

ประสบการณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชด้านจิตวิญญาณ

นางสาว ปิยะฉัตร สะอาดเอี่ยม

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2544

ISBN 974-17-0421-6

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

FAMILY CAREGIVERS' EXPERIENCE REGARDING SPIRITUAL CARE
OF PERSONS WITH PSYCHIATRIC PROBLEMS

Miss Piyachut Sa-ard-iem

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science in Mental Health and Psychiatric Nursing

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2001

ISBN 974-17-0421-6

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ประสบการณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชด้านจิตวิญญาณ
โดย	นางสาวปิยะฉัตร สะอาดเอี่ยม
สาขาวิชา	การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จอนณะจง เพ็งจาด

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัย
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จอนณะจง เพ็งจาด)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อำภาพร พัววิไล)

สถาบันนวัตกรรมการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปิยะฉัตร สะอาดเยี่ยม: ประสบการณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวช
ด้านจิตวิญญาณ (FAMILY CAREGIVERS' EXPERIENCE REGARDING SPIRITUAL CARE OF
PERSONS WITH PSYCHIATRIC PROBLEMS) อ. ที่ปรึกษา: รศ. ดร. อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, อ. ที่
ปรึกษาร่วม: ผศ. ดร. จอนฉะจง เพ็งจาด, 130 หน้า. ISBN 974-17-0421-6

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลบุคคลที่มีปัญหา
ทางจิตเวชด้านจิตวิญญาณในชุมชน ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl
Phenomenology (Koch, 1995) เก็บข้อมูลในผู้ดูแลที่ยินยอมเข้าร่วมวิจัย จำนวน 10 ราย โดยการสัมภาษณ์
แบบเจาะลึก และบันทึกเทป นำข้อมูลที่ได้มาถอดความแบบคำต่อคำ วิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการของ Colaizzi
(1978 cited in Streubert and Carpenter, 1999)

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวให้ความหมายจิตวิญญาณไว้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ความเชื่อ
หรือการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา 2) ครอบครัว และเป้าหมายในชีวิต 3) สิ่งที่อยู่ภายในเป็นองค์ประกอบของ
ชีวิต

ผู้ดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชให้ความหมายของการดูแลด้านจิตวิญญาณพอสรุปได้ 5 ประเด็น คือ
1) การเข้าใจและยอมรับ 2) การดูแลให้รู้สึกว่าเป็นที่รัก 3) การสนับสนุนให้ทำตามความเชื่อหรือสิ่งยึดเหนี่ยว 4)
การสนับสนุนให้มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ และ 5) การสนับสนุนให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตอยู่ต่อไป

จากผลการศึกษาครั้งนี้ ทำให้เข้าใจประสบการณ์การดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ดูแลในครอบครัวว่า
เป็นการดูแลที่สำคัญที่ผู้ดูแลมีส่วนช่วยให้บุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชสามารถดำเนินชีวิตอยู่อย่างมีความสุข
เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลแก่บุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชและผู้ดูแลในครอบครัวในชุมชน และการ
วิจัยทางการพยาบาลเพื่อให้บุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชได้รับการดูแลครอบคลุมเป็นองค์รวม

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

ปีการศึกษา 2544

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

ลายมืออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....

4377575736: MAJOR: MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEY WORD: SPIRITUAL CARE / FAMILY CAREGIVER / PERSONS WITH PSYCHIATRIC PROBLEMS

PIYACHUT SA-ARD-IEM: FAMILY CAREGIVERS' EXPERIENCE REGARDING SPIRITUAL CARE OF PERSONS WITH PSYCHIATRIC PROBLEMS. THESIS ADVISOR: ASSOC. PROF. ORAPHUN LEUBOONTHAVATCHAI, Ph.D. THESIS COADVISOR: ASST. PROF. JOHNPHAJONG PHENGJARD, Ph.D. 130 pp. ISBN 974-17-0421-6

The purpose of this study was to explore family caregivers' experiences in providing spiritual care for persons with psychiatric problems in community. A phenomenological research method (Husserl Phenomenology) was employed. (Koch, 1995) There were 10 family caregivers volunteered to participate in this study. An indepth interview with tape-recorded was performed to collect data. Tapes were transcribed verbatim. Data were analyzed utilizing Colaizzi's method. (1978 cited in Streubert and Carpenter, 1999)

Meanings of spirituality were categorized into three groups, including 1) belief and religious practice 2) family and goals of life 3) internal factor as a component of life.

The experience of spiritual care for persons with psychiatric problems consisted of five major themes, including 1) *Understanding and Accepting*, 2) *Caring by Focusing on Feeling of Being Loved*, 3) *Supporting One's Belief*, 4) *Encouraging to Find Out One's Belief*, and 5) *Supporting for Living*.

The results of this study provided an understanding of the meaning of spiritual care for persons with psychiatric problems. Nursing interventions aimed at supporting the family caregivers to provide spiritual care for persons with psychiatric problems were suggested. Supporting the family in providing holistic care for the persons with psychiatric problems presented as pivotal for nursing interventions.

Field of study Mental Health and Psychiatric Nursing Student's signature

Academic year 2001

Advisor's signature.....

Co-advisor's signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งของอาจารย์ รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จอนณะจง เพ็งจาด อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาให้คำชี้แนะ ความคิดเห็น และแก้ไขความบกพร่องด้วยความเอาใจใส่และเป็นกำลังใจตลอดมา ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อัมภพร พัทวีไล กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำ และข้อคิดเห็นที่ทำให้ผลงานวิจัยนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณในความกรุณาเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และให้คำแนะนำ อันเป็นประโยชน์ต่อการวิจัยในการพัฒนาตนเองและด้านการศึกษา และขอขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้สนับสนุนทุนบางส่วนในการทำวิจัย

ขอขอบพระคุณเป็นพิเศษแก่ผู้ดูแลในครอบครัวบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชทุกท่าน ที่เห็นความสำคัญและสละเวลาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เพื่อให้ผู้วิจัยเกิดความเข้าใจความหมายและการดูแลด้านจิตวิญญาณมากขึ้น

ขอกราบขอบคุณ แม่ ป้า พี่น้อง และญาติที่ห่วงใย เพื่อน ที่เป็นแรงใจในการศึกษา รวมทั้งเพื่อนๆ พี่ๆ น้องๆ ร่วมสถาบัน ที่มีความผูกพัน ให้การช่วยเหลือมาตลอดการศึกษาและระยะเวลาที่ทำวิทยานิพนธ์

ปิยะฉัตร สะอาดเอี่ยม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ณ
บทที่	
1. บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
ขอบเขตของการวิจัย.....	6
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	8
2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
แนวคิดด้านจิตวิญญาณ.....	10
แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัวบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวช.....	29
เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	37
สรุปการทบทวนวรรณกรรม.....	40
แนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา.....	41
3. การดำเนินการวิจัย.....	49
ผู้ให้ข้อมูลและการเลือกผู้ให้ข้อมูล.....	49
วิธีการเก็บข้อมูล.....	50
การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล.....	52
ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	53
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	54
การตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล.....	55
4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	57
5. อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	90

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
รายการอ้างอิง.....	105
ภาคผนวก	113
ภาคผนวก ก. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลผู้ดูแลในครอบครัวบุคคลที่มีปัญหา ทางจิตเวช.....	114
ภาคผนวก ข. แนวคำถามการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก.....	118
ภาคผนวก ค. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	123
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	130



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นปัญหาที่สำคัญปัญหาหนึ่งของระบบสุขภาพ จากรายงานสถิติบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2540 พบว่าประเทศไทยมีจำนวน ผู้ป่วยด้วยโรคทางจิตเวช 196,759 คน (ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2540) และนับวันจะทวีจำนวนมากยิ่งขึ้นซึ่งอาจเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น ปัญหาทางสังคม เศรษฐกิจ ความรู้ความเข้าใจ และการแสวงหาการรักษาของประชาชน

บุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวช คือ บุคคลที่ขาดความสามารถในการปรับตัว เป็นผลให้เกิดความแปรปรวนด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม (ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2534) มีความบกพร่องในการติดต่อสื่อสาร การประกอบอาชีพ การทำงานร่วมกับผู้อื่น และด้อยความสามารถในการดูแลตนเอง ถึงกระนั้นผู้ป่วยก็ยังมี การดูแลตนเอง ซึ่งพวงเพ็ญ เจียมปัญญารัช และคณะ (2542) ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยในด้านต่างๆ และพบว่านอกจากผู้ป่วยมีการดูแลตนเองด้านอากาศ อาหาร น้ำดื่ม การขับถ่าย การพักผ่อน การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นแล้ว ผู้ป่วยยังทำบุญให้ทานเพื่อความสบายใจบ่อยเป็นอันดับ 9 (53.8%) นอกจากนี้ อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2542ก) ศึกษาความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่และครอบครัว พบว่ามีการปรับตัวในด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สำนึกในบาปบุญคุณโทษ และเสนอแนะการปฏิบัติการพยาบาลในชุมชนว่าควรพยายามผสมผสานหลักการทางวิชาชีพกับความเชื่อพื้นบ้านให้เหมาะสม จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยมีความต้องการและปฏิบัติการดูแลตนเองนอกเหนือจากการดูแลปกติทางการแพทย์

ครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมที่มีความสำคัญมากที่สุดต่อบุคคล เป็นสิ่งแวดล้อมที่บุคคลเจริญเติบโตและมีการพัฒนาตลอดช่วงการดำเนินชีวิต มีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อภาวะสุขภาพ เป็นที่ยอมรับว่าญาติหรือครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการรักษาผู้ป่วยที่ได้ผลดีที่สุด (ยาใจ สิทธิมงคล, 2538) เป็นผู้ตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วย (จอม สุวรรณโณ, 2541: 147) ผู้ป่วยจิตเวชจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว (Rose, 1996) เนื่องจากบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชส่วนใหญ่มักไม่ยอมรับว่าตนมีอาการทางจิตและปฏิเสธการรักษา ครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง มีส่วนร่วมกำหนดว่าเมื่อใดควรนำผู้ป่วยมารักษาและยุติการรักษา และร่วมตัด

ลินใจนำผู้ป่วยไปรักษาในสถานรักษาใจ (ยาใจ สิทธิมงคล, 2542: 1) เป็นผู้สังเกตเห็นความผิดปกติของผู้ป่วยเป็นคนแรก และความรู้ ความเชื่อเรื่องโรคจิตของผู้ดูแลมีผลต่อพฤติกรรมแสวงหาการรักษา (ชญาพรรณ รัตนดิگانนท์ และคณะ, 2540) ความหวังของผู้ป่วยเป็นองค์ประกอบที่ช่วยในการฟื้นฟูและฟื้นฟูสภาพ ซึ่งได้จากการสนับสนุนของสมาชิกครอบครัวที่ใกล้ชิด บุคคลที่มีความสำคัญ และกลุ่มที่ผู้ป่วยร่วมกิจกรรม (Kirkpatrick, 2001) การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตและมีส่วนร่วมในชุมชนได้ (Kelly-Hayes, 1996) จะเห็นได้ว่า ผู้ดูแลในครอบครัวมีความสำคัญและมีผลต่อสุขภาพของบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชเป็นอย่างมาก

การพยาบาลเป็นศาสตร์ที่ให้การดูแลบุคคลอย่างเป็นองค์รวม มุ่งแสวงหาความรู้ ทำความเข้าใจการตอบสนองของบุคคลทั้งคน (Whole person) ต่อสุขภาพและความเจ็บป่วย เพื่อให้การวินิจฉัยและดูแลการตอบสนองของบุคคล (human response) (Mitchell et al., 1991: 154) The American Nurse Association's Standards of Holistic Nursing Practice วางมาตรฐานการพยาบาลเป็นศิลปะและศาสตร์ที่ให้การดูแลเพื่อเสริมความแข็งแกร่งบุคคลในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (Wright, 1998: 81) ซึ่งบุคคลประกอบด้วยร่างกาย จิตใจ สังคม วัฒนธรรม พัฒนาการ และจิตวิญญาณ มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกตนให้มีความสมดุลอยู่ตลอดเวลาเพื่อให้เกิดสุขภาพหรือสุขภาพะ (Health or Wellness) (Neuman, 1995) การดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชให้ครอบครัวจึงควรสนับสนุนครอบครัวให้ดูแลผู้ป่วยทุกๆ ด้าน อย่างถูกต้องเหมาะสมตามสภาพผู้ป่วยและครอบครัว ให้สามารถยอมรับและปรับตัวเพื่อดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับความเจ็บป่วยได้อย่างปกติสุข การดูแลผู้ป่วยโดยรวมการดูแลด้าน จิตวิญญาณเป็นการปกป้องเกียรติและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Watson, 1997) เสริมสร้างศักยภาพครอบครัวในการดูแลตนเอง ครอบครัวในชุมชน (กรมสุขภาพจิต, 2541ข) การศึกษาที่ผ่านมามีการพัฒนา รูปแบบการพยาบาลครอบครัวเพื่อให้การดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชที่บ้านในด้านต่างๆ เช่น การพัฒนาความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัวด้วยการให้คำปรึกษาที่บ้าน (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2542ก) การใช้รูปแบบก่อนจำหน่ายแก่ผู้ป่วยและครอบครัว (ทานตะวัน แยมบุญเรือง, 2540) การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวช (กรมสุขภาพจิต, 2543) แต่ไม่พบการศึกษาเพื่อพัฒนาการดูแลจิตวิญญาณแก่บุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชของครอบครัว การขาดผลการศึกษาการดูแลด้านจิตวิญญาณในกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวช ความไม่เข้าใจกันระหว่างผู้รักษาและผู้รับการรักษาอาจทำให้เกิดปัญหาบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชและผู้ดูแลในครอบครัวไม่ได้รับการดูแลและตอบสนองด้านจิตวิญญาณ อาจทำให้การดูแลด้านจิตวิญญาณไม่เหมาะสมหรือครอบครัวละเลยการรักษาทางการแพทย์ซึ่งส่งผลเสียต่อสุขภาพ

ของครอบครัวโดยรวม การพยายามให้ความสำคัญกับการดูแลบุคคลแบบองค์รวมไม่สามารถแยกให้บริการสุขภาพเป็นส่วนๆ ได้ และมุ่งให้การดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ความเข้าใจอย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับการดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชด้านจิตวิญญาณของผู้ดูแลในครอบครัวจะช่วยเสริมสร้างศักยภาพแก่พยาบาลในการวิเคราะห์ความต้องการและให้การดูแลทางจิตวิญญาณได้

