไม่ว่าจะเค้าจะเป็นยังไง อยู่ด้วยกันมา 20 กว่าปีแล้ว ทิ้งกันไม่ลงนะ” (ภรรยาของผู้ได้รับบาดเจ็บ รายที่ 11 ครั้งที่ 1 L:39-40)

และผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บบางรายไม่คิดว่าการดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บเป็นภาระ และไม่คิดจะทอดทิ้งกันไปอยู่ที่อื่น เพราะที่นี้คือบ้านของเรา ดังคำบอกเล่าของภรรยาที่ดูแลสามีที่ได้รับบาดเจ็บว่า “ดูแลด้วยใจ...เราก็ตองดูแลกันไปอย่างนี้แหละ ไม่รู้จะไปไหน นี่ที่บ้านเรา บ้านเค้า [ผู้ได้รับบาดเจ็บ] ไม่คิดว่าจะทอดทิ้งเค้าไปแล้ว ยังไงต้องอยู่ด้วยกันไปแบบนี้ ไม่ทิ้งกัน” (ภรรยาของผู้ได้รับบาดเจ็บ รายที่ 10 ครั้งที่ 1L:216, ครั้งที่ 2 L: 62-63)

ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บที่เป็นภรรยาบางรายรู้สึกสงสารที่สามี มีสภาพร่างกายเปลี่ยนแปลงไป และไม่สามารถทำงานประกอบอาชีพได้ ทำให้ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บรู้สึกว่าตนเองต้องดูแลสามีและครอบครัวต่อไป โดยไม่คิดถึงสิ่งที่สามีเคยปฏิบัติไม่ดีกับตนเอง ดังคำบอกเล่าของภรรยาที่ดูแลสามีที่ได้รับบาดเจ็บดังนี้

“สามีของพี่ พี่สงสารเค้า เพราะเค้าช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เราเคยอยู่ด้วยกันมาก่อนหน้าันเค้าจะดี ไม่ได้กับพี่มาบ้างพี่ไม่คิด แต่มาปัจจุบันนี้ในเมื่อเค้าเป็นแบบนี้จะให้พี่ทิ้งเค้าได้ยังไง ชีวิตพี่อยู่ตอนนี้เพื่อสามีและลูก” (ภรรยาของผู้ได้รับบาดเจ็บ รายที่ 10 ครั้งที่ 1L:25-27)

“เราพร้อมทุกข์ร่วมสุขด้วยกันมา อยู่ด้วยกันมาหลายปี เข้าใจว่าเค้าเป็นแบบนี้ ต้องมีอะไรที่เค้าอยากจะทำ แต่เค้าไม่ได้ทำ ไม่ได้ตั้งใจ ก็ต้องมีโมโหเป็นธรรมดา ขนาดเราปกติดีทุกอย่าง ทำอะไรได้เองเรายังมีอาการหงุดหงิดเลย เข้าใจเค้า สงสารเค้าด้วย” (ภรรยาของผู้ได้รับบาดเจ็บ รายที่ 10 ครั้งที่ 1 L:59-62)

ความรู้สึกต่อความรับผิดชอบของผู้หญิงที่เป็นภรรยา ซึ่งได้ใช้ชีวิตคู่ร่วมกัน ผ่านมรสุมชีวิตที่ทั้งสุขและทุกข์ ทำให้ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บรู้สึกว่าดูแลสมาชิกในครอบครัวเป็นการร่วมทุกข์ ร่วมสุข นอกจากนี้ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บที่มีการปรับตัวในการทำหน้าที่ดูแลได้ดั่งนั้น ทำให้มีความรู้สึกภาคภูมิใจต่อการรับผิดชอบต่อทำหน้าที่ของผู้หญิง

3.2 เป็นความภาคภูมิใจ

ความภาคภูมิใจ เป็นความรู้สึกของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บในการดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บ ที่รู้สึกว่าตนเองสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บได้ดี ทั้งการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ จนส่งผลให้สุขภาพของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บนั้นค่อยๆ ดีขึ้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และการที่ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บสามารถดูแลครอบครัวและเป็นเสาหลักของครอบครัวได้ แล้วได้รับคำชื่นชมจากบุคคลรอบข้าง ทำให้ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บรู้สึกภาคภูมิใจในความสามารถของตนเอง แม้ว่าตนเองจะมีภาระที่หนักก็ตาม ดังคำบอกเล่าของภรรยาที่ดูแลสามีที่ได้รับบาดเจ็บจากการถูกลอบยิง จนล้มพาดท่อนล่างว่าตนเองเป็นภรรยาที่ดี และได้รับคำชื่นชมจากสามี จึงทำให้ตนเองรู้สึกภาคภูมิใจในการดูแลสามี และไม่คิดว่าการดูแลสามีเป็นภาระ ดังคำบอกเล่าของภรรยาที่ดูแลสามี

ที่ได้รับบาดเจ็บว่า “ไม่รู้เหมือนกันว่าจะมีใครที่สามารถดูแลได้เท่าเราหรือเปล่า เวลาซบถ่าย แม่ก็ไม่เท่ากับภรรยา ขนาดแม่เป็นแม่ของเค้า [ผู้ได้รับบาดเจ็บ] แล้ว แม่นั้นจะหาไม่ได้แล้ว แต่เราดูแลได้ดีกว่าแม่เค้าอีก เค้าเองก็ไม่เอาใคร เค้าอยากอยู่กับเรากับลูกมากกว่า เค้าก็พูดอยู่ทุกวัน ว่าจะหาภรรยาที่ดีแบบเราหาไม่ได้แล้ว..... รู้สึกดีใจ ภูมิใจที่ว่าเราเป็นภรรยาที่ดีแล้ว [ร้องไห้]” (ภรรยาของผู้ได้รับบาดเจ็บ รายที่ 10 ครั้งที่ 1 L:35-38,42)

ความภาคภูมิใจของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บบางรายมาจาก ผลของการดูแลที่ผู้ได้รับบาดเจ็บไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง และมีสภาพร่างกายที่แข็งแรงขึ้น ดังคำบอกเล่าของภรรยาที่ดูแลสามีที่ได้รับบาดเจ็บว่า “เราเป็นคนที่ดูแล จะมีความสุขที่ได้เห็นเค้าดีขึ้นๆ ไม่ต้องไปนอนโรงพยาบาล สุขภาพแข็งแรงขึ้น ช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น เรายังปลื้มใจ มีความสุขแล้ว” (ภรรยาของผู้ได้รับบาดเจ็บ รายที่ 11 ครั้งที่ 1 L:108-109)

ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บบางรายภูมิใจที่ตนเองสามารถดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บและและครอบครัว โดยที่ไม่เป็นภาระของสังคม และคิดว่าสิ่งที่ตนเองกระทำ เป็นสิ่งที่ดี ใ้บุญกุศล ดังคำบอกเล่าของภรรยาที่ดูแลสามีที่ได้รับบาดเจ็บว่า “ภูมิใจ รู้สึกว่าเราทำให้เค้า [ผู้ได้รับบาดเจ็บ] ได้ทุกอย่าง ไม่เป็นภาระของคนอื่น ภูมิใจที่เราทำให้เค้าทุกอย่าง ดูแลทุกอย่าง คิดว่าชาติหน้าเราคงได้บุญ เพราะว่าทำได้ ทำดี ถึงจะไม่มากอะไร แต่เราก็พยายามทำให้เค้าสุขๆ แล้ว” (ภรรยาของผู้ได้รับบาดเจ็บ รายที่ 11 ครั้งที่ 1 L:181-183)

สำหรับผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บที่เคยทำหน้าที่แม่บ้าน และไม่เคยต้องรับผิดชอบภาระในครอบครัวมาก่อน แต่เมื่อสมาชิกในครอบครัวบาดเจ็บตนเองก็สามารถดูแลครอบครัวได้ดี ทำให้รู้สึกว่าคุณค่า และภาคภูมิใจกับสิ่งที่ตนเองกระทำ ดังคำบอกเล่าของภรรยาที่ดูแลสามีที่ได้รับบาดเจ็บว่า “ก่อนหน้านี้เราไม่มีอาชีพ เป็นแม่บ้าน เลี้ยงลูกอย่างเดียว รู้สึกบ้างที่ก็ท้อเหมือนกัน คิดว่าไหนๆ เราก็โดนแล้วแบบนี้ แต่ว่าแฟน [ผู้ได้รับบาดเจ็บ] ก็พยายามช่วยเรา ให้กำลังใจ [ร้องไห้] รู้สึกภูมิใจที่เราได้ดูแลสามี ไหนๆ เราต้องดูแล ครอบครัวเราแล้ว” (ภรรยาของผู้ได้รับบาดเจ็บ รายที่ 10 ครั้งที่ 1 L:21-23)

นอกจากความรู้สึกภาคภูมิใจต่อการทำหน้าที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวแล้ว ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บ ความรับผิดชอบต่อครอบครัวทำให้ผู้หญิงเหล่านี้ทำทุกอย่างเพื่อครอบครัว โดยไม่คิดถึงความเจ็บป่วย ความเหนื่อยล้าจากการดูแลและการทำงาน

3.3 ทำทุกอย่างเพื่อครอบครัว

ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บ บอกเล่าถึงการดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ การหารายได้ การดูแลความเป็นอยู่ในครอบครัว การดูแลเอาใจใส่สมาชิกในครอบครัว การจัดการกับปัญหาในครอบครัว เป็นสิ่งพึงด้านจิตใจของสมาชิกในครอบครัว และเป็นการทำทุกอย่างเพื่อครอบครัว ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บเสียสละความสุขจากการได้พักผ่อน และเวลาว่างที่จะสามารถท่องเที่ยวหรือเข้าสังคม เสียสละเวลาส่วนตัว เพื่อทุ่มเทเวลาทั้งหมดกับการดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บและครอบครัว การหารายได้

ดังในคำบอกเล่าของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บที่เป็นภรรยา รายหนึ่ง ว่าแม้แต่เวลาที่จะไปพบแพทย์เมื่อตนเองเจ็บป่วยนั้น ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บยังคิดว่าเป็นการเสียเวลา เนื่องจากตนเองมีหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบ หลายด้าน และสามารถคอยการดูแลของตนเองตลอดเวลา และครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในชีวิตดังคำบอกเล่าของภรรยาของผู้ได้รับบาดเจ็บว่า “วันนั้นพี่ถูกรถชน พี่ตัดสินใจว่าเจ็บก็ต้องทน เราต้องขายให้หมดตัวพี่เองพี่มีสามี ลูกต้องดูแล ถ้าพี่เป็นอะไรไปขึ้นมาเนะ ที่บ้านคงแย่ พี่คิดว่าเราต้องอดทน เจ็บยังไงก็ต้องอดทน โชคดีนะที่รอดมาได้มาดูแลลูก กับสามี...สามีกับลูกที่สำคัญกว่า ถ้าไม่ทำงาน เงินก็ไม่มาใช้จ่าย พี่คิดว่าถ้าพี่ไปโรงพยาบาล พี่ต้องเสียเวลาในการรอหมอ เอกซเรย์ เอายาอีกครึ่งวัน พี่ห่วงขายนม คิดว่าแล้วสามีละ รอให้พี่เอาข้าว เอาน้ำ ให้น้ำ อาบน้ำให้ ยาคุณลพี่ก็ไม่ได้ขาย ไม่มีเงินมา เลี้ยงสามีลูก ก็จะไม่ มีพี่เลยตัดสินใจไม่หาหมอดีกว่า เสียเวลาทำงานพี่ เสียเวลา ในการดูแลสามีพี่” (ภรรยาของผู้ได้รับบาดเจ็บ รายที่ 4 ครั้งที่ 1L:12-14,107-112)

ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บบางรายแทบจะไม่มีเวลาว่าง เนื่องจากเวลาส่วนใหญ่ใช้ไปกับการดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ และครอบครัว จนบางครั้งทำให้ต้องรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา และไม่มีเวลาหารายได้เสริม ดังคำบอกเล่าของภรรยาของผู้ได้รับบาดเจ็บ ดังนี้

“เรื่องของงานเสริม คิดว่าคงเป็นไปไม่ได้ เวลาเหลือตอนนี้แทบจะไม่มีเลย เพราะว่าต้องทำงานเยียวยา [ทำความสะอาด] ดูแลแฟน ดูแลลูก เท่านั้น วันหนึ่งก็หมดแล้ว เราจะปลีกเวลาไปหารายได้เสริมก็ไม่มี ไม่ได้แล้ว รายได้เสริมมองไม่เห็นเลย ครอบครัว คนป่วย ลูก บางที่ป่วยแล้วไม่ได้กินข้าวเลย ก็มีเหมือนกัน” (ภรรยาของผู้ได้รับบาดเจ็บ รายที่ 4 ครั้งที่ 1 L:83-85)

“รู้สึกว่าย่เปลี่ยน เปลี่ยนแปลงมาก เวลาที่เราจะหยุดพักไม่ค่อยจะมี ตอนเช้าซื้อข้าวให้ลูก ให้แฟนกิน มาอาบน้ำแต่งตัวให้ลูก แฟน เอาข้าวให้แก [ผู้ได้รับบาดเจ็บ] กิน ไปส่งลูกไปโรงเรียน ไปทำงาน ทำงานบ่ายโมงก็กลับแล้ว ทำกับข้าวอะไรอีก แกเป็นแผลอีก ต้องทำแผลให้เข้าเย็น แผลกดทับที่ก้น แทบจะไม่มีเวลาเป็นของตัวเองเลย กลางคืนนั้นต้องซักผ้าอีก เพราะว่า

กลางวันเราไม่มีเวลาเลย ทำงานบ้าน อะไร ทุกอย่างเราหมด” (ภรรยาของผู้ได้รับบาดเจ็บ รายที่ 11 ครั้งที่ 1 L:79-85)

เมื่อความรับผิดชอบของผู้หญิง มาพร้อมกับปัญหาที่ต้องเผชิญและปรับตัว ให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างสมดุลมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บจึงต้องมีการปรับเปลี่ยนอารมณ์ ความรู้สึกของตนเองตามสถานการณ์ที่เข้ามากระทบการดำเนินชีวิต

4. การเผชิญปัญหาและปรับตัว

ความรู้สึกที่มีต่อปัญหาที่เข้ามากระทบผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บ ส่งผลให้เกิดการปรับตัวเพื่อเข้ารับบทบาทใหม่ ทั้งบทบาทการดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บและการเป็นหัวหน้าครอบครัว ซึ่งการมีบทบาทหน้าที่เพิ่มขึ้นหลายด้านและขาดการสนับสนุนช่วยเหลือ ส่งผลให้วิถีชีวิตเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เนื่องจากเวลาส่วนใหญ่ของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บที่เคยมีนั้นต้องไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย และการประกอบอาชีพ และต้องกระทำหลายบทบาทพร้อมกันในเวลาจำกัด เหล่านี้ทำให้ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บมีเผชิญปัญหาและการปรับตัวที่แตกต่างกัน ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

4.1. ยอมรับเวรกรรม

ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บมีความรู้สึกยอมรับกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในครอบครัว ทั้งในด้านการดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ ด้านเศรษฐกิจ และการรับบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บจะสามารถยอมรับสภาพของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ และบทบาทใหม่ของตนเองได้มากขึ้นเมื่อผ่านระยะวิกฤติของครอบครัวแล้ว การยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลงจะเกิดขึ้นแบบค่อยๆ เป็นค่อยๆ ไป โดยความคิดของการยอมรับสภาพนั้นเกี่ยวข้องกับความเชื่อทางศาสนา โดยผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บที่นับถือศาสนาพุทธ จะกล่าวถึงการยอมรับสภาพว่าเป็นเวรกรรมที่เคยได้กระทำมาตั้งแต่ชาติก่อน หรือเป็นทุกข์ได้กรรมเรา ดังคำบอกเล่าของภรรยาของผู้ได้รับบาดเจ็บ ดังนี้

“ตอนนี้ทั้งพี่และแฟนเราก็ยังทำใจไม่ได้ แต่ถ้ามันเกิดขึ้นแล้วต้องทำใจเราจะทำยังไงได้ เป็นเวรกรรมที่เราทำไว้ตั้งแต่ชาติก่อน ไม่ใช่ในชาตินี้ ถ้าย้อนเวลาได้ เราก็ไม่อยากให้เกิดเรื่องแบบนี้ ต่อให้มีเงินเป็นล้าน สองล้าน พี่ก็ไม่อยากมีแฟนพิการ ไม่ได้อยากได้ความเจ็บปวดในครอบครัวเลย” (ภรรยาของผู้ได้รับบาดเจ็บ รายที่ 10 ครั้งที่ 1 L:46-49)

“รู้สึกเหมือนกับมันเป็นเวรกรรมเก่าเรา คิดว่าทำไมต้องมาเจอกับครอบครัวเรา เราไปทำกรรมที่ไหนไว้หรือ อาจจะเป็นจากชาติก่อน แล้วย้อนมาถึงชาตินี้ ให้เราปลงๆซะ” (ภรรยาของผู้ได้รับบาดเจ็บ รายที่ 9 ครั้งที่ 2 L:95-96)

“หมอบอกว่าพิการตลอดชีวิต ตอนนั้นไม่รู้ว่าจะทำยังไง รู้สึกน้อยใจชีวิตตัวเอง ว่าทำไมมันต้องมาเกิดกับครอบครัวเรา [ร้องไห้] คิดว่ามันเป็นดวงของเค้า โชคเค้าไม่ดี เหวอเค้ากรรมเรา” (ภรรยาของผู้ได้รับบาดเจ็บ รายที่ 6 ครั้งที่ 1L: 41-43)

ส่วนผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บที่ระบุว่าตนเองนับถือศาสนาอิสลามคิดว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่รับมาแล้ว เป็นสิ่งที่พระเจ้า(พระอัลลอห์) กำหนดมาแล้ว หรือเป็นโชค ดวงของครอบครัวที่ถูกกำหนดมาแล้ว ดังคำบอกเล่าของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บดังนี้

“เคยรู้สึกว่ายากจะหนี จะหนี ไม่รู้จะทำยังไง แต่ก็ทำแบบนี้ไม่ได้ เราต้องอดทน พยายามให้ดีที่สุด เพราะว่าเค้าไม่มีใครแล้ว จะดีไม่ดีเค้าก็ถูกเรา กำหนดมาแบบนี้แล้ว ต้องพยายามดูแลต่อไป” (มารดาของผู้ได้รับบาดเจ็บ รายที่ 1 ครั้งที่ 1 L:87-88)

“ทำไมเราต้องเป็นแบบนี้ ทำไมต้องเกิดกับเราด้วย รู้สึกแค้น หลังๆ คิดว่ามันเป็นดวง คิดว่าเค้ากำหนดมาแบบนี้ โชคของเราเป็นแบบนี้แล้ว ต้องยอมรับให้ได้” (ภรรยาของผู้ได้รับบาดเจ็บ รายที่ 11 ครั้งที่ 1 L:68-69)

การเผชิญปัญหาและการปรับตัวของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บด้วยการยอมรับเวรกรรม นับเป็นจุดเริ่มต้นของการเผชิญกับปัญหาที่จะเข้ามากระทบชีวิตของผู้หญิงเหล่านี้ การสร้างความหวังเป็นการเผชิญปัญหาอย่างหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บมีแรงจูงใจในการทำหน้าที่ต่างๆ ในครอบครัว การรับมือกับภาระที่หนักอึ้ง

4.2 สร้างความหวัง

ภายหลังจากการยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้น ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บ มีการเพิ่มแรงจูงใจในการดำเนินชีวิต และเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งในระยะแรกของการบาดเจ็บ ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บจะมีการแสวงหาแหล่งประโยชน์นอกเหนือจากการรักษาแพทย์แผนปัจจุบัน เพื่อช่วยให้ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บพ้นหายจากโรค โดยการค้นหาการแพทย์ทางเลือก หมอทางไสยศาสตร์ การบีบนิ้ว การฝังเข็ม เป็นต้น ต่อมาเมื่อพบว่าผลจากการรักษาทั้งแผนปัจจุบันและทางเลือกไม่เป็นอย่างที่หวัง แต่ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บไม่หมดหวัง แต่จะหวังเพียงแค่ว่าผู้ที่ได้รับบาดเจ็บมีอาการที่ดีขึ้น สามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรค และมีสุขภาพแข็งแรงขึ้น

การสร้างความหวังของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บ จะมีลักษณะที่เปลี่ยนแปลงไปตามระยะเวลาของการดูแล ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บที่ดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บไม่นาน (4 เดือน) จะมีความหวังว่าผู้ได้รับบาดเจ็บจะสามารถหายจากโรคได้ โดยการแสวงหาการแพทย์ทางเลือกเข้ามาช่วยในการ

ดูแล ดังคำบอกเล่าของมารดาของผู้ได้รับบาดเจ็บว่า “ตอนนี้หวังว่าเค้า [ผู้ได้รับบาดเจ็บ] จะหาย คนมาดู เค้าบอกว่ามีคนที่นี่น้อยกว่านี้อีกเค้ายังหาย เราก็หวังว่าวันหนึ่งเค้าจะหาย เราจะได้มี กำลังใจในการดูแลเค้าต่อไป บางทีก็คิดเหมือนกันว่าจะมีหวังหรือเปล่า แต่เราต้องรักษาอยู่นั้น ทั้ง หมอบ้านหมอทางนี้ เผื่อว่าจะดีขึ้นสักวันก็ยังมี” (มารดาของผู้ได้รับบาดเจ็บ รายที่ 2 ครั้งที่ 1 L:88-90)

การสร้างควมหวังของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บเมื่อผ่าน ช่วงเวลาการดูแลระยะหนึ่ง หรือผ่านการรักษาด้วยการแพทย์ทางเลือกมาแล้ว แต่ผู้ได้รับบาดเจ็บยังมี สภาพร่างกายเช่นเดิม ทำให้ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บหวังเพียงแค่ว่า ผู้ได้รับบาดเจ็บสามารถช่วยเหลือตัวเอง และขยับ เคลื่อนไหวร่างกายได้บ้าง “หวังว่าจะหายนั้นน้อย แล้ว โอภาสนะ แต่ยังหวังว่าน้อง [ผู้ได้รับบาดเจ็บ] ไม่เป็นอะไรมาก หรืออยู่แบบสบายๆ สามารถมา นั่ง ขยับช่วยเหลือตัวเองได้แค่นี้ก็ดีแล้ว ไม่ได้หวังมาก” (พี่สาวของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ รายที่ 12 ครั้งที่ 1L:173-175)

“อยากให้เค้าหาย ไม่ต้องร้อยเปอร์เซ็นต์ แต่ให้เค้า [ผู้ได้รับบาดเจ็บ] ขยับเองได้ ขึ้นลงบันไดเองได้ เวลานั้นรถก็เหมือน อยากให้เค้าย้ายจากรถเข็นมานั่งรถ แต่มันก็เป็นไปไม่ได้ 4 ปีที่ผ่านมา พยายามทำแล้วมันก็ไม่ดีขึ้น แต่ตอนนี้ ก็ไม่ละทิ้ง ยังหวังอยู่ กะว่าให้เค้านั่งแล้วเปลี่ยน จากเก้าอี้ ตัวนั้น เป็นเก้าอี้ตัวนี้ได้ ก็ยังหวังอยู่นะ” (ภรรยาของผู้ได้รับบาดเจ็บ รายที่ 11 ครั้งที่ 1L:188-191)

“จะหวังอะไรกับเค้า [ผู้ได้รับบาดเจ็บ] ไม่ได้แล้ว หวังว่าให้เค้าหาย แม้ว่าจะเดิน ไม่ได้แล้วขอให้พอขยับเคลื่อนตัวเองได้บ้าง อยากให้เค้าหลุดจากการดูแลของเราบ้าง เราไม่ต้อง ดูแลมาก ตอนนี้ถ้าเราจะไปไหนเราต้องจัดการอะไรให้เสร็จก่อนถึงจะไปได้ หวังให้ช่วยเหลือตัวเองได้ บ้าง เราก็คือแล้ว ดีใจที่สุดแล้ว” (ภรรยาของผู้ได้รับบาดเจ็บ รายที่ 10 ครั้งที่ 1 L:136-139)

นอกจากนี้ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บที่เป็นภรรยา รายหนึ่งมี การสร้างควมหวัง โดยการหวังว่าจะมีอภินิหารียด์ลบันดาลให้สามีกลับมา มีสุขภาพแข็งแรง และสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ดังเดิม แม้ว่าสามีจะได้รับบาดเจ็บมานาน 2 ปีแล้วก็ตาม “หวังลมๆ แล้งๆ ว่าสักวันมีอภินิหารียด์เค้า [ผู้ได้รับบาดเจ็บ] จะหาย คิดว่าต้องเดินได้ กลับมาสู้ เพื่อมี อภินิหารียด์เพื่อเทวดาดลบันดาลให้ คิดไปหวัง รู้ว่าไม่สมหวัง แต่ก็หวัง” (ภรรยาของผู้ได้รับบาดเจ็บ รายที่ 11 ครั้งที่ 1 L:112-114)

เมื่อผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บ มีการสร้างควมหวัง ซึ่ง บางรายยอมรับว่าสิ่งที่หวังนั้น อาจจะไม่มีทางที่จะเป็นจริงได้ ทำให้มีการลดระดับของความ คาดหวังลง แต่อย่างไรก็ตามความรับผิดชอบที่ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บนั้น

เป็นสิ่งที่หนักเกินกว่ากำลังของผู้หญิงจะทำได้ ทำให้ในบางครั้งผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บมีการระบายออกด้วยการร้องไห้เพียงลำพัง

4.3 ระบายออกด้วยการร้องไห้

การเผชิญกับปัญหาของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บ ในช่วงที่มีสิ่งเร้าในด้านไม่ดีเข้ามากระทบจิตใจ และรู้สึกว่าตนเองขาดที่พึ่ง ไม่สามารถขอความช่วยเหลือจากผู้ใดได้ ซึ่งการระบายออกด้วยการร้องไห้เป็นวิธีการเผชิญปัญหาอย่างหนึ่งที่ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บกระทำ การระบายออกด้วยการร้องไห้ของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บที่เป็นภรรยา เกิดขึ้นเนื่องจากลักษณะของครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว เมื่อมีเหตุการณ์ที่ไม่ดีเข้ามากระทบจิตใจของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บ ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บส่วนใหญ่เลือกที่จะระบายด้วยร้องไห้เวลาที่อยู่คนเดียวตามลำพัง เพื่อไม่ให้บุคคลในครอบครัวเห็นว่าตนเองอ่อนแอ หรือไม่ให้ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บคิดว่าตนเองเป็นภาระแก่ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บและครอบครัว ซึ่งผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บจะเก็บความรู้สึกท้อแท้ไว้ในใจแล้วระบายออกด้วยการร้องไห้เช่นนี้บ่อยครั้ง “พอท้อ ก็ไปนั่งร้องไห้ตรงนั้น ร้องไห้ปึบ พอน้ำตามันออกมาได้ ระบายแล้วพื้ก็ดีขึ้น ลูกขึ้นมาสู้อย่างใหม่ ถ้าถามว่าเราระบายให้ใครฟัง ไม่มี นี่ต้นไม้ ใบหญ้า แล้วก็เวลาที่น้องมาถามพื้ ก็เหมือนพื้ได้ระบายให้น้องฟัง พื้ก็รู้สึกดีขึ้นแล้ว” (ภรรยาของผู้ได้รับบาดเจ็บ รายที่ 10 ครั้งที่ 1 L:132-135)