ปัจจุบันพบว่าการดูแลด้านจิตวิญญาณถูกละเลย แม้ว่าจะถูกระบุในวินิจฉัยการพยาบาลโดย North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) (Price et al., 1995: 5) แต่พบว่าพยาบาลและวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นๆ ไม่เลือกที่จะรวมการใช้พลังเหนือธรรมชาติ (Higher Power) มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย (Robinson, 1994: 2) การศึกษาทางการพยาบาลที่ถุกเน้นการให้การดูแลตามหลักเหตุผลทางวิทยาศาสตร์อาจมีผลให้ละเลยการศึกษาและทำความเข้าใจมิติ จิตวิญญาณอย่างแท้จริง ซึ่ง Ameling (2001: 15) กล่าวว่าอาจเป็นเพราะจิตวิญญาณมีความเป็นนามธรรม นอกจากนี้ยังมีเหตุผลอื่นๆ อีก เช่น พยาบาลอาจรู้สึกว่าการกล่าวถึงมิติจิตวิญญาณเป็นเรื่องที่ไม่เหมาะสมเพราะไม่ได้รับการฝึกฝนหรือเรียนรู้ในด้านนี้ หรืออาจคิดว่าเป็นบทบาทของพระ (Price et al., 1995: 5-6) การมีระบบความเชื่อ หรือลัทธิมากมาย ความกลัว สับสน ทำให้ไม่ตระหนักในจิตวิญญาณของตนเอง และจัดลำดับความสำคัญของการดูแลด้านจิตวิญญาณไว้รองจากความเจ็บป่วย ทุกข์ทรมานทางกาย (Granstrom, 1985) นอกจากนี้ยังขาดแคลนเอกสารวรรณกรรมที่เป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ (Narayanasamy, 1999: 275) ขาดการบูรณาการไว้ในโปรแกรมการสอนนักศึกษาพยาบาล อีกทั้งจิตวิญญาณเป็นแนวคิดที่ยากแก่การทำความเข้าใจและไม่มีการให้ความหมายที่แน่ชัดที่อ้างอิงได้ทั่วไป (Greasley, et al., 2001: 630) แต่อย่างไรก็ตามในวิชาชีพพยาบาลได้มีการพัฒนารูปแบบการดูแลด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยในรูปแบบต่างๆ เช่น การใช้กระบวนการพยาบาล (Clifford and Gruca, 1987) การสอนและฝึกทักษะแก่นักศึกษาพยาบาล (Narayanasamy, 1999) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต (Hospice Nursing Model) (Price et al., 1995) การฝึกทักษะการดูแลตนเองด้าน จิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (Stuart et al., 1989) เป็นต้น การศึกษารูปแบบการ ดูแลด้านจิตวิญญาณจึงมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ส่วนใหญ่มักศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยวิกฤตหรือผู้ป่วยระยะสุดท้าย ไม่พบการศึกษาการดูแลด้านจิตวิญญาณแก่บุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวช แม้ว่าการวินิจฉัยและสถิติความผิดปกติทางจิตของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ครั้งที่ 4 (DSM-IV) ได้กำหนดกลุ่มปัญหาด้านศาสนาหรือจิตวิญญาณไว้ในการประเมินและวินิจฉัยโรคทางจิต (Stolley and Koenig, 1997: 32) และพบความต้องการการดูแลด้าน จิตวิญญาณจากบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชและครอบครัว ยิ่งกว่านั้นยังพบว่าพยาบาลจิตเวชมีความคิดเห็นไม่ตรงกับผู้ป่วยและครอบครัว และมีทัศน

นคติไม่ดีต่อการให้การดูแลจิตวิญญาณแก่บุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชอีกด้วย (Greasley et al., 2001)

จิตวิญญาณ (Spirituality) เป็นองค์ประกอบพื้นฐานของบุคคล มีผลกระทบซึ่งกันและกันกับองค์ประกอบอื่นของชีวิตบุคคล (Neuman, 1995) เป็นพลังงานที่กำกับและประสานการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ความรู้สึกทางศีลธรรม และสติปัญญา ให้ดำรงชีวิตอยู่ได้และมีความสุขในชีวิต มีการพัฒนาให้มีความสลับซับซ้อนขึ้น (Negentropy) ตลอดอายุขัย (Carson, 1989) ทำให้บุคคลมีความเป็นเอกลักษณ์ เป็นสิ่งกำหนดความหมายและเป้าหมายในชีวิต ลักษณะความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งเหนือธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อม (Labun, 1993: 106) ซึ่งภาวะจิตวิญญาณในแต่ละบุคคลเกิดขึ้นจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง อันมีผลต่อปฏิสัมพันธ์กับพระเจ้าหรือสิ่งยึดเหนี่ยว บุคคลอื่น และสิ่งแวดล้อม ใน 3 ด้าน คือ การให้อภัย การให้และรับความรัก และความไว้วางใจ (Stoll, 1989: 7) จิตวิญญาณที่ผาสุกช่วยให้บุคคลเผชิญต่อเหตุการณ์วิกฤตในชีวิตได้ดี แม้มีความบกพร่องในด้านอื่นๆ ซึ่งมีการศึกษาที่แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์เชิงบวกของจิตวิญญาณกับสุขภาพ เช่น ความเครียดและการเผชิญความเครียด ความหวัง ความวิตกกังวล ความเข้มแข็งในการมองโลก ความผาสุกทางร่างกายและอารมณ์ ความผาสุกในชีวิต ความเจ็บป่วยวิกฤตหรือเจ็บป่วยเรื้อรัง (Burkhardt, 1994; Carson and Green, 1992; Chiu, 2000; Jan and Smith, 1998; Koenig, 1994; Ruffing-Rahal, 1998; Sowell et al., 2000; Tuck, McCain, and Elswick, 2001; Williams, 1997) โดยส่วนมากศึกษาในผู้ป่วยฝ่ายกายที่เจ็บป่วยเรื้อรัง โรคที่มีความรุนแรง เช่น ผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยเอดส์ โรคมะเร็ง ภาวะวิกฤต ภาวะใกล้ตาย มีเพียง Moller (1999) ที่ศึกษาการให้ความหมายและความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยจิตเวชและสมาชิกครอบครัวในโรงพยาบาล พบว่ามีความต้องการความสบาย ความเป็นเพื่อน การพูดคุยสนทนา และการปลอดภัยให้อบอุ่นใจ สอดคล้องกับ Greasley et al. (2001) ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชและผู้ดูแลมีแนวคิดที่จิตวิญญาณมีความสำคัญต่อสุขภาพ ให้ความหมายและความต้องการด้านจิตวิญญาณไม่ตรงกับพยาบาล ทั้งนี้การศึกษาที่กล่าวมาเป็นการศึกษาในประเทศตะวันตกเป็นส่วนใหญ่ และมีแนวคิดพื้นฐานมาจากความเชื่อและการปฏิบัติของศาสนาคริสต์

จิตวิญญาณมีพัฒนาการที่ขึ้นกับประสบการณ์ วัฒนธรรม ประเพณี ศาสนา ค่านิยม ความศรัทธาต่อผู้นำทางจิตวิญญาณ (กฤตยา แสงเจริญ, 2534: 1) การปรับผลการศึกษาจากต่างประเทศมาใช้ในประเทศไทยอาจมีความจำกัดเนื่องจากมีความแตกต่างของลักษณะโครงสร้างและความสัมพันธ์ในครอบครัว ศาสนา ประเพณี วัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยม ภาษา ในประเทศไทยมีความสนใจศึกษาเรื่องจิตวิญญาณมากขึ้น แต่ก็ยังเป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยฝ่ายกายเป็นส่วนใหญ่

และศึกษาเฉพาะส่วน เช่น สิ่งเหนือธรรมชาติ, ความเชื่อและการปฏิบัติกิจกรรมทางพุทธศาสนา (กฤตยา แสงเจริญ, 2534; นวีวรรณ ไพรวลัย, 2540; กัญชลา อธิรัตน์, 2539; อัจฉรา ตันศรีรัตน์วงศ์, 2541) ซึ่งแท้จริงจิตวิญญาณมีแนวคิดที่กว้างกว่านั้น นอกจากนี้ยังมีการศึกษาอื่นๆ ที่ได้ผลเกี่ยวข้องกับจิตวิญญาณ เช่น ความผาสุกทางจิตวิญญาณมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม (สุริย์พร กฤษเจริญ และ วรวรรณ เหนือคลอง, 1999) ในกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชและครอบครัวยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณโดยตรงทั้งจากบุคลากรทางสุขภาพและผู้ดูแลในครอบครัว แต่มีผลการศึกษาที่แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่าง จิตวิญญาณและสุขภาพของบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชจากการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว ได้แก่ ครอบครัวนำผู้ป่วยจิตเภทไปรักษาด้วยวิธีพื้นบ้านในรูปแบบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสิ่งเหนือธรรมชาติ เช่น น้ำมันต์ สมุนไพร หมอดูหรือหมอเข้าทรง ศาสนา เช่น บวชหรือพระ ไปวัดหรือร่วมกิจกรรมทางศาสนาบ่อยขึ้น (ทิพย์ภา เชษฐ์เชาวลิต และคณะ, 2542) ครอบครัวหรือญาตินำผู้ป่วยไปรักษาพื้นบ้านก่อนที่จะนำผู้ป่วยมารักษาที่แพทย์แผนปัจจุบัน (82.50%) ซึ่งมักเป็นการรักษาโดยอำนาจหรือพลังเหนือธรรมชาติ ส่งผลให้อาการผู้ป่วยรุนแรงขึ้นจากความล่าช้า วิธีการรักษาพื้นบ้านรุนแรงต่อร่างกายและอาจกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วย และทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงขึ้น (พินลดา มุลาดี และคณะ, 1999) การเลือกวิธีการบำบัดรักษาสัมพันธ์กับวัฒนธรรมและค่านิยมของครอบครัว (กรองจิตต์ เมืองวุฒิ, 2537) นอกจากนี้ผู้รับบริการอาจมีความเชื่อทางจิตวิญญาณแต่ไม่กล้าแสดงออกเนื่องจากกลัวถูกกล่าวหาว่ามงาย โดยเฉพาะถ้าพยาบาลไม่ให้ความสำคัญหรือไม่รับรู้ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้รับบริการ (Narayanasamy, 1999: 281) ทั้งนี้ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชมีระยะการปรับตัวก่อนและหลังภาวะวิกฤต โดยการเจ็บป่วยทางจิตเวชในระยะหลังภาวะวิกฤตนี้ครอบครัวมีการใช้ระบบความเชื่อร่วมในการปรับตัวด้วย เช่น เชื่อว่าสาเหตุการป่วยทางจิตมาจากทางไสยศาสตร์ ชาติก่อน ความประหลาดลบหลู่สิ่งศักดิ์สิทธิ์ และหายได้จากการรักษาด้วยน้ำมันต์หรือพิธีกรรมแก้ทางไสยศาสตร์ (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2543: 71) การให้บริการพยาบาลแบบองค์รวมในชุมชนแก่บุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชจึงควรให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณของผู้ดูแลในครอบครัวด้วย

จากแนวคิดและผลการศึกษาที่กล่าวมาพบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับแนวคิดทางจิตวิญญาณและการดูแลด้านจิตวิญญาณ โดยเป็นการศึกษาในต่างประเทศและกลุ่มผู้เจ็บป่วยทางร่างกายเป็นส่วนใหญ่ ประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับแนวคิดและการดูแลด้านจิตวิญญาณในกลุ่มผู้เจ็บป่วยทางกาย ส่วนบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชนั้นมีการพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลเพื่อสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัวแต่ยังไม่ครอบคลุม การศึกษาการดูแลที่เกี่ยวข้องกับจิตวิญญาณของผู้ดูแลในครอบครัวก็เป็นการศึกษาเฉพาะส่วน เช่น ศาสนา สิ่งเหนือธรรมชาติ พฤติกรรมการดูแลด้วยวิธีพื้นบ้านมากถึง 82.50% และยังเกิดผลเสียต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย และทำให้

ค่ารักษาสูงขึ้น การศึกษาทั้งหมดเป็นการศึกษาจากมุมมองของผู้ให้บริการสุขภาพจะเห็นได้ว่ายังไม่มียังคงมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณแก่บุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวช ทั้งจากบุคลากรทางสุขภาพและผู้ดูแลในครอบครัว และการศึกษาจากความคิด ความรู้สึกของผู้รับบริการโดยตรง

เนื่องจากปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะให้การดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชในชุมชนมากขึ้น การสนับสนุนให้ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถให้การดูแลอย่างเหมาะสม ครอบคลุม แก่บุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชในชุมชนเป็นบทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ทั้งนี้การให้ความหมายและการดูแลด้านจิตวิญญาณเป็นเรื่องที่มีความละเอียดลึกซึ้ง เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับองค์ประกอบอื่นๆ การศึกษาให้เกิดความเข้าใจจากความคิด ความรู้สึกของผู้ให้การดูแลโดยปราศจากอคติ หรือการคิดล่วงหน้า จะทำให้เข้าใจถึงความต้องการการดูแลของผู้รับบริการได้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาประสบการณ์การดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชด้านจิตวิญญาณของผู้ดูแลในครอบครัวในชุมชน โดยใช้วิธีการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจการให้ความหมายและการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ดูแลในครอบครัวตามสภาพที่เป็นจริง สามารถนำไปพัฒนาการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชแก่ผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งจะส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยในชุมชน ตอบสนองต่อการพยาบาลแบบองค์รวมที่มีประสิทธิภาพได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการให้ความหมายจิตวิญญาณของผู้ดูแลในครอบครัวของบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวช
2. เพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชด้านจิตวิญญาณของผู้ดูแลในครอบครัว

คำถามการวิจัย

1. ผู้ดูแลในครอบครัวของบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวช ให้ความหมายจิตวิญญาณอย่างไร
2. ผู้ดูแลในครอบครัวมีประสบการณ์การดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชด้านจิตวิญญาณอย่างไร

ขอบเขตการศึกษาวิจัย

การศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลในครอบครัว ในการดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชวัยผู้ใหญ่ด้านจิตวิญญาณ ใช้รูปแบบการศึกษาตามแนวคิด ปรัชญาการณวิทยาของ Husserl (Husserl Phenomenology) ซึ่งเป็นการศึกษาบนพื้นฐานว่า ประสบการณ์ เป็นความหมายที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล อาศัยการหยั่งรู้ความหมายจากข้อมูล โดยแยกความคิด หรือประสบการณ์ของผู้วิจัย จนกว่าจะเข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริง (Koch, 1995) จากการที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงการให้ความหมาย ประสบการณ์ การรับรู้ ความคิด ความรู้สึก ในการดูแลด้านจิตวิญญาณแก่บุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวช ตั้งแต่รับรู้ว่ามีสมาชิกครอบครัวป่วยเป็น โรคทางจิตเวชจนถึงวันที่สิ้นสุดการเป็นผู้ให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัย เก็บข้อมูลจากวิธีการสัมภาษณ์แบบ เจาะลึกแบบมีแนวทางการสัมภาษณ์ และบันทึกเทป คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) กำหนดคุณสมบัติ คือ 1) เป็นสมาชิกครอบครัวที่มีบทบาทสำคัญในการ ดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวช ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่าเป็นโรคจิตเวชผู้ใหญ่ 2) ให้การดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชอย่างต่อเนื่องมาเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 3 เดือน 3) มี อายุ 18 ปีขึ้นไป 4) สามารถสื่อสาร พูดและเข้าใจภาษากับผู้วิจัยได้เข้าใจ มีสติสัมปชัญญะ สมบูรณ์ 5) มีความยินดีที่จะเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูลตามแบบการขอความร่วมมือและคุ้มครองสิทธิ การเป็นผู้ให้ข้อมูลในการวิจัย และ 6) มีประสบการณ์การดูแลด้านจิตวิญญาณแก่บุคคลที่มีปัญหา ทางจิตเวช โดยเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ.2544 ถึง เดือนเมษายน พ.ศ.2545 รวมระยะ เวลา 5 เดือน จำนวนผู้ให้ข้อมูล 10 ราย

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ประสบการณ์การดูแลด้านจิตวิญญาณ หมายถึง สิ่งที่ผู้ดูแลในครอบครัวแสดงออก ตามการรับรู้ ความคิด ความรู้สึก ความเชื่อของตน เกี่ยวกับการให้ความหมายจิตวิญญาณ และ การดูแลด้านจิตวิญญาณแก่บุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวช เพื่อให้เกิดผลต่อผู้ป่วยด้านร่างกาย จิตใจ ภาวะการเจ็บป่วย โดยใช้ความสัมพันธ์เกี่ยวกับตนของผู้ดูแลและหรือผู้ป่วย ต่อสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ที่เกี่ยวกับสิ่งเหนือธรรมชาติ ศาสนา หรือสิ่งที่มีอยู่จริง เช่น ความดี ความรัก ความผูกพัน ความหวัง ความหมายหรือเป้าหมายในการดำรงชีวิต

ผู้ดูแลในครอบครัว หมายถึง บุคคลที่มีความสัมพันธ์เชิงสายเลือดกับผู้ป่วย ได้แก่ บิดา มารดา พี่ น้อง หรือ บุคคลที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในด้านอื่นๆ เช่น สามี ภรรยา คนรัก เพื่อน เป็นผู้ดูแลหลัก มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องมาเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 3 เดือน มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป และมีความสมัครใจเป็นผู้ให้ข้อมูล

บุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวช หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบัน
ว่าเป็นผู้เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชผู้ใหญ่ มีอายุ 18 ปีขึ้นไป

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เกิดความเข้าใจการให้ความหมายและการดูแลด้านจิตวิญญาณแก่บุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชของผู้ดูแลในครอบครัว
2. เพื่อเป็นความรู้พื้นฐานในการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลโดยครอบคลุมด้านจิตวิญญาณ แก่บุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชและครอบครัวในชุมชน
3. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา วิจัย และพัฒนาศาสตร์ทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่เน้นด้านจิตวิญญาณในบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชและครอบครัว
4. เพื่อเป็นแนวทางพัฒนาบทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชและครอบครัวอย่างเป็นองค์รวม



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาประสบการณ์การดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ดูแลในครอบครัวบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวช โดยมีเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางการศึกษา โดยสรุปสาระสำคัญ และนำเสนอตามลำดับ ดังหัวข้อต่อไปนี้

1. แนวคิดด้านจิตวิญญาณ
 - 1.1 ความหมายและองค์ประกอบด้านจิตวิญญาณ
 - 1.2 แนวคิดและศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง
 - 1.3 แนวคิดการดูแลด้านจิตวิญญาณ
 - 1.4 บทบาทของพยาบาลในการดูแลด้านจิตวิญญาณ
2. แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัวบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวช
 - 2.1 การดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวช
 - 2.2 ครอบครัวและผู้ดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวช
 - 2.3 แนวคิดการพยาบาลครอบครัวบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวช
 - 2.4 การดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชของผู้ดูแลในครอบครัว
 - 2.5 การดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชด้านจิตวิญญาณของผู้ดูแลในครอบครัว
3. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
4. สรุปการทบทวนวรรณกรรม
5. แนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1. แนวคิดด้านจิตวิญญาณ

1.1 ความหมายและองค์ประกอบด้านจิตวิญญาณ

จิตวิญญาณเป็นคำที่ใช้กันอย่างกว้างขวางและให้คำอธิบายไว้อย่างหลากหลาย และยังไม่มีการอธิบายอย่างแน่ชัด (Burkhardt, 1994: 12; Sowell et al., 2000: 74) การให้การดูแลด้านจิตวิญญาณพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความเข้าใจความหมายและแนวคิดด้านจิตวิญญาณ (Narayanasamy, 1999: 276) ซึ่งมีเอกสารวรรณกรรมที่ให้การอธิบายจิตวิญญาณไว้ ดังนี้

จิตวิญญาณ คือ ความสัมพันธ์ภายในตน กับสิ่งเหนือธรรมชาติหรือพระเจ้าหรือสิ่งที่มีคุณค่าในชีวิตร (transcendent / God / supreme values) ตนเอง (self) บุคคลอื่น (others) และสิ่งแวดล้อม บนพื้นฐานความรัก การให้อภัย และความไว้วางใจ (Stoll, 1989)

Burkhardt (1989: 70) ให้ความหมายจากการวิเคราะห์แนวคิดจิตวิญญาณว่า จิตวิญญาณ คือ หลักในการดำเนินชีวิต ประสบการณ์ในสิ่งที่เป็นจริง ความเชื่อหรือความหมายของการมีชีวิต การค้นหาความหมายและเป้าหมายในชีวิต และความสัมพันธ์กับสิ่งลึกลับ พลังเหนือตน พระเจ้า หรือสิ่งที่เป็นสากล

จิตวิญญาณ หมายถึง องค์ประกอบของสุขภาพซึ่งสัมพันธ์กับสิ่งที่มีความสำคัญในชีวิต ได้แก่ หลักในการเป็นมนุษย์ ในมิติที่ไม่ใช่ภาพลักษณ์ทางกาย แต่เป็นด้านวิญญาณ เสมือนลมหายใจของชีวิต จิตวิญญาณมี 12 คุณลักษณะ (Hill and Smith, 1990) คือ

- 1) ปรัชญาในการดำเนินชีวิต ทั้งในขณะรู้ตัวและไม่รู้ตัว
- 2) สิ่งที่เป็นที่สูงสุด (Supreme being) มีที่มาจาก ศาสนา ปรัชญา ประสบการณ์ชีวิต เช่น ผู้สร้าง พลังจักรวาล ปรีชาญาณ (Higher Intelligence) ความรักที่ไม่มีสิ้นสุด พลังแห่งพระเจ้า
- 3) จิตวิญญาณไม่จำเป็นต้องมาจากศาสนา
- 4) มิติที่บุคคลพัฒนาจิตตนโดยค้นหาความหมายในการมีชีวิตอยู่ของตน (Personal dimension) และ ภาวะภายในตนที่พัฒนาสู่การติดต่อแลกเปลี่ยนกับพลังสากลหรือเหนือตน (Transpersonal dimension) โดยวิธีการต่างๆ เช่น การทำสมาธิ (meditation) การสวดมนต์ การขบถอง การอดอาหารหรือถือศีลบวช
- 5) ประสบการณ์สูงสุด (Peak Experience) เช่น ความกลัว ความสุข ความหลงใหล ความปลื้มปิติ ตื้นตัน อย่างที่สุด การหยั่งรู้ที่ล้ำลึก (profound insight) ประสบการณ์นี้เกิดจากดนตรี ศาสนา เพศรส ความงดงาม

- 6) การสำนึกหรือหยั่งรู้ด้วยตนเอง หรือฉาน (Intuition)
- 7) การปฏิบัติกิจกรรมหรือพิธีกรรม บ่อยๆ หรือเป็นประจำ
- 8) ความรัก การให้และรับความรักอย่างไม่มีเงื่อนไข
- 9) การแผ่หรือแสดงความรักและพลังงานภายในตนแก่ผู้อื่น
- 10) การสร้างสรรค์ งานศิลปะ ดนตรี วรรณกรรม ความสมดุลในชีวิต สร้างสรรค์บ้านให้เต็มไปด้วยความรัก
- 11) ความปิติ สนุกสนานภายในตน เกิดจากความไว้วางใจภายในตนเอง แสดงออกโดยการเล่น อารมณ์ขัน การหัวเราะ เพศ
- 12) ความรับผิดชอบและการเลือกวิถีการดำเนินชีวิต

Reed (1992: 350) ให้ความหมายจิตวิญญาณ คือ สิ่ง que แสดงความสามารถในการพัฒนาตนเองสู่ภาวะเหนือตน โดยให้ความหมายความรู้สึกที่สัมพันธ์กับตนเอง (intrapersonally) เช่น พลังอำนาจในตน ระหว่างบุคคล (interpersonally) เช่น ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และเหนือบุคคล (transpersonally) ได้แก่สิ่งที่มองไม่เห็น พระเจ้า พลังเหนือตน

Dyson, Cobb and Forman (1997) กล่าวว่าจิตวิญญาณเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของบุคคล เป็นความหมายของชีวิตที่มีความเป็นเอกลักษณ์และเฉพาะบุคคล โดยสัมพันธ์กับภายในตนเอง (innerness / inner resources / inner self) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (other) เช่น ความรัก ความหวัง ความเชื่อ ความไว้วางใจ การปฏิบัติต่อกัน และสัมพันธ์กับพระเจ้า 'God' คือ สิ่งใดๆ ที่บุคคลให้คุณค่าสูงสุด เช่น ศาสนา สิ่งศักดิ์สิทธิ์ หรือ 'thing' เช่น งาน เงิน ฯลฯ

Narayanasamy (1999: 274) ให้ความหมายจิตวิญญาณหมายถึง สิ่งที่อยู่ส่วนลึกภายในร่างกายมนุษย์ เป็นสิ่งที่แสดงความเป็นบุคคลโดยรวม อาจหมายถึงความสงบสุขและความแข็งแกร่งภายใน อันเป็นผลจากการมีความสัมพันธ์กับพระเจ้าหรือความจริงอันสูงสุด (God / Ultimate Reality) หรือสิ่งใดๆ ที่แต่ละบุคคลให้คุณค่าว่าเป็นสิ่งสำคัญที่สุด สร้างความรู้สึกถึงความมีชีวิต คือความรัก ความศรัทธา ความหวัง ความไว้วางใจ ความหวาดกลัว (awe) แรงบันดาลใจ (inspiration) การให้ความหมายและเหตุผลในการดำรงชีวิต ทั้งนี้ได้ให้คำอธิบายไว้ 2 แนว คือ

- 1) Christian theological perspective จิตวิญญาณมีความสัมพันธ์กับศาสนา มีรากฐานมาจากคำสอนหลักในศาสนาคริสต์คือความรัก ซึ่งมีผลต่อการคิด การกระทำ การปฏิบัติต่อผู้อื่นด้วยความรัก
- 2) Existential influences จิตวิญญาณเป็นแนวคิดเกี่ยวกับการดำรงอยู่ การมีอยู่จริง

ของมนุษย์ มีความเป็นสากล (universal phenomena) เกิดขึ้นภายในตนของคนทุกคน เป็นแรงจูงใจเพื่อค้นหาความหมายและเป้าหมายในชีวิต

Wright (1998: 81) ให้ความหมายจิตวิญญาณ หมายถึง ส่วนที่จำเป็นในการเติมความเป็นมนุษย์ให้สมบูรณ์ เป็นองค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันกับองค์ประกอบอื่นๆ คือร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้เกิดภาพบุคคล (aspect) ซึ่งเป็นผลจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น จิตวิญญาณมีแนวคิดกว้างกว่าศาสนา แต่ศาสนาอาจเป็นเครื่องแสดงจิตวิญญาณได้

Greasley et al. (2001) ศึกษาผู้ให้ข้อมูล 2 กลุ่มคือ กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว ให้ความหมายจิตวิญญาณ หมายถึง ความเชื่อเกี่ยวกับพระเจ้า ศาสนา และความจริงหรือสิ่งเหนือธรรมชาติ (Metaphysical) ความหมายและเป้าหมายในชีวิต คุณค่าระหว่างบุคคล (Interpersonal value) ความผาสุกในบุคคล (Personal well-being) ความหวัง ส่วนที่มียาบาล ให้ความหมายจิตวิญญาณ หมายถึง ความเชื่อเกี่ยวกับศาสนา ชีวิตและความตาย ความหมายหลักในการดำรงชีวิต ความผาสุกในจิตใจ

Ameling (2001) ให้ความหมายจิตวิญญาณ หมายถึง กระบวนการค้นหาและพัฒนาการเกี่ยวกับความหมายในชีวิตอันเป็นเอกลักษณ์และเฉพาะเจาะจงในแต่ละบุคคล โดยสัมพันธ์กับภาวะเหนือตน ความหมายในชีวิต สัมพันธภาพหรือปรัชญาในการดำเนินชีวิต

Dunne (2001) กล่าวว่าจิตวิญญาณ หมายถึง การที่บุคคลมีการปฏิสัมพันธ์ภายในตนเองกับสิ่งที่เหนือเหตุผล หรือทุกๆ สิ่งในชีวิตที่บุคคลเข้าใจอย่างลึกซึ้งและให้คุณค่า โดยสัมพันธ์กับความศรัทธา (faith) ความหวัง (hope) และ ความมีจิตใจเอื้ออาทร (charity) โดยมีพื้นฐานจากศาสนาหรือสิ่งที่อยู่เหนือความจริง (transcendent reality)

ในประเทศไทยยังไม่ได้มีการบัญญัติความหมายของคำว่า “จิตวิญญาณ” พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน ปี พ.ศ.2525 ให้ความหมาย ‘จิต’ หมายถึง ใจ สิ่งที่มีหน้าที่รู้คิดและนึก ‘วิญญาณ’ หมายถึง สิ่งที่อยู่ภายในตน ทำให้เป็นบุคคลขึ้น เมื่อร่างกายเน่าเปื่อยแล้วก็ยังอยู่ต่อไป ความรู้แจ้ง ความรู้สึกตัว จิต ใจ ในวัฒนธรรมไทยเมื่อกล่าวถึงจิตวิญญาณมักเข้าใจว่าเป็นเรื่องของดวงวิญญาณที่ออกจากร่างกายของคนที่ยาแล้ว เกี่ยวกับผี หรือชีวิตหลังความตาย (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2543) อย่างไรก็ตามมีผู้ให้ความหมายคำว่าจิตวิญญาณไว้ ดังนี้

พุทธทาสภิกขุ (2541: 133) กล่าวว่า คนๆ หนึ่งประกอบด้วยร่างกาย 1 ส่วน และจิตใจ 4 ส่วน วิญญาณเป็นส่วนหนึ่งของจิตใจ วิญญาณหมายถึงตัวจิตที่ทำหน้าที่รู้สึก รู้อารมณ์ ถึงสิ่งที่มากระทบ ที่ตา ที่หู ที่จมูก ที่ลิ้น ที่กายทั่วๆ ไป และที่ใจ

จิตวิญญาณ หมายถึง จิตชั้นสูง คือ จิตที่ลดความเห็นแก่ตัว จิตที่เห็นแก่ผู้อื่น จิตที่เข้าถึงสิ่งสูงสุดคือ นิพพานหรือพระผู้เป็นเจ้า เป็นองค์ประกอบหนึ่งของสุขภาพ อันเป็นสุขภาพะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ จิตวิญญาณควบคุมคนให้ดำเนินชีวิตอย่างรอบคอบ ระมัดระวัง ได้พบกับความสุขอันแท้จริงและประสบความสำเร็จในชีวิต เป็นแก่นของชีวิตที่ผสมผสาน แทรกซึมอยู่ในมิติของกาย จิต และสังคม (ประเวศ วะสี, 2541; 2544: 7)

ณัฐสุวรรณ คำแสน (2540) ให้ความหมายว่า จิตวิญญาณ คือ ความรู้สึกที่ฝังแน่นเหมือนแก่นของร่างกาย อารมณ์ สังคม สติปัญญา ที่ผสมผสานอยู่ภายในส่วนลึกของบุคคล มีความละเอียดซับซ้อนเป็นนามธรรมจับต้องไม่ได้ เหมือนลมหายใจแห่งชีวิต เป็นความต้องการเกี่ยวกับตนเองในส่วนที่ลึกที่สุด เป็นแรงพลังที่ทำให้เกิดการขับเคลื่อนภายในบุคคล ทำให้เกิดการเจริญเติบโตและการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในทุกๆ ด้าน ซึ่งอยู่บนพื้นฐานการรับรู้ ความเชื่อของตนเองที่ประกอบขึ้นมาในลักษณะของการให้คุณค่าต่อบางสิ่ง ทำให้บุคคลแสดงความรู้สึกนึกคิดที่เป็นตัวของตัวเองในด้านความคิด ความรู้สึก การตัดสินใจ ตลอดจนการสร้างสรรค์ต่างๆ เป็นแรงจูงใจให้มนุษย์มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น มีความหมายและเป้าหมายของชีวิต รู้จักให้และรับความรักจากผู้อื่น มีความหวังและมีพลังสร้างสรรค์เพื่อพบความสุขอันแท้จริงของชีวิต

ลักขณา แพทยานันท์ (2542) จิตวิญญาณ หมายถึง ความเป็นตัวตนของมนุษย์ในส่วนที่ลึกที่สุดที่สามารถรับรู้ความรู้สึกนึกคิด การรู้แจ้งในอารมณ์ของบุคคล ซึ่งการรับรู้ดังกล่าวส่งผลต่อความคิด ความรู้สึก การกระทำ และแนวทางในการดำรงชีวิต ทำให้บุคคลค้นพบความหมายและเป้าหมายของชีวิต ตลอดจนทั้งประสบความสำเร็จในชีวิตโดยมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอันก่อให้เกิดความสุขในชีวิตอย่างแท้จริง