“เวลาเข้าห้อง อยู่บ้าน อาบน้ำนั่งนี่ร้องไห้ แต่จะไม่ให้เค้าเห็น คล้ายๆ กับคนที่ลอยๆ เหม่อลอยไปอย่างนั้น บางทีคิดเรื่องดีๆ มันก็หายไปบ้าง แต่ก่อนไม่เป็น พึ่งมาเป็นอาการแบบนี้ แล้วเป็นบ่อยๆ” (ภรรยาของผู้ได้รับบาดเจ็บ รายที่ 11 ครั้งที่ 1 L:30-35)

“เรื่องเงินๆ ทองๆ ไม่รู้จะปรึกษา หรือว่าพึ่งใคร ไม่มีใคร บอกไม่ถูก เหมือนกัน พื้รู้สึกว่าไม่ไหวแล้ว น้ำตามันไหลเอง ร้องไห้มันก็ดีขึ้นเหมือนได้ระบาย ไม่นั่นเกิน ” (พี่สาวของผู้ได้รับบาดเจ็บ รายที่ 12 ครั้งที่ 1 L:92-93)

การระบายออกด้วยการร้องไห้ของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บที่เป็นมารดา จะเป็นการระบายความรู้สึกของความสงสารบุตร ที่มีสภาพร่างกายเปลี่ยนแปลงไป และต้องทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย ซึ่งผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บที่เป็นมารดาจะแอบร้องไห้ เพราะคิดว่าถ้าสมาชิกครอบครัวเห็นตนเองร้องไห้แล้วจะรู้สึกไม่สบายใจว่า “มีบ้างนะ แอบร้องไห้ สงสารเค้า สงสารลูก เราไม่เคยต้องลำบากขนาดนี้ บางทีก็ท้อเหมือนกันเพราะว่าเค้า [ผู้ได้รับบาดเจ็บ] เป็นเสาหลักของครอบครัว” (มารดาของผู้ได้รับบาดเจ็บรายที่ 2 ครั้งที่ 1 L:91-92) และ “บางวันตอนเย็นดูดูเสมหะหนัก สงสารแก

[ผู้ได้รับบาดเจ็บ] ร้องทุกวัน [น้ำตาไหล] นั่งดูทีวีร้องไห้เอง สงสารลูก” (มารดาของผู้ได้รับบาดเจ็บ รายที่ 1 ครั้งที่ 1 L:14-15)

การระบายออกด้วยการร้องไห้ของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บ เป็นการเผชิญปัญหาในขณะที่ไม่มีที่พึ่งทางจิตใจ แต่อย่างไรก็ตามผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บนั้นก็ไม้อาจจะอยู่กับน้ำตาเพียงลำพังได้ตลอด ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บจึงมีการมองหาสิ่งที่จะช่วยในการเผชิญกับปัญหาและปรับตัวได้ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บ นั่นคือการหากำลังใจให้ตัวเอง

4.4 หากำลังใจให้ตัวเอง

ในมุมมองการคิดเพื่อค้นหาสิ่งที่จะสามารถช่วยให้ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บมีกำลังใจที่จะหล่อเลี้ยงหัวใจของผู้หญิงเหล่านี้ให้มีเข้มแข็ง และสามารถต่อสู้กับปัญหาที่เข้ามอล้อมจิตใจของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บได้ กำลังใจของผู้หญิงเหล่านี้มาจากหลากหลายด้าน เช่น จากผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ บุตร จากญาติมิตร เพื่อนๆ บุคลากรด้านสุขภาพหรือแม้แต่บุคคลที่สนใจถามไถ่ทุกข์สุข ซึ่งกำลังใจเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บมีกำลังใจมากขึ้น

กำลังใจของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บส่วนหนึ่งมาจากผู้ได้รับบาดเจ็บและครอบครัว โดยส่วนใหญ่บุคคลในครอบครัวจะมีการพูดคุยให้กำลังใจ และปลอบโยนเมื่อรู้สึกท้อแท้ รวมถึงการแสดงออกถึงความห่วงใยและช่วยแบ่งเบาภาระการดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ การช่วยทำความสะอาดบ้าน หรือแม้แต่การตั้งใจศึกษา ไม่เกรงของบุตร เหล่านี้เป็นกำลังใจให้ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บรู้สึกมีพลังในการเผชิญกับปัญหาต่อไป ดังคำบอกเล่าของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บ ดังนี้

“กำลังใจมาจากครอบครัว แต่แฟนให้กำลังใจ แฟนเป็นที่หนึ่ง สุดยอดแล้ว ต่อมาก็พี่น้องแฟน เค้าไม่เคยก้าวก่าย เค้าก็ช่วยเหลือ แล้วเพื่อนบ้านเป็นอันดับที่สาม” (ภรรยาของผู้ได้รับบาดเจ็บ รายที่ 11 ครั้งที่ 1 L:167-168)

“เค้า [ผู้ได้รับบาดเจ็บ] เป็นคนที่ใจเย็น แล้วเวลาจะพูดกับเรา เค้าก็จะพูดดีๆ กับเราตลอด ให้กำลังใจเรา ทำให้เราสู้ และอดทนได้ ไม่ว่าจะเกิดอะไรขึ้น” (ภรรยาของผู้ได้รับบาดเจ็บ รายที่ 11 ครั้งที่ 1L:94-95)

“พี่จะรับไม่ได้ถ้าเค้าเสียไป ขอแค่ทำให้มีเค้า [ผู้ได้รับบาดเจ็บ] อยู่ เวลา กลับมาจากทำงาน เหนื่อยๆ ได้ยินเสียงเค้า พูดคุยกับเค้า กำลังใจพี่มาเยอะแล้ว พี่ไม่หวังอะไรเลย ความสุขของพี่ แคได้เห็นหน้าเค้า ได้คุยกับเค้าแค่นั้น อยู่กิน ไปวันๆ หนึ่ง แล้วลูกก็พูดว่า แม่ ถ้าพ่อเป็นอะไรไปแล้วลูกจะอยู่ยังไง สองแม่ลูก กอดกันร้องไห้” (ภรรยาของผู้ได้รับบาดเจ็บ รายที่ 10 ครั้งที่ 1L:84-87)

“กำลังใจคือลูก ลูกไม่เกรง ตั้งใจเรียน ช่วยงานบ้าน ช่วยดูแลพ่อ เราก็ปลื้มใจ เวลาไม่ว่าง ลูกช่วยสวนนี่อะไรแบบนี้ เราก็มีกำลังใจ” (ภรรยาของผู้ได้รับบาดเจ็บ รายที่ 11 ครั้งที่ 1 L:99-100)

กำลังใจส่วนหนึ่งมาจากสังคม เจ้าหน้าที่และบุคลากรสุขภาพและเพื่อนรอบข้างที่ชมเชยการดูแลของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บ และการพูดคุยเรื่องสนุกสนานให้ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บคลายความเครียด “เพื่อนรอบข้างให้กำลังใจญาติๆ พูดว่าเธอดูแลสามีเธอดีมากๆ เราก็ภูมิใจ เรามีส่วนร่วมกับคนอื่นด้วย ได้พูดคุยกับเพื่อนบ้าง ถ้าอยู่คนเดียวคิดมาก ตอนนี้ออกมาทำงานก็สนุก มีเพื่อน” (ภรรยาของผู้ได้รับบาดเจ็บ รายที่ 111 ครั้งที่ 1 L:129-131) และ “กำลังใจ จากโรงพยาบาล พอเค้ารู้เรื่องเราแล้วเค้าให้กำลังใจช่วยเหลือดูแล ต้อนรับเราอย่างดี” (ภรรยาของผู้ได้รับบาดเจ็บ รายที่ 10 ครั้งที่ 1 L:139-140)

ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บส่วนหนึ่งหากำลังใจให้ตัวเองด้วยการเปรียบเทียบกับผู้ที่ทุกข์มากกว่า และคิดว่าการรอดชีวิตของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บนั้น เป็นบุญ เป็นความโชคดีที่ผู้ได้รับบาดเจ็บยังมีโอกาสรอดชีวิตที่ยังมีโอกาสได้เห็นหน้า พูดคุยปรึกษาได้ และทำให้ครอบครัวยังคงมีความสมบูรณ์ แม้ว่าสภาพร่างกายของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บนั้นจะส่งผลให้ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่หัวหน้าครอบครัว หรือหารายได้มาจุนเจือครอบครัวแล้วก็ตาม และผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บคิดว่ายังมีคนที่ทุกข์กว่าเรามากจากการสูญเสียคนที่รัก

ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บที่เป็นมารดาคิดว่าตนเองโชคดีที่บุตรรอดชีวิต และมองว่าการสูญเสียบุคคลในครอบครัวเป็นการสูญเสียมากกว่าตนเอง ทำให้ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บที่เป็นมารดาอดทน และต่อสู้กับปัญหาในการดูแลและปัญหาของครอบครัวได้ “หนักใจก็หนักใจ แต่ว่าแต่ก็คิดว่าเราต้องอดทน ก็มันเกิดกับเราแบบนี้ก็ต้องพยายาม เราดูสภาพตัวเองเป็นแบบนี้ใช่ไหม แต่ว่ายังมีคนอื่นที่เป็นเหมือนเราเหมือนกันไม่ใช่เราคนเดียว ยังมีคนอื่นที่เป็นเหมือนเราเหมือนกันก็คิดแบบนั้นแหละ เราก็ดูคนอื่นแล้วคิดว่าเราต้องอดทน อดทนให้ได้...ก็คิดว่ามีคนที่หนักกว่าเรา มีคนที่เค้าต้องเสียลูก เสียแฟน เค้ายังหนักกว่าเรา แต่เรายังดีที่ลูกเรารอดมาได้ ถึงจะเป็นพิการแบบนี้ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ แต่ก็ยังดีที่เค้า [ผู้ได้รับบาดเจ็บ] ยังอยู่กับเรา” (มารดาของผู้ได้รับบาดเจ็บ รายที่ 1 ครั้งที่ 1 L:25-28 ,ครั้งที่ 2 L:119-120) และ “ลูก [ผู้ได้รับบาดเจ็บ] ยังดีกว่าคนอื่นตั้งเยอะ ถึงจะเป็นแบบนี้ แต่ก็ช่วยดูแลอย่างดี เวลาดูรายการทางทีวีที่เค้าลำบาก เค้ายังลำบากกว่าเรา กินก็ไม่อดที่ บางคนไม่มีใคร หันดูลูกแล้วบางทีน้ำตาไหล ร้องให้ ต้องออกไปร้องข้างนอก สงสารลูก [ร้องไห้] คิดว่าดีกว่าคนอื่น ที่ยังไม่ตาย...เค้า [ผู้ได้รับบาดเจ็บ] คือ ลูกของเรา ให้เราคิดว่า เรายังดีกว่าคนอื่น ๆ อีกหลายคน ยังมีคนที่ลำบากกว่าเรา ทำให้เรามีกำลังใจขึ้น อยู่กับสภาพแบบนี้ได้” (มารดาของผู้ได้รับบาดเจ็บ รายที่ 2 ครั้งที่ 1 L:48-51,ครั้งที่ 2 L:130-132)

ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บที่เป็นภรรยาคิดว่าการรอดชีวิตของสามีเป็นสิ่งที่ดีเช่นกัน เนื่องจากครอบครัวยังมีพร้อมพ่อ แม่ ลูกอยู่ ถึงแม้ว่าพ่อจะไม่สามารถทำหน้าที่ของหัวหน้าครอบครัวที่สมบูรณ์ก็ตาม แต่ยังมีสมองที่จะช่วยคิดแก้ไขปัญหา และสอนบุตรได้ นอกจากนี้การได้เห็นภาพของบุคคลอื่นที่ลำบากกว่า ทำให้ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บมีกำลังใจ อดทน และไม่ท้อแท้ ดังคำบอกเล่าของผู้ได้รับบาดเจ็บว่า ดังคำบอกเล่าของภรรยาที่ดูแลสามีที่ได้รับบาดเจ็บ ดังนี้

“คิดเรื่องแฟนเป็นแบบนี้ ส่วนใหญ่จะร้องไห้ไม่ให้เค้าเห็น กลัวว่าเค้า [ผู้ได้รับบาดเจ็บ] จะคิดว่าเค้าทำให้เราลำบาก ไม่อยากให้เค้ากลุ่มใจกับเรา กลัวในใจเค้าคิดว่าคนพิการอย่างเค้าจะให้เราลำบาก คิดว่าแม้ว่าเค้าจะไปไหนไม่ได้ทำอะไรเองไม่ได้ แต่ลูกก็ไม่เป็นเด็กกำพร้ายังมีพ่ออยู่ แม้ว่าพ่อจะทำหน้าที่ได้ไม่เหมือนแต่ก่อนแล้ว” (ภรรยาของผู้ได้รับบาดเจ็บ รายที่ 10 ครั้งที่ 1 L:92-95)

“คิดว่าทำไมมันต้องมาเกิดกับเราด้วย อีกใจหนึ่งก็คิดว่าไม่เป็นไร อย่างน้อยเค้ายังมีชีวิตอยู่ เค้ายังพูดกับเราได้ พูดกับลูกเราได้ ดีใจที่เค้ายังอยู่กับเรา คุยกับเราได้ แต่น้อยใจที่เค้าไม่เหมือนเพื่อน” (ภรรยาของผู้ได้รับบาดเจ็บ รายที่ 11 ครั้งที่ 1L:61-63)

“เวลาที่ท้อ ก็คิดเสียว่า มัวแต่ท้อก็ไม่ทำอะไรดีขึ้นมา คิดว่ายังมีคนอื่นอีกมากที่ลำบากกว่าเรา คนที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย สมองพิการ ต้องอ้าปากกินข้าว กินเองไม่ได้ คิดไปจุดนั้น บอกแฟนว่าคนอื่นที่หนักกว่าเรายังสู้ เรายังมีกำลังใจขึ้นมา เห็นในทีวีเยอะเยอะ คนที่ลำบากกว่าเรา เรายังยังปากพูดได้ ทำอะไรได้บ้าง ช่วยตัวเองได้ ได้พูดคุยปรึกษากัน สอนลูกได้ เรายังดีกว่าคนอื่นเค้าอีกเยอะ” (ภรรยาของผู้ได้รับบาดเจ็บ รายที่ 11 ครั้งที่ 1 L:100-104)

การหากำลังใจให้ตัวเองเป็นการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจอีกรูปแบบหนึ่งของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บ แต่ความต้องการด้านจิตวิญญาณก็เป็นสิ่งหนึ่งที่มนุษย์ต้องการ และขาดไม่ได้ การหาสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจด้วยการใช้หลักปฏิบัติของศาสนา มาช่วยเป็นที่พึ่งพิงเป็นการเผชิญปัญหาและการปรับตัวอีกอย่างหนึ่งของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บ

4.5 หาสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ

สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ เป็นการนำหลักปฏิบัติของศาสนาเข้ามาช่วยให้ตนเองมีจิตวิญญาณให้ดีขึ้น เมื่อผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บต้องแบกรับภาระที่มากขึ้น เนื่องจากตนเองไม่สามารถพึ่งพิงใครให้ช่วยเหลือภาระที่เกิดขึ้นในครอบครัวได้เหมือนก่อน

ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บที่เป็นมารดาคนหนึ่ง หาสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจด้วยการบนบานศาลกล่าว ให้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ช่วยให้บุตรที่ได้รับบาดเจ็บหายจากโรค และคิดว่าตนเองไม่มีที่พึ่งนอกจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ดังในคำบอกเล่าของมารดาผู้ได้รับบาดเจ็บว่า

“สงสารลูก ไปบน [บนบานศาลกล่าว] ตลอดให้หาย ให้ทำงานได้เหมือนเดิม ไม่รู้ว่าจะมีใครนั้น” (มารดาของผู้ได้รับบาดเจ็บรายที่ 2 ครั้งที่ 1 L:14-15)

ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บส่วนใหญ่เริ่มมีการนำหลักคำสอนของศาสนา เพื่อหวังให้สิ่งศักดิ์สิทธิ์คุ้มครอง ช่วยเหลือให้ตนเอง บุคคลที่เจ็บป่วย รวมทั้งครอบครัวอยู่ดีมีสุข รอดพ้นจากภัยอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา จากความไม่สงบในพื้นที่ที่อาศัยอยู่ โดยจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บที่นับถือศาสนาพุทธ จะมีการแสวงหาสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจเพิ่มจากการปฏิบัติตามความเชื่อของศาสนาพุทธ นิกายหินยานที่ชาวไทยส่วนใหญ่ปฏิบัติ โดยมีปฏิบัติตามความเชื่อของศาสนาพุทธ นิกายมหายาน ด้วยการสวดมนต์ ดังคำบอกเล่าของภรรยาผู้ได้รับบาดเจ็บว่า “พี่สวดนำเมียว [บทสวดมนต์ของลัทธิมหายาน ศาสนาพุทธ] แล้วก็นั่งสมาธิขอพรให้สามีพี่ยังอยู่กับพี่ อยู่กับครอบครัว พี่เชื่อว่าสิ่งศักดิ์จะช่วยคุ้มครองให้พี่และครอบครัวปลอดภัยได้....พี่ต้องเป็นกำลังใจให้สามีกับลูก ทุกวันนี้เวลาที่พี่ออกไปไหนสามีต้องสวดนำเมียวให้พี่ปลอดภัย เป็นกำลังใจให้กันและกัน” (ภรรยาของผู้ได้รับบาดเจ็บ รายที่ 10 ครั้งที่ 1L:84-85,120-121)

สำหรับผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บที่นับถือศาสนาอิสลาม จะพยายามละหมาด และสวดขอพรให้ตนเองสามารถเผชิญปัญหาและอดทนต่อสู้กับอุปสรรคที่เข้ามากระทบชีวิตได้ “ตั้งแต่เกิดเรื่อง พี่ก็พยายามละหมาด ขอพระเจ้าว่าขอให้เราอยู่ดีมีสุข ไม่ต้องการให้เกิดอะไรขึ้นอีก กับครอบครัวของเรา” (พี่สาวคนที่ 1 ครั้งที่ 2 L:29-30) และ “พอคิดท้อที่จะอาบน้ำละหมาด สวดขอพรจากพระเจ้าให้ช่วยเหลือ ให้เราอยู่สู้กับตรงนี้ให้ได้” (ภรรยาของผู้ได้รับบาดเจ็บ รายที่ 11 ครั้งที่ 1 L:91-93)

การหาสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจเป็นการตอบสนองของความต้องการด้านจิตวิญญาณ ในยามที่ขาดเสาหลักของจิตใจ แต่ในความเป็นจริงของมนุษย์จะประกอบด้วยความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณดังที่กล่าวมาแล้วนั้น ความต้องการความช่วยเหลือจากสังคมเป็นอีกสิ่งหนึ่งที่จะช่วยเติมเต็มความสมบูรณ์ และช่วยให้สามารถเผชิญปัญหาและปรับตัวได้ดีมากขึ้น

4.6 มองหาความช่วยเหลือจากสังคม

ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บมีการมองหาความช่วยเหลือจากหน่วยงานต่างๆ ของรัฐ เช่น ศูนย์เฝ้าระวังผู้ได้รับผลกระทบฯ หน่วยงานสาธารณสุข สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นต้น ซึ่งหน่วยงานเหล่านี้มีบทบาทรับผิดชอบดูแลผู้ที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ปัจจุบันการให้ความช่วยเหลือจากสังคมดูเหมือนจะสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ที่ได้รับผลกระทบและครอบครัวอย่างครอบคลุมและเพียงพอแล้ว แต่ความรู้สึกของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บนั้นยังรู้สึกเหมือนว่าความช่วยเหลือที่ได้รับนั้นยังเปรียบไม่ได้กับความสูญเสียกับครอบครัวที่ได้รับ อีกทั้ง

ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บบางรายที่ได้รับเพียงแค่งานปลอบขวัญในระยะแรกๆ ของเมื่อเกิดเหตุการณ์การบาดเจ็บของสมาชิกในครอบครัวเท่านั้น แต่ไม่ได้รับความช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง อีกทั้งความช่วยเหลือนั้นก็ค่อนข้างล่าช้า และน้อยมากเมื่อเทียบกับภาวะที่ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บต้องรับผิดชอบ

ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บมีการสะท้อนมุมมองของความต้องการความช่วยเหลือจากสังคมทั้งในเรื่องของเงินช่วยเหลือรายเดือน และค่าเล่าเรียนของบุตร ซึ่งจากการบอกเล่าของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บพบว่า การให้ความช่วยเหลือของรัฐยังเป็นไปอย่างล่าช้า โดยผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บบางรายดำเนินการส่งเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการร้องขอความช่วยเหลือ แต่กลับพบว่าไม่ได้รับความช่วยเหลือ หรือได้รับความช่วยเหลือที่ล่าช้า “เค้า [หน่วยงานของรัฐ] น่าจะเข้ามา ช่วยให้เราเร็วหน่อย ญาติจะได้ไม่ต้องลำบากมากนักนะ ถ้ามีคน รัฐหรือใครก็ได้ เพราะว่าตอนนี้ส่งเอกสารไปแล้วก็ยังไม่เห็นจะมีอะไรเกิดขึ้นเลย ส่งไปตั้งแต่เดือนมกราคมแล้ว ค่าใช้จ่ายมันมาก ทั้งจะกิน ของใช้ รายได้ก็ไม่มีจากคนที่เคยทำงานได้ มีเงินใช้ ตอนนี้ไม่มีแล้ว มันลำบากจริงๆ” (พี่สาวของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ รายที่ 12 ครั้งที่ 1 L:99-101)

“เงินเยียวยาที่จะเข้ามาช่วยเหลือครอบครัวเราได้ เพราะตอนนี้พี่ได้อยู่แค่ สามเดือน เท่านั้นเอง หลังจากนั้นไม่เคยได้รับอีกเลย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยครอบครัวที่ได้.....เราต้องประหยัดกันจริงๆ ไม่งั้นเราจะอยู่กันไม่ได้ ค่าน้ำ ค่าไฟก็ หาร้อยกว่าบาทแล้ว บางทีก็คิดว่า น่าจะมีอะไรให้คนพิการ ช่วยเหลือคนพิการบ้าง น่าจะลดให้สักครึ่งหนึ่ง ยังดี” (ภรรยาของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ รายที่ 10 ครั้งที่ 1L:137-138,149-150)

“เค้าบอกว่าเอาใบคนพิการมาให้เค้า [หน่วยงานของรัฐ] เค้าจะเอาใบรับรองการศึกษาของลูก เค้าบอกว่าเค้าจะเพิ่มเงินให้ แต่เค้าก็เจียบเลย จนถึงวันนี้เลย ส่งเรื่องไปนานแล้ว เค้าบอกว่าจะเพิ่มเงินให้” (ภรรยาของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ รายที่ 10 ครั้งที่ 1L: 86-87)

นอกจากนี้ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บบางรายรู้สึกว่าการช่วยเหลือของรัฐไม่เพียงพอกับภาวะที่ต้องรับผิดชอบ ดังคำบอกเล่าของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บว่า “คนที่ตายไปมันก็จบที่เดียว แต่คนที่เป็บบนนี้มันต้องกินต้องใช้ ต้องรักษา ถ้าตายมันก็จบ นี้อยู่อีกนาน รัฐน่าจะช่วยเหลือมากกว่านี้ ช่วยครั้งเดียว แล้วหายไป” (ภรรยาของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ รายที่ 11 ครั้งที่ 1L:96-97)

การเผชิญปัญหาและการปรับตัวของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บประกอบด้วยกรยอมรับเวรกรรม การสร้างความหวัง ระบายออกด้วยการร้องไห้ หากำลังใจให้ตัวเอง หาสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจและความต้องการความช่วยเหลือจากสังคม ซึ่งจะเห็นได้ว่าผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บส่วนใหญ่ให้ความสำคัญในเกือบทุกมิติขององค์

รวม ในมิติของจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ และยังไม่พบในส่วนของ การดูแลและใส่ใจสุขภาพของ ตนเองให้มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงนั้น ซึ่งจากการสัมภาษณ์เก็บรวบรวมข้อมูลพบว่าผู้หญิงที่ดูแล สมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บส่วนหนึ่งมีอาการของโรคที่เกิดจากความเครียด การพักผ่อน น้อยและการใช้ร่างกายในการดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บอย่างต่อเนื่องและยาวนาน เช่น โรคความดัน โลหิตสูง ปวดเวียนศีรษะไม่ทราบสาเหตุ และอาการที่เกิดเพื่อรับการภาวะการดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บ และครอบครัวได้ ซึ่งบุคลากรที่รับผิดชอบและดูแลผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บ และผู้ที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ควรมีการ ตระหนักและให้ความสำคัญในการดูแลภาวะสุขภาพของผู้หญิงเหล่านี้อย่างครอบคลุมในทุกมิติ

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล

จากการศึกษาประสบการณ์ของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บ จากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการ ดำเนินชีวิต การเผชิญปัญหาและการปรับตัวของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บ จากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยสามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

ประสบการณ์ของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความ ไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้

ประสบการณ์ของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัว หมายถึง สิ่งที่ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกใน ครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บถ่ายทอด โดยผ่านการรับรู้ของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับ บาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้

1) ตั้งตัวไม่ทัน เป็นความรู้สึกในภายหลังจากการรับรู้ว่ามีสมาชิกในครอบครัวบาดเจ็บจน มีความบกพร่องในการช่วยเหลือตนเอง และไม่สามารถแสดงบทบาทหัวหน้าครอบครัวและ ประกอบอาชีพได้ดังเดิม ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บมักจะไม่ทันได้ตั้งตัวใน ระยะแรก เนื่องจากไม่คิดว่าจะเกิดอุบัติเหตุเช่นนี้กับบุคคลในครอบครัว ขาดการเตรียมความพร้อม ทั้งยังขาดประสบการณ์ในการดูแล