บุปผา ซอบใช้ (2543) จิตวิญญาณ หมายถึง มิติที่เป็นแกนกลางของบุคคลเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความรู้สึกผูกพัน ติดตรึง ฝังแน่น อย่างลึกซึ้ง อยู่ในส่วนที่ลึกที่สุดของจิตใจ มีความละเอียดซับซ้อน เป็นนามธรรม จับต้องไม่ได้ ทำหน้าที่ผสมผสานมิติร่างกายและมิติจิตสังคมเข้าด้วยกัน เป็นสิ่งที่ให้ความหมายแก่ชีวิต เป็นแหล่งของความหวัง พลังใจที่เข้มแข็ง ความกล้าแกร่ง เป็นขุมพลังในการดำรงชีวิต ทำให้บุคคลรู้สึกว่าอยู่ในภาวะเหนือตนเองได้ จิตวิญญาณพัฒนามาจากความผูกพันของมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ค่านิยม ความเชื่อ วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณี สิ่งของ ตัวบุคคล หรือศาสนา เป็นต้น

Tongprateep (2000) ศึกษาพบว่าองค์ประกอบสำคัญของจิตวิญญาณในผู้สูงอายุไทยประกอบไปด้วย

- 1) ความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ประกอบด้วย กฎแห่งกรรม และชีวิตหลังความตาย

- 2) การปฏิบัติทางศาสนา ประกอบด้วย การสั่งสมความดี (merit making) การปฏิบัติตามพระธรรมคำสอน ความกตัญญู การดูแลครอบครัว และการทำสมาธิ (meditation)
- 3) ผลจากความเชื่อและการปฏิบัติทางศาสนา ได้แก่ การเผชิญกับความไม่เที่ยงของชีวิต อยู่อย่างมีความหวัง และมีจิตใจสงบ

จากวรรณกรรมที่กล่าวมาพบว่ามีทำให้ความหมายจิตวิญญาณที่กว้างขวางและหลากหลาย เมื่อนำมาวิเคราะห์ประเด็นสำคัญจากกล่าวสรุปได้ว่า จิตวิญญาณ เป็นการให้ความหมายและพัฒนาการโดยเฉพาะของบุคคล จากความสัมพันธ์ของบุคคลกับภายในตน บุคคลอื่น และสิ่ง que บุคคลให้คุณค่าสูงสุด และใช้เป็นหลักในการดำเนินชีวิต โดยอาจเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับแนวคิดจากศาสนาหรือไม่ก็ได้ ทั้งนี้การให้ความหมายจิตวิญญาณมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของบุคคล พัฒนามาจากความผูกพันของมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม ขนบธรรมเนียม วัฒนธรรม ประเพณี ศาสนา ความเชื่อ ค่านิยม สิ่งของ ตัวบุคคล เป็นต้น การนำผลการศึกษามาใช้จึงควรเลือกให้เหมาะสม สอดคล้องกับลักษณะของกลุ่มที่ต้องการศึกษาด้วย

การให้ความหมายและองค์ประกอบด้านจิตวิญญาณที่กล่าวมา เป็นการกล่าวถึงความหมายและองค์ประกอบโดยทั่วไปเป็นส่วนใหญ่ บุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชมีความบกพร่องในความคิด อารมณ์และพฤติกรรม การให้ความหมายด้านจิตวิญญาณจึงอาจมีความแตกต่างกัน ซึ่งอาจส่งผลถึงความต้องการด้านจิตวิญญาณด้วย ดังพบว่าผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวให้ความหมายและความต้องการด้านจิตวิญญาณที่ต่างจากทีมพยาบาล (Greasley et al., 2001) ทั้งนี้การนำผลการศึกษาในต่างประเทศมาปรับใช้ในประเทศไทยอาจมีความจำกัด จากความแตกต่างของการใช้ภาษา แนวคิดในพุทธศาสนา แต่ก็มีการพัฒนาองค์ความรู้ด้านจิตวิญญาณ เกี่ยวกับพฤติกรรมและความสามารถในการดูแลด้านจิตวิญญาณในกลุ่มอาจารย์ นักศึกษา และพยาบาล ปฏิบัติการ โดยใช้เครื่องมือที่ดัดแปลงมาจากต่างประเทศ (ณัฐวรรณ คำแสน, 2540) และ Tongprateep (2000) ที่ศึกษาองค์ประกอบด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุไทย พบว่ามีความสัมพันธ์กับความเชื่อและการปฏิบัติกิจกรรมทางพุทธศาสนา จึงยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับการให้ความหมายจิตวิญญาณในกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชในประเทศไทย

และจากวรรณกรรมที่กล่าวมา พบว่าจิตวิญญาณมีความเกี่ยวข้องกับแนวคิดและศาสตร์อื่นๆ ที่นอกเหนือจากสุขภาพ เช่น ศาสนา จิตวิทยา ปรัชญา และวัฒนธรรม ดังนี้

1.2 แนวคิดและศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง

1.2.1 ศาสนา

Price (1995: 6) กล่าวว่าจิตวิญญาณแยกจากศาสนาอย่างชัดเจน โดย 'Religion' มาจากภาษาลาติน แปลว่า 'to tie fast' คือ การถือปฏิบัติตามกฎหรือข้อบัญญัติของพระเจ้า ส่วนคำว่า 'Spirit' มาจากภาษาลาติน แปลว่า 'breath' คือ สิ่งที่เกี่ยวข้องกับวิญญาณและสิ่งที่ให้ชีวิต

Burkhardt (1989) กล่าวว่าศาสนา คือ ระบบความเชื่อ เป็นองค์ประกอบหนึ่งของสังคม สอดคล้องกับ Wallace (1966 อ้างใน งามพิศ สัตย์สงวน, 2543: 206) นักมานุษยวิทยา กล่าวว่า ศาสนา หมายถึง ความเชื่อและการปฏิบัติต่างๆ ที่เกี่ยวกับอำนาจเหนือธรรมชาติ ศาสนาประกอบไปด้วยระบบความเชื่อ ระบบสัญลักษณ์ การปฏิบัติและพิธีกรรม เกี่ยวข้องสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน หน้าที่ของศาสนา (งามพิศ สัตย์สงวน, 2543) ได้แก่

- 1) การให้ความหมายสิ่งต่างๆ ทั้งทางกายภาพและสังคม หรือเหตุการณ์และประสบการณ์ที่มนุษย์ไม่อาจเข้าใจได้ทั้งหมด หรือไม่สามารถยอมรับได้ ทำให้มนุษย์มีความมั่นใจ มีกำลังใจเข้มแข็งขึ้น ลดความวุ่นวายใจของมนุษย์ลง เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจของมนุษย์
- 2) ให้วิธีการมองโลก ให้คุณค่า ว่าโลกมนุษย์เป็นอย่างไร ควรเป็นอย่างไร ทำให้ชีวิตมนุษย์มีความหมาย แต่ละศาสนาจะให้วิธีการมองโลกที่แตกต่างกัน
- 3) ทำให้เกิดความกลมกลืน สามัคคี รักษาความสงบ เป็นระเบียบทางสังคมทั้งทางตรงและทางอ้อมในกลุ่มความเชื่อเดียวกัน

แนวคิดจิตวิญญาณไม่จำเป็นต้องมาจากศาสนา บุคคลสามารถให้ความหมายหรือพัฒนาจิตวิญญาณจากสิ่งอื่นที่ให้คุณค่าได้ แต่ศาสนาอาจถูกใช้ให้เป็นเครื่องแสดงถึงจิตวิญญาณเพียงอย่างเดียว ดังมีการศึกษาพบว่าการปฏิบัติกายภาพเพื่อดูแลผู้ป่วยโดยใช้ศาสนาเป็นเครื่องแสดงจิตวิญญาณและใช้เป็นแนวทางการประเมินจิตวิญญาณและความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย และปฏิบัติกรให้การดูแลด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยโดยใช้ศาสนาเป็นเครื่องมือเพียงอย่างเดียว (Greasley, 2001)

อย่างไรก็ตามศาสนาและจิตวิญญาณส่งผลดีต่อสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตของบุคคล ดังผลการศึกษาความสัมพันธ์ของจิตวิญญาณกับสุขภาพว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และหรือการปฏิบัติกิจกรรมทางจิตวิญญาณหรือศาสนา เป็นสิ่งสนับสนุนให้บุคคลสามารถลดอาการและความเจ็บป่วยด้านร่างกายและจิต ทำให้มีความผาสุกและพึงพอใจในชีวิต เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคม ช่วยให้บุคคลเผชิญกับเหตุการณ์วิกฤติในชีวิต ลดความเครียด ความวิตกกังวล (ภณชิตา

อิฐรัตน์, 2539; อัจฉรา ตันศรีรัตนวงศ์, 2541; Tongprateep, 2000; Jan and Smith, 1998; Sowell et al., 2000; Stolley and Koenig, 1999; Stuart et al., 1989; Williams, 1997)

แต่ศาสนาอาจมีผลต่อบุคคลและสุขภาพในทางลบได้เช่นกัน โดยอาจเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทางจิตวิญญาณ (Burkhardt, 1989: 71; Dyson, Cobb and Forman, 1997) ความเชื่อทางศาสนามีผลต่อการรับประทานอาหาร สุขวิทยา และพิธีกรรมที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ตั้งแต่เกิดจนถึงตาย (Stoll, 1989: 75) และพฤติกรรมบางอย่างที่มีพื้นฐานมาจากแนวคิดทางศาสนา พลังธรรมชาติ เป็นพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อภาวะสุขภาพ (Robinson, 1994) จึงควรคำนึงถึงศาสนาในการให้ความหมาย การปฏิบัติกิจกรรมและความต้องการด้านจิตวิญญาณด้วย

1.2.2 จิตวิทยา

Viktor Frankel (cited in Peri, 1995) นักจิตวิทยาและนักทฤษฎี ซึ่งเชื่อในทฤษฎีความมีอยู่จริง (Existential theory) อธิบายว่าจิตวิญญาณเป็นสิ่งที่สำคัญยิ่ง (vital) ต่อสุขภาพจิตใจ (psychologic health) คุณภาพของจิตวิญญาณมีผลต่อความเข้มแข็งของจิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพที่พบว่าจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์กับจิตวิทยา โดยจิตวิญญาณช่วยให้บุคคลเผชิญกับความเครียด ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต สามารถเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิต (ลักษณะ แพทยานันท์, 2542; Koenig, 1994; Ruffing-Rahal, 1998) จึงเป็นเสมือนกลไกการเผชิญปัญหา (Coping mechanism) และมีผลต่อสุขภาพจิต ช่วยลดความซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความโดดเดี่ยว ความสูญเสีย ความเครียด และพฤติกรรมได้ (O'Neill and Kenny, 1998) และกิจกรรมด้านจิตวิญญาณยังเป็นวิธีเผชิญและจัดการกับความเครียด เช่น การบำบัดด้วยศิลปะ การใช้อารมณ์ขัน ดนตรี การทำสมาธิ (Meditation) โยคะ (Seaward, 1999) และมีผลการวิจัยทางการแพทย์ที่ศึกษาพบความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมและการดูแลโดยรวมด้านจิตวิญญาณกับสุขภาพจิต เช่น กิจกรรมทางจิตวิญญาณมีผลลดความเครียดทางอารมณ์และเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหญิงที่เป็นเอดส์ (Sowell et al., 2000) และผู้ป่วยที่รับรู้การดูแลแบบองค์รวมของพยาบาลสูงมีระดับความวิตกกังวลต่ำ (Williams, 1997)

การพยาบาลด้านจิตวิญญาณพยาบาลจิตเวชจำเป็นต้องมีความเข้าใจและสามารถแยกแนวคิดจิตวิญญาณกับปัญหาสุขภาพจิตได้ เพราะการประเมินสภาพผู้ป่วย การวินิจฉัยปัญหาการพยาบาลระหว่างความวิตกกังวล ความเครียด กับปัญหาความทุกข์ทรมานทางจิตวิญญาณ (spiritual distress) จะส่งผลต่อการปฏิบัติการพยาบาลที่แตกต่างกัน

1.2.3 ปรัชญา

ปรัชญาของชีวิต หมายถึง ระบบความเชื่อที่บุคคลสร้างขึ้นเพื่อชี้นำ ควบคุมชีวิต โดยอาจเกี่ยวข้องกับศาสนาหรือไม่ก็ได้ (Hill and Smith, 1990) สอดคล้องกับ Narayanasamy (1999) ที่กล่าวถึงแนวคิดหนึ่งของจิตวิญญาณว่า เป็นแนวคิดเกี่ยวกับการดำรงอยู่ การมีอยู่จริงของมนุษย์ (Existential influences) เป็นสิ่งสากลที่เกิดขึ้นภายในตนของคนทุกคน เป็นแรงจูงใจเพื่อค้นหา ความหมาย เป้าหมายและเหตุผลในการดำรงชีวิต จึงเป็นเครื่องแสดงออกถึงความเป็นเอกลักษณ์ของบุคคล ความเชื่อที่แตกต่างกันก็จะทำให้เกิดพฤติกรรมที่แตกต่างกัน เช่น การปฏิบัติต่อกันด้วยความรัก ความหวัง ความเชื่อ ความไว้วางใจ จะแตกต่างจากบุคคลที่ให้คุณค่ากับงาน เงิน นอกจากนี้ ประเวศ วะสี (2544) ยังกล่าวถึงจิตวิญญาณว่าเป็นจิตที่สูง คือจิตที่ลดความเห็นแก่ตัว จิตที่เข้าถึงสิ่งสูงสุด ควบคุมคนให้ดำเนินชีวิตอย่างรอบคอบ ระมัดระวัง พบความสุขที่แท้จริงในชีวิต จึงอาจกล่าวได้ว่าปรัชญามีความเกี่ยวข้องกับแนวคิดด้านจิตวิญญาณในเรื่องการดำเนินชีวิต

1.2.4 วัฒนธรรม

วัฒนธรรมเป็นสิ่งกำหนดให้บุคคลคิด กระทำสิ่งใดๆ จิตวิญญาณของบุคคลมีพัฒนาการมาจากวัฒนธรรมที่หล่อหลอมมา และอธิบายได้ว่าจิตวิญญาณของบุคคลจะพัฒนาไปในรูปแบบใด ซึ่งแตกต่างกันในแต่ละกลุ่มวัฒนธรรม (Narayanasamy and Andrews, 2000) วัฒนธรรมจึงมีผลต่อวิธีการดูแลสุขภาพ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ สอดคล้องกับที่ Sellers (2001) กล่าวว่า แนวคิดและความต้องการด้านจิตวิญญาณขึ้นกับมุมมองของแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับวัฒนธรรมและบริบทของบุคคลนั้น พยาบาลจำเป็นต้องใช้แนวคิดด้านวัฒนธรรมเข้ามาเกี่ยวข้อง และการศึกษาจิตวิญญาณภายใต้วัฒนธรรมที่แตกต่างกันจะทำให้เข้าใจจิตวิญญาณในแต่ละบริบทได้ตามที่เป็นอยู่จริง จะพัฒนาให้เกิดความเข้าใจที่เป็นสากล และปรับใช้ในการดูแลกับผู้รับบริการแต่ละรายได้

การดูแลด้านจิตวิญญาณแก่บุคคลที่อยู่ต่างวัฒนธรรมมีความแตกต่างกัน ควรคำนึงถึงค่านิยม ความเชื่อ วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณี (บุปผา ซอบใช้, 2543) ให้การยอมรับ และมีทัศนคติที่ดี ออกแบบกิจกรรมการพยาบาลให้สัมพันธ์กับความเชื่อ ทัศนคติ และการปฏิบัติกิจกรรมทางจิตวิญญาณหรือศาสนาของผู้ป่วยที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม นอกจากนี้การเข้าร่วมกิจกรรมจะทำให้พยาบาลสามารถนำเอากิจกรรม ความเชื่อ ของผู้ป่วยที่เอื้อต่อสุขภาพและการรักษาความเจ็บป่วยมาใช้ในการพยาบาลได้ (Stolley and Koenig, 1997)

จากการที่แนวคิดทางจิตวิญญาณเป็นแนวคิดที่กว้าง ทำให้จิตวิญญาณมีความเกี่ยวข้องกับแนวคิดและศาสตร์สาขาอื่นๆ พยาบาลผู้ให้การปฏิบัติการดูแล จึงจำเป็นต้องคำนึงถึงการให้ความหมายที่แตกต่างกัน พยายามศึกษาและทำความเข้าใจตามที่บุคคลให้ความหมาย ความเกี่ยวข้องกับศาสตร์อื่นๆ และให้การดูแลตามความต้องการของผู้รับบริการ โดยเฉพาะในบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชและผู้ดูแลในครอบครัว ที่อาจมีการใช้ระบบความเชื่อในการปรับตัวเมื่อเกิดความเจ็บป่วยทางจิต (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2543) หรือใช้จิตวิญญาณเป็นกลไกเผชิญกับความเครียด การให้การพยาบาลโดยคำนึงถึงภูมิหลัง (Past) ของผู้รับการดูแล เป็นการมองบุคคลและร่างกายเป็นของตนเอง และดูแลด้วยการเข้าถึงซึ่งกันและกัน (Transpersonally) จะทำให้เกิดการพัฒนาความรู้ตน การควบคุม และเยียวยารักษาตนเอง (Young, Taylor, and McLaughlin, 2001)

1.3 แนวคิดการดูแลด้านจิตวิญญาณ

1.3.1 ความหมายของการดูแลด้านจิตวิญญาณ

การบริการพยาบาลมีการให้ความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ซึ่งรวมการดูแลด้านจิตวิญญาณดังปรากฏในทฤษฎีการพยาบาล และการศึกษาเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ในการดูแลด้านจิตวิญญาณ และให้ความหมายการดูแลด้านจิตวิญญาณไว้ ดังนี้

การดูแลด้านจิตวิญญาณ หมายถึง กระบวนการที่ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวด้วยความสนใจเอาใจใส่ โดยการสนับสนุน ส่งเสริมคุณค่า ความเชื่อ ค่านิยม และวิถีชีวิตของแต่ละบุคคล ความต้องการความหมายและจุดหมายของชีวิต ความต้องการได้รับความรักและให้ความรักต่อผู้อื่น รวมถึงความต้องการความหวัง และการสร้างสรรค์เพื่อสนองความต้องการที่มุ่งรักษาสุขภาพในการดำเนินชีวิตและความตายของบุคคล (ธัสมน นามวงษ์, 2540)

บุปผา ซอบใช้ (2543) ให้ความหมายการพยาบาลในมิติจิตวิญญาณ หมายถึง การปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองต่อความต้องการ ให้เกิดภาวะความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Spiritual well being) ทำให้ผู้ป่วยมีความหวัง มีพลังใจเข้มแข็งในการต่อสู้หรือเผชิญกับความเจ็บป่วยหรือสภาวะวิกฤตที่กำลังเผชิญอยู่ โดยใช้ความรู้ความสามารถทางการพยาบาลรวบรวมข้อมูลกำหนดเป็นข้อวินิจฉัย วางแผนและปฏิบัติการพยาบาล ตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

อัจฉรา ต้นศรีรัตนวงศ์ (2541) ให้ความหมายการดูแลจิตวิญญาณในด้านศาสนาโดยใช้คำว่า การเยียวยาจิตวิญญาณ หมายถึง การปรับความคิด ความรู้สึก และการกระทำเพื่อให้

ตนเองเผชิญกับความทุกข์ทางใจ โดยการค้นหาความหมายของชีวิต การสร้างพลังใจ โดยอาศัยสิ่งยึดเหนี่ยวเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตอย่างเป็นปกติสุข

Nagai-Jacobson (1989) กล่าวว่า การดูแลด้านจิตวิญญาณ หมายถึง การส่งเสริมความสมบูรณ์เข้มแข็งภายใน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และการค้นหาความหมายของบุคคล

Greasley et al. (2001) ศึกษาการดูแลด้านจิตวิญญาณที่มีคุณภาพในโรงพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว คือ การดูแลของพยาบาลในลักษณะคุณค่าการดูแลระหว่างบุคคล (interpersonal care values) คือ การเป็นมิตร ความรัก และการดูแล (love and caring)

การศึกษากำหนดให้ความหมายการดูแลด้านจิตวิญญาณในประเทศไทยที่กล่าวมา เป็นการให้ความหมายการดูแลตามการรับรู้ของผู้ปฏิบัติ โดยศึกษาในอาจารย์ นักศึกษาพยาบาล และพยาบาลประจำการในหอผู้ป่วย และผลการศึกษาของต่างประเทศที่ศึกษาตามการรับรู้ของผู้รับบริการพยาบาล โดยมีรูปแบบการดูแลโดยทำการประเมินจิตวิญญาณ และความต้องการการดูแลและปฏิบัติการดูแลด้านจิตวิญญาณด้วยรูปแบบต่างๆ ดังต่อไปนี้

1.3.2 การปฏิบัติหรือรูปแบบการดูแลด้านจิตวิญญาณ

การดูแลด้านจิตวิญญาณ พยาบาลจำเป็นต้องทำการประเมินจิตวิญญาณ และความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วย เพื่อวินิจฉัยและให้การปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสม

Narayanasamy (1999) กล่าวถึงการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลด้านจิตวิญญาณในการเรียนการสอนทางการพยาบาลว่า เป็นการวางแผนให้การดูแลเฉพาะแต่ละบุคคล (Individual) โดยใช้กระบวนการพยาบาล ร่วมกับทักษะต่างๆ ดังต่อไปนี้

- 1) ขั้นการประเมิน (Assessment) โดยประเมินความต้องการและกิจกรรมการพยาบาลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย
- 2) ขั้นวางแผนการพยาบาล (Planning) โดยเน้นการพิจารณาวางแผนในแต่ละบุคคลอย่างรอบคอบ มีความตั้งใจจริงในการให้การดูแล วางแผนการดูแลโดยใช้การตนเป็นเครื่องมือบำบัด (therapeutic self) และการดูแลภายในบุคคล (inner person)
- 3) ขั้นปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) โดยใช้ทักษะความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย คือ
 - การสื่อสาร (Communication) ทั้งวัจนภาษาและอวัจนภาษา เช่น การรับฟัง

อย่างจริงจัง ไม่วิพากษ์วิจารณ์ จัดสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการแสดงความคิดเห็นความรู้สึกทางจิตวิญญาณ

- การสร้างความไว้วางใจ (Trust building) เช่น แสดงความสนใจ ให้ความสำคัญต่อผู้ป่วยและสิ่งที่ผู้ป่วยเล่า สร้างความรู้สึกปลอดภัย ไม่เปิดเผยความลับ

- การให้ความหวัง (Giving hope) สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวพบกับความทรงจำที่ดี ที่ช่วยให้เกิดความหวัง

4) การประเมินผล (Evaluation) ความมั่นคงหรือสมบูรณ์ทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยแสดงออกโดย มีความสงบสุขบนพื้นฐานความเป็นจริง พฤติกรรมแสดงพัฒนาการความหมาย เป้าหมายในชีวิต การลดความรู้สึกทุกข์ทรมานทางจิตวิญญาณ

Hill and Smith (1990) ใช้กระบวนการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของรอย ประเมินและให้การพยาบาลตามความบกพร่องหรือความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณ มีลำดับดังนี้

- 1) มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยด้วยการแสดงออกซึ่งความสุข สงบ สร้างสรรค์ในจิตใจ
- 2) พยาบาลศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับแนวคิดหรือการปฏิบัติกิจกรรมศาสนาและกิจกรรมทางจิตวิญญาณที่ต่างจากจิตวิญญาณของตน

- 3) ให้ความเคารพความต้องการทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยแม้ว่าจะแตกต่างจากความ

เชื่อด้านจิตวิญญาณของตน

- 4) จัดเวลาและสถานที่ที่เป็นส่วนตัวแก่การปฏิบัติกิจกรรมทางจิตวิญญาณ
- 5) เป็นผู้ประสานระหว่างผู้ป่วย กับพระหรือผู้นำทางศาสนา ครอบครัว เพื่อน แหล่งสนับสนุนทางจิตวิญญาณ

- 6) พยาบาลควรส่งต่อผู้ป่วยแก่พยาบาล หรือพระ หรือบุคคลอื่น หากพยาบาลและผู้ป่วยมีความเชื่อทางจิตวิญญาณที่แตกต่างหรือขัดแย้งกัน

- 7) จัดเวลาพูดคุยกับผู้ป่วยเกี่ยวกับความหวาดกลัวความตาย, ความเจ็บปวด, ความหมายต่อความเจ็บป่วย, ข้อกังวลทางปรัชญา หรือจิตวิญญาณอื่นๆ

ทั้งนี้ Clifford and Gruca (1987) แนะนำว่า พยาบาลต้องเป็นผู้ตั้งใจให้การดูแลและเป็นผู้ที่ไวต่อการแสดงของความต้องการด้านจิตวิญญาณ ซึ่งบุคคลจะแสดงออกทางพฤติกรรม คำพูด อารมณ์ ลักษณะท่าทาง และยังมีรูปแบบการดูแลอื่นๆ นอกเหนือจากการใช้กระบวนการพยาบาล ได้แก่

Tuck, Wallace, and Pullen (2001) ศึกษาการดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลที่เน้นการดูแลโดยรวมด้านจิตวิญญาณ (Parish Nurses) พบว่าให้การดูแลโดยมุ่งที่ผู้ป่วย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

- 1) สัมพันธภาพ เช่น การรับฟัง การสนับสนุน การดูแล ให้ความสะดวกสบาย การให้ความมั่นใจ และการเข้าใจ
- 2) การปฏิบัติกรพยาบาล
 - กิจกรรมทางศาสนา เช่น การให้ผู้นำศาสนาเข้าร่วมดูแล เข้าร่วมกิจกรรมในศาสนา การสวดมนต์ การเจมน้ำมันแก่ผู้ป่วย
 - การปฏิบัติเชิงวิชาชีพ (Professional nursing) เช่น การให้คำปรึกษา การจัดหาสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ การประเมินปัญหา
 - การมีปฏิสัมพันธ์ด้วยความเป็นมนุษย์ (human-to-human interaction) เช่น การพูดคุย การสัมผัส การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน การร้องเพลง การเย็บเยียน การอ่านและเขียนหนังสือ

Price et al. (1995) เสนอแบบการดูแลทางจิตวิญญาณ คือ Model Hospice Nursing โดยใช้กระบวนการที่เป็นพลวัต (dynamic process) ผูกพันกับศาสนา (tying fast) โดยใช้ความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ดังนี้

- 1) On relationship คือ การที่พยาบาลถามกระตุ้นให้ผู้ป่วยค้นหาสิ่งที่ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ด้วย เช่น ครอบครัว แล้วให้การส่งเสริมตามสิ่งที่ผู้ป่วยให้ความหมาย
- 2) Meaning พยาบาลใช้คำถามให้ผู้ป่วยค้นหาความหมายในชีวิตของผู้ป่วยว่าคืออะไร เพราะเหตุใด กระตุ้นให้ผู้ป่วยคิดพิจารณาและแสดงความรู้สึก
- 2) Self-worth คือ การที่พยาบาลช่วยลดความรู้สึกหรือคุณค่าของความเจ็บป่วยอย่างน้อย 3 วิธี คืออยู่ร่วมกับผู้ป่วยขณะเผชิญกับความตาย ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างให้เกียรติ การเห็นคุณค่า และช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวให้ผ่านประสบการณ์การเจ็บป่วยได้อย่างรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

และยังบอกถึงกลยุทธ์ที่จะทำให้มีการปฏิบัติพยาบาลเพื่อดูแลด้านจิตวิญญาณได้สำเร็จ มี 3 ประการ คือ

- 1) วิชาชีพพยาบาลต้องให้คำอธิบายความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Spiritual well-being)
- 2) ผู้สอนวิชาการพยาบาลต้องแสดงวิธีการเข้าไป เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตวิญญาณ
- 3) พยาบาลทุกคนต้องผสมผสานทฤษฎีเกี่ยวกับจิตวิญญาณสู่การปฏิบัติ

Stiles (1990) ศึกษาองค์ประกอบของสัมพันธภาพทางจิตวิญญาณระหว่างพยาบาลกับครอบครัวผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่รับการดูแลที่บ้าน (Hospice care) มีดังนี้

1) **สิ่งที่พยาบาลเป็น** พยาบาลและครอบครัวรับรู้ตรงกันคือ การมาพบ (available) อยู่เป็นเพื่อน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ บอกความเป็นจริง อารมณ์ขัน นอกจากนี้พยาบาลยังมีความ รู้สึกหมดกำลัง (burn out) ส่วนครอบครัวรับรู้ขณะพยาบาลจับมือ พูดคุย ตอบคำถาม อยู่ด้วยนานๆ

2) **สิ่งที่พยาบาลทำ** พยาบาลและครอบครัวรับรู้ตรงกันคือ ความชำนาญ การควบคุมอาการปวด การสอน อธิบาย ให้ความมั่นใจ เตรียมความพร้อม ช่วยให้ตายในพระเจ้า หรือตามที่ต้องการ นอกจากนี้พยาบาลยังต้องหากลวิธีด้านความรู้สึกหมดกำลังของตน และครอบครัวรับรู้การสัมผัสที่สลาย การลดความตึงเครียดและอาการปวด

3) **สิ่งที่พยาบาลรู้** พยาบาลและครอบครัวรับรู้ตรงกันคือ กระบวนการตาย ภาวะเหนือตน สิ่งเหนือธรรมชาติ การมีอยู่ชีวิตของชีวิตหลังความตาย

4) **สิ่งที่ให้และรับ** สิ่งที่ครอบครัวได้รับจากพยาบาลคือ การเติบโตในตน การดูแลวิธีการแก้ปัญหา เวลาที่มีค่า ให้ของขวัญตอบแทน สิ่งที่พยาบาลได้รับคือการเติบโตในตน เรียนรู้ตนเองและเผชิญกับความตายของตน ศรัทธาในความจริงและตนเอง ความจำกัดของสิ่งเหนือธรรมชาติ ความรับผิดชอบต่อบุคคล การเผชิญกับความเศร้าโศกของบุคคลอื่น และให้การบรรเทาทุกข์ ส่งเสริมคุณภาพชีวิต แลกเปลี่ยน กระทำในสิ่งที่แตกต่าง ให้ตามที่ครอบครัวต้องการ และให้การดูแลแบบองค์รวม

5) **วิธีต้อนรับคนแปลกหน้า** ครอบครัว ใ้วางใจให้พยาบาลดูแลบุคคลที่ตนรัก แลกเปลี่ยนประสบการณ์การเตรียมตัวสู่ความตาย ส่วนพยาบาลรับรู้ความไว้วางใจของครอบครัว แลกเปลี่ยนประสบการณ์การเตรียมตัวสู่ความตาย เป็นที่รู้จักในครอบครัว ยินดีแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับครอบครัว

การปฏิบัติการดูแลด้านจิตวิญญาณ ในสาขาการพยาบาลมีการให้แนวคิด และวิธีปฏิบัติตั้งสรุปได้จาก อวยพร ตัน มุขยกุล (2533), Berggren – Thomas and Griggs (1995), Carson (1989), Clifford and Gruca (1987), Nagai-Jacobson and Burkhardt (1989) และ Neuman (1995) ได้แก่

- 1) ตระหนักในภาวะจิตวิญญาณของตนเพื่อให้สามารถยอมรับภาวะจิตวิญญาณของผู้อื่น
- 2) การมีความรู้สึกยึดมั่นผูกพัน ที่จะให้การดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณ
- 3) การปรากฏตัวของพยาบาล และเข้าหาผู้ป่วยทันทีที่ต้องการ