2) ภาระหนักอึ้ง เป็นการรับรู้ต่อความรู้สึกต่อการกระทำหน้าที่ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกใน ครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บ และการรับผิดชอบครอบครัว ซึ่งมาพร้อมกับปัญหาที่ผู้หญิงที่ดูแล สมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บต้องเตรียมรับและเผชิญ ซึ่งปัญหาที่รุนแรงประกอบด้วย รายได้ ลดลง ภาระมากขึ้น ภาระจากการดูแล ภาระทางจิตใจ

2.1) ภาระรายรับรายจ่าย เป็นความรู้สึกต่อการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายภายใน ครอบครัวของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บแทนหัวหน้าครอบครัว หรือสมาชิก ในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บ

2.2) ภาวะจากการดูแล เป็นความรู้สึกของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บที่มีต่อการดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บคิดว่าไม่มีใครที่สามารถดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ และครอบครัวได้ดีเท่ากับตนเอง เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยวที่ประกอบด้วย พ่อ แม่และลูก เมื่อบุคคลใดในครอบครัวเจ็บป่วย ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บต้องรับภาระหน้าที่ในการดูแล

2.3) ภาวะทางอารมณ์ เป็นอารมณ์ ความรู้สึก ของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บที่มีต่อการดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บการทำหน้าที่หัวหน้าครอบครัว และปัญหาที่เข้ามารบกวนการดำเนินชีวิต ประกอบด้วย ความเครียดรุนแรง จากการดูแล และการเป็นที่รองรับสภาพอารมณ์ของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ ทำให้ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บเกิดความรู้สึกเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ต่อการทำหน้าที่ต่างๆ ในครอบครัว

2.3.1) ความเครียดรุนแรง คือ ความเครียดของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บเกิดจากการเปลี่ยนแปลงบทบาทมาเป็นผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บ การรับภาระหน้าที่หัวหน้าครอบครัว การหารายได้ การจัดการกับปัญหาในครอบครัว และการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต

2.3.2) ทังเหนื่อยทังท้อ คือ ความรู้สึกผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บเมื่อผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บไม่สามารถจัดการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นในครอบครัวไม่ว่าจะภาวะการดูแล ปัญหาเศรษฐกิจในครอบครัว การขาดการสนับสนุนช่วยเหลือจากสังคมหรือแม้แต่การจัดการกับความเครียดและวิตกกังวลของตนเองได้ ส่งผลให้ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บเปื่อยหน่าย ท้อแท้ ไม่อยากดูแลหรือรับภาระใดๆ ในครอบครัว

3) ความรับผิดชอบของผู้หญิง เป็นความรู้สึกของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บในการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บ การประกอบอาชีพเพื่อหารายได้ ซึ่งผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บสะท้อนความรู้สึกของความรับผิดชอบของผู้หญิงได้แก่ ร่วมทุกข์ร่วมสุข เป็นความภาคภูมิใจ เป็นความห่วง และทำทุกอย่างเพื่อครอบครัว

3.1) การร่วมทุกข์ ร่วมสุข เป็นการดำเนินชีวิตของภรรยาที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บสามีที่ได้รับบาดเจ็บ และการเป็นหัวหน้าครอบครัว ในมุมมองของการร่วมทุกข์ ร่วมสุขไปด้วยกัน

3.2) เป็นความภาคภูมิใจ เป็นความรู้สึกของผู้ดูแลที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บได้ดี ทั้งการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ จนส่งผลให้สุขภาพของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บนั้นค่อยๆ ดีขึ้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

3.3) ทำทุกอย่างเพื่อครอบครัว เป็นความรู้สึกต่อการดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ การหา รายได้เลี้ยงดูครอบครัว การดูแลความเป็นอยู่ในครอบครัว การดูแลเอาใจใส่สมาชิกในครอบครัว และการจัดการกับปัญหาในครอบครัว

4) การเผชิญปัญหาและการปรับตัว เป็นความรู้สึกต่อการเผชิญปัญหาในการเข้ารับ บทบาทใหม่ ทั้งการดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บและการเป็นหัวหน้าครอบครัว ซึ่งการมีบทบาทหน้าที่ เพิ่มขึ้นหลายด้านและขาดการสนับสนุนช่วยเหลือ

4.1) ยอมรับเวรกรรม ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บรู้สึกยอมรับ กับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในครอบครัว ทั้งในด้านการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวจาก สถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ การดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ ด้านเศรษฐกิจ และการรับบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไป

4.2) สร้างความหวัง เป็นการเพิ่มแรงจูงใจในการดำเนินชีวิตของผู้หญิงที่ดูแล สมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บ ซึ่งในระยะแรกของการบาดเจ็บ ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกใน ครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บจะมีการแสวงหาแหล่งประโยชน์เพื่อช่วยให้ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บพ้นหายจาก โรค แม้ว่าผลจากการรักษาอาจไม่เป็นอย่างที่หวัง แต่ทั้งผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับ บาดเจ็บและผู้ที่ได้รับบาดเจ็บจะไม่หมดหวัง แต่จะหวังเพียงแค่ว่าผู้ที่ได้รับบาดเจ็บมีอาการที่ดีขึ้น สามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้าง

4.3) ระบายออกด้วยการร้องไห้ เป็นการเผชิญกับปัญหาของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิก ในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บในขณะที่รู้สึกว่าตนเองขาดที่พึ่ง ไม่สามารถขอความช่วยเหลือจากใคร ได้ และยังเป็นวิธีการระบายความรู้สึกท้อแท้ และเหนื่อยล้าจากการดูแลสมาชิกในครอบครัว

4.4) หากำลังใจให้ตัวเอง เป็นการหาแรงจูงใจ เพื่อให้มีกำลังใจที่จะหล่อเลี้ยง หัวใจของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บให้มีความเข้มแข็ง สามารถอดทนและ ต่อสู้กับปัญหาที่เข้ามามีจิตใจของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บได้

4.5) หาสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ เป็นการนำหลักปฏิบัติของศาสนาเข้ามาช่วยให้ตนเอง มีจิตใจที่ดีขึ้น เมื่อผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บต้องแบกรับภาระที่มากขึ้น ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บจึงหาสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจด้วยการบ่นบานศาล กล่าว การสวดมนต์ขอพร การปฏิบัติตามหลักนำคำสอนของศาสนา

4.6) มองหาความช่วยเหลือจากสังคม ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับ บาดเจ็บจะมีการมองหาความช่วยเหลือจากหน่วยงานต่างๆ ของรัฐ ที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ได้รับ ผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ เช่น ศูนย์เยียวยาผู้ได้รับ ผลกระทบฯ หน่วยงานสาธารณสุข สำนักงานประกันสังคม เป็นต้น เพื่อเข้ามาช่วยเหลือแบ่งเบา ภาระด้านการเศรษฐกิจของครอบครัว

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเชิงคุณภาพในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสบการณ์ของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ตามแนวคิดของปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) เก็บรวบรวมข้อมูลใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-Depth Interview) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลุ่มลึกและรอบด้าน (Holistic) ในด้านความรู้สึก นึกคิดเกี่ยวกับการ ดำเนินชีวิต การเผชิญปัญหาและการปรับตัว โดยข้อมูลที่ได้มาแล้วจะนำมาจัดระบบ แยกแยะและเชื่อมโยงทำความเข้าใจกับปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อนำไปสู่แนวทางการดูแล และเยียวยา ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ การดำเนินชีวิต การเผชิญปัญหาและการปรับตัว ระหว่างการดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ โดยผู้ให้ข้อมูล เป็นผู้หญิงที่ทำหน้าที่หัวหน้าครอบครัว และเป็นผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ จำนวน 12 ราย ทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้โดยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ตามแนวทางของ Burnard (1991) และนำเสนอการให้ความหมายและประสบการณ์โดยภาพรวม ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ได้ผลดังนี้

ประสบการณ์ของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้

ประชาชนในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ยังยึดมั่นในประเพณีดั้งเดิม ทำให้ประชาชนยังคงอัตลักษณ์ของตนเองอย่างเหนียวแน่นและแตกต่างจากภาคอื่นของประเทศ ภาษามลายูท้องถิ่นหรือภาษาาวีที่ประชาชนใช้ในการสื่อสารนั้น สะท้อนถึงความสัมพันธ์ของชาวมลายูทั้งหมด วิถีชีวิตและความเชื่อ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลมากต่อประชาชนในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ การศึกษาในโรงเรียนของศาสนาอิสลามหรือปอเนาะ ก็ยังเป็นที่ยอมรับ เป็นที่ยอมรับ และเป็นสัญลักษณ์สำคัญทางวัฒนธรรมของประชาชนในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ประชาชนที่นับถือศาสนาอิสลามส่วนใหญ่จะเรียนเฉพาะการศึกษาภาคบังคับ จึงทำให้ขาดความต่อเนื่องในระดับมัธยมศึกษา และเสียโอกาสในการศึกษาในระดับอุดมศึกษา อย่างไรก็ตาม ประชาชนที่นับถือศาสนาอิสลามในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ มักศึกษาแต่ในโรงเรียนสอนศาสนา และไม่ได้รับการรับรองจากภาครัฐส่งผลให้ไม่สามารถทำงานในภาครัฐและเอกชนได้ ด้านการประกอบอาชีพ เนื่องจากสภาพพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้มีความเหมาะสมกับการเพาะปลูก อาชีพหลักของประชาชน จึงเป็นอาชีพเกษตรกรรม ได้แก่ การทำสวนยางพารา การทำสวนผลไม้ การทำนา การ

ทำสวนมะพร้าว การประมง และการเลี้ยงสัตว์ รายได้ของประชาชนขึ้นกับราคาผลผลิตทางการเกษตรผู้หญิงในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่ไม่ได้รับการศึกษาขั้นพื้นฐานและมีการศึกษาต่ำกว่าระดับประถมศึกษาถึงร้อยละ 47.64 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) ส่งผลให้ผู้หญิงแต่งงานอายุน้อย และผู้ชายทำหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัว ผู้หญิงทำหน้าที่แม่บ้าน ส่วนในเขตเมืองของสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว (ดลมนรจ บากา, 2540) ในด้านความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ โดยเฉพาะชาวไทยมุสลิม เชื่อว่าพระเจ้าเป็นเจ้า (พระอัลลอห์) ได้สร้างสรรพสิ่งทุกอย่าง ไม่ว่าจะเป็นสิ่งมีชีวิตหรือไม่มีชีวิต (พินิต จิตติยาพันธุ์, 2550) ในการเจ็บป่วยก็เช่นเดียวกัน เชื่อว่าเป็นสิ่งที่พระเจ้า (พระอัลลอห์) กำหนดขึ้น

สถานการณ์ความไม่สงบจากการก่อการร้ายในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้เกิดขึ้น เช่น การวางระเบิด การเผา และทำลายทรัพย์สินของทางราชการ การลอบทำร้าย ยิง ฟัน ซ้ำเจ้าหน้าที่ของรัฐ พระสงฆ์ ประชาชนผู้บริสุทธิ์ทั้งไทยพุทธ และมุสลิม ซึ่งการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ บางรายพิการทุพพลภาพ และสูญเสียอวัยวะ ส่งผลการเคลื่อนไหวและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง (กันตพร ยอดไชย ปิ่นทิพย์ นาคดำ และเพ็ลลิสฐานิวัฒน์นันท์, 2550) และเมื่อบุคคลในครอบครัวบาดเจ็บและไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทำให้ต้องมีสมาชิกในครอบครัวปรับบทบาทมาเป็นผู้ดูแล เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและการทำหน้าที่ของครอบครัวตามมา (รติวรรณ วังธนากร, 2550) ประชาชนในพื้นที่ที่มีความรู้สึกไม่ไว้วางใจซึ่งกันและกันของบุคคลที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ รู้สึกไม่มีความปลอดภัยในชีวิต ขาดความมั่นคงในชีวิตและทรัพย์สิน วิตกกังวลไม่กล้าออกนอกบ้าน หวาดกลัวเมื่อได้ยินเสียงดังคล้ายระเบิด ปืน หรือไฟฟ้าดับและไม่ไว้วางใจบุคคลในชุมชนและคนที่ไม่รู้จัก (ดลมนรจ บากา, เกษตรชัย และหีม และอับดุลเลาะ อับรู, 2549) สถานการณ์ความไม่สงบทำให้ประชาชนเกิดความเครียด วิตกกังวลจากการสูญเสียสิ่งต่างๆ บางรายอาจสูญเสียทรัพย์สิน และสมาชิกในครอบครัวได้รับบาดเจ็บหรือเสียชีวิต ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวได้รับความทุกข์ทรมาน ต้องเผชิญอยู่กับภาวะเครียด จิตใจเกิดความอ่อนล้า หมดหวังและหมดกำลังใจ บางครั้งไม่สามารถควบคุมสติไม่อยู่ อารมณ์หงุดหงิด โมโหฉุนเฉียว ซึ่งอาจนำไปสู่การเจ็บป่วยทางจิตในระยะยาว (รติวรรณ วังธนากร, 2550) นอกจากนี้ปัจจัยด้านข่าวสารและการนำเสนอข่าวลักษณะที่ใช้ภาษาแสดงอารมณ์ความรู้สึกเกินจริง การใช้ภาษาที่แสดงถึงความเป็นผู้ร้าย และการใช้ภาษาที่แสดงถึงการตกเป็นเหยื่อทำให้รู้สึกน่าเวทนา ส่งผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพของผู้รับสาร อารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการรับข้อมูลข่าวสารทำให้ผู้รับสารเกิดความรู้สึกสลดหดหู่ใจ วิตกกังวลกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ยิ่งได้รับข้อมูลข่าวสารบ่อยขึ้น ความรู้สึกสลดหดหู่ใจจะยิ่งมากขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งในการนำเสนอข่าว ครูที่ปฏิบัติงานในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ต้องเดินทางไปกลับโรงเรียนโดยมีตำรวจคุ้มครองความปลอดภัย บางส่วนขอย้ายออกนอกพื้นที่ ลาออก หรือถูก

ลอบสังหาร โรงเรียนต้องหยุดการเรียนการสอนเป็นระยะๆ และบุคลากรครูที่มีคุณภาพในพื้นที่อื่น ไม่กล้าเข้าไปทำงานในพื้นที่ ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวบั่นทอนคุณภาพการศึกษาของพื้นที่นี้อย่างมาก ประกอบกับภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นซ้ำเติมความรุนแรงของปัญหาให้มากขึ้น เนื่องจากการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนเชิงรุกทำได้ยากขึ้น เนื่องจากไม่กล้าที่จะออกพื้นที่ กลัวความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน (พัชรี พุทธิชาติ, 2550) พระสงฆ์ก็ต้องอาศัยเจ้าหน้าที่คุ้มครองความปลอดภัยขณะออกบิณฑบาต และปรับเปลี่ยนกิจกรรมทางศาสนาให้สอดคล้องกับสถานการณ์ เช่น เวียนเทียนในเวลากลางวัน ประชาชนในพื้นที่จำเป็นต้องหยุดงานและปิดร้านในวันศุกร์ตามที่ระบุไว้ในใบปลิวเพื่อความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน (รุ่ง แก้วแดง, 2548)

สถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ก่อให้เกิดการบาดเจ็บของประชาชนผู้บริสุทธิ์ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ตำรวจและทหาร ภายหลังจากการรักษา ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บดังกล่าวกลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง บางส่วนกลายเป็นผู้พิการ และต้องการการฟื้นฟูและดูแล จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องและเป็นภาวะที่ครอบครัวและรัฐจะต้องให้ความช่วยเหลือ ผลลัพธ์จากความรุนแรงทำให้โครงสร้างครอบครัวและความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป สถานการณ์ไม่ความสงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ยังทำให้สูญเสียรายได้หลักของครอบครัว ซึ่งส่วนใหญ่ผู้หญิงในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้เดิมทำหน้าที่เฉพาะแม่บ้าน ปัจจุบันต้องเปลี่ยนบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัว (มารีนี สแลมเม, 2550)

ในสังคมไทยนั้น ผู้หญิงเป็นบุคคลที่ต้องรับหน้าที่ในการดูแลบุคคลในครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นการดูแลลูกๆ ที่เจ็บป่วย ดูแลบิดามารดา ปู่ย่า ตายาย หรือคู่สมรสที่มีความพิการ (ศิริวรรณวรรณศิริ, 2548) ผู้หญิงถูกคาดหวังจากสังคม ให้รับบทบาทการดูแลโดยไม่สามารถเรียกร้องอะไรได้ (Krach & Brooks, 1995) ผู้ดูแลจะมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแก่ผู้ป่วย และช่วยกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยตามความเหมาะสม (Leske, 2002) นอกจากนี้ยังมีบทบาทด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ จึงมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งอาจมีผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตและทำให้การฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นไปได้ช้า ผู้ดูแลมีบทบาทในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการต่อสู้กับความเจ็บป่วย เนื่องจากผู้ป่วยมักจะขาดการติดต่อกับสังคมภายนอก ผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนและให้กำลังใจผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึก อบอุ่น มั่นคงมีคุณค่าในตนเอง ไม่ถูกทอดทิ้งให้โดดเดี่ยว เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความหวัง กำลังใจ และเชื่อมั่นว่าผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพได้ดีขึ้น

ผู้หญิงที่ดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บส่งผลให้มีวิถีดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ฐานะทางเศรษฐกิจที่แย่ลง การเปลี่ยนแปลงฐานะทางสังคม การเกิดความรู้สึกแตกต่างหรือด้อยกว่าผู้อื่น ทำให้ผู้ดูแลเกิดภาวะเครียด ตลอดจนสุขภาพจิตใจและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป อีกทั้งการที่ผู้ดูแล

ต้องปฏิบัติการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยมาก จึงเป็นสาเหตุทำให้ผู้ดูแลเกิดอาการอ่อนเพลียและเมื่อยล้า มักมีอาการปวดเมื่อยแขน ขา ไหล่ หลัง คอ และกล้ามเนื้อ ซึ่งเกิดจากการยก คู้ม ประคอง และการช่วยฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย

การปรับตัวของผู้หญิงที่ดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บนั้น มีทั้งการปรับตัวที่ดี ผลการจากการปรับตัวที่ดีคือ ส่งเสริมให้เกิดความผาสุกและความพึงพอใจในชีวิตของญาติผู้ดูแลได้แก่ความรู้สึกมีคุณค่า เกิดสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและบุคคลที่เกี่ยวข้อง ได้รับการยอมรับนับถือ เพิ่มพูนความสามารถและทักษะในการดูแลผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจและรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถเป็นที่ต้องการ และได้รับการชื่นชมจากบุคคลรอบข้าง ส่วนการปรับตัวไม่ได้นั้น ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากการมีบทบาทหน้าที่เพิ่มขึ้นหลายด้านและขาดการสนับสนุนช่วยเหลือส่งผลให้วิถีชีวิตเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมคือกิจกรรมที่ปฏิบัติเป็นประจำวันเปลี่ยนแปลงไป รู้สึกไม่มีเวลาเป็นของตนเองสูญเสียความเป็นส่วนตัวเนื่องจากเวลาส่วนใหญ่ของผู้ดูแลที่เคยมีนั้นต้องไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย ถูกแยกจากสังคม เป็นที่มาของความเครียดในบทบาท (Caregiver Role Stress) รู้สึกเหนื่อยล้า (Caregiver Burnout) เป็นภาระ (Caregiver Burden) ผู้ดูแลต้องให้การดูแลผู้ป่วยมากขึ้นกว่าแต่ก่อน และกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ดูแลด้วยการทำให้การเข้าถึงสังคมลดลง และไม่สามารถเผชิญปัญหาทางอารมณ์ได้ (ปราณี มิ่งขวัญ, 2542)

นอกจากนี้ยังพบว่าภาระการดูแลผู้ป่วยทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในชีวิตมาก เช่น ไม่สามารถทำงานอาชีพ หรือพบปะสังสรรค์กับบุคคลนอกบ้านได้เลย เนื่องจากต้องอยู่ดูแลผู้ป่วยรวมทั้งต้องทำงานบ้านเพิ่มมากขึ้นด้วยทำให้ผู้ดูแลต้องจำกัดกิจกรรมอยู่เฉพาะในบ้าน เวลาส่วนใหญ่จะหมดไปกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการดูแลผู้ป่วย เป็นเหตุให้ผู้ดูแลสูญเสียบทบาททางสังคม ขาดการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น สูญเสียอิสระ การดูแลผู้ป่วยทำให้ต้องมีรายจ่ายเพิ่มขึ้น เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่ายา ค่าอาหารพิเศษ ค่าเครื่องใช้บางอย่างที่จำเป็น เช่น รถเข็น ไม้เท้า ค่าเดินทางไปโรงพยาบาล โดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัวและเป็นผู้หารายได้มาเลี้ยงครอบครัวเองทั้งหมดจะทำให้ขาดรายได้ (พรชัย จุลเมตต์และยุพิน ถนอมวิเศษ, 2543) ทำให้ผู้ดูแลสะท้อนความต้องการการสนับสนุนด้านกำลังใจ ด้านการระคับประคองจิตใจ เป็นความต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือ พัฒนาสภาพจิตใจ และอารมณ์ให้เกิดความอดทน โดยการให้มีผู้รับฟังและแก้ไขปัญหา ซึ่งทำให้ผู้ดูแลรู้สึกได้รับความห่วงใย ความเข้าใจ และสามารถที่จะให้การดูแลผู้ป่วยต่อไปได้ ความต้องการแรงจูงใจที่ดีและต่อเนื่อง ความต้องการด้านสังคม ได้แก่ ความต้องการความช่วยเหลือจากเครือข่ายทางสังคม เช่น ต้องการคนที่จะมาช่วยดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ดูแลเองจะได้มีเวลาในการทำกิจกรรมส่วนตัวและได้ผ่อนคลายบ้าง ความต้องการด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ ความต้องการความหวัง มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ เพื่อให้เกิดความแข็งแกร่งโดยต้องการความหวังจากพระเจ้าต้องการให้ผู้ป่วยหาย ต้องการดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุด นอกจากนั้นยัง

ต้องการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยด้วย ซึ่งความต้องการทางด้านจิตวิญญาณที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลนั้น ก็เพื่อเป็นสิ่งสนับสนุนให้กำลังใจ ในการเผชิญกับความทุกข์ที่เกิดขึ้นได้

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้สามารถสะท้อนให้เห็นถึงประสบการณ์ของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ได้ ดังนี้

1. ตั้งตัวไม่ทัน
2. ภาระหนักอึ้ง
 - 2.1 ภาระรายรับรายจ่าย
 - 2.2 ภาระจากการดูแล
 - 2.3 ภาระทางอารมณ์
 - 2.3.1 ความเครียดรุมเร้า
 - 2.3.2 ทังเหนื่อยทั้งท้อ
3. ความรับผิดชอบของผู้หญิง
 - 3.1 ร่วมทุกข์ร่วมสุข
 - 3.2 เป็นความภาคภูมิใจ
 - 3.3 ทำทุกอย่างเพื่อครอบครัว
4. การเผชิญปัญหาและปรับตัว
 - 4.1 ยอมรับเวรกรรม
 - 4.2 สร้างความหวัง
 - 4.3 หากำลังใจให้ตัวเอง
 - 4.4 ระบายออกด้วยการร้องไห้
 - 4.5 หาสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ
 - 4.6 มองหาความช่วยเหลือจากสังคม

1. ตั้งตัวไม่ทัน

สถานการณ์ความไม่สงบจากการก่อการร้ายเป็นเหตุการณ์ที่ไม่คาดฝันเป็นเหตุการณ์จากภายนอกที่อาจเกิดขึ้นเมื่อไรก็ได้โดยไม่คาดคิดมาก่อน ทำให้ครอบครัวไม่สามารถปรับตัวได้เกิดการเสียสมดุลของระบบครอบครัว เช่น การเจ็บป่วยหรือการเสียชีวิตของสมาชิกในครอบครัว (รติวรรณ วังธนากร, 2550) ผู้ให้ข้อมูลบอกเล่าประสบการณ์ในการดูแลสมาชิกที่ได้รับบาดเจ็บในระยะแรกว่า ตั้งตัวไม่ทัน รับเหตุการณ์ไม่ได้ เนื่องจากการบาดเจ็บของสมาชิกในครอบครัวเป็นเหตุการณ์ที่กะทันหัน ไม่ได้มีการเตรียมตัว เตรียมใจมาก่อน ทำให้ไม่สามารถยอมรับความจริงที่

เกิดขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สูดศิริ หิรัญชุนหะ (2541) ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ากระบวนการปรับเปลี่ยนการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลที่ 4 ระยะ คือ “ตั้งตัวไม่ติด/คิดไม่ออก” “หัวเลี้ยวหัวต่อ” “แสวงหา/ปรับวิธีการใหม่” และ “ชีวิตที่ลงตัว” ซึ่งในระยะแรกของการดูแลผู้ให้ข้อมูลจะต้องเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้า ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งในระยะนี้ผู้ดูแลจะมีความต้องการต่างๆ มากมายทั้งด้านข้อมูล คำแนะนำ ด้านการจัดการภายในบ้าน ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณมากกว่าในภาวะปกติ และหากผู้ดูแลได้รับการตอบสนองความต้องการจะส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวเข้ารับบทบาทได้ดีมากขึ้น (นิภาภัทร ภัทรพงศ์บัณฑิต, 2548) ซึ่งในระยะนี้ผู้ให้ข้อมูลจะได้รับความช่วยเหลือทั้งจากครอบครัว เครือญาติ และหน่วยงานของรัฐที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการช่วยเหลือและเยียวยาผู้ที่ได้รับผลกระทบเป็นอย่างดี การช่วยเหลือประกอบด้วย การมอบเงินปลอบขวัญตามความรุนแรงของการบาดเจ็บ การให้กำลังใจบุคคลในครอบครัว การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ เป็นต้น เหล่านี้ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกที่ตนเองไม่โดดเดี่ยว มีที่พึ่ง และมีกำลังใจที่จะดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บและครอบครัวต่อไป

2. ภาระหนักอึ้ง

การรับภาระหน้าที่การดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ การเป็นเสาหลักของครอบครัวในการหารายได้ รวมถึงการดูแลบุคคลในครอบครัว เมื่อผ่านช่วงระยะเวลาหนึ่ง ผู้ดูแลจะเริ่มรู้สึกว่าตนเองมีความต้องการดูแลสุขภาพร่างกาย และจิตใจ เนื่องจากการที่ร่างกายของผู้ดูแลต้องทำงานตลอดเวลา ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย มักมีอาการปวดเมื่อยแขน ขา ไหล่ หลัง คอ และกล้ามเนื้อ ซึ่งเกิดจากการยก อุ้ม ประคอง และการช่วยฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย มีอาการป่วยเป็นหวัด เนื่องจากพักผ่อนไม่เต็มที่ ในบางรายเป็นโรคกระเพาะอาหารเนื่องจากความเครียด และรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา ผู้ดูแลจะรู้สึกว่าสุขภาพของตนเองทรุดโทรมมากขึ้น (วรารภรณ์ จิธานนท์, 2547) ผู้ดูแลเหล่านี้จึงต้องการดูแลสุขภาพของตนเองซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงและรักษาสุขภาพร่างกายให้ดำเนินต่อไปอย่างปกติ อันได้แก่ การพักผ่อน เพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด เพื่อให้มีพลังงานเพื่อทำหน้าที่ดูแลได้ต่อไป การพักผ่อนอาจทำได้โดยการอ่านหนังสือ การเปลี่ยนอิริยาบถ โดยการเดินเล่น การรับอากาศบริสุทธิ์ นอกจากนี้การมีเวลาเพื่อทำกิจกรรมที่เป็นส่วนตัวบ้าง เช่น การดูแลตนเอง การออกกำลังกาย เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตาม ผู้ดูแลก็ไม่สามารถได้รับการตอบสนองดังกล่าวได้ เนื่องจากภาระในการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่บาดเจ็บและการประกอบอาชีพ กล่าวได้ว่า ผู้ดูแลต้องการให้คนในครอบครัวมาแบ่งเบาภาระการดูแลเพื่อที่ผู้ดูแลจะได้มีเวลาพักผ่อน มีเวลาส่วนตัวเพื่อลดความเครียดและความอ่อนล้าของร่างกาย (Rawlins,

1991) ผู้ดูแลรู้สึกว่าคุณภาพร่างกายของตนเองไม่แข็งแรงรู้สึกเหนื่อยอ่อนล้า และนอนไม่หลับ มีความกังวลและกลัวว่าจะดูแลผู้ป่วยไม่ได้ดี กลัวการถูกทิ้งให้อยู่ลำพังกับผู้ป่วย โดยสามารถอธิบายได้ดังนี้

2.1 ภาระรายรับรายจ่าย

การที่ผู้ป่วยต้องสูญเสียบทบาทหรือหน้าที่การงานในสังคม เกิดความพิการที่ทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ ไม่สามารถไปประกอบอาชีพได้ตามเดิม การที่ต้องหยุดงานหรือไม่ได้ทำงาน เป็นภาวะวิกฤตในชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยไม่เพียงแต่ขาดรายได้ แต่กลับต้องมีรายจ่ายเพิ่มขึ้น เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทางมาโรงพยาบาล ตลอดจนค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับอุปกรณ์ (พรชัย จุลเมตต์และยุพิน ถนัดวณิชย์, 2543) หากผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัว ทำให้ครอบครัวขาดรายได้ ต้องหาบุคคลที่จะมาดูแลผู้ป่วย ถ้าหากบุคคลนั้นเป็นคู่สมรส คู่สมรสอาจต้องหยุดงานเพื่อมาดูแลสามี ทำให้ครอบครัวยิ่งขาดรายได้ (ดาราพรรณ อุทัย, 2545) แต่จากระยะเวลาในการดูแลที่ยาวนาน ไม่สามารถกำหนดได้ว่าจะสิ้นสุดเมื่อไร ค่าใช้จ่ายต่างๆ ก็ยังคงมีตลอดไป ส่วนใหญ่ของผู้ดูแลและครอบครัวยังคงต้องการความช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่ายโดยเฉพาะเงินในการรักษา การฟื้นฟูสุขภาพร่างกายของผู้ป่วย ตลอดจนค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยในแต่ละวัน เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของกันตพร ยอดไชย, ปิ่นทิพย์ นาคดำ และเพ็ญศรี สุวานิวัฒนานนท์ (2550) ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การบาดเจ็บ ผลกระทบ และการจัดการการบาดเจ็บของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บและครอบครัวจากเหตุระเบิดในพื้นที่อำเภอหาดใหญ่จังหวัดสงขลา พบว่า ผู้ที่บาดเจ็บและครอบครัวต้องเผชิญกับรายได้ที่ลดลงและมีปัญหาทางเศรษฐกิจจนต้องมีการพึ่งพาผู้อื่น

การได้รับบาดเจ็บจนถึงพิการโดยที่ผู้ดูแลก็ไม่ได้เตรียมตัวที่จะรับบทบาทเป็นผู้ดูแล จึงส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลดังนี้สภาพเศรษฐกิจของครอบครัว เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัว และไม่สามารถไปประกอบอาชีพได้ตามเดิม ย่อมส่งผลกระทบต่อสภาพเศรษฐกิจของครอบครัวทำให้ครอบครัวขาดรายได้ และมีรายจ่ายเพิ่ม จากค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วย และค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นในการดูแลผู้ป่วย ภรรยาที่เคยเป็นแม่บ้านต้องออกไปทำงานเพื่อหารายได้ทดแทนสามีที่ทำงานไม่ได้ ส่งผลกระทบต่อสภาพเศรษฐกิจในครอบครัว แต่อาจมีผลถึงสัมพันธภาพภายในครอบครัวอีกด้วย เมื่อภรรยาต้องออกไปทำงานนอกบ้าน (ศศิธร ช่างสุวรรณ, 2548) การเพิ่มบทบาทของผู้ดูแล ภาระในการดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บและการทำหน้าที่หัวหน้าครอบครัวนั้น เป็นภาระความรับผิดชอบอย่างสูง สำหรับผู้ดูแลที่ไม่เคยทำหน้าที่นี้มาก่อน เนื่องจากไม่เคยมีประสบการณ์ คิดว่าตนเองจะสามารถรับผิดชอบหน้าที่หลายอย่างได้หรือไม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการหารายได้เข้าครอบครัว และญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ มีปัญหาภาวะเศรษฐกิจในระดับปานกลาง และการปรับบทบาทของผู้ดูแลส่งผลกระทบต่อการประกอบ

อาชีพของผู้ดูแล ผู้ดูแลที่ต้องประกอบอาชีพเพื่อหารายได้ไปด้วยทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นห่วงพะวัคพะวนที่ต้องละทิ้งผู้ป่วยจึงทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถประกอบอาชีพได้อย่างเต็มที่ตามปกติได้ (กรรณิกา คงหอม, 2546) ผู้ดูแลส่วนใหญ่ต้องปรับเปลี่ยนเวลาทำงาน บางรายต้องออกจากงานหรือลดเวลาในการประกอบอาชีพลง รับประทานอาหารให้น้อยลง เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ บางรายต้องเปลี่ยนงานใหม่ที่มีความยืดหยุ่นในด้านเวลาที่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยควบคู่ไปด้วย บางรายต้องลดงานที่ให้น้อยลง (ศศิธร ช่างสุวรรณ, 2548)

2.2 ภาวะจากการดูแล

ผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายของการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บว่า “เป็นภาระ” เนื่องจากการดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บนั้น จะต้องใช้เวลาในการดูแลอย่างต่อเนื่องและยาวนาน ซึ่งเป็นงานที่หนักกว่าการทำงานประจำเต็มเวลา และการดูแลผู้ป่วยทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในชีวิตมาก เช่น ไม่สามารถทำงานอาชีพ หรือพบปะสังสรรค์ แสดงให้เห็นถึงความรู้ลึกเป็นภาระอย่างมาก และมีปัญหาในการปรับตัวได้มาก (ธีรภัทร์ นาชิต, 2547) ซึ่งอาจจะมี ความแตกต่างกันเนื่องมาจากบริบทที่ต่างกัน เช่น การคิด ภาระงาน แหล่งสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น และสอดคล้องกับการศึกษาเปรียบเทียบการดูแลระหว่างผู้ดูแลที่เป็นสามี กับผู้ดูแลที่เป็นภรรยา พบว่า ผู้ดูแลที่เป็นภรรยามีความรู้สึกเป็นภาระสูงกว่าผู้ดูแลที่เป็นสามี เพราะเมื่อภรรยาเข้ามา รับผิดชอบดูแลในขณะเดียวกันก็ต้องรับบทบาทอื่นๆ ควบคู่ไปด้วย เช่น การรับบทบาทหัวหน้าครอบครัวแทนสามีที่เจ็บป่วย หารายได้เลี้ยงครอบครัว ดูแลสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว ทำงานบ้าน จึงทำให้ผู้ดูแลที่เป็นภรรยาเกิดความขัดแย้งในการทำหน้าที่หลายบทบาท ในขณะที่ผู้ดูแลที่เป็นสามีไม่ต้องรับผิดชอบในการดูแลอย่างเต็มที่ มีการมอบหมายการดูแลให้กับบุคคลอื่น (ชูชื่น ชีวพูนผล, 2541) ผู้ดูแลที่ต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทุกอย่างมีความรู้สึกว่าการดูแลไม่ราบรื่นเนื่องจากต้องมาทำในสิ่งที่ไม่เคยทำมาก่อน อีกทั้งการดูแลนั้นยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ดูแล ทำให้วิถีการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป ความสัมพันธ์กับเพื่อน และการทำกิจกรรมในชุมชนลดลง เนื่องจากไม่มีเวลา การมีกิจกรรมเพื่อการพักผ่อนน้อยลง (ฤทัย แสนสี, 2549) การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง หรือเป็นการเจ็บป่วยที่ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยลดลง จะส่งผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว กล่าวคือ บุคคลในครอบครัวต้องให้การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยนั้น ส่งผลให้เกิดปัญหาแก่ผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อารมณ์ ตลอดจนจนเศรษฐกิจและสังคม แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม การมีเวลาเป็นของตนเองลดน้อยลง เกิดความรู้สึกว่าเหว และเกิดความเครียด (ศศิธร ช่างสุวรรณ, 2548) ซึ่งปัญหาต่างๆ ดังกล่าวทำให้ผู้ดูแลเกิดความยากลำบากในการดำรงชีวิต ความผาสุกในชีวิตลดลง เป็นต้นเหตุให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงความยากลำบากอันเกิดจาก

ความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย และประเมินสถานการณ์การดูแลว่าเป็นภาระแก่ตน สอดคล้องกับการศึกษาภาระในการดูแล (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2546) พบว่าการที่ผู้ดูแลต้องเผชิญกับสถานการณ์ความเป็นจริงในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านผู้ดูแลต้องใช้เวลาส่วนใหญ่หมดไปกับการช่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการดูแลผู้ป่วยตามลำพัง ไม่สามารถออกไปนอกบ้านได้เหมือนเดิม เป็นสาเหตุให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด เนื่องจากภาระงานที่ต้องกระทำให้ผู้ป่วยแต่ละอย่าง ผู้ดูแลไม่สามารถกำหนดระยะเวลาสิ้นสุด แน่นนอน ประกอบกับการไม่สามารถปลีกตัวไปไหนได้เป็นเวลานานเช่นเดิม มักจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด เหนื่อยหน่ายไม่อยากจะดูแลผู้ป่วยต่อไป ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้การดูแลกับผู้ป่วยเอดส์ (นมิตา ล.สกุล, 2544) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นบิดามารดาของผู้ป่วย เป็นคู่สมรสของผู้ป่วย ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดากับบุตร และสามีกับภรรยาเป็นความสัมพันธ์ในระบบเครือญาติ เป็นความสัมพันธ์ที่มีความผูกพัน ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกเต็มใจที่ให้การดูแลบุคคลอันเป็นที่รัก ให้การดูแลด้วยความรักความเอาใจใส่โดยไม่รู้สึกว่าเป็นภาระ

2.3 ภาระทางอารมณ์

สถานการณ์ความไม่สงบทำให้ประชาชนทั่วไปเกิดความเครียด วิตกกังวลจากการสูญเสียสิ่งต่างๆ บางรายอาจสูญเสียทรัพย์สิน และสมาชิกในครอบครัวได้รับบาดเจ็บหรือเสียชีวิต ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวได้รับความทุกข์ทรมาน ต้องเผชิญอยู่กับภาวะเครียด จิตใจเกิดความอ่อนล้า ทั้อถอยและหมดกำลังใจ บางครั้งไม่สามารถควบคุมสติไม่อยู่ อารมณ์หงุดหงิด โมโหฉุนเฉียว ซึ่งอาจนำไปสู่การเจ็บป่วยทางจิตในระยะยาว (รติวรรณ วังธนากร, 2550) มากอยู่แล้ว แต่ในผู้ดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บนั้นส่งผลผลกระทบด้านจิตใจเพิ่มขึ้นเป็นเท่าทวีคูณ เนื่องจากการต้องรับภาระเพิ่มขึ้น ทำให้ไม่สามารถจัดแบ่งเวลาในการทำหน้าที่หลายๆ อย่างในขณะเดียวกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ การที่ผู้ดูแลในครอบครัวต้องเผชิญกับสภาพอารมณ์ของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลง เช่น หงุดหงิด โมโหง่าย เจ้าอารมณ์ การถูกคาดหวังในบทบาทของผู้ดูแลในครอบครัวจากญาติหลายๆ คน ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความสับสนไม่ทราบว่าควรทำอย่างไรดี เนื่องจากไม่สามารถทำสิ่งต่างๆ ให้เป็นไปตามความต้องการ และความเครียดที่เกิดจากความคลุมเครือในบทบาท อันเกิดจากการขาดความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วย จึงไม่มั่นใจที่จะให้การดูแล และรับรู้ต่อความจำกัดของตนเองในการแสดงบทบาทของผู้ดูแลให้ประสบความสำเร็จ

นอกจากนี้ผู้ดูแลมีความเครียดจากพฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งเป็นผลมาจากสภาวะการเจ็บป่วย ได้แก่ การพึ่งพาของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเอง เป็นอัมพาต ผู้ดูแลต้องตัดสินใจในทุกสิ่งทุกอย่างแทนผู้ป่วย สภาพอารมณ์ที่หงุดหงิด ฉุนเฉียว อารมณ์เสียโดยไม่มีเหตุผล ไม่มีอารมณ์อดทน ใจร้อน เอาแต่ใจตนเองของผู้ป่วย และยังพบว่าเกิดจากสภาพความเป็นอยู่รวมทั้งสิ่งแวดล้อมต่างๆ ภายในครอบครัว เช่น กิจกรรมต่างๆ ภายในบ้านขาดผู้ช่วยเหลือ

มีความขัดสนด้านการเงินและสิ่งสำคัญคือสภาพอารมณ์ของผู้ดูแล ซึ่งได้แก่ ความรู้สึกที่ตนเองไม่สามารถดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้น รู้สึกผิด มีความกังวลกับตนเอง ความเครียดยังเกิดจากการที่ผู้ดูแลขาดความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วย เป็นอยู่วิธีการดูแลผู้ป่วย รวมถึงภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย (จันทร์ฉาย โยธาใหญ่, 2547) นอกจากนี้ ยังมีความเครียดในบทบาทที่พบได้บ่อยคือ ความคลุมเครือในบทบาทความขัดแย้งในบทบาท และการดำรงบทบาทที่มากเกินไป ทำให้ความสุขของผู้ดูแลลดน้อยลง และมีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลอีกด้วย (นิภาวรรณ สามารถกิจ และ สุภาภรณ์ ดั่งแพง, 2545) สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยที่ดีต่อกันมาก่อน สามารถลดความเครียดต่างๆ ลงได้ จึงส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ส่วนกลุ่มสมาชิกที่โสด หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่ มักขาดคนปลอบโยนให้กำลังใจ จะเกิดความเครียดได้ง่าย ส่งผลให้มีความต้องการความช่วยเหลือมากกว่า กลุ่มแรก (วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2537) โดยสามารถอธิบายได้ดังนี้

2.3.1 ความเครียดครุมเร้า

ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ นอกจากจะมีบาดแผลด้านร่างกายที่ส่งผลให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้แล้ว บาดแผลทางจิตใจนับว่ารุนแรงไม่แพ้กัน ผู้ดูแลนอกจากจะต้องตอบสนองด้านร่างกายของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บแล้ว การดูแลด้านจิตใจจัดเป็นอีกหนึ่งหน้าที่ที่จะต้องทำควบคู่กันไปตลอด ผู้ดูแลมีบทบาทในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการต่อสู้กับความเจ็บป่วย เนื่องจากผู้ป่วยมักจะขาดการติดต่อกับสังคมภายนอก มีผลให้ผู้ป่วยมักขาดความมั่นใจในตนเอง มีวิธีการเผชิญปัญหาลดลง (ธีรภัทร์ นาชิต, 2547) มีอาการซึมเศร้า รู้สึกไร้คุณค่า มีปัญหาเกี่ยวกับการสื่อสาร บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง ต้องคอยพึ่งพาผู้อื่นในการดูแล (Bakas et al., 2002) จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บเคยมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย อารมณ์ฉุนเฉียว โมโหง่าย ก้าวร้าว เหล่านี้ส่งผลต่อสภาพจิตใจของผู้ดูแลให้เกิดความเครียดเป็นอย่างมาก ภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลในครอบครัวจะทรุดลง เมื่อต้องประสบความเครียดในการดูแลเป็นระยะเวลายาวนาน (Collins et al., 1994) โดยจะมีความวิตกกังวล สภาพอารมณ์ และภาวะสุขภาพจิตโดยรวมของผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กันสูง นั่นคือเมื่อผู้ป่วยมีสภาพจิตอย่างไรผู้ดูแลในครอบครัวมักมีสภาพจิตเช่นนั้นด้วย (เจียมจิต โสภณสุขสถิตย์, 2544) และการที่ผู้ดูแลในครอบครัวต้องเผชิญกับสภาพอารมณ์ของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลง เช่น หงุดหงิด โมโหง่าย เจ้าอารมณ์ การถูกคาดหวังในบทบาทของผู้ดูแลในครอบครัวจากญาติหลายๆ คน ทำผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความสับสน เนื่องจากไม่สามารถทำสิ่งต่างๆ ให้เป็นไปตามความต้องการ จึงไม่มั่นใจที่จะให้การดูแล และรับรู้ต่อความจำกัดของตนเองในการแสดงบทบาทของผู้ดูแลให้ประสบความสำเร็จ (ศิริวรรณ วรรณศิริ, 2548) และก่อให้เกิดความเครียดได้

ความเครียดจากการดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บการดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บนั้น ผู้ดูแลจะต้องดูแลและตอบสนองความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ ซึ่งการดูแล

ด้านจิตใจ ผู้ป่วยส่วนมากมีปัญหาด้านจิตใจ เนื่องจากความเจ็บป่วยที่ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการ ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ดังเดิม มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม การเปลี่ยนแปลงสภาพจิตใจ ผู้ป่วยจะรู้สึกไม่มั่นคง เป็นปมด้อย อย่างไรก็ตามผู้ดูแลจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องเข้าใจสภาพจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย ปฏิบัติต่อผู้ป่วยเช่นบุคคลธรรมดา ไม่แสดงท่าทีรังเกียจหรือปฏิบัติแทนให้ผู้ป่วยโดยไม่ให้ผู้ป่วยได้ทำอะไรเอง ซึ่งจะยิ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกที่ตนเองเป็นภาระ ผู้ป่วยต้องการกำลังใจในขณะที่ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ และควรดูแลอย่างใกล้ชิดเมื่อผู้ป่วยเริ่มทำกิจกรรมที่ไม่แน่ใจว่าจะทำได้ด้วยตนเอง หลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเครียดและอารมณ์เสีย มีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัวได้ออกสังคมบ้างเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่ถูกทอดทิ้งการพึ่งพาทางจิตสังคม เป็นการตอบสนองทางจิตใจและอารมณ์ (พัชรินทร์ คำอินทร์, 2548) ประกอบกับผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยที่ไม่เพียงพอ รวมถึงวิธีการดูแลผู้ป่วย รวมถึงภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย เหล่านี้ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดได้ (จันทร์ฉาย โยธาใหญ่, 2547) สอดคล้องกับการศึกษาของสุดศิริ หิรัญชอุณหะ (2541) พบว่า ในระยะแรกที่ผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้ดูแลจะได้รับการดูแลจากครอบครัว แต่เมื่อระยะเวลาในการดูแลนานวันเข้า ครอบครัวมักจะให้ความช่วยเหลือและเอาใจใส่น้อยลง ผลักภาระดูแล ผู้ดูแลเกิดความเครียดและมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วย อย่างไรก็ตามแม้ระยะเวลาในการดูแลจะยาวนาน ถ้าหากผู้ดูแลมีผู้แบ่งเบาภาระช่วยในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ดูแลได้มีเวลาพักและมีเวลาส่วนตัว บ้างในระหว่างการดูแลที่ยาวนาน ซึ่งบุคคลที่ผู้ดูแลคาดหวังให้ช่วยเหลือก็คือสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแลก็สามารถมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยต่อไปได้

2.3.2 ทั้งเหนื่อยทั้งท้อ

ความเบื่อหน่ายท้อแท้ของผู้ดูแลเกิดจากสถานการณ์ที่พบเป็นความไม่แน่นอน และถ้าพบว่าผู้ป่วยมีอาการแทรกซ้อนเพิ่มเข้ามา อาจทำให้ผู้ดูแลท้อแท้หมดกำลังใจที่จะแสวงหาวิธีการดูแลผู้ป่วย ปัญหาในการดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแล ระยะเวลาที่ยาวนานมากขึ้น การดูแลที่ต่อเนื่องยาวนานและนับวันอาการจะแยลงของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง อาจทำให้ผู้ดูแลท้อแท้ เบื่อหน่าย ความคาดหวังลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Enterlane & Kern (1995) พบว่าความรับผิดชอบในบทบาทภรรยาที่เพิ่มมากขึ้นหลังจากที่สามีป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ต้องตัดสินใจแก้ปัญหาเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในครอบครัวรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในบ้านทำบัญชีค่าใช้จ่าย และต้องใช้จ่ายอย่างประหยัด ภรรยารู้สึกว่าตนเองไม่มีความสุขหลังจากต้องรับผิดชอบต่อดูแลสามีเพิ่มขึ้น เนื่องจากสามีมีสภาพเป็นผู้พิการ รู้สึกเบื่อหน่ายต่อความรับผิดชอบกับสมาชิกครอบครัวและการทำงานบ้าน นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ Orem (2001) เกี่ยวกับระยะเวลาในการดูแล กล่าวไว้ว่า ความสามารถในการดูแลบุคคลที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบ จะแปรเปลี่ยนไปตามประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต ผู้ดูแลที่มี

ประสบการณ์ในการดูแล ในระยะเวลาอันสั้น จะมีความต้องการความรู้เกี่ยวกับการดูแลการปรับตัวตลอดจนความช่วยเหลือต่างๆ เป็นอย่างมากในระยะแรกที่เริ่มดูแล รวมทั้งความหวังที่จะให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น แต่เมื่อผู้ดูแลมีประสบการณ์มากขึ้นในการดูแล ได้เคยแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นความต้องการในสิ่งที่เคยต้องทราบก็ไม่จำเป็นอีกต่อไป หรือต้องการน้อยลง ผู้ดูแลอาจรู้สึกมีความหวังน้อยลง ถ้าพบว่าสภาพอาการของผู้ป่วยไม่ดีขึ้น ประกอบกับถ้าต้องดูแลด้วยระยะเวลาที่ยาวนานอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความท้อแท้ เบื่อหน่ายได้

นอกจากนี้ความรู้สึกเหนื่อยของผู้ดูแลมาจากการต้องการด้านร่างกาย ได้แก่ ความต้องการในเรื่องของการพักผ่อน เป็นความต้องการที่เกิดขึ้นหลังจากที่ผู้ดูแลรู้สึกอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า จากการให้การดูแลเป็นความต้องการการพักผ่อนชั่วคราว ทั้งนี้ก็เพื่อที่จะสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ต่อไป (Wingate and Lackey, 1989) และยังพบว่าหากผู้ดูแลไม่ได้รับการตอบสนองทางด้านร่างกาย หรือน้อยกว่าที่ควรจะเป็น ผู้ดูแลจะเกิดความเบื่อหน่ายในการดูแล และส่งผลให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของสายพิณ เกษมกิจวัฒนา และประอรนุช ตูลยาทร (2538) พบว่าภาระงานที่ภรรยาต้องรับผิดชอบในการดูแลสามีที่ป่วยเรื้อรังด้วยความเอาใจใส่ มีส่วนให้ภรรยาผู้ดูแลและเลยการดูแลสุขภาพตนเอง มีปัญหาสุขภาพแต่ไม่สนใจที่จะไปรักษาโดยให้เหตุผลว่าไม่อยากละทิ้งผู้ป่วย และมักประเมินตนเองว่าเป็นความเจ็บป่วยที่พอทนได้ ปัญหาภาวะสุขภาพที่เกิดกับผู้ดูแลได้แก่ เกิดความเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย ไม่มีแรง เครียด หงุดหงิด โกรธง่าย แยกตัวเองออกจากสังคม เกิดความเบื่อหน่ายในที่สุดเนื่องจากรู้สึกว่าดูแลผู้ป่วยเป็นภาระที่หนัก

3. ความรับผิดชอบของผู้หญิง

การรับบทบาทผู้ดูแลนั้น ในสังคมผู้หญิงเปรียบเสมือนบุคคลที่ต้องรับหน้าที่ในการดูแลบุคคลในครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นการดูแลลูกๆ ที่เจ็บป่วย ดูแลบิดามารดา ปู่ย่า ตายาย หรือคู่สมรสที่มีความพิการ ผู้หญิงถูกคาดหวังจากสังคม ให้รับบทบาทการดูแลโดยไม่สามารถเรียกร้องอะไรได้ ในขณะที่ต้องทำหน้าที่แม่บ้านไปด้วยและบางครั้งต้องทำงานนอกบ้านควบคู่กันไป จะพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงบทบาท ซึ่งพบมากในคู่สมรส (ศิริวรรณ วรรณศิริ, 2548) ผู้ดูแลผสมผสานการดูแลผู้ป่วยเข้าเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ซึ่งความสามารถในการดูแลบุคคลที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบจะแปรเปลี่ยนไปตามประสบการณ์ และจะมีความต้องการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแล การปรับตัวตลอดจนความช่วยเหลือต่างๆ เป็นอย่างมากในระยะที่เริ่มดูแล รวมทั้งความหวังที่จะให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น แต่เมื่อผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการดูแลมากขึ้น ได้เคยแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น ความต้องการในสิ่งที่เคยต้องการทราบก็ไม่จำเป็นอีกต่อไปหรือต้องการน้อยลง (สุริรัตน์ ชวงสวัสดิ์ศักดิ์, 2541) เมื่อเวลาเปลี่ยนไปผู้ดูแลพยายามที่จะให้การดำเนินชีวิตเป็นไปตามปกติธรรมดาที่เคยเป็น

ผสมผสานกิจกรรมการดูแลเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ใช้ชีวิตอย่างเรียบง่าย มีความพอใจในสิ่ง
 ที่ตัวเองเป็นอยู่ ไม่ยึดติด ไม่เครียดหรือวิตกกังวลกับสิ่งที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิธร
 ช่างสุวรรณ (2548) ศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า สิ่งช่วยให้ผู้ดูแลสามารถคง
 สภาพการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยไว้ได้ คือการจัดให้การดูแลเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ผู้ดูแลจะมองว่า
 กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเป็นเรื่องปกติเป็นงานประจำวันที่ต้องทำอยู่แล้ว เป็นสิ่งที่ไม่สามารถล้มหรือ
 ละทิ้งไปได้ และไม้อาจเลื่อนเวลาออกไปได้ ผู้ดูแลที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยจะใช้ความ
 ยืดหยุ่นและกลวิธีหลากหลายในการดูแลผู้ป่วยทำให้เกิดความสมดุลย์ การค้นพบจุดสมดุลย์ใน
 ชีวิตที่ย่างยากแบบนี้ผู้ดูแลจะต้องปล่อยให้ไปแบบธรรมชาติ และมีความยืดหยุ่นในตนเอง
 (Shyu, Archbold, & Imle, 1998) เมื่อกลับมาดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้านผู้ดูแลจะต้องปฏิบัติกิจกรรม
 การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่างๆ อย่างต่อเนื่อง กิจกรรมบางอย่างค่อนข้างหนัก ต้อง
 อาศัยพลังงานด้านร่างกายมาก เช่น การอุ้ม การยก การพลิกตัวผู้ป่วยผู้ดูแลอาจต้องทำกิจกรรม
 บางอย่างซ้ำๆ เป็นเวลานานๆ จึงต้องมีความอดทนสูง และมีความใจเย็นหนักแน่นพอ การดูแล
 บางอย่างต้องอาศัยทักษะและความชำนาญในการปฏิบัติจึงจำเป็นจะต้องได้รับข้อมูล หรือมีการ
 ฝึกทักษะที่จำเป็นก่อนเพื่อให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในตนเองเกี่ยวกับการตัดสินใจแก้ปัญหาที่ยากที่
 เกิดจากสถานการณ์ดูแล (ศศิธร ช่างสุวรรณ, 2548) ดังนั้นผู้ดูแลจึงต้องมีการเรียนรู้เพื่อพัฒนา
 ตนเองและเกิดทักษะในการดูแลผู้ป่วยสามารถดำเนินบทบาทในการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยได้ เพราะการ
 เรียนรู้ช่วยให้มนุษย์สามารถปรับตัวและดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเหมาะสม (ถวิล ธาระโกชน์ และ
 ศรัณย์ ดำริสุข, 2545) และความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว ยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ
 ของครอบครัวที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยบางคนไม่สามารถทำงานหรือไม่
 มีงานทำ ผู้ดูแลจะต้องรับภาระด้านเศรษฐกิจเพิ่มขึ้นอีก (เพิงใจ ตีรไพรวงศ์, 2540) เมื่อผู้ดูแลมา
 รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยทำให้ต้องมีหน้าที่รับผิดชอบเพิ่มมากขึ้น ต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยไปพร้อมๆ
 กับงานที่รับผิดชอบอยู่เดิม ผู้ดูแลที่เป็นภรรยาต้องรับผิดชอบในการเป็นหัวหน้าครอบครัวหารายได้
 สำหรับเป็นค่าใช้จ่ายในครอบครัวแทนผู้ป่วย เมื่อไม่สามารถรับผิดชอบหน้าที่สองอย่างในเวลา
 เดียวกันได้ก็เลือกที่จะรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยเพียงอย่างเดียวและหยุดการทำงานเดิมลงและ
 หารายได้มาสนับสนุนครอบครัวด้วยการทำงานอยู่ที่บ้าน ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ดูแล
 ประกอบอาชีพได้แก่ ทำขนมส่งขาย ขายของชำในบ้าน ทำงานแม่บ้านในโครงการเยี่ยมยาซึ่ง
 สามารถไปทำงานเช้าแต่กลับเร็วได้ เป็นต้น ประกอบกับสถานการณ์ความไม่สงบที่เกิดขึ้นในพื้นที่
 นอกจากจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัวแล้ว ยังส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลง
 รายได้ เนื่องจากความหวาดกลัวในการไปประกอบอาชีพ (รติวรรณ วังธนากร, 2550) ผู้ดูแลจึง
 ต้องมีการปรับบทบาทให้เหมาะสม จากบทบาทภรรยาที่ทำหน้าที่แม่บ้านต้องมารับผิดชอบทำ
 หน้าที่หัวหน้าครอบครัว และต้องดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นด้วย บางครอบครัวมารดาจะเป็นผู้ที่รับผิดชอบ

ในการดูแลผู้ป่วย โดยมีลูกเป็นผู้ให้การสนับสนุนและช่วยเหลือในการดูแลอยู่ตลอด (ศศิธร ช่างสุวรรณ, 2548) รายได้ของครอบครัว เป็นตัวบ่งชี้ถึงฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นเครื่องชี้ให้เห็นถึงความต้องการความช่วยเหลือด้านการเงิน รายได้ของครอบครัว เป็นปัจจัยสำคัญยิ่งในการดำรงไว้ซึ่งครอบครัวที่สมดุล รายได้ของครอบครัวต่อเดือนจึงเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต ในด้านการสนองตอบความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคลเป็นอย่างมาก (ฤทัย แสนสี, 2549)

การบาดเจ็บของสมาชิกในครอบครัวนั้น ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัว ผลกระทบจากการบาดเจ็บของสมาชิกในครอบครัวทำให้บทบาทหน้าที่เปลี่ยนแปลงไปจากคนที่เคยเป็นหัวหน้าครอบครัว หาเงินเลี้ยงครอบครัว กลับมาต้องอยู่บ้านเฉยๆ ความพิการที่หลงเหลือทำให้ไม่สามารถกระทำบทบาทบิดา มารดา สามี ภรรยา บุตรหรือการประกอบอาชีพได้ (กันตพร ยอดไชย , ปิ่นทิพย์ นาคดำและเพ็ลลิส สุวานิวัฒนานนท์, 2550) ซึ่งสมาชิกในครอบครัวจะต้องรับบทบาททั้งผู้ดูแลและเป็นเสาหลักของครอบครัว ผู้ดูแลนั้นจะต้องมีการปรับตัวในการดูแล และเรียนรู้ที่จะใช้ประสบการณ์การดูแลที่เกิดขึ้นในแต่ละวันเป็นบทเรียนที่จะให้การดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลต้องรับบทบาทในการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อความสะดวกในการดูแลและการใช้ชีวิตของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ เนื่องจากส่วนใหญ่ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายลดลง และมีอุปสรรคต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลที่จะต้องจัดการดูแลให้สะดวกต่อการหยิบใช้ ผู้ดูแลจึงต้องจัดการเปลี่ยนแปลงสภาพในบ้านให้เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ Enterlane & Kern (1995) พบว่าความรับผิดชอบในบทบาทภรรยาที่เพิ่มมากขึ้นหลังจากที่สามีป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ต้องรับผิดชอบดูแลจัดสิ่งแวดล้อมและตกแต่งบ้านให้เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วย ความต้องการการจัดการภายในบ้านเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อให้ครอบครัว ตลอดจนการดูแลผู้ป่วยสามารถดำเนินต่อไปได้โดยปกติกิจกรรมต่างๆ ภายในครอบครัว และการทำหน้าที่นี้มักเป็นบทบาทหน้าที่ของผู้หญิงหรือแม่บ้านเป็นผู้ดูแลกิจกรรมต่างๆ ภายในครอบครัว และดูแลทุกสิ่งทุกอย่างภายในบ้าน (ศศิธร ช่างสุวรรณ, 2548)

3.1 ร่วมทุกข์ร่วมสุข

ผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่งให้ความหมายของการดูแลสมาชิกในครอบครัวว่า “ร่วมทุกข์ร่วมสุข” ซึ่งถือเป็นการแสดงความรักความผูกพันระหว่างสามีภรรยา เมื่อฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดเกิดความเจ็บป่วยต้องการการพึ่งพาช่วยเหลือ ด้วยความรักและความผูกพันของสามีภรรยาที่เคยร่วมทุกข์ร่วมสุข และอยู่ด้วยกันมานาน ทำให้เกิดความรู้สึกที่อยากจะช่วยเหลือดูแลซึ่งกันและกัน เมื่อฝ่ายใดมีทุกข์ก็อยากช่วยให้พ้นทุกข์ การดูแลเกิดขึ้นจากความเมตตา กรุณา ความสงสาร และความห่วงใยซึ่งกันและกันเป็นพื้นฐาน ไม่อยากให้ใครต้องจากไปก่อนถึงเวลา (ศศิธร ช่างสุวรรณ, 2548) รวมถึงการรับรู้ว่าเป็นหน้าที่ของสามีภรรยาที่ต้องดูแลกันอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ จึงต้องมีการ

จัดการตนเอง เพื่อที่จะได้ทำหน้าที่ผู้ดูแลได้อย่างดีที่สุด อีกทั้งสมาชิกครอบครัวที่สมรสแล้วจะมีความรัก ความผูกพัน ความห่วงใยเอื้ออาทร ความวิตกกังวลสูงกว่าสถานภาพอื่น เพราะต้องการสร้างครอบครัวให้เป็นปึกแผ่น มีความรับผิดชอบต่างๆ รวมถึงการสร้างความสัมพันธ์กันในครอบครัว หากคู่สมรสของตนเจ็บป่วย ถ้ามีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันมาก่อน ผู้ดูแลจะมีความมุ่งมั่นและเต็มใจให้การดูแลมากกว่าคู่สมรสที่มีสัมพันธภาพต่อกันที่ไม่ดี (วรภรณ์ จิธานนท์, 2547) จากการศึกษาครั้งนี้ผู้ดูแลอธิบายว่า การดูแลเป็นหน้าที่ของสามีภรรยาที่ต้องให้การดูแลกันอย่างดีแม้ยามดีและยามเจ็บป่วย เพราะอยู่ด้วยกันมานาน ผู้ป่วยมีคุณความดีที่ต้องตอบแทน จึงถือเป็นโอกาสที่ดีในการแสดงความรักความผูกพัน ให้ความเมตตาสงสาร และความมีมนุษยธรรมต่อกัน หากผู้ดูแลรู้สึกพึงพอใจที่ได้ให้การดูแลผู้ป่วย รู้สึกว่ามีเวลาได้ใกล้ชิดกันมากขึ้น ประกอบกับบิดามารดา หรือคู่สมรสเป็นบุคคลใกล้ชิดที่มีหน้าที่ที่จะต้องดูแลทุกข์สุขและเอื้ออาทรต่อกัน ดังนั้นสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ดีขึ้น ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณเองมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี มีกำลังใจและมีแรงจูงใจในการดูแลตนเอง และผู้ดูแลรู้สึกว่าความยากลำบากในการดูแลน้อยลง (ดารารพรรณ อุทัย, 2545) และการที่ผู้ดูแลได้รับความรัก ความห่วงใย การยกย่องชมเชยจากสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะญาติที่เห็นความสำคัญ เป็นการเสริมแรงให้ผู้ดูแลมีความคิดเชิงบวกมากขึ้น (จอม สุวรรณโน, 2540)

3.2 เป็นความภาคภูมิใจ

ผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายของการดูแลสมาชิกในครอบครัวว่า “เป็นความภาคภูมิใจ” เนื่องจากผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณค่าในตนเองจากการได้รับการยอมรับจากผู้ป่วย และสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว ได้รับคำชมเชยและเป็นที่ยอมรับของคนรอบข้างและมองเห็นคุณค่าของผู้ดูแล ผู้ดูแลรับรู้ว่าเป็นบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วย เป็นญาติที่ดีของผู้ป่วย เป็นรางวัลที่มีคุณค่าทางด้านจิตใจ ผู้ดูแลรู้สึกมีความสุข มีความภาคภูมิใจ มีความมุ่งมั่น อดทน และมีความเพียรพยายามในการดูแลผู้ป่วย ไม่ทอดทิ้ง เป็นตัวอย่างที่ดีแก่สมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวให้มาทำตามด้วยมองเห็นว่าเป็นสิ่งที่ดี ทำให้ผู้ดูแลมีกำลังใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของ พัชรินทร์ คำอินทร์ (2548) พบว่าญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกที่ดีต่อการดูแล เช่น รู้สึกว่าตนเองมีความสามารถและเป็นที่ยอมรับ ได้มีโอกาสทดแทนบุญคุณ และมีโอกาสใกล้ชิดผู้ป่วยมากขึ้น การดูแลผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งที่มีความหมายในชีวิต ผู้ดูแลที่ให้ความหมายในการดูแลเป็นสิ่งที่มีความหมาย จึงมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลมีความพึงพอใจในชีวิตและมีความพึงพอใจในบทบาทการดูแลที่ดำรงอยู่ ผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณค่า มีความสำคัญต่อผู้ป่วยมาก จึงพยายามดำรงบทบาทการดูแลอย่างเต็มที่ แม้บางครั้งจะรู้สึกเหน็ดเหนื่อยก็ตาม (ชูชื่น ชิวพูนพล, 2541) สอดคล้องกับ Subgranon (1999) ผู้ดูแลยอมรับว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ มีความรัก ความผูกพันและความห่วงใยเป็นพื้นฐานสำคัญที่จะให้

การดูแลผู้ป่วย และถ้าสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยก่อนเจ็บป่วยดี จะส่งผลให้มีความพึงพอใจในการดูแลและมองว่าการดูแลเป็นรางวัลที่ดีทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้น การดูแลเป็นความหมายของชีวิต รู้สึกว่าตนเองเป็นบุคคลที่มีประโยชน์ การให้ความหมายกับเหตุการณ์ต่างๆ ในทางที่ดี เช่น คิดว่าเหตุการณ์นั้นมีคุณค่า ทำทนาย คู้มค่ามากกว่าที่จะพิจารณาว่าเป็นภาระ หรือก่อให้เกิดความยุ่งยาก ช่วยให้ผู้ป่วยมีความหวัง และตื่นตัวต่อการเผชิญกับสถานการณ์การดูแลมากกว่าที่จะเกิดความท้อแท้หรือเฉื่อยชา ถึงแม้ความพยายามในการจัดการจะประสบผลสำเร็จหรือไม่ก็ตาม ผู้ดูแลจะสามารถปรับเปลี่ยนการให้ความหมายของเหตุการณ์ไปในทางที่ดี เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยยินดีที่จะเผชิญกับสถานการณ์การดูแลต่อไปได้ยาวนานยิ่งขึ้น (ซูซึน ชิวพูนผล, 2541) ผู้ดูแลที่มีความรู้สึกทางบวกจากการให้การดูแลผู้ป่วย จะทำให้เกิดความผ่อนคลาย ไม่ต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความผาสุกจากการที่ได้ให้การดูแล ความรู้สึกมีคุณค่าของผู้ดูแลในครอบครัวก่อให้เกิดความปลอบปล้มปิติ (Enrichment) พบว่าความปลอบปล้มปิติใจนี้ถือเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการดูแลที่มีคุณภาพ เนื่องจากเมื่อเกิดความปลอบปล้ม หรือความภาคภูมิใจ จะส่งผลต่อสัมพันธ์ภาพ ความสุขสบายของผู้ที่อยู่ในความดูแล ซึ่งความรู้สึกภาคภูมิใจเป็นความรู้สึกของผู้ดูแลที่มีต่อการดูแลว่าเป็นการกระทำที่มีคุณค่า หรือยินดีเต็มใจที่ได้ปฏิบัติตนเป็นผู้ให้การดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของศศิธร ช่างสุวรรณ (2548) ผู้ดูแลว่าเป็นโอกาสที่ดีที่ได้ดูแลญาติที่เจ็บป่วย ซึ่งโอกาสเช่นนี้จะไม่ได้เกิดขึ้นบ่อยครั้ง การดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นญาติโดยเฉพาะเป็นบิดามารดา หรือสามีภรรยา ซึ่งมีความผูกพันกันมา มีบุญคุณต่อกัน อยู่ด้วยกันมานานถือเป็นโอกาสที่จะแสดงถึงความรักความผูกพันที่มีต่อกัน โดยเฉพาะการได้ มีโอกาสตอบแทนบุญคุณ การแสดงความกตัญญูทักท้วงต่อผู้มีพระคุณ เป็นสิ่งที่ประเสริฐที่สุด การแสดงถึงความรัก ความผูกพันระหว่างสามีภรรยา ได้มีโอกาสทำหน้าที่ที่พึงปฏิบัติต่อกัน นั่นคือความรู้สึกปลอบปล้มหรือความพอใจ หรือความยินดีเต็มใจในการเป็นผู้ให้การดูแล ผู้ดูแลในครอบครัวเห็นว่าเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการดูแลที่ดีมีคุณภาพ และผู้ดูแลรับรู้ว่ามีบทบาทหน้าที่ในชีวิตประจำวันถูกรับรองแต่ไม่รู้สึกว่าตนเป็นภาระหนักหรือยุ่งยากแต่กลับรู้สึกว่าตนเองสามารถทำบทบาทหน้าที่ได้ดี เป็นที่ยอมรับของผู้ป่วย ของสังคม เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เกิดความภาคภูมิใจ

3.3 ทำทุกอย่างเพื่อครอบครัว

ผู้ดูแลทำทุกอย่างและความเสียสละเพื่อครอบครัว แม้ว่าตนเองจะเหน็ดเหนื่อยจากการทำงานหารายได้ จากการทำงานบ้าน แต่ผู้ดูแลยังคงต้องดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บอย่างดีที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภศิริ หิรัญชุนหะ (2541) พบว่าการที่ผู้ดูแลได้สละแรงกาย แรงใจ และเวลาไปกับการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งต้องใช้ความอดทนและอดกลั้น ต่อการเผชิญอยู่กับการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ทั้งทางด้านร่างกาย สติปัญญาและอารมณ์ ผู้ดูแลก็ไม่ย่อท้อต่อ

สภาวะการณดังกล่าว แต่กลับมีความมานะพยายามอย่างต่อเนื่องยาวนาน เนื่องจากผู้ดูแลรับรู้ว่าได้ทำในสิ่งที่ดี มีคุณประโยชน์ต่อผู้ป่วย ซึ่งถ้าผู้ดูแลมีความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยดี ก็ย่อมนำมาซึ่งภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีต่อผู้ป่วยด้วย และผู้ดูแลกล่าวว่าการดูแลผู้ป่วยเกิดเนื่องจากความผูกพันและเป็นหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติ การดูแลผู้ป่วยเป็นการเสียสละความสุขส่วนตัวที่มีอยู่เพื่อมาให้การดูแลบุคคลอันเป็นที่รัก บุคคลที่มีคุณความดีต่อผู้ดูแล เป็นสิ่งที่ช่วยกระตุ้นหรือสนับสนุนให้อยากดูแลผู้ป่วย เมื่อได้ดูแลผู้ป่วยแล้วทำให้เกิดความสุขการดูแลผู้ป่วยถือเป็นหน้าที่ที่พึงกระทำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Carruth (1996) ในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม พบว่าการกระตุ้นส่งเสริมการดูแลโดยใช้ความรัก ความผูกพันเป็นสิ่งที่ทำหายในทางบวกที่เข้มแข็งกว่าการดูแลด้วยความรู้สึกว่าเป็นภาระหน้าที่ การดูแลผู้ป่วยเป็นการให้และการเสียสละ มีความปรารถนาดี มีความเมตตา กรุณา ดังนั้นการที่ผู้ดูแลเสียสละกำลังกาย กำลังใจ มีจิตใจที่คิดแต่จะให้ ในการดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลสามารถดำรงอยู่กับบทบาทผู้ดูแลได้อย่างมีความสุข และด้วยความเชื่อในเรื่องผลบุญทำให้ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่ เสียสละให้ผู้ป่วยอย่างเต็มที่ ด้วยเชื่อว่าผลบุญจะสะท้อนกลับมายังผู้ดูแลไม่จำเป็นต้องเป็นโรคแบบเดียวกับผู้ป่วย

4. การเผชิญปัญหาและปรับตัว

เมื่อโครงสร้างของครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป ผู้ดูแลจะมีการรับรู้ถึงรบบกวนในครอบครัวและการตอบสนองต่อสิ่งรบบกวนครอบครัวขึ้นกับหลายๆ ปัจจัย เช่น การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างครอบครัว ครอบครัวที่มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีของสมาชิกในครอบครัว จะทำให้มีความแข็งแกร่งของโครงสร้างพื้นฐานของครอบครัว เนื่องจากมีการพึ่งพาอาศัยกันของสมาชิกในครอบครัว เมื่อมีสิ่งรบบกวนครอบครัว ครอบครัวก็สามารถตอบสนองสิ่งรบบกวนนั้นได้ดี เนื่องจากสัมพันธ์ภาพที่ดีในครอบครัวจะช่วยลดความขัดแย้ง (รติวรรณ วังธนากร, 2550) หากผู้ดูแลมีกลไกในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม (Coping Mechanism) กลไกการปรับตัวจากประสบการณ์ของชีวิต หากบุคคลมีการพัฒนาการใช้กลไกในการปรับตัวในการแก้ปัญหาต่างๆ ได้อย่างถูกต้องเหมาะสมเมื่อเกิดปัญหาขึ้น บุคคลจะสามารถแก้ปัญหาได้โดยใช้กลไกการปรับตัวที่เหมาะสม ซึ่งวิธีจัดการความเครียดนั้นมี 2 วิธีใหญ่ๆ คือ การมุ่งแก้ปัญหา (Problem Focused Coping) เป็นความพยายามเปลี่ยนเหตุการณ์ที่เป็นความเครียดให้ดีขึ้นหรือพยายามจัดการกับความเครียดนั้น และการมุ่งปรับอารมณ์ (Emotion Focused Coping) เป็นการปรับอารมณ์ หรือความรู้สึกเครียด เพื่อไม่ให้ทำลายขวัญและลดประสิทธิภาพในการแก้ปัญหาของตน ซึ่งผู้ดูแลต้องมีการปรับตัวเพื่อเข้ารับบทบาทใหม่หลายบทบาทในเวลาเดียวกัน ทำให้เกิดความยุ่งยากใจสำหรับผู้ดูแลที่ไม่สามารถปรับตัวรับกับสภาพใหม่ได้ แต่ถ้าผู้ดูแลสามารถปรับตัวเข้ากับบทบาทใหม่ได้เร็ว สมดุลในชีวิตและครอบครัวของผู้ดูแลนั้นจะเกิดขึ้นตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของ ชูชื่น ชีวพูนผล (2541)

พบว่า การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้ดีขึ้นตามระยะเวลา การดูแลที่เพิ่มขึ้น จึงไม่พบปัญหาความล้มเหลวในการแสดงบทบาทผู้ดูแล

4.1. ยอมรับเวรกรรม

ผู้ดูแลส่วนหนึ่งสามารถยอมรับกับการเปลี่ยนแปลงของตนเองและครอบครัวได้ และคิดว่าตนเองต้องอดทนและทำให้เข้มแข็ง โดยผู้ดูแลที่นับถือศาสนาพุทธคิดว่าเป็นเวรกรรม ที่สร้างมาเมื่อชาติที่แล้ว และส่งผลมาถึงชาติ ดังนั้นเราต้องรับกรรมส่วนผู้ดูแลที่นับถือศาสนา อิสลามเชื่อว่า เป็นสิ่งที่กำหนดมาแล้ว เราจะหลีกเลี่ยงไม่ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของกันตพร ยอดไชย, ปิ่นทิพย์ นาคดำ และเพ็ญศรี สุวานิวัฒนานนท์ (2550) ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การ บาดเจ็บ ผลกระทบ และการจัดการการบาดเจ็บของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บและครอบครัวจากเหตุระเบิด ในพื้นที่อำเภอหาดใหญ่จังหวัดสงขลา พบว่า ผู้ให้ข้อมูลยอมรับในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น แต่ยังคงมีความรู้สึกแค้นๆ กับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น แต่ยอมรับเหตุการณ์ได้เนื่องจากคิดว่าเป็นบททดสอบจาก พระเจ้าและยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิธร ช่างสุวรรณ (2548) ผู้ดูแลทำใจยอมรับกับ สภาพความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย พยายามทำจิตใจของตนเองให้เข้มแข็ง เข้าใจธรรมชาติของ โรคและความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ เมื่อเกิดขึ้นแล้วต้องทำใจยอมรับให้ได้ เพื่อที่จะ ได้ให้การดูแลผู้ป่วยและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสมผู้ดูแลยอมรับ และเข้าใจว่าต้องใช้เวลาเมื่อเป็นโรคนี้อแล้วผู้ป่วยอาจเกิดความพิการ เดินไม่ได้ ช่วยเหลือตนเอง ไม่ได้ เป็นโรคที่รักษาไม่หายการรักษาต้องใช้เวลา ผู้ดูแลทำใจยอมรับกับสภาพความเจ็บป่วยที่ เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ทำจิตใจให้เข้มแข็งคิดว่าการเจ็บป่วยเป็นเรื่องธรรมดาที่ต้องเกิดไม่อาจหลีกเลี่ยง ได้ผลจากโรคทำให้ผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เหมือนกับก่อนเจ็บป่วย ผู้ป่วย ต้องการการพึ่งพาช่วยเหลือ ซึ่งผู้ดูแลรับรู้ว่าเป็นหน้าที่ต้องให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเนื่องจากเป็นคน ในครอบครัวเดียวกัน การดูแลผู้ป่วยเหมือนกับการดูแลเด็กหรือดูแลคนพิการ การที่ผู้ดูแลเข้าใจ ความต้องการการพึ่งพาช่วยเหลือของผู้ป่วย ทำให้มีกำลังใจและเต็มใจที่จะดูแลผู้ป่วยต่อไป ไม่ ทอดทิ้งผู้ป่วย