- 4) ใช้การสัมผัสเพื่อถ่ายทอดความห่วงใย เชื้ออาหาร ร่วมทุกข์ร่วมสุขกับผู้ป่วย
- 5) การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความเชื่อ ความศรัทธาของตนกับผู้อื่น หรือกับ

ผู้ป่วย

- 6) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก พุดคุยเกี่ยวกับความกังวลด้านจิตวิญญาณ
- 7) รับฟังอย่างตั้งใจ โดยแสดงออกทั้งทางสายตา หู หัวใจ และความตั้งใจ
- 8) การนั่งเงียบ ความสงบ
- 9) ให้ของขวัญแก่ผู้ป่วย
- 10) เป็นผู้ประสานศาสนาหรือความเชื่อทางจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วย เช่น การทำพิธีกรรม การอ่านหนังสือ คัมภีร์ บทสวด จัดกิจกรรมที่สอดคล้องกับกิจกรรมทางจิตวิญญาณ การเคารพ เก็บรักษาสิ่งของ สิ่งศักดิ์สิทธิ์ วัตถุมงคล ตามความเชื่อของผู้ป่วย

11) เข้าร่วมกิจกรรมหรือการปฏิบัติกิจกรรมทางจิตวิญญาณ เช่น ร่วมสวดมนต์ อ่านบทสวดหรือกวีนิพนธ์กับผู้ป่วยโดยทั้งผู้ป่วยและพยาบาลต้องรู้สึกผ่อนคลาย ไม่ยึดอัดในกรกระทำนี้

12) เปิดโอกาสและส่งเสริมให้มีกิจกรรมทางจิตวิญญาณกับผู้ป่วยและครอบครัวหรือกลุ่มผู้ป่วยอื่นๆ ที่มีความเชื่อร่วมกัน โดยเน้นการกระทำเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ไม่ให้ผู้ป่วยเกิดความหวังที่ไม่เป็นจริง

13) จัดหาอุปกรณ์ เช่น เทปเพลง เครื่องเล่นเทป สมุดบันทึก แก่ผู้ป่วย

14) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พบหรือมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลที่มีความสำคัญกับผู้ป่วย (Significant others) หรือสิ่งที่ผูกพัน มีความหมายกับผู้ป่วย เช่น บุคคลในครอบครัว ผู้นำทางศาสนา สัตว์เลี้ยง วัตถุสิ่งของที่สำคัญ

15) ให้ความเคารพ วัตถุ สิ่งของ ที่เป็นความเชื่อด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย

16) ประเมินและพัฒนาจิตวิญญาณของตนอย่างต่อเนื่อง

17) ให้การยอมรับ และเข้าใจในความเป็นมนุษย์ และเคารพในศักดิ์ศรีความเป็น

มนุษย์

Peri (1995) กล่าวถึง การพยาบาลเพื่อดูแลด้านจิตวิญญาณในบุคคลที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง กระทำได้โดย

- 1) ประเมินความกังวลด้านจิตวิญญาณ (concern) รวมทั้งความกลัว และข้อสงสัยในความเชื่อจิตวิญญาณของตน
- 2) รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ แนวคิดจิตวิญญาณของผู้ป่วย แหล่งสนับสนุนความเข้ม

แข็ง และความหวัง การปฏิบัติหรือพิธีกรรมทางศาสนาที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วย ความสำคัญของจิตวิญญาณต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

- 3) ช่วยเหลือผู้ป่วยให้ค้นหาแหล่งสนับสนุนทางจิตวิญญาณ เช่น ศาสนา บุคคลสำคัญ
- 4) ให้การดูแลด้วยความเมตตา และตั้งใจจริงที่จะให้การดูแล
- 5) ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองแก่ผู้ป่วย
- 6) ให้การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) โดยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงพลังของตน สามารถควบคุม และกำหนดการดำเนินชีวิต

Stuart et al. (1989) พัฒนาโปรแกรมการฝึกผู้ป่วยฝายกายเพื่อดูแลตนเองด้านจิตวิญญาณ โดยใช้ระยะเวลา 13 สัปดาห์ ๆ ละ 2 ชั่วโมง มีเป้าหมายเพื่อให้ข้อมูลที่เป็นแก่นแก่ผู้ป่วย สอนทักษะการดูแลตนเอง และเปลี่ยนทัศนคติการมองชีวิตอย่างเปิดกว้างและเชิงบวก เทคนิคที่ใช้ได้แก่ การผ่อนคลาย (relaxation response) การเปิดใจและค้นหาตนเองอย่างละเอียดรอบคอบ เทคนิคการคิด (meditation techniques) เช่น การให้ การทิ้งปัญหาไว้ข้างหลัง การสังเกตตนเอง การแก้ไขและการเผชิญปัญหา การทำกายและจิตให้สงบ การสนใจเอาใจใส่ (mindfulness) การบริหารการหายใจ การตั้งคำถามสำคัญในศาสนาหรือความเชื่อด้านจิตวิญญาณมาใช้ในชีวิต การตอบสนองทางร่างกาย (physiological response) เช่น โยคะ

รูปแบบหรือการปฏิบัติดูแลด้านจิตวิญญาณที่กล่าวมา เป็นการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยฝายกายเป็นส่วนใหญ่ โดยป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยระยะฟื้นฟูหาย ผู้ป่วยวิกฤติ ผู้ติดเชื้อมะเร็งและผู้ป่วยเอดส์ ในกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชและครอบครัวมีการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณไม่มากนัก เช่น

Espeland (1999) กล่าวถึงวิธีการดูแลผู้ป่วยทางจิตเวชให้มีความผาสุกทางจิตวิญญาณ ดังนี้

- 1) การทำสมาธิ (Meditation) ส่งผลให้ผู้ป่วยได้ค้นหาความสงบ และความอดทนภาพระหว่างคนกับโลก
 - 2) สนับสนุนการเติบโตหรือพัฒนาจิตวิญญาณ โดยการมีสัมพันธภาพกับตนเอง ผู้ที่พลังเหนือตน การอ่านกวีนิพนธ์ ฟังดนตรี
 - 3) การให้และรับการอภัย เพื่อให้เกิดความสุขสงบภายใน
- และกล่าวว่า ผลจากการดูแลด้านจิตวิญญาณแก่ผู้อื่นนี้ นอกจากจะเพิ่มความผาสุกใน

ผู้ป่วยแล้ว ยังเกิดการพัฒนาคติวิญญานของผู้ดูแล รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และรู้สึกมีพลังอำนาจในตนเองด้วย

การพัฒนา รูปแบบการดูแลด้านจิตวิญญานในประเทศไทยยังมีจำกัด และเป็นการศึกษา ด้านจิตวิญญานโดยใช้แนวคิดทางศาสนาอย่างเดียว เช่น อัจฉรา ตันศรีรัตนวงศ์ (2541) ทำการศึกษาการเยียวยา ด้านจิตวิญญานทางพุทธศาสนา พบว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลเชื่อเอตสีใช้แนวคิดทางพุทธศาสนาช่วยในการรับความรู้สึก การรับรู้ กลไกทางจิต วิธีการปรับตัว จิต อารมณ์

ทัศนีย์ ทองประทีป (2543) ประยุกต์ใช้แนวคิดของ Sellers and Haag และเสนอแนวทางการดูแลบุคคลด้านจิตวิญญานบนพื้นฐานความเชื่อและวัฒนธรรมไทย ดังนี้

1) การช่วยเหลือโดยใช้เทคนิคการสื่อสาร (Communication interventions) หมายถึง การติดต่อสื่อสารที่ใช้คำพูดและไม่ใช้คำพูด เพื่อให้เกิดความไว้วางใจเพราะจิตวิญญานเป็นเรื่องละเอียดอ่อน ไม่ควรเป็นประเด็นการสนทนาในการพบกันครั้งแรก โดยใช้ทักษะ การตั้งใจฟัง การสะท้อนคำพูดและความคิด การอยู่เป็นเพื่อนและรับฟังด้วยท่าทีที่ยอมรับ เต็มใจช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆ เทคนิคการสื่อสารนอกจากจะช่วยให้ใกล้ชิด ยอมรับความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้ใช้บริการแล้ว ยังช่วยให้สามารถรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมและเครื่องหมายหรือวัตถุมงคลอีกด้วย

2) การช่วยเหลือโดยด้านการคิดและการจำ (Cognitive intervention) หมายถึง การให้โอกาสผู้ใช้บริการเล่าประสบการณ์หรือความทรงจำเกี่ยวกับชีวิตส่วนตัวหรือครอบครัว ความเชื่อและการปฏิบัติทางศาสนา สิ่งศักดิ์สิทธิ์ แหล่งกำลังใจ เพื่อประเมินการรับรู้เรื่องจิตวิญญานของผู้รับบริการ และแสดงความเคารพ ให้เกียรติผู้ป่วยและญาติ

3) การกระตุ้นประสาทการรับรู้ (Sensory nursing intervention) หมายถึง การให้แรงเสริมและการกระตุ้นการรับรู้ทางประสาทสัมผัส เช่น

- สัมผัส การนวด การเช็ดตัว การอยู่เป็นเพื่อน หมั่นมาตรวจเยี่ยม แนะนำสถานที่ทางศาสนา ให้การเคารพสิ่งๆ ที่ผู้ใช้บริการเคารพนับถือ หรือความคิดความเชื่อเกี่ยวกับชาคริต สิ่งเหนือธรรมชาติ

- เปิดโอกาสให้บุคคล หรืออนุญาตให้นำสิ่งของที่เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ หรือแหล่งของกำลังใจให้แก่ผู้ป่วย

- ให้การยอมรับทางเลือกปฏิบัติของผู้ใช้บริการและญาติ ร่วมกับการให้ข้อมูลการรักษาที่เพียงพอ

- จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติตามคำสอนทางศาสนาหรือกิจกรรมส่วนตัว

4) การช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Lifestyle alteration

interventions) หมายถึง การร่วมกันวางแผนกิจกรรมการพยาบาลให้สอดคล้องกับชีวิตประจำวัน เพื่อส่งเสริมความหมายและการมีคุณค่าในตนเอง

5) การช่วยเหลือทางด้านศาสนา (Religious interventions) หมายถึง การให้โอกาส ปฏิบัติตามหลักศาสนาและความเชื่อที่ไม่เป็นอันตรายต่อภาวะสุขภาพ โดยพยาบาลให้เวลา ให้ความร่วมมือ หรือแนะนำตามความเหมาะสม

6) การพยาบาลในผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วย และคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

วิธีการดูแลด้านจิตวิญญาณที่กล่าวมาเป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยฝายกายในต่างประเทศ เป็นส่วนใหญ่ โดยสามารถสรุปวิธีการดูแลด้านจิตวิญญาณมีหลักคือ ความตระหนักในความสำคัญและการให้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาล การใช้ศาสตร์และศิลป์บูรณาการการดูแลร่วมกับการปฏิบัติพยาบาลประจำวัน โดยใช้กระบวนการพยาบาล ร่วมกับทักษะทางการพยาบาล ที่สำคัญคือ การใช้จิตวิญญาณของพยาบาลผู้ดูแลเป็นเครื่องมือสำคัญในการดูแลด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วย อย่างไรก็ตามยังไม่มีรูปแบบการดูแลด้านจิตวิญญาณที่เป็นรูปธรรมในกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชและครอบครัว

1.4 บทบาทของพยาบาลในการดูแลด้านจิตวิญญาณ

1.4.1 ความสำคัญของการดูแลด้านจิตวิญญาณ

North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) (Price, 1995) รับรองการ ความทุกข์ทรมานทางจิตวิญญาณ (spiritual distress) เป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และระบุ การดูแลด้านจิตวิญญาณเป็นกิจกรรมทางการพยาบาล นอกจากนี้ยังเป็นการดูแลเพื่อปกป้อง เกียรติและฟื้นฟูความเป็นมนุษย์อีกด้วย (Watson, 1997) พยาบาลมีหลักจริยธรรมในการมีความ เมตตา กรุณา ไม่ทำอันตราย ให้อิสรภาพ และให้การสนับสนุน จึงควรให้การดูแลจิตวิญญาณโดย ประเมิน ค้นหาความต้องการ และให้การสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยให้ค้นหาความหมาย ความหวัง ความกระจ่างในความเชื่อและคุณค่าทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยอย่างอิสระ (Wright, 1998)

การดูแลด้านจิตวิญญาณจำเป็นต้องเริ่มจากมีความตระหนักในความสำคัญ และพัฒนา ตนเพื่อให้การดูแลได้อย่างเหมาะสม Narayanasamy (1999) กล่าวว่าทัศนคติและทักษะการดูแล ด้านจิตวิญญาณของพยาบาลมาจากการตระหนักในตนเองและเข้าใจแนวคิดจิตวิญญาณ เพื่อ บูรณาการแนวคิดจิตวิญญาณของตนเองและบุคคลอื่นนำมาปรับใช้ในการประเมินและให้การดูแล นอกจากนี้พยาบาลต้องมีความเข้าใจแนวคิดจิตวิญญาณและยังต้องเป็นผู้มีความสัมพันธ์และมี

ความกลมกลืนของสิ่งที่อยู่ภายในตน บุคคลอื่น พลังเหนือตน และสิ่งแวดล้อมอีกด้วย (Burkhardt, 1989) พยาบาลไม่ได้เป็นผู้แก้ไขปัญหาทางจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วย แต่เป็นผู้ให้การสนับสนุนจิตวิญญาณของผู้ป่วยให้มีการเติบโตและเยียวยาตนเอง โดยการใช้จิตวิญญาณของพยาบาล การเปิดใจ เคารพวัฒนธรรม ความเชื่อของผู้ป่วย (Peri, 1995) ควรเตรียมพยาบาลตั้งแต่เป็นนักเรียนพยาบาลโดยผู้สอนต้องมีความเข้าใจจิตวิญญาณอย่างถ่องแท้ มีความผสุกทางจิตวิญญาณและมีความสุขสบายเมื่อได้ให้การดูแลทางจิตวิญญาณ เพื่อถ่ายทอดความรู้สึกและเป็นแบบอย่างการดูแลจิตวิญญาณควบคู่กับการดูแลด้านร่างกายและจิตใจ (Price, 1995) และร่วมกับวิชาชีพอื่น เช่น ครอบครัว นักสังคมสงเคราะห์ แพทย์ อาสาสมัคร แม่บ้าน นักบวช (Granstrom, 1985)

Hill and Smith (1990) กล่าวว่าพยาบาลที่จะให้การดูแลด้านจิตวิญญาณ จะต้องมีความเข้มแข็งภายในตนเอง และยึดมั่นการดำเนินชีวิตของตน โดยพัฒนาตนเอง ดังนี้

- 1) ให้การดูแลจิตวิญญาณควบคู่ไปกับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติ
- 2) พยาบาลมีการพัฒนาตนเองและยกระดับความตระหนักในตนเอง
- 3) มีการอภิปรายโต้ตอบเกี่ยวกับปรัชญาและจิตวิญญาณของตนกับครอบครัว ผู้อื่น
- 4) พัฒนาระบบการสนับสนุนจิตวิญญาณในหน่วยงาน

การประเมินความต้องการทางจิตวิญญาณ พยาบาลจำเป็นต้องนับถือ เข้าใจในความเชื่อ ความรู้สึกของผู้ป่วยโดยไม่มีอคติ ตระหนักว่าผู้ป่วยมีสิทธิที่จะเชื่อ ไม่จูงใจให้เชื่อเหมือนตน ยอมรับและแลกเปลี่ยนความรู้สึกซึ่งกันและกัน เติบโตพัฒนาไปพร้อมกันในบริบทของผู้ป่วย (กฤตยา แสงวงเจริญ, 2537) พยาบาลและแพทย์ควรเข้าใจความหมายในชีวิต มีทักษะการประเมินและจัดกิจกรรมบำบัดโดยคำนึงถึงวัฒนธรรม ศาสนา และองค์ประกอบของบุคคล และให้การดูแลด้วยความเมตตากรุณา เคารพและให้เกียรติในความเป็นมนุษย์ (Ameling, 2001)

การดูแลด้านจิตวิญญาณถือเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล ที่ควรตระหนักในความสำคัญ และการที่พยาบาลเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและครอบครัวมากที่สุดจึงสามารถประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว เป็นผู้ประสานงานและเป็นตัวแทนของผู้ป่วยในทีมสุขภาพ ประสานกับทีมสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตามพบว่าพยาบาลยังละเลยการดูแลด้านจิตวิญญาณ โดยเฉพาะบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชและครอบครัว ดังมีผู้รายงานปัญหาการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลด้านจิตวิญญาณดังต่อไปนี้

1.4.2 ปัญหาการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลด้านจิตวิญญาณ

Robinson (1994) อ้างว่า พยาบาลและวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นๆ ไม่เลือกที่จะรวมพลัง

เหนือธรรมชาติ (Higher Power) มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยเลย และ Greasley (2001) ศึกษาพบว่าพยาบาลมีทัศนคติไม่ดีในการดูแลจิตวิญญาณ และยังให้ความหมายการดูแลด้านจิตวิญญาณไม่ตรงกับผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวอีกด้วย

Granstrom (1985) ให้เหตุผลว่าการที่พยาบาลอาจละเลยการดูแลด้านจิตวิญญาณ อาจมีสาเหตุที่ซับซ้อนหลายประการ ได้แก่

- 1) การมีระบบความเชื่อ ปรัชญา ลัทธิศาสนาที่มากมาย และให้อิสระในการนับถือ แต่มีวรรณกรรมที่เอื้อต่อการให้การดูแลเฉพาะที่นับถือศาสนาบางนิกายเท่านั้น
- 2) พยาบาลกลัวว่าจะไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ กลัวรุกร้าความเป็นส่วนตัว กลัวการสับสนหรือทำลายความเชื่อของผู้อื่น
- 3) พยาบาลไม่ได้ตระหนักในการค้นหาความเชื่อ ค่านิยม ด้านจิตวิญญาณของตนเอง จึงรู้สึกไม่สบายใจที่ต้องค้นหาจิตวิญญาณของผู้ป่วย
- 4) มีความสับสนระหว่างแนวคิดศาสนากับแนวคิดด้านจิตวิญญาณ
- 5) พยาบาลมองความเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมานว่าต้องได้รับการดูแลรักษา ทั้งที่บางคนสามารถอยู่ร่วมกับความเจ็บป่วยและอาจมีความแข็งแกร่งมากขึ้นก็ได้

นอกจากนี้ยังอาจเป็นเพราะขาดเอกสารวรรณกรรมที่เป็นแนวทางในการปฏิบัติ และอาจไม่ได้ให้ความสำคัญกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้รับบริการ (Narayanasamy, 1999) ในส่วนของการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช อาจมีหลายสาเหตุที่ทำให้ละเลยการดูแล ประการหนึ่งอาจเนื่องมาจากการการศึกษาเกี่ยวกับการให้ความหมาย ความต้องการ และรูปแบบการดูแลด้านจิตวิญญาณ ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาความรู้เพื่อนำมาใช้ในการดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชและครอบครัว และผสมผสานกับความรู้ในการดูแลอื่นๆ เพื่อให้การดูแลด้วยทัศนคติที่ดี เกิดผลการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นองค์รวมที่มีประสิทธิภาพ

1.4.3 จิตวิญญาณกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

บุคลากรที่มีความเข้าใจ ยอมรับ ให้เกียรติความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย จะเกิดทัศนคติที่ดีต่อการดูแลด้านจิตวิญญาณ มีแนวคิดในการประเมินความต้องการ ปฏิบัติการดูแล และส่งเสริมภาวะจิตวิญญาณทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน รวมทั้งพัฒนาเครื่องมือและรูปแบบการสอนการพยาบาล และพัฒนาจิตวิญญาณของตนเองเพื่อการดูแลผู้อื่น (อรพินท์ วีระฉัตร, 2534) ส่งผลต่อแนวคิดและรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่ต้องคำนึงถึงการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้รับบริการสุขภาพ และจะส่งผลดีต่อผู้รับบริการดังที่ Ameling (2001) อ้างว่า

การส่งเสริมพฤติกรรมด้านจิตวิญญาณ การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ช่วยลดอาการซึมเศร้า และ ความวิตกกังวล และช่วยในการฟื้นฟูในกลุ่มผู้ที่มีสมาธิ ผู้ใช้ยาและสารเสพติดได้

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมุ่งให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม และให้การสนับสนุนครอบครัวให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ด้วยตนเอง ซึ่งพบว่าผู้ป่วยและครอบครัวมีความต้องการด้านจิตวิญญาณเช่นเดียวกับผู้ป่วยฝ่ายกาย เช่น ต้องการการยอมรับ การอยู่เป็นเพื่อน การพูดคุย รับฟัง และการปลอบโยนให้อบอุ่นใจ (Moller, 1999) ต้องการได้รับการดูแลซึ่งแสดงออกในสัมพันธภาพของพยาบาลต่อผู้ป่วยด้วยความรัก ความเมตตา และมีความตระหนักในด้านจิตวิญญาณ โดยให้ความหมายในชีวิตมาจากศาสนาหรืออื่นๆ ขณะที่ผู้ให้บริการมองจิตวิญญาณ และให้การดูแลกิจกรรมทางศาสนาเพียงอย่างเดียว (Greasley, 2001) ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบบริการพยาบาลที่รวมด้านจิตวิญญาณในกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาทางจิตและครอบครัวมากนัก อีกทั้งในประเทศไทยความคิดความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุ อากาศ และการรักษาความเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยและครอบครัว สัมพันธ์กับความเชื่อในสิ่งเหนือธรรมชาติและการรักษาพื้นบ้านซึ่งมาจากความเชื่อของบุคคล ครอบครัว ประสบการณ์ วัฒนธรรมของท้องถิ่น ส่งผลต่อความรุนแรงของโรค และทัศนคติของผู้ให้บริการต่อการรักษาด้วยวิธีพื้นบ้าน จะเห็นว่ายังมีการรับรู้และการปฏิบัติกรดูแลที่แตกต่างกันระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตและจิตเวช (กรองจิตต์ เมืองวุฒิ, 2537)

จากผลการศึกษาที่ผ่านมาทำให้ทราบว่าปัจจุบันยังมีทัศนคติ ความคิดเห็นที่ไม่ตรงกัน เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณระหว่างผู้ให้และรับบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ทำให้ไม่สามารถประเมินการให้ความหมายและความต้องการการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้ อีกทั้งยังขาดการศึกษาเพื่อให้เกิดการดูแลด้านจิตวิญญาณร่วมกับการดูแลด้านอื่นๆ จะส่งผลให้คุณภาพบริการพยาบาลที่เน้นให้การดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชและครอบครัวที่เป็นองค์รวม และอาจส่งผลเสียต่อภาวะสุขภาพได้ จึงควรทำการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจวิถีการปฏิบัติ ความคิดความเชื่อที่ส่งผลต่อการปฏิบัตินั้น จะทำให้จัดระบบบริการที่เหมาะสม สอดคล้องกับความเชื่อและการปฏิบัติของผู้ป่วยและครอบครัว เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีคุณภาพต่อไป ทั้งนี้แนวโน้มการรักษาพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชในชุมชนมากขึ้น จึงควรตระหนัก และให้ความสำคัญกับการดูแลของครอบครัวในชุมชนด้วย

2. แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัวบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวช

2.1 การดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวช

ผู้ป่วยจิตเวช หมายถึง บุคคลที่ขาดความสามารถในการปรับตัว เป็นผลให้เกิดความแปรปรวนด้านความคิด อารมณ์และพฤติกรรม (ไพรัตน์ พฤษชาติคุณากร, 2534) การเจ็บป่วยทางจิตเวชทำให้บุคคลบกพร่องในการติดต่อสื่อสาร การประกอบอาชีพ การทำงานร่วมกับผู้อื่น (พวงเพ็ญ เจียมปัญญาวัชร และคณะ, 2542) นอกจากนี้บุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวทยังมีการสูญเสียความสามารถในการมีสัมพันธภาพ การดูแลตนเอง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำให้จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนดูแลเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตตามศักยภาพของตนเองได้

การดูแลตนเองตามทฤษฎีการพยาบาลของ Orem (เอ็อมพร ทองกระจาย, 2538) จำแนกความต้องการการดูแลเป็น

- 1) ความต้องการการดูแลตนเองทั่วไป (Universal self care requisites) ได้แก่ ความต้องการคงไว้ซึ่งการได้รับอากาศ น้ำ อาหาร การขับถ่าย กิจกรรมและการพักผ่อน ความสงบ สันโดษ และปฏิสัมพันธ์กับสังคม การป้องกันภัยอันตราย และการส่งเสริมให้บุคคลปฏิบัติหน้าที่ตามปกติ
- 2) ความต้องการการดูแลด้านพัฒนาการ (Developmental self care) หมายถึง ความต้องการตามขั้นตอนของชีวิต และวุฒิภาวะ ทำให้พัฒนาการและวุฒิภาวะเป็นไปตามปกติ
- 3) ความต้องการการดูแลตนเองในภาวะเบี่ยงเบนของสุขภาพ (Health deviation self care requisites) หมายถึงความต้องการการดูแลสุขภาพของบุคคลเมื่อเกิดความเจ็บป่วยหรือได้รับภัยอันตรายที่กระทบต่อการดำรงชีวิตของบุคคล ความบกพร่องที่เกิดขึ้นอาจทำให้บุคคลต้องพึ่งพาผู้อื่นบางส่วนหรือทั้งหมด

โรคทางจิตเวชถือเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังที่รบกวนการดำเนินชีวิต ที่ต้องได้รับความช่วยเหลือโดยคำนึงถึงความต้องการการดูแล ให้ได้รับการทดแทนความบกพร่องในการดูแลตนเองอย่างครบถ้วนตามความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ การดูแล เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่อบุคคล บุคคลต่อสัตว์ หรือบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งอาจเป็นไปตามบทบาทหน้าที่ หรือกระทำด้วยความสนใจเอาใจใส่ ด้วยความรักความห่วงใย และความเอื้ออาทร

Watson (Nicoll, 1997) กล่าวว่า การดูแล คือ การที่บุคคลสองคนร่วมประสบการณ์ และเหตุการณ์ของอีกบุคคลในสัมพันธภาพการดูแล (Transpersonal) เป็นกระบวนการช่วยเหลือบุคคลให้ประสบความสำเร็จ และมีสุขภาพดี หากจะต้องเสียชีวิตก็ดูแลให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นและสงบ โดยต้องคำนึงถึงความเป็นบุคคลอันประกอบด้วย กาย จิตใจ และวิญญาณ ดำรงไว้ซึ่งความเป็นมนุษย์ ความมีศักดิ์ศรี และความสมบูรณ์แห่งตน พฤติกรรมการดูแลประกอบด้วย การเข้าใจถึงความต้องการของผู้รับการดูแลอย่างถูกต้อง (Knowing) การอยู่เป็นเพื่อน (Being with) การรู้

สี่กร่วม ความเมตตากรุณา การอยู่ด้วย ความรัก ความอ่อนโยน และความรู้สึกสบาย ให้การช่วยเหลือสนับสนุน (Enabling) ตามความต้องการ และสร้างความเชื่อ ความหวัง ความไว้วางใจ (Maintaining belief)

การดูแลจึงเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ใช้ความรู้จากศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง ในการช่วยเหลือ ส่งเสริม สนับสนุน และอำนวยความสะดวกให้กับบุคคลหรือกลุ่มคนในการสร้างหรือปรับปรุงแนวทางชีวิตและสภาพชีวิต (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2542) ทั้งนี้การดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชในปัจจุบันเน้นการรักษาในโรงพยาบาลระยะสั้น และการให้ความสำคัญกับการดูแลที่บ้านโดยครอบครัวและชุมชน รูปแบบการพยาบาลในการดูแลจึงควรปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสภาพที่แท้จริงของครอบครัว ชุมชนของผู้ป่วย และตระหนักในความสำคัญของการพยาบาลแบบองค์รวมโดยนำครอบครัวเข้าร่วมวางแผนให้การพยาบาลด้วย

2.2 ครอบครัวและผู้ดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวช

ครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมที่สมาชิกมีความผูกพันใกล้ชิด ยาวนาน มีหน้าที่ดูแลรักษาและฟื้นฟูภาวะสุขภาพของบุคคลในครอบครัวเมื่อเจ็บป่วยขณะอยู่ที่บ้าน และแม้ในโรงพยาบาล และความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวก็มีผลกระทบต่อสมาชิกและครอบครัวโดยรวม ในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบครอบครัวหลายรูปแบบ ลักษณะครอบครัวที่แตกต่างกันจะมีลักษณะเฉพาะ มีความต้องการและภาวะเสี่ยงที่แตกต่างกัน รูปแบบของครอบครัวมีดังนี้ (รุจา ภูไพบูลย์, 2541)

- 1) รูปแบบครอบครัวเดิม ได้แก่ ครอบครัวเดี่ยว ครอบครัวคู่สามีภรรยา ครอบครัวที่มีบิดามารดาเดี่ยว คนโสดอยู่คนเดียว ครอบครัวขยาย ครอบครัวคู่ชรา ครอบครัวเครือญาติ
- 2) รูปแบบครอบครัวใหม่ ได้แก่ ครอบครัวคอมมูน ครอบครัวที่บิดามารดาไม่ได้สมรส คู่อยู่ร่วมกัน และคู่รักร่วมเพศ

ครอบครัวมีส่วนดูแล ช่วยเหลือสนับสนุน ฟื้นฟูบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวช ดังที่ ยาใจ สิทธิมงคล (2542) ให้ความเห็นว่าครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการร่วมกันสนับสนุนให้การรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่ได้ผลดีที่สุด มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพื่อทำการรักษา ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ให้กำลังใจให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยให้อยู่ในชุมชนได้ การเข้ามามีส่วนร่วมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของครอบครัวเกิดจากแนวคิดสำคัญ 2 ประการ คือ

- 1) การเปลี่ยนจากความเชื่อว่าความเจ็บป่วยทางจิตเวชเกิดจากสัมพันธภาพ หรือ

การติดต่อสื่อสารของสมาชิกในครอบครัว มาสู่แนวความคิดการป่วยทางจิตเวชเกิดจากความผิดปกติของพยาธิสภาพในสมอง ชีวภาพ และกรรมพันธุ์

2) แนวคิดว่าการที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลนานๆ เกิดผลเสียต่อการดำรงชีวิตในสังคมเดิมของผู้ป่วย การรักษาสติของผู้ป่วย และความก้าวหน้าในการรักษาด้วยยา จึงมีนโยบายการอยู่โรงพยาบาลในระยะสั้น และให้ผู้ป่วยได้อยู่ชุมชน สังคมเดิมมากที่สุด

บุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชเป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่จำเป็นต้องให้การดูแลเป็นระยะเวลานาน ครอบครัวผู้ให้การดูแลมีหน้าที่อื่นๆ เช่น การดูแลสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว การสร้างฐานะทางเศรษฐกิจและสถานภาพทางสังคม จึงจำเป็นต้องมีผู้รับหน้าที่ดูแลผู้ป่วย

ผู้ดูแลในครอบครัว (Family caregiver / Informal caregiver / Informal carer) หมายถึงญาติ หรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่บ้าน (Davis, 1992 อ้างใน จอม สุวรรณโณ, 2541) อาจเป็นบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลที่มีความสำคัญคนอื่นๆ มุ่งเน้นการดูแลช่วยเหลือโดยไม่ได้รับการตอบแทน และให้การดูแลที่บ้านหรือชุมชนแหล่งอาศัย