4.2. สร้างความหวัง

ผู้ดูแลส่วนใหญ่คิดว่าผู้ที่ได้รับบาดเจ็บจะไม่สามารถกลับมาใช้ชีวิตแข็งแรง เหมือนเดิมได้แล้ว แต่ยังมีสักวันหนึ่งผู้ที่ได้นับบาดเจ็บจะสามารถดูแลและช่วยเหลือตนเองตนเอง ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Rawlins (1991) ศึกษาครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ดูแล กล่าว “ไม่ว่าจะดูแลผู้ป่วยมานานเท่าไร ยังต้องการได้ยินเสมอว่ายังมีความหวังอยู่เสมอ ไม่ว่าจะ ได้จากใครก็ตาม ไม่ต้องการที่จะพบกับความผิดหวังหรือความสิ้นหวัง” ความหวังผู้ดูแลมีความ ตั้งใจจริง มีความพยายาม อดทนไม่ท้อถอย ให้การดูแลผู้ป่วยด้วยใจ ดูแลอย่างเต็มที่และให้การ ดูแลนั้นสำเร็จไปได้ด้วยดี ผู้ดูแลมีความมุ่งมั่นที่จะให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มกำลังความสามารถ

ด้วยความหวังว่าผู้ป่วยจะมีโอกาสหายหรือดีขึ้น ผู้ดูแลแสดงความรู้สึกที่บ่งบอกถึงความหวังที่จะช่วยดูแลผู้ป่วยให้หายจากโรคอยู่ตลอดเวลา ถึงแม้จะให้การดูแลผู้ป่วยมานานมากแล้วก็ตาม แต่ผู้ดูแลก็ยังตั้งใจและให้การดูแลผู้ป่วยโดยไม่คิดที่จะทอดทิ้งผู้ป่วยเลย มีความหวังว่า“สักวันหนึ่งผู้ป่วยจะหาย” สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวีรัตน์ ช่วงสวัสดิ์ศักดิ์ (2541) ศึกษาครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ดูแลกล่าวว่าไม่ว่าจะดูแลผู้ป่วยมานานเพียงใด ยังต้องการได้ยินเสมอว่า “ยังมี ความหวังอยู่เสมอ” ไม่ต้องการที่จะพบกับความผิดหวังหรือความสิ้นหวัง เพราะความหวังเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของบุคคล เป็นความพร้อมภายในของบุคคลที่จะนำไปสู่ความผูกพันกับชีวิต ความหวังเป็นเรื่องของความรู้สึกนึกคิดและอารมณ์ของแต่ละบุคคลที่เป็นลักษณะเฉพาะตัว ความหวังเป็นการแสดงออกในลักษณะของความปรารถนาที่จะได้มาหรือประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ บุคคลที่มีความหวังจะมีความเชื่อว่า ถ้าหากสิ่งที่ปรารถนาบรรลุจุดมุ่งหมายจะทำให้ชีวิตเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี ความหวังจึงเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญสิ่งหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญกับสถานการณ์ได้อย่างสุขุมรอบคอบ มีความเชื่อมั่นว่าเหตุการณ์ต่างๆ จะคลี่คลายลงได้อย่างมีเหตุผล มีพลังใจที่เข้มแข็ง และสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมั่นใจมากขึ้น

4.3 ระบายออกด้วยการร้องไห้

การเผชิญกับปัญหาของผู้ดูแล บางครั้งผู้ดูแลรู้สึกว่าตนเองขาดที่พึ่ง ไม่สามารถขอความช่วยเหลือจากผู้ใดได้ การระบายออกด้วยการร้องไห้เป็นวิธีการเผชิญปัญหาอย่างหนึ่งที่ผู้ดูแลกระทำ และมักจะร้องไห้เวลาที่อยู่คนเดียวตามลำพัง เพื่อไม่ให้บุคคลในครอบครัวเห็นว่าตนเองอ่อนแอ หรือไม่ให้ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บคิดว่าตนเองเป็นภาระแก่ผู้ดูแลและครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของกันตพร ยอดไชย, ปิ่นทิพย์ นาคดำ และเพลิส สุธานีวัฒนานนท์ (2550) ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การบาดเจ็บ ผลกระทบ และการจัดการการบาดเจ็บของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บและครอบครัวจากเหตุระเบิดในพื้นที่อำเภอหาดใหญ่จังหวัดสงขลา พบว่ากระบวนการจัดการการบาดเจ็บผู้ให้ข้อมูล 13 ใน 21 คน มีการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง เพราะรู้สึกเกรงใจบุคคลรอบข้าง และคิดว่าตนเองสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งผู้ดูแลจะเก็บความรู้สึกที่อึดอัดไว้ในใจแล้วระบายออกด้วยการร้องไห้เช่นนี้บ่อยครั้ง แต่แท้จริงแล้วผู้ดูแลต้องการบุคคลที่สนับสนุนด้านกำลังใจเพื่อรับฟัง และช่วยปรับอารมณ์ที่ไม่พึงพอใจ เบื่อหน่ายที่อึดอัดให้ดีขึ้นหรือหมดไป (ศศิธร ช่างสุวรรณ, 2548) โดยเฉพาะผู้ดูแลในครอบครัวที่ทำหน้าที่หลายบทบาทและต้องดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลายาวนาน จากการศึกษาครั้งนี้ผู้ดูแลมีความรู้สึกว่าภาระความทุกข์แค่การรับฟังก็จะช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวรู้สึกผ่อนคลายความเครียดไปได้บ้าง

4.4. หากำลังใจให้ตัวเอง

การให้กำลังใจเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลต้องสร้างให้ตนเองอยู่เสมอ เมื่อเกิดปัญหาหรือต้องดูแลจัดการกับสิ่งที่เข้ามารบกวนครอบครัว เพื่อให้ตนเองสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สูดศิริ หิรัญชุนหะ (2541) ที่พบว่าพลังใจหรือแรงใจเป็นส่วนสำคัญที่หล่อเลี้ยงใจผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้สามารถกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดด้วยความตั้งใจ ด้วยความเอาใจใส่ เอื้ออาทร และทำให้ผู้ดูแลกระทำการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง ไม่เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ และมีความรู้สึกว่าคุณค่าสำหรับผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา ความเชื่อและทัศนคติที่บุคคลมีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดจะเป็นอำนาจและแรงขับที่แฝงอยู่ในจิตใจของผู้คนและจะแสดงออกมาเมื่อมีสิ่งเร้ามากระทบ ทัศนคติไม่ใช่อารมณ์ชั่ววูบที่เกิดขึ้นแล้วหายไป แต่เป็นสิ่งที่เมื่อเกิดขึ้นแล้วจะฝังแน่นอยู่ในจิตใจอย่างถาวรหรือค่อนข้างถาวร มีอิทธิพลต่อการคิด การกระทำ การตัดสินใจ และการแสดงออกของบุคคลเป็นอย่างมาก (นที เกื้อกูลกิจการ, 2537) ผู้ดูแลมีการจัดการในฐานะผู้ดูแลเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยด้วยการมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยเป็นพลังผลักดัน ผู้ดูแลได้กล่าวถึงทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บที่ทำให้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ยาวนาน คือ การสร้างกำลังใจให้กับตนเอง ความมีคุณธรรมภายในตนเอง ตลอดจนการรู้จักหน้าที่ของตนเอง เป็นพื้นฐานมีจิตใจที่มั่นคงในการให้การดูแล แม้จะมีความลำบากเหน็ดเหนื่อย ก็ไม่ท้อแท้และไม่เคยคิดที่จะทอดทิ้งผู้ป่วยไป

นอกจากนี้การสร้างกำลังใจของผู้ดูแลส่วนใหญ่มาจากการคิดเปรียบเทียบกับผู้ที่ทุกข์มากกว่า เนื่องจากจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ นั้น ส่งผลให้มีทั้งผู้ที่ได้รับบาดเจ็บและผู้ที่เสียชีวิตจำนวนมาก ซึ่งผู้ดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บส่วนหนึ่งรู้สึกว่าการรอดชีวิตของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บนั้น เป็นบุญ เป็นความโชคดีแล้วที่ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บยังมีโอกาสรอดชีวิตที่ยังมีโอกาสได้เห็นหน้า พูดคุยปรึกษาได้ และทำให้ครอบครัวสมบูรณ์ แม้ว่าสภาพร่างกายของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บนั้นจะไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่หัวหน้าครอบครัว หรือหารายได้มาจุนเจือครอบครัวแล้วก็ตาม และผู้ดูแลคิดว่ายังมีคนที่ทุกข์กว่าเรามากจากการสูญเสียคนที่รัก ซึ่งการเผชิญปัญหาดังกล่าวของผู้ดูแลจัดเป็นความคิดในทางบวกจากการให้การดูแลผู้ป่วย ซึ่งได้แก่ รู้สึกมีความสุขที่ได้ดูแลผู้อื่น รู้สึกว่าการดูแลทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างตนเองและผู้ป่วยมีความใกล้ชิดมากขึ้น เป็นโอกาสในการตอบแทนบุญคุณ รู้สึกว่าตนเองมีความสามารถเป็นที่ต้องการและได้รับการชื่นชมจากบุคคลรอบข้างในสังคม (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2546) การเปรียบเทียบตนเองกับผู้ที่มีความทุกข์มากกว่า จะช่วยให้ผู้ดูแลมีกำลังใจ อดทนเพื่อทำหน้าที่ที่ดีที่สุดและฝึกการคิดและการมองปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองนั้นเป็นเรื่องธรรมดาไม่ได้เลวร้ายไปกว่าผู้อื่น

4.5 หาสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ

การยึดมั่นในหลักคำสอนทางศาสนาถือว่าเป็นแหล่งที่พึ่งทางใจ โดยเฉพาะในบริบทสังคมและวัฒนธรรมไทย ศาสนาถือเป็นส่วนประกอบและเป็นบ่อเกิดอันสำคัญของวัฒนธรรมที่อบรมหล่อหลอมชีวิตของบุคคลที่เจริญเติบโตมา การกระทำของบุคคลที่แสดงออกมาล้วนเป็นผลจากการที่ศาสนามีส่วนชักนำให้เป็นไปได้ทั้งสิ้น ศาสนาทุกศาสนาสอนให้เป็นคนดี ความเชื่อและความศรัทธาในศาสนาของบุคคล ช่วยสร้างทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถดำรงบทบาทในการเป็นผู้ดูแลต่อไปได้ เป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจที่ดีที่สุด การยึดมั่นในหลักคำสอนทางศาสนา เป็นปัจจัยส่งเสริมประการหนึ่งในการดำรงบทบาทผู้ป่วยและผู้ดูแลที่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ จอม สุวรรณโณ (2540) ศึกษาประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าลักษณะทางสังคมประเพณี ค่านิยม และความเชื่อทางศาสนามีอิทธิพลต่อการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างมาก การดูแลจะดำรงอยู่ได้ยาวนานเพียงใดขึ้นอยู่กับแรงสนับสนุนทางสังคมและสิ่งยึดเหนี่ยวของบุคคลนั้นๆ ผู้ดูแลมีวิธีการเรียนรู้และการพัฒนาบทบาทการเป็นผู้ดูแล ตลอดจนการปรับวิถีการดำเนินชีวิตเพื่อดำรงบทบาทผู้ดูแลได้ทุกๆ ศาสนาในสังคมไทยล้วนมีหลักคำสอนที่เป็นจุดร่วมคือสอนให้เป็นที่รักที่ดีของสังคม ศาสนาพุทธ ถือว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นการทำความดีย่อมต้องได้รับผลตอบแทนที่ดี ทำให้รู้สึกจิตใจสบาย ทำให้ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยโดยไม่ทอดทิ้ง (ศศิธร ชาวสุวรรณ, 2548) มุ่งดูแลผู้ป่วยให้เกิดความสุขที่สุดที่จะทำได้ ผู้ดูแลซึ่งส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธคิดว่าพุทธศาสนาช่วยให้เกิดความผาสุกทางใจ ทำให้จิตใจสงบ ศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวของจิตใจ เป็นเครื่องชี้แนวทางในการดำเนินชีวิตและแก้ปัญหาได้ การนำมาใช้เป็นเครื่องยึดเหนี่ยว หรือ เป็นหลักในการดำเนินชีวิตกันอย่างไม่รู้ตัว ช่วยให้ผู้ที่ปฏิบัติตามหลักธรรมมีความสุข การดูแลผู้ป่วยโดยยึดหลักธรรมต่างๆ ดังกล่าวช่วยให้ผู้ดูแลสามารถดำรงบทบาทในการดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

ผู้ดูแลที่นับถือศาสนาอิสลามกล่าวถึง การดูแลผู้ป่วยเกิดขึ้นได้เพราะยึดคำสอนของพระเจ้าคือ อัลลอฮ์ เป็นหลักยึดเหนี่ยว การดูแลเป็นการทดสอบจากพระเจ้า เป็นการงานของพระเจ้า การดูแลบิดามารดาถือเป็นประสงค์ของอัลลอฮ์ เป็นการทดสอบจากอัลลอฮ์ให้มีความอดทนและความเพียร พร้อมกับเป็นการกระทำความดีตามบัญญัติของพระเจ้า ผู้ดูแลเชื่อว่าพระเจ้าทรงเป็นผู้ให้มนุษย์เกิดและให้มนุษย์ตาย และพระองค์คือจุดมุ่งหมายของทุกสิ่งทุกอย่าง ชีวิตในโลกนี้เพื่อโลกหน้า เป็นช่วงที่มนุษย์ต้องทำความเพียรและต่อสู้อย่างที่สุด (บรรจง บินกาซัน, 2546)

นอกจากนี้ผู้ดูแลเชื่อในเรื่องของการปลงและปล่อยวาง ความเชื่อในเรื่องของกฎแห่งกรรม ผู้ดูแลคิดว่าโรคที่ผู้ป่วยเป็นนั้นเกิดขึ้นจากเวรกรรมดั่งนั้นผู้ดูแลจึงทำบุญ และอุทิศส่วนบุญส่วนกุศลที่เคยกระทำมาเพื่อชดใช้หนี้กรรมให้กับผู้ป่วยและตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยหายจากโรค

หรือบรรเทาอาการลง เป็นการช่วยแบ่งเบาเวรกรรมที่ผู้ป่วยเคยทำเมื่อมีการชดใช้กรรมนั้นแล้วช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความสบายใจ การดูแลผู้ป่วยเป็นเรื่องของความเมตตากรุณาต้องการให้ผู้ป่วยพ้นทุกข์ ผู้ดูแลใช้คำสอนทางพุทธศาสนามาใช้เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวในการดูแล (ศศิธร ช่างสุวรรณ, 2548) ผู้ดูแลที่นับถือศาสนาอิสลามกล่าวว่าหลักคำสอนทางศาสนาสอนให้มีความกตัญญู รู้คุณค่าต่อพ่อแม่ การทำความดีกับพ่อแม่เป็นการทดสอบจากพระเจ้า ถ้าทำได้พระเจ้าจะประทานสิ่งที่ดีมาให้ในชีวิต และสอนให้สามีภรรยาต้องดูแลกันเมื่อยามเจ็บป่วยด้วย เป็นเหตุผลที่ทำให้ชาวมุสลิมมุ่งมั่นที่จะดูแลผู้ป่วยเพราะเชื่อว่าเป็นการทดสอบจากพระเจ้า ถ้าทำดีพระเจ้าจะตอบแทน (บรรจง บินกาซัน, 2546)

4.6 มองหาความช่วยเหลือจากสังคม

การที่ผู้ดูแลไม่ได้เตรียมตัวที่จะเข้ารับบทบาทผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วย จะเกิดเป็นปัญหาแก่ผู้ดูแลอย่างมาก เนื่องจากสังคมไม่เคยมีการเตรียมสมาชิกในครอบครัวสำหรับการรับบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยต้องดูแลไปโดยหน้าที่ และผู้ดูแลส่วนใหญ่จึงพยายามที่จะหาความช่วยเหลือและสนับสนุนในการดูแลตนเอง ตลอดจนมีความต้องการ หรือการสนับสนุนช่วยเหลืออย่างมาก เพื่อจัดการกับปัญหาและเพื่อที่จะทำให้ตนเองสามารถดูแลผู้ป่วยได้ต่อไป การดูแลผู้ป่วยเพียงลำพังบางครั้งอาจประสบปัญหาได้ การดูแลผู้ป่วยต้องอาศัยแหล่งสนับสนุนทางสังคมอื่นๆ ด้วยจึงจะสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่ให้การช่วยเหลือเกื้อกูล ได้แก่ แหล่งสนับสนุนภายในครอบครัว ได้รับการช่วยเหลือเกื้อกูลจากสมาชิกในครอบครัว และแหล่งสนับสนุนภายนอกครอบครัว ได้แก่ การได้รับความเอื้ออาทรจากเพื่อนและเพื่อนบ้าน การสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพ การที่ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากแหล่งสนับสนุนดังกล่าวช่วยให้ผู้ดูแลสามารถจัดการตนเองได้ดีขึ้น สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้นการช่วยเหลือเกื้อกูลจากสมาชิกในครอบครัวสมาชิกในครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนที่อยู่ใกล้และมีความสำคัญแก่ผู้ดูแล การมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวช่วยให้ผู้ดูแลมีกำลังใจ และได้มีเวลาพัก (รวี เตื่อนดาว, 2547) และมีเวลาเป็นส่วนตัวมากขึ้น แหล่งสนับสนุนทางสังคมเป็นเสมือนแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยเหลือผู้ดูแลให้สามารถเปลี่ยนแปลงสถานการณ์และสภาพอารมณ์ที่มีต่อภาวะเครียดจากการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือในด้านการดูแลผู้ป่วยสนับสนุนด้านอารมณ์และจิตใจ (พัชรินทร์ คำอินทร์, 2548) จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลต้องการต้องการความช่วยเหลือจากสังคม ไม่ว่าจะเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบ หรือบุคลากรด้านสุขภาพที่รวดเร็วทันที่ที่มีปัญหา เพื่อสามารถปรึกษาได้ตลอดเวลาในรูปแบบการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ถ้าผู้ดูแลในครอบครัวเกิดปัญหาหรือไม่แน่ใจว่ากระทำถูกต้อง ต้องการให้เครือข่ายสังคม คือ สมาชิกในครอบครัวหรือคนอื่นๆ มามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและรับรู้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลในครอบครัว สอดคล้องกับ

การศึกษาของกันตพร ยอดไชย, ปิ่นทิพย์ นาคดำ และเพ็ลลิส สุวานิวัฒนานนท์ (2550) ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การบาดเจ็บ ผลกระทบ และการจัดการการบาดเจ็บของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ และครอบครัวจากเหตุระเบิดในพื้นที่อำเภอหาดใหญ่จังหวัดสงขลา พบว่าผู้ให้ข้อมูล 18 ใน 21 คน ต้องการให้มีการดูแลอย่างต่อเนื่อง ถึงแม้ว่าจะมีผู้เข้ามาให้การช่วยเหลือหลายฝ่าย แต่สำหรับค่ารักษาพยาบาลจะมีสถานที่เกิดเหตุรับผิดชอบ ซึ่งบางรายยังคงต้องรักษาอย่างต่อเนื่องนั้นยังขาดการดูแลในส่วนนี้ อีกทั้งคิดว่ามีความรู้สึกไม่พึงพอใจในการช่วยเหลือที่ได้รับ เพราะคิดว่า การช่วยเหลือนั้นไม่เป็นธรรม และจากการสำรวจความต้องการของผู้ที่ได้รับผลกระทบของศูนย์ประสานงานวิชาการและช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุความไม่สงบจังหวัดชายแดนใต้; ศวชต. (2550) พบว่า ผู้ที่ได้รับผลกระทบต้องการความช่วยเหลือเร่งด่วนที่สุด คือ การเงิน รองลงมา คือ ทุนการศึกษาของบุตร และความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน คิดเป็นร้อยละ 40.6, 22.6 และ 16.6 ตามลำดับนอกจากนี้แหล่งสนับสนุนทางสังคม อาจจะเป็นการช่วยเหลือในการเป็นที่ปรึกษา ให้กำลังใจ ปลอบใจ แนะนำทางเลือกในการแก้ไขปัญหา หรือการช่วยเหลือทางการเงิน แรงงาน หรือช่วยเหลือในการปรับตัวจากครอบครัว ญาติ และบุคลากรในที่มสุขภาพรวมทั้งสถานบริการสุขภาพ ทั้งแผนปัจจุบัน และแผนโบราณที่ผู้ดูแลสามารถขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาในการดูแลผู้ป่วย เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทราบถึงการดำเนินชีวิต การเผชิญปัญหาและการปรับตัวของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ของไทย จึงทำให้เข้าใจชีวิตของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บมากขึ้นและจากผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ประโยชน์ทางการพยาบาล ดังนี้

ด้านการบริหารการพยาบาล ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการประเมิน และดูแลผู้หญิงที่ทำหน้าที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ อย่างครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณอย่างเหมาะสม และตรงกับความต้องการของผู้หญิง เช่น การดูแลให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับการประกอบอาชีพ การดูแลค่าใช้จ่ายของบุตร การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บ เป็นต้น โดยมีการเตรียมบุคลากรผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ได้รับผลกระทบให้มีความเข้าใจลักษณะของผู้หญิงที่ทำหน้าที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บ เพื่อนำไปสู่การดูแลทั้งผู้ดูแลและครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง และมีรูปแบบการประสานความช่วยเหลืออย่างเป็นระบบ และรวดเร็ว

รวมถึงมีระบบการติดตามการได้รับความช่วยเหลือ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารายได้ และสวัสดิการที่เหมาะสมให้แก่ผู้หญิง โดยเฉพาะผู้หญิงยากจนในชนบท และผู้หญิงในกลุ่มด้อยโอกาส หรือรายได้น้อยกลุ่มอื่นๆ เป็นต้น การส่งเสริมการมีงานทำของผู้หญิง และครอบครัวผู้ได้รับผลกระทบ ให้สามารถเลี้ยงตนเองได้อย่างยั่งยืน เนื่องจากการดูแลในปัจจุบันยังพบว่า การดูแลผู้ที่ได้รับผลกระทบนั้น ยังสับสนในการประสานความช่วยเหลือที่ต่อเนื่องอยู่มาก ซึ่งหากมีรูปแบบที่ชัดเจนและเหมาะสมแล้ว จะส่งผลดีต่อการดูแลผู้ที่ได้รับผลกระทบให้มีแหล่งช่วยเหลือที่มีคุณภาพ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานแก่ผู้ปฏิบัติงานชุมชน ในการออกเยี่ยมบ้านผู้ที่ได้รับผลกระทบ และให้การดูแลในแต่ละกระบวนการชีวิตของผู้หญิงที่เป็นผู้ดูแล เพื่อช่วยให้ผู้หญิงที่เป็นผู้ดูแลสามารถปรับตัวเข้ารับบทบาทและเผชิญกับปัญหาอย่างเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

ด้านการศึกษาทางการพยาบาล ผลการศึกษานี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการเรียนการสอน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลบุคคลด้วยความเข้าใจ และคำนึงถึงการเป็นองค์รวมของมนุษย์ การสอนนักศึกษาพยาบาลในการประเมิน และดูแลผู้หญิงที่รับบทบาทผู้ดูแลอย่างเข้าใจชีวิตของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บ เพื่อให้นักศึกษาได้ใช้ทักษะการพยาบาลอย่างเหมาะสมกับบริบท ลักษณะของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ เพื่อให้การดูแลและตอบสนองความต้องการผู้หญิงเหล่านี้ได้อย่างเหมาะสม

ด้านการวิจัยทางการพยาบาล ผลการศึกษานี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัยในอนาคต เช่น การพัฒนารูปแบบของความช่วยเหลือเยียวยาผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่เหมาะสมกับช่วงเวลาและความต้องการของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บมากที่สุด

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กัณณีย์พิชญ์ โคตรประทุม. 2546. การปรับตัวของครอบครัว เมื่อมีสมาชิกได้รับบาดเจ็บที่
ศีรษะอย่างรุนแรงตามทฤษฎีภาวะวิกฤตครอบครัวของฮิลล์. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- กาญจนา ศิริวราศัย. 2536. ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว ความหวังกับ
การปรับตัวในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา
พยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กันตพร ยอดไชย, ปิ่นทิพย์ นาคดำและเพ็ลลิศ สุานินวัฒนานนท์. 2550. ประสบการณ์การบาดเจ็บ ผลกระทบ
และการจัดการการบาดเจ็บของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บและครอบครัวจากเหตุระเบิดในพื้นที่อำเภอ
หาดใหญ่จังหวัดสงขลา. วารสารคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
25 (พฤษภาคม-มิถุนายน): 211-223.
- กัญญารัตน์ ผึ้งบรรเทาญ. 2539. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยบาง
ประการกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะพักฟื้น.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กรรณิกา คงหอม. 2546. ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินสถานการณ์ของการดูแล สัมพันธภาพ
ของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย ความต้องการการดูแล การสนับสนุนจากครอบครัว กับการ
ปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กิตติ สมบัติ, นงพรรณ พิริยานุพงศ์และสายันต์ อาจณรงค์. 2547. ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแล
สุขภาพตนเองของชาวมุสลิมจังหวัดชายแดนภาคใต้. ปัตตานี: สำนักงานคณะกรรมการวิจัย
แห่งชาติ. (อัดสำเนา).
- กิ่งแก้ว ปาจริย์. 2547. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ: งานตำราวารสาร
และสิ่งพิมพ์ สถานเทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล.
- เกียรติพันธ์ หนูทอง. 2549. ขบวนการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการศึกษาในสำนักงานเขตพื้นที่
การศึกษาจังหวัดปัตตานี. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- จอม สุวรรณโณ. 2540. **ความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จริยา กฤติยาวรรณ. 2546. **ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและการรับรู้ความต้องการของผู้ดูแล.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จินตนา สมเน็ก. 2542. **ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับภาวะในการดูแลและความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลที่บ้าน.** วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์.19(1), 28-39
- จินนระรัตน์ ศรีภักทวิญญู. 2540. **ผลการสอนและการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จุไรรัตน์ มิตรทองแท้. 2533. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ และผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังกับภาวะสุขภาพจิตในคู่สมรสของผู้ป่วยเรื้อรัง.** วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จันทร์ฉาย โยธาใหญ่. 2547. **กิจกรรมการดูแล ความต้องการของญาติในฐานะผู้ดูแล และผลที่เกิดกับญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จันทร์เพ็ญ แซ่หุ่ณ. 2536. **ปัจจัยคัดสรรที่ทำนายความเหนื่อยหน่ายของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.** วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จันทพร วีระทองดี. 2548. **ผลของโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลต่อการดูแลของผู้ดูแลและการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จรรยา ทับทิมประดิษฐ์. 2547. **ผลการเตรียมผู้ดูแลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลลำปาง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เจียมจิต ไสภณสุขสถิตย์. 2544. **ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย ภาวะซึมเศร้า และการดูแลที่ได้รับที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.** วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

- ชนิดา มณีวรรณ และคณะ. 2537. ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ดูแลที่บ้าน. **วารสารพยาบาล 43 (4): 236-244.**
- ชนัญชิตา โภธิประสาธ. 2547. **พฤติกรรมการดูแลและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชัยวัฒน์ สถาอานันท์. 2547. **ความรุนแรงกับการจัดการ “ความจริง”: ปิดตานีในรอบกึ่งศตวรรษ. รายงานการวิจัย โครงการการจัดการความจริงในสังคมไทย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย. (ม.ป.ท.) (เอกสารอัดสำเนา)**
- ชาย โภทิสิตา. 2550. **ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ.** พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง
- ชูชื่น ชิวพูนผล. 2541. **อิทธิพลของภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติผู้ดูแล และความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม.** วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชวนพิศ ทำนอง. 2544. **คู่มือการดูแลผู้ป่วยอัมพาตที่บ้าน.** ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- ดาราพรรณ อุทัย. 2545. **ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาของการดูแล จำนวนครั้งของการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล การสนับสนุนจากครอบครัว ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย กับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี.** วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดลมนรค์ บากา. 2540. **บทบาทด้านสังคม เศรษฐกิจและการเมืองของสตรีมุสลิมในจังหวัดชายแดนภาคใต้.** ปัตตานี: วิทยาลัยอิสลามศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. (อัดสำเนา)
- ดลมนรค์ บากา, เกษตรชัย และหิ้ม และอับดุลเลาะ อับรู. 2549. **ทัศนคติของประชาชนต่อความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้.** ปัตตานี: วิทยาลัยอิสลามศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ถวิล ธาระโกชนัน, และ ศรัณย์ ดำริสุข. 2545. **พฤติกรรมมนุษย์กับการพัฒนาตน.** กรุงเทพฯ: อักษรวิพัฒน์.
- ธีรภัทร์ นาชิต. 2547. **ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครั้งชีกกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการจากโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา.** วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- นที เกื้อกุลกิจการ. 2537. **การสอนผู้รับบริการในโรงพยาบาล.** สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

- นมิตา ล.สกุล. 2544. **ภาวะและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นาวาลย์ ปานากาแข็ง. 2544. **คุณภาพการศึกษาของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารศึกษามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- นิตยา จรัสแสง. 2547. **แนวทางการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือญาติในภาวะวิกฤติทางอารมณ์.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นิภาภัทร ภัทรพงศ์บัณฑิต. 2548. **ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิภาวรรณ สามารถกิจ และ สุภาภรณ์ ดั่งแพง. 2545. **ผลกระทบของการบาดเจ็บที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัว.** ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา. (อัดสำเนา)
- นันทพร ศรีนิ่ม. 2544. **ประสบการณ์การเผชิญปัญหาของการดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บรรจง บินกาซัน. 2546. **อิสลาม สำหรับผู้เริ่มสนใจอิสลาม.** พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: ออฟเซ็ท เพรส จำกัด.
- ปภาณี มิ่งขวัญ. 2542. **ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปรมาภรณ์ นิรมล. 2548. **ผลของโปรแกรมการสอนผู้ดูแลต่อการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อย.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พินิต จิตติยาพันธุ์. 2550. **อิทธิพลของกระแสโลกาภิวัตน์ต่อพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนจากหลักการศรัทธาของเยาวชนไทยมุสลิมในอำเภอเมืองจังหวัดยะลา.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาอิสลามศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- พเยาว์ ประเสริฐศรี. 2545. **การปรับตัวของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา.** วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- พงศ์เทพ สุธีรัฐฉิม. 2549. ระบบสาธารณสุขในภาวะวิกฤต 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้. สงขลา: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- พรุพงษ์ เทพจारी. 2534. ความยึดมั่นผูกพันในศาสนาอิสลามของคนไทยมุสลิมชนบท จังหวัดชายแดนใต้ที่มีผลต่อพฤติกรรมด้านสังคม เศรษฐกิจและคุณภาพชีวิต. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการศึกษาเพื่อพัฒนาชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- พรชัย จุลเมตต์. 2540. ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ต่อภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พรชัย จุลเมตต์ และ ยุพิน ถนัดวณิชย์. 2543. ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พรทิพย์ พันธุ์นา. 2549. ความเครียดและการเผชิญความเครียดของหญิงแม่ที่สามเีเสียชีวิตจากเหตุการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนใต้: กรณีศึกษาหญิงแม่ที่อยู่ศูนย์รอดันบาดู จังหวัดนราธิวาส. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- พัชรินทร์ คำอินทร์. 2548. ประสบการณ์การได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา โดยผู้ดูแลในครอบครัว. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พัชรี พุทธชาติ. 2549. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของแพทย์ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้. วารสารคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ 25 (พฤษภาคม-มิถุนายน) : 29-37.
- เพียงใจ ติโรไพรวงค์. 2540. สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยและภาวะการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เพ็ญลดดา เคนไชยวงค์. 2539. ความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพาของผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคมและภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มารีนี สแลม. 2550. ปัญหาจิตใจและการดูแลตนเองด้านจิตใจในผู้ที่สูญเสียบุคคลในครอบครัวจากสถานการณ์ความไม่สงบภาคใต้: กรณีศึกษา อำเภอกะพ้อ จังหวัดปัตตานี. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. 2546. การช่วยเหลือนญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง: บทบาทพยาบาลที่ไม่ควรมองข้าม. **รามาธิบดีพยาบาลสาร** 9 (2): 109-110.
- รจนา จันทร์กำษ์. 2549. **ปฏิกริยาตอบสนองทางด้านจิตใจต่อเหตุการณ์ธรณีพิบัติภัยในวัยรุ่นที่สูญเสียบิดามารดาในจังหวัดพังงา.** สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- รวติวรรณ วังธนากร. 2550. **สิ่งรบกวนครอบครัว ระดับการตอบสนองต่อสิ่งรบกวนครอบครัว และภาวะสุขภาพครอบครัวที่เผชิญสถานการณ์ความไม่สงบจากการก่อการร้ายในจังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทย.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล ครอบครัวและชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- รุ่ง แก้วแดง. 2548. **สงครามและสันติสุข @ชายแดนภาคใต้.** กรุงเทพมหานคร: เลิฟแอนด์ลิฟเพรส.
- รุจา ภูไพบูลย์. 2541. **การพยาบาลครอบครัว.** กรุงเทพมหานคร: วี เจ พรินติ้ง.
- ฤทัย แสนสี. 2549. **ความต้องการของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน อำเภอบ้านธิจังหวัดลำพูน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วชิระ เพ็งจันทร์, ศิริศักดิ์ ธิติดิลกรัตน์, พัทธ์พัชร์พล บุญยมาลิก, บรรณานิการ. 2550. **แนวทางการปฏิบัติการดูแลสุขภาพจิตของผู้ได้รับผลกระทบชายแดนใต้ สำหรับหน่วยงานสาธารณสุข.** กรุงเทพฯ: ป๊ายอนด์ พับลิชชิง.
- วราภรณ์ จิธานนท์. 2547. **สุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิภาวรรณ ชะอุ่ม. 2536. **ภาระในการดูแลและความผาสุกโดยทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิพานิช. 2537. **การส่งเสริมบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในฐานะผู้ดูแล.** **วารสารพยาบาลศาสตร์** 12(4): 33-38.
- วีณา มิ่งเมือง และคณะ. 2548. **การศึกษาภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นฟูสุขภาพจิตของผู้ประสบภัยธรณีพิบัติจังหวัดระนอง.** ระนอง: โรงพิมพ์สุวรรณอักษร.
- ศรีสมภพ จิตรภิรมย์ศรี. 2549. **32 เดือนแห่งความรุนแรงจังหวัดชายแดนภาคใต้.** ปัตตานี: ศูนย์เฝ้าระวังเชิงองค์ความรู้สถานการณ์ภาคใต้. (อัดสำเนา)

- ศิริธร ช่างสุวรรณ. 2548. **ประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริพร จิรวัดณ์กุล. 2548. **การวิจัยเชิงคุณภาพ**. ขอนแก่น: ศิริพันธ์ ออฟเซ็ท.
- ศิริพร สโคธาเนค. 2548. **ชีวิตที่หลงเหลือ กับ รอยยิ้มหลังหยาดเลือด**. กรุงเทพมหานคร. (ม.ป.ท.)
- ศิริวรรณ วรรณศิริ. 2548. **การศึกษาความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศูนย์เฝ้าระวังเชิงองค์ความรู้สถานการณ์ภาคใต้. 2550. **รายงานสถานการณ์การเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้** [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://medipe.psu.ac.th/vis/> [2 กรกฎาคม 2551]
- ศูนย์ประสานงานวิชาการและให้ความช่วยเหลือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้. 2550. **ศึกษาสภาพความเป็นอยู่ และแนวทางการเยียวยาครอบครัวผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้** กรณีศึกษาจังหวัดปัตตานี [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: [http://medipe2.psu.ac.th/~dsccl/download / th_std_living.pdf](http://medipe2.psu.ac.th/~dsccl/download/th_std_living.pdf) [2 กรกฎาคม 2551]
- ศูนย์ประสานงานวิชาการให้ความช่วยเหลือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้. 2550. **รายงานสถานการณ์ความช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้**. ปัตตานี: ศูนย์ประสานงานวิชาการให้ความช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้. (อัดสำเนา)
- ศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้. 2542. **โครงการวิเคราะห์สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงด้านสังคมจิตวิทยา เศรษฐกิจ และความมั่นคงของจังหวัดชายแดนภาคใต้**. สงขลา: ศูนย์วิจัยมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. (อัดสำเนา)
- สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพภาคใต้. 2550. **ข้อเท็จจริงและสถิติภาวะสุขภาพภาคใต้**. สงขลา: (ม.ป.ท.) (อัดสำเนา)
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2546. **แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในระบบสุขภาพตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า**. เชียงใหม่: โรงพิมพ์คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมภพ เรืองตระกูล. 2545. **ตำราจิตเวชศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- สายพิณ เกษมกิจวัฒนา และ ประอรณัฐ ตูลยาพร. 2538. **ปัจจัยที่ทำนายปัญหาสุขภาพของภรรยาผู้ดูแลสามีที่เจ็บป่วยเรื้อรัง**. *วารสารพยาบาลศาสตร์* 13(4): 76-87.

- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2550. รายงานสถิติจังหวัด พ.ศ.2551. นราธิวาส: สำนักงานสถิติจังหวัด นราธิวาส.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2551. **สรุปผลการสำรวจภาวะการทำงานของประชากรจังหวัดนราธิวาส ไตรมาสที่ 2 (เมษายน-มิถุนายน) 2551.** นราธิวาส: สำนักงานสถิติจังหวัดนราธิวาส.
- สุขภาพจิต, กรม. 2548. **แนวปฏิบัติการดูแลด้านสุขภาพจิตผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ชายแดนใต้สำหรับหน่วยงานสาธารณสุข.** กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์พับลิชชิง.
- สุขภาพจิต, กรม. 2550. **ผลกระทบทางสุขภาพจิตจากภัยพิบัติและบาดแผลทางจิตใจที่มีต่อบุคคลครอบครัวและชุมชน:องค์ความรู้และการช่วยเหลือ.** นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สุขภาพจิต, กรม. 2549. **คู่มือสำหรับประชาชนทั่วไปในการดูแลจิตใจตนเองในสถานการณ์ชายแดนใต้.** กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์พับลิชชิง.
- สุจินดา ยิ่งรักศรีศักดิ์. 2547. **การพัฒนาสมรรถนะการพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยสูญเสียอวัยวะแขนขาที่มีภาวะวิกฤติทางอารมณ์: กรณีศึกษาโรงพยาบาลร้อยเอ็ด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาวิทยาลัย สาขาวิชาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุชาดา แต่บรรพกุล. 2549. **ภาวะเครียดหลังการบาดเจ็บทางจิตใจของคนวัยทำงานที่รอดชีวิตจากเหตุการณ์ธรณีพิบัติภัย จังหวัดกระบี่.** สารนิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สุดศิริ หิรัญชอุณหะ. 2541. **การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุภัทร ฮาสุวรรณ. 2547. **สถานการณ์ไฟใต้กับผลกระทบต่อระบบสุขภาพ 3 จังหวัดชายแดนใต้. วารสารโรงพยาบาลชุมชน 15 : 25-32.**
- สุภาณี อ่อนชื่นจิตร และฤทัยพร ตริตรอง. 2544. **การบริการสุขภาพที่บ้าน.** สงขลา : ชานเมืองการพิมพ์.
- สุรพันธ์ ปราบกรี, นิติย์ ทองเพชรศรี และสุริ ชาติระวีรัตน์. 2548. **ภาวะเครียดและความต้องการส่งเสริมสุขภาพจิตของประชาชนใน 4 จังหวัดชายแดนใต้ต่อสถานการณ์ความไม่สงบ. (ม.ป.ท.)**
- สุรรัตน์ ช่างสวัสดิ์ศักดิ์. 2541. **ความต้องการของญาติในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สุวัฒน์ วิริยพงศ์สุกิจ. 2549. รายงานสถานการณ์เหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้: เอกสารประกอบการประชุมคณะทำงานแผนงานระบบสุขภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรม 30 พฤศจิกายน 2549. สงขลา: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. (อัดสำเนา)
- อมร รอดคล้าย, สุภัทรา ฮาสสุวรรณกิจและสุวัฒน์ วิริยพงศ์สุกิจ. 2548. การจัดการระบบบริการสุขภาพ ในภาวะวิกฤติ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้. สงขลา: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อิมจิต เลิศพงษ์สมบัติ และ คณะ. 2550. รายงานวิจัย เทคโนโลยีสารสนเทศและนิเทศศาสตร์เพื่อ สันติสุขของชาติ. ปัตตานี: คณะวิทยาการจัดการสื่อสาร มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. (อัดสำเนา)

ภาษาอังกฤษ

- Adwin, C. M. and Revenson, T. A. 1987. Does coping help? a reexamination of the relationship between coping and mental health. *Journal of Personality and Social Psychology* 53: 337-348.
- Archbold, P. G., Steward, B., Greenlick, M., & Harvath, T. 1990. Mutuality and preparedness as predictors of caregiver role and strain. *Research in Nursing and Health*. 13: 375-384.
- Bader, J. E. 1985. Respite care: Temporary relief of caregivers. *Women Health*. 10, 35-42.
- Bakas, T. , Austin, J. K. , Okonkwo, K. F. , Lewis, R. R. , and Chadwick, L. 2002. Needs, concerns, strategies, and advice of stroke caregivers the first 6 months after discharge. *Journal of Neuroscience Nursing* 34: 242-25.
- Bramsen et al. 2002. Secondary Traumatization in Dutch Couples of World War 2 Survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 70(1): 241-245.
- Bramsen et al. 1999. Fifty years later: the long-term psychological adjustment of ageing World War 2 survivors. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 100: 350-358.
- Carey, P. J. , Oberst, M. T. , Mc cubbin, M. A. , and Hughes, S. H. 1991. Appraisal and Caregiving Company. *Nursing Forum* 18(8): 1341-1348.

- Collins, C., Stommel, M., Wang, S., and Given, C.W. 1994. Care giving transitions :Changes in depression among family caregiver of relatives with dementia. **Nursing Research** 43 : 220-225.
- Carruth, A. K. 1996. Motivating factors, exchange patterns, and reciprocity among caregivers of parents with and without dementia. **Research in Nursing and Health**, 19: 37-48.
- Chenier, M. C. 1997. Review and analysis of caregiver burden and nursing home placement. **Geriatric Nursing**, 18(3): 121-126.
- Enterlante, T. M., & Kern, J. M. 1995. Wives reported role changes following a husband has stroke: A pilot study. **Rehabilitation Nursing**, 20(3): 201-213
- Glenn et al. 2002. Violence and hostility among families of Vieynam vrterans with combat-related posttraumatic stress disorder. **Violence Victim** 17: 473-489.
- Grant, J. S. 1996. Home care problem experienced by stroke survivors and their family caregiver. **Home Health Care Nurse** 14(2): 893-902.
- Hileman, J. W. , Lackey, N. R., & Hassanein, R. S. 1992. Identifying the needs of home caregiver. **Cancer Nursing** 12(4): 209-215.
- Horowitz, M. J. 2003. **Treatment of stress response syndromes**. Washington D.C: American Phychiatric Publishing.
- Isovaara et al. 2006. Family suffering related to war experiences: an interpretative synopsis review of the literature form a caring science perspective. **Scandinavian Journal of Caring Sciences** 20: 241-250
- Jorden et al. 1992. Problems in families of male Vieynam vrterans with combat-related posttraumatic stress disorder. **Journal Consult Clinical Psychology** 60: 916-926.
- Jorden, B. K. , Marmar, C. , Fari, J. A. , Schlenger, W. H. , and Weiss, D. S. 1992. Problem in families of male Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. **Journal Consult Clinical Psychology** 60: 916-26
- Krach, P. and Brooks, J.A. 1995. Identifying the Responsibilities & Needs of Working Adults Who are Primary caregivers. **Journal of Gerontological Nursing** 21(October) : 41-50.
- Lazarus, R.S. and Folkman, S. 1984. **Stress appraisal and coping**. New York: Springer Publishing.

- Leske, J. S. 2002. Intervention to decrease family anxiety protocols for practice. **Critical Care Nurse**. 22 (6) : 61-65.
- Maxwell, J.A. 2005. **Qualitative Research Design: An Interactive Approach**. Thousand Oaks: Sage Publication.
- May, B.J. 1993. **Home health and rehabilitation concepts of care**. Philadelphia: F.A.Davis.
- Norris, H. et al. 2002. 60,000 Disaster Victims Speak: Part I. An Empirical Review of the Empirical Literature, 1981–2001. **Journal of the American Medical Association** 288: 633-638.
- Oberst et al. 1989. Caregiving demands and appraisal of stress among family burden in family member caring for Patients receiving chemotherapy. **Oncology caregiver of patients with cancer. Oncology Nursing Forum** 19: 771-777.
- Orem, D. E. 2001. **Nursing: Concepts of practice** . 6th ed. St Louis: Mosby.
- Rawlins, S.R. 1991. Using the connecting process to meet family caregiver needs. **Journal of Professional Nursing** 7: 213-22
- Schumacher, K. L. and Meleis, A. I. 1994. Transition : A Central concept in nursing Image. **Journal of Nursing Scholarship** 26(2): 119-127.
- Selye, H. 1976. **The stress of life**. New York: McGraw-Hill.
- Shalev, A. Y. and Freedman, S. 2005. PTSD Following terrorist attacks: a prospective evaluation. **American Journal of Psychiatry** 162: 1189-91.
- Shyu, Y. L., Archbold, P. G., & Imle, M. 1998. Finding a balanced point: A process central to understand family caregiving in Taiwanese families. **Research in Nursing and Health**. 21: 261-270.
- Streuberte, H.J. and Carpenter, D.R. 2003. **Qualitative Research in Nursing: Advance the Humanistic Imperative**. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Subgranon, R. 1999. **Caregiving process of Thai caregivers to elderly stroke relatives: A grounded theory approach**. A dissertation: Doctor of philosophy, College of Nursing. The University of Utah.
- Walker, N. 1995. Providing for the needs of a dependent patient at home. **Nursing Times** 91: 22-28.

- Watts, J. 2000. Japan hibakusha battle the effects of US nuclear bombs. **Journal Nursing** 16: 1009-1022.
- Wood, F. G. 1991. The meaning of caregiving. **Rehabilitation Nursing**. 16(4): 195-198.
- Wright, J. C. ,Binney, V., and Kunkler, J. 1994. Psychological distress in the local Hillsborough or Host community following the Hillsborough football stadium disaster. **Journal of Community & Applied Social Psychology** 4: 77-89.
- Yee, J. L. and Schulz, R. 2000. Gender Differences in Psychaiatric Morbidity Among Family Caregivers. **The Gerontologist** 40: 147-164.

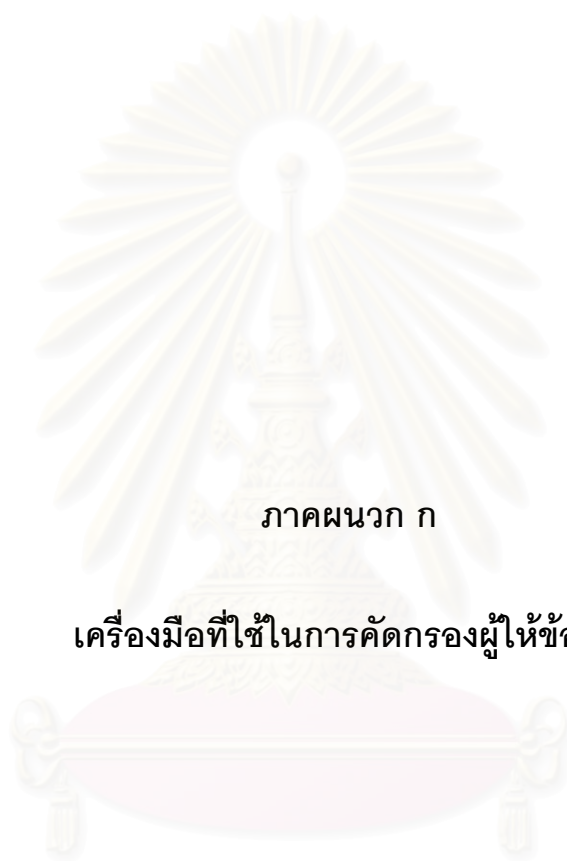


สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองผู้ให้ข้อมูล

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ผู้วิจัยใช้ ดัชนีบาร์เธลเอดีแอด (Barthel ADL Index) ในการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่ผู้ดูแลต้องให้การดูแล (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542) ประกอบด้วย 10 ข้อ คือ การรับประทานอาหาร การแต่งหน้าแต่งตัว การเคลื่อนที่จากเตียงไปเก้าอี้ การใช้ห้องน้ำ การเคลื่อนที่ภายในบ้าน การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้นลงบันได 1 ชั้น การอาบน้ำ การกลั่นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาและการกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

โดยมีการแบ่งระดับการพึ่งพา ได้แบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ

ระดับการพึ่งพาเล็กน้อย หมายถึง ผู้ที่มีความต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันน้อย โดยส่วนใหญ่จะสามารถปฏิบัติได้เอง

ระดับการพึ่งพานกลาง หมายถึง ผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันปานกลาง

ระดับการพึ่งพามาก หมายถึง ผู้ที่มีความต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันค่อนข้างมาก

ระดับการพึ่งพาทั้งหมด หมายถึง ผู้ที่มีความต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทั้งหมด

เกณฑ์การประเมิน

0-4	หมายถึง	ต้องการพึ่งพาทั้งหมด
5-8	หมายถึง	ต้องการพึ่งพาค่อนข้างมาก
9-11	หมายถึง	ต้องการพึ่งพานกลาง
12-19	หมายถึง	ต้องการพึ่งพาน้อย
20	หมายถึง	ไม่พึ่งพา

1. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้เรียบร้อยต่อหน้า)

0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
1. ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือตัดให้เป็นชิ้นเล็กๆไว้ล่วงหน้า
2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ

2. Grooming (ล้างหน้า, หวีผม, แปรงฟัน, โกนหนวด ในระยะ 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา)

0. ต้องการความช่วยเหลือ
1. ทำได้เอง(รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)

3. Transfer (ลูกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)

0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนช่วยกันยกขึ้น
1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คนหรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุง หรือดันขึ้นมาถึงจะนั่งได้
2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย
3. ทำได้เอง

4. Toilet (การใช้ห้องน้ำ)

0. ช่วยตนเองไม่ได้
1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตนเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง
2. ช่วยตนเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมได้เอง ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)

5. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน)

0. เคลื่อนที่ไปไหนมาไหนไม่ได้
1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้
2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย
3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง

6. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)

0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองไม่ได้หรือน้อย
1. ช่วยตัวเองได้รวมร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย
2. ช่วยตนเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใส่เสื้อผ้าที่ตัดแปลงให้เหมาะสมได้)

7. Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น)

0. ไม่สามารถทำได้
1. ต้องการคนช่วย
2. ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องการใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น Walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)

8. Bathing (การอาบน้ำ)

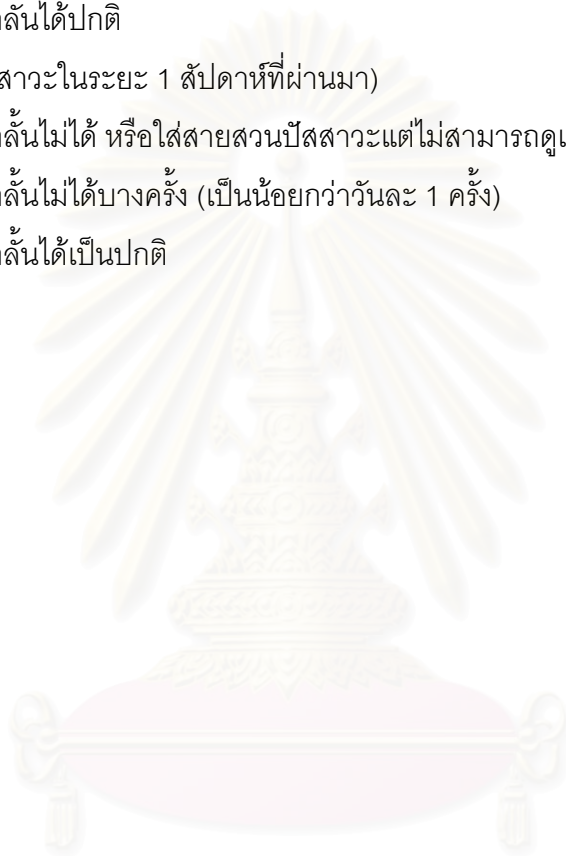
0. ต้องมีคนช่วย หรือทำได้
1. อาบน้ำได้เอง