ผู้ดูแลมี 2 ลักษณะ (Horowitz 1985 อ้างใน จอม สุวรรณโณ, 2541) คือ

1) ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) หมายถึง ผู้ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง เพื่อตอบสนองของความต้องการด้านร่างกาย กิจวัตรประจำวัน โดยใช้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่นๆ

2) ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นๆ ที่ให้การดูแลด้านอื่นที่ไม่ได้กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง เช่น ดูแลเรื่องค่าเดินทาง ค่ารักษาพยาบาล ค่าครองชีพ หรือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลโดยตรงเป็นบางครั้งคราวเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถทำหน้าที่ได้

ทั้งนี้อาจมีรูปแบบอื่นๆ เช่น มีผู้ดูแลหลักเพียงคนเดียว มีผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรอง มีผู้ดูแลหลัก 2 คนโดยไม่มีผู้ดูแลรอง และมีผู้ดูแลหลัก 2 คน ผู้ดูแลรองหลายคน พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาผู้ดูแลให้มีความสามารถในการดูแล พิจารณาตัดสินใจ ปรับเปลี่ยน และลงมือปฏิบัติการดูแล เพื่อตอบสนองของความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ปลอดภัย และต่อเนื่อง

การดูแลโดยผู้ดูแลในครอบครัว เป็นการดูแลโดยสร้างสัมพันธภาพ มีความห่วงใยและสนใจมากที่สุด มีความผูกพันและพยายามให้ความใกล้ชิด และแสดงการยืนยันความห่วงใย แต่ก็ยังต้องการการดูแลและแนะนำเพื่อให้เกิดความรู้และทักษะในการปฏิบัติจากพยาบาลวิชาชีพและบุคลากรทางสุขภาพ (ศิริอร สิ้นธุ และ สมใจ พุทธิพิทักษ์ผล, 2542) พยาบาลจิตเวชจึงมีบทบาท

ในการดูแลครอบครัวเพื่อให้สามารถดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชได้อย่างเหมาะสมตามสภาพของแต่ละครอบครัว

2.3 แนวคิดการพยาบาลครอบครัวบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวช

ยาใจ สิริทิมงคล (2538; 2542) ได้วิเคราะห์รายงานการวิจัยและให้แนวคิดการพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช ดังนี้

1) รูปแบบการให้สุขศึกษาแก่ครอบครัว (Psychoeducational Family Intervention Model) แนวคิดนี้เชื่อว่าสภาพครอบครัวทำให้เกิดความเจ็บป่วยทางจิต เน้นการรักษาจากบุคลากรในโรงพยาบาล การบำบัดรายบุคคล และการบำบัดครอบครัว โดยครอบครัวเป็นเพียงผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเลี้ยงดู สัมพันธภาพในครอบครัว โดยไม่ได้ให้ความสำคัญกับสภาพครอบครัว และความต้องการของครอบครัว อาจทำให้ครอบครัวรู้สึกผิด โกรธผู้รักษา อาจไม่เข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาและอาจไม่นำผู้ป่วยมารักษาอีก

2) การดูแลครอบครัวจากแนวคิดครอบครัวมีภาระการดูแลผู้ป่วย (Family Burden Approach) ได้แก่ ภาระเชิงอัตวิสัย ภาระเชิงจิตวิสัย การเงินและด้านอารมณ์จิตใจ กิจกรรมประจำวันในเชิงลบ การพยาบาลครอบครัวมุ่งการลดความเครียด ความรู้สึกเป็นภาระ ความอับอาย ความรู้สึกผิดของครอบครัว โดยมากเป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้น อาจทำให้ครอบครัวมองผู้ป่วยเพียงด้านเดียว

3) แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาธรรมชาติที่แท้จริงของครอบครัวในฐานะผู้ดูแล (Explanatory Model of the Nature of Family Caregiving) ครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา มีความคิดความเชื่อ การรับรู้ เกี่ยวกับโรคจิตเวชเฉพาะของครอบครัวเอง และอาจต่างกับผู้รักษา เน้นการประเมิน ทำความเข้าใจครอบครัวตามสภาพที่เป็นจริง เพื่อจัดรูปแบบการดูแลครอบครัวอย่างมีส่วนร่วมอย่างเหมาะสม จัดการกับสภาพความเดือดร้อนที่เกิดขึ้นจริง และค้นหาสิ่งสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับตัวอยู่ร่วมกันได้

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ (2543) ได้เสนอกรอบแนวคิดในการพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชโดยปรับ Family Resiliency Model มาใช้ในครอบครัวไทย พบว่าการปรับตัวก่อนภาวะวิกฤตประกอบด้วยสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะวิกฤตเกิดขึ้น ร่วมกับปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ลักษณะพื้นฐานของครอบครัว แหล่งสนับสนุน การรับรู้ของครอบครัว และกลวิธีการแก้ปัญหา หลังภาวะวิกฤตเหตุการณ์นั้นจะเป็นปัญหาเรื้อรัง และมีผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลงแบบแผน ความเชื่อ ค่านิยมของครอบครัว

แนวคิดที่เปลี่ยนมุมมองครอบครัวเป็นผู้ร่วมดูแลทำให้บริการพยาบาลปรับเป็นการทำ ความเข้าใจการดูแล ความต้องการ สภาพครอบครัว และให้การสนับสนุนให้มีส่วนร่วมดูแลอย่าง เหมาะสม ดังการศึกษารูปแบบการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและวิธีการดูแลผู้ป่วย (ทานตะวัน แยมบุญเรือง, 2540) เทคโนโลยีการดูแลญาติผู้ป่วยจิตเภท โดยการให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่อง ความ รู้เรื่องโรคจิตเภท อาการ สาเหตุ การรักษาและการป้องกันกำเริบ การสื่อสารเพื่อการดูแลผู้ป่วย การดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การจัดการกับความเครียดของญาติ (กรมสุขภาพจิต, 2543ก) โปรแกรมการสอนการดูแลผู้ป่วยแก่ครอบครัวเน้นความสามารถในการปรับตัว (Mohr, Lafuze, and Mohr, 2000) และโปรแกรมสอนการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย เพื่อลด ความซึมเศร้าในผู้ดูแล (Buckwalter, 1999)

จะเห็นได้ว่ารูปแบบการพยาบาลครอบครัวที่ผ่านมาให้ความสำคัญกับการให้ความรู้ และ ลดความรู้สึกเชิงลบต่อการดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชของผู้ดูแล ยังไม่ได้มีการศึกษาที่เกี่ยว กับการดูแลของครอบครัวตามมุมมองของผู้ดูแล ซึ่งอาจมีความรู้สึกเชิงบวกต่อการดูแลบุคคลที่มี ปัญหาทางจิตเวช และรูปแบบบริการพยาบาลโดยรวมด้านจิตวิญญาณ เพื่อสนับสนุนให้ผู้ดูแล สามารถให้การสนับสนุนดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชโดยรวมด้านจิตวิญญาณกับการดูแลด้าน อื่นๆ

2.4 การดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชของผู้ดูแลในครอบครัว

เวทินี สุขมาก และคณะ (2544) ศึกษากระบวนการเผชิญปัญหาของญาติผู้ป่วยจิตเภท พบว่า 1) สับสน คือ มีความเครียดสูง วิตกกังวล ตกใจ เชื่อผู้อื่นง่ายและพยายามทำตามเพื่อให้ ผู้ป่วยหาย สงสารและกลัวผู้ป่วย 2) แสวงหา คือ ข้อมูล สาเหตุจากการถูกทำทางไสยศาสตร์ เวท มนต์ หรือสิ่งเหนือธรรมชาติ, ปรึกษากับครอบครัว ญาติ เรื่องสถานรักษา ต่อมาผู้ป่วยไม่หายจะ เปลี่ยนเรื่องที่ปรึกษาเป็นเรื่องเกี่ยวกับผู้รับผิดชอบการดูแล เงินค่ารักษา, ทดลอง รักษาตนเอง เพราะสบายใจและคิดว่าจะหาย, ความหวัง 3) การปรับตัว คือ ระมัดระวังพฤติกรรม ใกล้ชิดผู้ป่วย มากขึ้น ตรวจสอบอาการและปรับยาเอง ติดต่อเจรจาเกี่ยวกับค่ารักษา แสวงหาความช่วยเหลือ และวางแผนชีวิตในอนาคตของผู้ป่วย 4) หดหู่ คือ หดแรงแรงเนื่องจากดูแลไม่ไหว และหมดหวัง

ถวิล นภาพงศ์สุริยา และคณะ (2543) พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังส่วนใหญ่ มีพฤติ กรรมการเผชิญความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง โดยแสดงออกด้านอารมณ์ค่อนข้างมาก ด้าน การหาสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ และด้านการเผชิญกับเหตุการณ์อยู่ในระดับปานกลาง และได้รับการ สนับสนุนทางสังคมด้านการประเมิน ด้านข้อมูล และด้านอารมณ์อยู่ในระดับค่อนข้างมาก และ การสนับสนุนทางสังคมมีผลทางบวกกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียด (P .01)

การศึกษานี้เป็นการศึกษาผู้ดูแลในด้านลบและมองผู้ป่วยเป็นปัญหา แต่ก็ยังมีการศึกษาการตอบสนองของผู้ดูแลต่อบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวช ซึ่งได้ผลเกี่ยวข้องกับจิตวิญญาณ เช่น

Rungreangkulkij and Chesla (2001) ศึกษามารดาที่ดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทในจังหวัดขอนแก่น พบว่าวัฒนธรรมและความเชื่อทางพุทธมีผลต่อความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ประสบการณ์การดูแลประกอบด้วย 1) มารดาจะนำผู้ป่วยไปรักษาด้วยวิธีพื้นบ้านหลายแห่ง เมื่อไม่หายจึงนำไปโรงพยาบาล 2) การตอบสนองต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยด้วยการทำใจ หมายถึง ยอมรับ เข้าใจ ความสมเหตุสมผล และรู้สึกว่าเป็นหน้าที่ และ 3) ดูแลด้วยความเป็นมารดา โดย อ่อนหวาน ไม่เผชิญหน้าเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมและอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม

Butcher et al. (2001) พบว่าการดูแลสมาชิกครอบครัวที่ป่วยด้วยโรคอัลไซเมอร์ของผู้ดูแลมี 8 องค์ประกอบคือ อยู่ในบทบาทการดูแล อดทนยืนหยัดต่อความเครียดและความคับข้องใจ เป็นทุกข์จากการสูญเสีย รวมการเจ็บป่วยไว้ในชีวิตประจำวัน หาสิ่งสนับสนุน ปรับตามการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตลอดเวลา และ ค้นหาความหมายและความสุขในชีวิต

2.5 การดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชด้านจิตวิญญาณของผู้ดูแลในครอบครัว

การศึกษาด้านจิตวิญญาณและการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว เช่น

Moller (1999) ใช้รูปแบบการศึกษา Focus group ศึกษาความหมายและความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยจิตเวช 65 ราย และครอบครัว 27 ราย ในโรงพยาบาล พบว่าต้องการการยอมรับ การเป็นเพื่อน การพูดคุย ปรึกษา และปลอบโยนให้อบอุ่นใจ

Greasley et al. (2001) ศึกษาด้วยการทำ Focus group จากผู้รับบริการคือผู้ป่วยจิตเวชและผู้ดูแล และผู้ให้บริการคือพยาบาลจิตเวช 3 ประเด็นคำถาม คือความหมายของจิตวิญญาณ ความสัมพันธ์กับสุขภาพ และคุณภาพการดูแลด้านจิตวิญญาณ พบว่า จิตวิญญาณของผู้ป่วยและผู้ดูแลหมายถึงความรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับความหมายและเป้าหมายในชีวิต ซึ่งอาจแสดงออกทางศาสนาหรือไม่ก็ได้ การดูแลด้านจิตวิญญาณจะสัมพันธ์กับความหมายจิตวิญญาณของบุคคลนั้น คุณภาพการดูแลคือ การดูแลระหว่างบุคคลของพยาบาลที่แสดงออกทางความรักและความเมตตาต่อผู้ป่วย เมื่อเปรียบเทียบกับพยาบาล จะเห็นว่ามีแตกต่างกัน พยาบาลให้ความสำคัญน้อยกว่าการรับรู้ของผู้รับบริการ และมีทัศนคติไม่ดีต่อการดูแลด้านจิตวิญญาณ

นอกจากนี้มีผลการศึกษาด้านจิตวิญญาณจากผู้ดูแลในครอบครัวในผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ดังนี้

Dunne (2001) กล่าวว่าผู้ดูแลรวมถึงสมาชิกครอบครัว เพื่อน ผู้นำทางศาสนา และบุคลากรทางสุขภาพ จำเป็นต้องมีแนวทางในการดูแลด้านจิตวิญญาณ โดยผู้มีส่วนสำคัญในการดูแลด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยมากที่สุดคือสมาชิกในครอบครัว โดยมีแนวทางการดูแล 3 ประการ คือ

1) การดูแลความศรัทธาของผู้ป่วยด้วยการยึดมั่นผูกพัน (commitments for faith) คือ การแสดงออกถึงถึงความศรัทธาของผู้ดูแลและผู้ป่วย เช่น ความศรัทธาต่อบุคคลสำคัญ การทบทวนความรู้สึกทางศีลธรรม เหตุการณ์สำคัญในชีวิต โดยการพูดคุยสนทนา รับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยไว้วางใจ วิธีที่ผู้ป่วยเผชิญต่อสิ่งที่ท้าทายในชีวิต การให้ความรัก เชื้ออาหาร ดูแลอย่างพิถีพิถัน มีความยินดีอย่างแท้จริง และตระหนักถึงการดูแลจิตวิญญาณขณะให้การดูแลผู้ป่วยทุกขณะ

2) การดูแลความหวังของผู้ป่วยด้วยความสุนทรีย์ (aesthetics for hope) คือ การพิจารณาสิ่งๆ ที่สร้างความหวังหรือสิ่งที่แสดงว่าผู้ป่วยมีชีวิตอยู่เพื่อสิ่งนี้ เช่น เหตุการณ์ในชีวิต ธรรมชาติ ศิลปะ จัดสิ่งแวดล้อมทางรูป รส กลิ่น เสียง สัมผัส กิจกรรมประจำวัน แก่ผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

3) การดูแลความเชื้ออาหารด้วยความเป็นเพื่อนมนุษย์ (company for charity) ให้และรับความเชื้ออาหารอย่างไม่มีเงื่อนไข แลกเปลี่ยนประสบการณ์ลึกลับ (mystery) หรือที่ผู้ป่วยต้องการเล่าสู่คนรุ่นหลัง ชีวิตหลังความตาย ผู้ดูแลให้การดูแลอย่างเสียสละ อยู่เป็นเพื่อนในวาระสุดท้ายของชีวิต

Conco (1995) ศึกษาประสบการณ์การได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยที่นับถือศาสนาคริสต์จากผู้ดูแล ทั้งบุคลากรทางสุขภาพ สมาชิกในครอบครัว เพื่อน ผู้นำทางศาสนา พบว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลโดยการให้ความรัก การให้ การยอมรับ และการมุ่งดูแลด้านจิตวิญญาณ ทำให้ผู้ป่วยบรรลุถึงภาวะที่มีความหมายและเป้าหมายในชีวิตสูงขึ้น มีความหวัง ได้ติดต่อสัมพันธ์กับสิ่งที่ตนให้คุณค่า

นอกจากนี้ยังพบว่าในผู้ป่วยเอดส์มารดาให้การดูแลด้านร่างกาย อาการของโรค จิตใจ และจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วย และด้านจิตวิญญาณมารดาให้การดูแลโดยการเอาใจใส่ ให้ความรัก อยู่เป็นเพื่อน พูดคุยและรับฟังผู้ป่วย และส่งเสริมให้ผู้ป่วยระลึกถึงพระเจ้าหรือสิ่งใดๆ เพื่อเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจขณะเจ็บป่วย (Nelms, 