9. Bowels(การกลั้นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

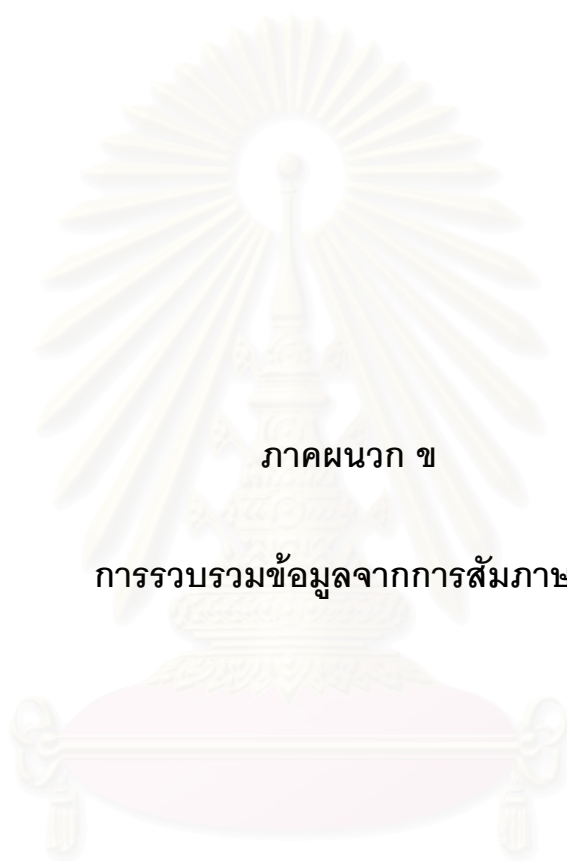
0. กลั้นไม่ได้ หรือต้องการสวนอุจจาระอยู่เสมอ
1. กลั้นไม่ได้เป็นบางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้ง ต่อสัปดาห์)
2. กลั้นได้ปกติ

10. Bladder (การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

0. กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้
1. กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)
2. กลั้นได้เป็นปกติ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

การรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลทั่วไปผู้ให้ข้อมูลและผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ

เลขที่ผู้ให้ข้อมูล	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
อายุ (ปี)	45	49	38	40	28	39	50	26	35	45	30	34
สมาชิกในครอบครัว	3	4	4	4	3	5	4	4	5	6	3	4
สถานภาพสมรส	หย่า	หย่า	คู่	คู่	คู่	คู่	คู่	คู่	คู่	คู่	คู่	โสด
ศาสนา	อิสลาม	อิสลาม	พุทธ	พุทธ	อิสลาม	พุทธ	อิสลาม	อิสลาม	พุทธ	พุทธ	อิสลาม	อิสลาม
ภูมิลำเนา(จังหวัด)	นราธิวาส	นราธิวาส	นราธิวาส	นราธิวาส	นราธิวาส	นราธิวาส	นราธิวาส	นราธิวาส	ปัตตานี	ปัตตานี	ปัตตานี	ยะลา
ความเกี่ยวข้องกับผู้ที่ ได้รับบาดเจ็บ	มารดา	มารดา	ภรรยา	ภรรยา	ภรรยา	ภรรยา	ภรรยา	ภรรยา	ภรรยา	ภรรยา	ภรรยา	พี่สาว
การศึกษา	ป.6	ไม่ได้รับ การศึกษา	ม.6	ม.6	ม.6	ม.3	ไม่ได้รับ การศึกษา	ม.3	ป.6	ไม่ได้รับ การศึกษา	ม.6	ม.6
อาชีพเดิม	รับจ้าง	ค้าขาย	แม่บ้าน	รับจ้าง	ค้าขาย	แม่บ้าน	แม่บ้าน	แม่บ้าน	รับจ้าง	ค้าขาย	แม่บ้าน	กรีดยาง
อาชีพปัจจุบัน	เย็บวยา	ค้าขาย	เย็บวยา	รับจ้าง	ค้าขาย	เลี้ยงสัตว์	กรีดยาง	เย็บวยา	เย็บวยา	ค้าขาย	ค้าขาย	กรีดยาง

ข้อมูลทั่วไปผู้ให้ข้อมูลและผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ

เลขที่ผู้ให้ข้อมูล	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
รายได้ครอบครัวเดิม (ต่อเดือน)	19,000	14,000	20,000	8,000	16,000	9,000	15,000	7,500	17,000	12,000	9,000	15,000
รายได้ครอบครัว ปัจจุบัน (ต่อเดือน)	6,000	7,000	15,000	5,000	8,000	5,000	10,000	4,500	5,500	8,000	4,000	6,000
สุขภาพทั่วไปของผู้ดูแล	ปวดเวียน ศีรษะ	ความดัน โลหิตสูง	ปกติ	ปกติ	ปวดเวียน ศีรษะ	ความดัน โลหิตสูง	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ	ปกติ
ระยะเวลาในการดูแล	2ปี	4 เดือน	3ปี	2ปี	4 ปี	3ปี	3ปี	1ปีครึ่ง	3 ปี	4ปี	3ปี	2ปี
ลักษณะการบาดเจ็บ	ถูกยิง อัมพาต ท้องล่าง	ถูกยิง อัมพาต ท้องล่าง	ถูกยิง อัมพาต ท้องล่าง	ถูกยิง อัมพาต ท้องล่าง	ถูกยิง อัมพาต ท้องล่าง	ถูกยิง อัมพาต ท้องล่าง	ถูกยิง อัมพาต ท้องล่าง	ระเบิด อัมพาต ท่อนล่าง	ถูกยิง อัมพาต ท้องล่าง	ระเบิด อัมพาต ท่อนล่าง	ถูกยิง อัมพาต ท้องล่าง	ถูกยิง อัมพาต ท้องล่าง
ระดับการพึ่งพา	6	4	11	6	3	9	4	8	4	10	8	9



ภาคผนวก ค

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แนวคำถามการสัมภาษณ์
ประสบการณ์ของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์
ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ของไทย

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยกล่าวชื่นชมผู้ให้ข้อมูลที่สละเวลามาสนทนาด้วย และแนะนำตนเองว่าเป็นนิสิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งกำลังสนใจที่จะศึกษาประสบการณ์ของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ จุดประสงค์ คือ ต้องการทราบว่า การดำเนินชีวิต ความเครียด การปรับตัว การเผชิญปัญหาและความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณ รวมถึงเปลี่ยนแปลงบทบาทในการเป็นผู้นำครอบครัว ผู้ดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวเป็นอย่างไร ถ้าท่านไม่สนใจ หรือคิดว่าไม่ต้องการที่จะสนทนาด้วยหัวข้อเรื่องเช่นนี้ กรุณาบอกด้วยเพื่อจะได้ไม่รบกวน ถ้าท่านตกลงจะคุยด้วย แต่ระหว่างที่ถาม มีคำถามที่ท่านไม่ต้องการตอบหรือไม่สะดวกใจที่จะตอบ ท่านไม่จำเป็นต้องตอบ รวมถึงท่านอาจขอยุติการสัมภาษณ์เมื่อใดก็ได้ แม้ว่าอาจจะยังไม่หมดข้อคำถาม ขอเรียนว่าเรื่องราวต่างๆ ที่ท่านเล่า จะไม่มีการนำไปอ้างว่าได้มาจากท่าน และการสัมภาษณ์ครั้งนี้จะไม่มีการจดชื่อหรือข้อมูลส่วนตัวของท่านแต่อย่างใด

ขั้นเริ่มสนทนา

1. ปัจจุบันท่านมีอายุเท่าไร
2. สมาชิกในครอบครัวมีกี่คน
3. สถานภาพสมรสเป็นอย่างไร (โสด คู่ หย่า หรือแยก)
4. ท่านจบการศึกษาระดับใด
5. ปัจจุบันประกอบอาชีพอะไร รายได้ครอบครัวต่อเดือน
6. ท่านกับผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกันอย่างไร (เป็นบิดา มารดา บุตร สามี พี่ หรือน้อง)
7. ปัจจุบันสุขภาพโดยทั่วไปของท่านเป็นอย่างไร มีการเปลี่ยนแปลงจากก่อนมารับบทบาทผู้ดูแลหรือไม่ หากมีปัญหาสุขภาพท่านดูแลตนเองควบคู่กับการดูแลผู้ป่วยอย่างไร
8. ท่านดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ป่วยมานานแค่ไหน
 - กรุณาเล่าให้ฟังเกี่ยวกับอาการ การเจ็บป่วย สามารถช่วยเหลือตนเองของบุคคลที่ท่านดูแล
 - ท่านนำผู้ป่วยไปหาหมอที่โรงพยาบาลบ่อยครั้งไหม ครั้งล่าสุดไปทำอะไรบ้าง

ขั้นเข้าสู่ประเด็นที่ต้องศึกษา

การให้ความหมาย

1. ท่านรู้สึกอย่างไรกับการเป็นผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้
2. เพราะเหตุใดจึงตัดสินใจเป็นผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้
3. ท่านคิดว่ามีคนอื่นในครอบครัวที่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดีกว่าท่านหรือไม่

การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่บาดเจ็บ

4. ท่านให้การดูแลสมาชิกในครอบครัวซึ่งได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ได้อย่างไร
5. ช่วยเล่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงการดูแลผู้ป่วยที่บ้านว่ามีเหตุการณ์อะไรเกิดขึ้นบ้าง
6. ท่านดูแลผู้ป่วยอย่างไรบ้าง ช่วยเล่าประสบการณ์การดูแลที่กระทำในแต่ละวันว่าเป็นอย่างไรและเหตุใดคุณจึงจัดการดูแลผู้ป่วยของคุณเช่นนั้น
7. ท่านคิดว่าผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของท่านในขณะนี้ต้องได้รับการดูแลในเรื่องใดบ้าง และคุณได้ทำอย่างไรช่วยอธิบายรายละเอียดด้วย
8. ท่านทราบหรือไม่ว่าถ้าต้องการให้ผู้ป่วยฟื้นคืนสภาพเดิมจะต้องทำอย่างไรและคุณได้ทำสิ่งใดบ้างช่วยอธิบาย
9. ภายหลังจากการบาดเจ็บของสมาชิกในครอบครัวจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีการเปลี่ยนแปลงอะไรบ้าง สำหรับตัวผู้ป่วย (อารมณ์ ความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรม)
10. ท่านคิดว่าผู้ป่วยต้องการอะไรมากที่สุดจากการดูแลของท่าน

ความเครียดและการเผชิญความเครียด

11. การดูแลเป็นภาระงานที่หนักหรือไม่ และท่านมีการจัดการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยอย่างไร
12. ท่านมีการจัดการกับตนเองอย่างไรในการที่ต้องมารับบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วย
13. สิ่งที่มีผลต่อการดูแลของผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้มีอะไรบ้าง
14. สิ่งใดที่เปลี่ยนแปลงไป (ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรม) ของผู้ป่วยที่ทำให้ท่านรู้สึกหนักใจมากที่สุด
15. ท่านคิดว่าสิ่งใดที่เข้ามาบรรเทาการดูแลผู้ป่วยและทำให้รู้สึกลำบาก ยุ่งยากใจ และคุณทำอย่างไรกับสิ่งนั้น
16. ท่านรับมือกับการเปลี่ยนแปลงภายหลังจากการเป็นผู้ดูแลอย่างไร

17. อะไรเป็นอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย ท่านจัดการกับอุปสรรคที่เกิดขึ้นอย่างไร และมีสิ่งใดที่เข้ามาช่วยให้คุณดูแลผู้ป่วยได้อย่างสบาย

18. จากสถานการณ์ความไม่สงบในปัจจุบันที่ไม่ทราบว่าสิ้นสุดเมื่อไร และจะเกิดขึ้นที่ไหนในขณะนี้ ส่งผลกระทบต่อท่านหรือการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่บาดเจ็บจากสถานการณ์บ้างหรือไม่อย่างไร และท่านจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างไร

19. ท่านเคยรู้สึกวิตกกังวลกับรายได้ของครอบครัว ภายหลังจากมีบทบาทหัวหน้าครอบครัว บ้างหรือไม่ และท่านจัดการอย่างไรกับสิ่งที่เกิดขึ้น

20. ท่านเคยรู้สึกท้อแท้ ไม่อยากดูแลผู้ป่วยบ้างหรือไม่ แล้วท่านจัดการกับความรู้รึ้นอย่างไร

21. การรับบทบาทผู้ดูแลทำให้ชีวิตท่านเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรบ้าง

22. ท่านมีการเตรียมตัวอย่างไรบ้าง เมื่อต้องรับบทบาทผู้ดูแลและหัวหน้าครอบครัว

23. สิ่งใดที่ทำให้ท่านปรับตัวได้ง่ายในการรับบทบาทผู้ดูแลและหัวหน้าครอบครัว

24. สิ่งใดที่ทำให้ท่านปรับตัวยาก หรือไม่สะดวกในการรับบทบาทผู้ดูแลและหัวหน้าครอบครัว

ความต้องการของผู้ดูแล

25. ท่านคิดว่ามีสิ่งใดที่เอื้อประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยบ้าง อะไรเป็นสิ่งที่ช่วยให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดีและคุณทำอย่างไรกับสิ่งที่เกิดขึ้นนั้น

26. สิ่งใดที่ท่านคาดหวังจากการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่บาดเจ็บจากสถานการณ์

27. ท่านได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่บาดเจ็บจากสถานการณ์อย่างไรบ้าง

28. ท่านต้องการให้รัฐ หรือทีมสุขภาพช่วยเหลือท่านในเรื่องใดบ้าง

29. สิ่งใดที่ทำให้ท่านมีความสุขในการดูแลผู้ป่วยในปัจจุบันนี้

ขั้นปิดการสนทนา

ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ข้อให้ข้อมูลซักถามหรือกล่าวตอบในสิ่งที่ต้องการพูดเพิ่มเติม โดยมีแนวคำถามดังนี้

1. เรื่องราวที่คุยกันในครั้งนี้ มีอะไรอีกบ้างที่ท่านอยากจะเล่าหรืออยากจะเพิ่มเติมในประเด็นต่างๆ

2. ท่านมีข้อสงสัย หรือประเด็นใดที่ต้องการจะซักถามผู้วิจัยหรือไม่ กรุณาพูดตามความรู้สึที่ท่าน

ภายหลังจากการสัมภาษณ์ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ให้ข้อมูล พร้อมทั้งสรุปประเด็นที่สนทนาในครั้งนี้



ภาคผนวก ง

ใบรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน
ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
และใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 โทร.0-2218-8147

ที่ จว 150 /52

วันที่ 25 มีนาคม 2552

เรื่อง แจ้งผลผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

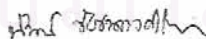
เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. ใบรับรองผลการพิจารณา
 2. ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
 3. ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ตามที่ นางสาวอาภาภรณ์ ดำรงสุสกุล นิสิตระดับมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้เสนอแก้ไขครั้งที่ 2 โครงการวิจัยที่ 010.2/52 เรื่อง ประสบการณ์ของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในเขตสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ของไทย (WOMEN' S EXPERIENCES OF CARING FOR TRAUMATIZED FAMILY MEMBERS FROM VIOLENT INSURGENCY IN THREE SOUTHERN BORDER PROVINCES AREA, THAILAND) เพื่อให้กรรมการผู้ทบทวนหลัก พิจารณาจริยธรรมการวิจัยความละเอียดแจ้งแล้วนั้น

การนี้ กรรมการผู้ทบทวนหลัก ได้เห็นสมควรให้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยได้
รับรองวันที่ 12 มีนาคม 2552

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันท์ ชัยชนะวงศาโรจน์)

กรรมการและเลขานุการ

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน
กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ประสพการณ์ของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในเขตสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ของไทย

ชื่อผู้วิจัย นางสาวอภาภรณ์ ดำรงสุสกุล นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

(ที่บ้าน) 59/9 ถนนโรงอ่าง ตำบลชะบารัง อำเภอ เมือง จังหวัดปัตตานี 94000

โทรศัพท์ที่ทำงาน 0-7351-1456 โทรศัพท์ที่บ้าน 0-7333-2559

โทรศัพท์มือถือ 08-6694-3850 E-mail: rr_p2007@hotmail.com

1. โครงการนี้เป็นการศึกษา ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในเขตสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ของไทย

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย คือ เพื่อศึกษาความหมาย การดำเนินชีวิต และกระบวนการชีวิตของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในเขตสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ของไทย

3. ประโยชน์ของการวิจัย คือ เป็นข้อมูลสำคัญในการพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในเขตสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ เพื่อการดูแลสุขภาพของทั้งผู้หญิงที่เป็นผู้ดูแล ผู้ได้รับบาดเจ็บตลอดจนสมาชิกในครอบครัวให้มีสุขภาพที่ดี และเป็นความรู้พื้นฐานสำหรับพยาบาล และบุคลากรสุขภาพ ในการวิจัยและปฏิบัติการพยาบาล การดูแล และเยียวยา ผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้

4. รายละเอียดของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ข้อมูลที่เกี่ยวกับการให้คำยินยอมในการวิจัย ประกอบด้วย คำอธิบายดังต่อไปนี้

4.1 กลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยนี้ คือ ผู้หญิงที่มีอายุระหว่าง 18-59 ปี ระหว่างการทำหน้าที่แทนหัวหน้าครอบครัวและเป็นผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ เป็นเวลาอย่างน้อย 3 เดือน

4.2 มีจำนวนผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยในการวิจัยทั้งหมด 8-12 คนหรือจนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว

4.3 การได้มาของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ค้นหาผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จากทะเบียนประวัติของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บและครอบครัว ของศูนย์ประสานงานวิชาการ และช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้

(ศวชต.) และผู้วิจัยสอบถามความสมัครใจและขอความร่วมมือจากผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในเขตสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ในการเป็นผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

4.4 ผู้วิจัยประเมินระดับความความพิการที่ต้องการการพึ่งพาของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ จากผู้ดูแล โดยใช้เวลาในการประเมินประมาณ 10-15 นาที หากผู้ที่ได้รับบาดเจ็บมีระดับความพิการที่ต้องการการพึ่งพาตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากผู้ดูแลในการเป็นผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย แต่หากการประเมินไม่ถึงเกณฑ์ที่กำหนดผู้วิจัยจะส่งผู้ได้รับผลกระทบให้เข้าการดูแลของศวชต.ตามปกติ

5. กระบวนการการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

5.1 ในงานวิจัยครั้งนี้ทำการคัดเลือกผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยแบบเฉพาะเจาะจง โดยเชิญผู้ดูแลเป็นผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ดังนี้

- เกณฑ์การคัดเลือกผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเข้าร่วมการวิจัย คือ 1) เป็นผู้หญิง อายุระหว่าง 18-20 ปี ที่ทำหน้าที่แทนหัวหน้าครอบครัวและเป็นผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัวได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในเขตสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ เป็นเวลาอย่างน้อย 3 เดือน 2) มีสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับการบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในเขตสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่ยังมีความเจ็บป่วย หรือความพิการที่ต้องการการพึ่งพา ตั้งแต่ระดับปานกลางจนถึงทั้งหมด 3) มีที่พักอาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดปัตตานี ยะลาหรือนราธิวาส 4) สามารถสื่อสาร เข้าใจภาษาไทย มีสติสัมปชัญญะดี และ 5) มีความสมัครใจและยินดีเป็นผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และถ้าผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยไม่สบายใจ ระหว่างการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะหยุดสัมภาษณ์ในทันที

- การคัดเลือกผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยออก ในกรณีที่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ไม่พร้อมให้สัมภาษณ์ ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีสิทธิยุติการสัมภาษณ์ทันที และในกรณีที่พบว่าผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีความเครียด โดยผู้วิจัยจะมีการประเมินภาวะสุขภาพจิตกลุ่มเสี่ยงซ้ำโดยการประเมินและคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต

5.2 การวิจัยครั้งนี้มีผู้ช่วยวิจัย 1 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ สามารถสื่อสารภาษามลายูท้องถิ่น และเข้าใจในบริบทวัฒนธรรม ประเพณีของสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ มีหน้าที่ดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บแทนผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยระหว่างการสัมภาษณ์

5.3 วิธีการวิจัย ผู้วิจัยจะเป็นผู้สัมภาษณ์ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย โดยจะทำการสัมภาษณ์เชิงลึกรายละ 1-3 ครั้ง ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ครั้งละประมาณ 45-60 นาที ในการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยแต่ละครั้ง ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีสิทธิเลือกเวลา และสถานที่ ผู้วิจัยใช้วิธี

สัมภาษณ์เชิงลึกร่วมกับการบันทึกเทป ซึ่งผู้วิจัยตระหนักถึงความเสี่ยงทางร่างกาย ความไม่ปลอดภัยของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย หากการเข้าร่วมการวิจัยอาจส่งผลให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย ทรัพย์สิน หรือครอบครัว ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีสิทธิยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกขณะ และในระหว่างการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะหยุดสัมภาษณ์ทันที และผู้วิจัยจะให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับความเครียด และวิธีการผ่อนคลายความเครียด เป็นต้น และส่งต่อผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยไปยังหน่วยงานที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพจิตโดยตรง ซึ่งได้แก่ ศูนย์สุขภาพจิตที่ 15 และทีมเยียวยาสุขภาพจิตของศสชต. เพื่อให้การช่วยเหลือและดูแลต่อไป

5.4 ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย จะไม่ถูกระบุชื่อ-นามสกุล และที่อยู่ลงในรายงานการวิจัย ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวมและจะไม่ทำความเสียหายต่อผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย การวิจัยและบุคคลที่เกี่ยวข้อง เทปที่ได้จากการสัมภาษณ์จะถูกเก็บไว้เป็นความลับและลบทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

6. การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นโดยสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ

7. ไม่มีค่าใช้จ่ายตอบแทนให้แก่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยที่เข้าร่วมในโครงการวิจัย

8. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว เพื่อให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทบทวนว่ายังสมัครใจจะอยู่ในงานวิจัยต่อไปหรือไม่

9. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th”

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ประสพการณ์ของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวซึ่งได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในเขตสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ของไทย

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้าซึ่งได้ลงนามที่ด้านล่างของหนังสือเล่มนี้ ได้รับคำอธิบายอย่างชัดเจนจนเป็นที่พอใจจากผู้วิจัย ชื่อ นางสาวอาภาภรณ์ ดำรงสุสกุล ที่อยู่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ ถนน ระแงะมรรคา ตำบลบางนาค อำเภอเมือง จังหวัดนราธิวาส 96000 โทรศัพท์ที่ทำงาน 0-7351-1456 โทรศัพท์มือถือ 08-6694-3850 ถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้แล้ว

ข้าพเจ้าเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ด้วยความ **สมัครใจ** โดยผู้ทำวิจัยใช้วิธีสัมภาษณ์เชิงลึก ร่วมกับการบันทึกเทป โดยจะทำการสัมภาษณ์ 1-3 ครั้ง ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ครั้งละประมาณ 45-60 นาที โดยในการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีสิทธิเลือกวัน เวลา และสถานที่ และข้าพเจ้า **มีสิทธิ** จะถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อไรก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ แก่ข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ได้ระบุไว้ และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าจะ **เก็บรักษาเป็นความลับ** โดยผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย จะไม่ถูกระบุชื่อ-นามสกุล และที่อยู่ลงในรายงานการวิจัย หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวมและจะไม่ทำความเสียหายต่อผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย การวิจัยและบุคคลที่เกี่ยวข้อง เทปที่ได้จากการสัมภาษณ์จะถูกเก็บไว้เป็นความลับและลบทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยแล้ว

.....
สถานที่/วันที่	ลงนามผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
.....
สถานที่/วันที่	(นางสาวอาภาภรณ์ ดำรงสุสกุล)
.....	ลงนามผู้วิจัยหลัก
.....
สถานที่ / วันที่	(.....)

พยาน



ภาคผนวก จ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์

การศึกษานี้ ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้หญิงที่ทำหน้าที่ผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในเขตสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ จำนวน 12 คน โดยทำการสัมภาษณ์ทั้งหมด 20 ครั้ง ดังแสดงในตาราง

รายชื่อ	ครั้งที่	วันที่	เวลา	ระยะเวลา	สถานที่
1	1	14 มี.ค.52	11.00-11.40 น.	40 นาที	บ้านผู้ให้ข้อมูล
	2	16 มี.ค.52	15.00-15.45 น.	45 นาที	บ้านผู้ให้ข้อมูล
2	1	14 มี.ค.52	13.30-14.40 น.	1 ชม.	บ้านผู้ให้ข้อมูล
	2	16 มี.ค.52	13.30-14.05 น.	35 นาที	บ้านผู้ให้ข้อมูล
3	1	14 มี.ค.52	16.30-17.30 น.	1 ชม.	บ้านผู้ให้ข้อมูล
4	1	15 มี.ค.52	14.30-15.10 น.	40 นาที	บ้านผู้ให้ข้อมูล
	2	17 มี.ค.52	16.00-16.45 น.	45 นาที	บ้านผู้ให้ข้อมูล
5	1	15 มี.ค.52	16.30-17.25 น.	55 นาที	บ้านผู้ให้ข้อมูล
	2	17 มี.ค.52	10.30-11.00 น.	30 นาที	บ้านผู้ให้ข้อมูล
6	1	18 มี.ค.52	10.00-11.00 น.	1 ชม.	บ้านผู้ให้ข้อมูล
	2	20 มี.ค.52	09.30-10.45 น.	45 นาที	บ้านผู้ให้ข้อมูล
7	1	18 มี.ค.52	13.30-14.10 น.	40 นาที	บ้านผู้ให้ข้อมูล
	2	22 มี.ค.52	13.30-14.20 น.	50 นาที	บ้านผู้ให้ข้อมูล
8	1	19 มี.ค.52	14.00-14.40 น.	40 นาที	บ้านผู้ให้ข้อมูล
	2	22 มี.ค.52	16.00-16.45 น.	45 นาที	บ้านผู้ให้ข้อมูล
9	1	20 มี.ค.52	16.00-16.45 น.	45 นาที	บ้านผู้ให้ข้อมูล
	2	22 มี.ค.52	10.00-10.40 น.	40 นาที	บ้านผู้ให้ข้อมูล
10	1	23 มี.ค.52	10.30-11.20 น.	50 นาที	บ้านผู้ให้ข้อมูล
11	1	23 มี.ค.52	15.00-15.45 น.	45 นาที	บ้านผู้ให้ข้อมูล
12	1	25 มี.ค.52	10.00-11.10 น.	1 ชม. 10 นาที	บ้านผู้ให้ข้อมูล

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวอภาภรณ์ ดำรงสุสกุล เกิดวันที่ 6 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2526 ที่จังหวัดปัตตานี สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นราธิวาส เมื่อปีการศึกษา 2548 เข้าศึกษาต่อระดับบัณฑิตศึกษา ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่) ที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2550 ปัจจุบันปฏิบัติงานตำแหน่งอาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย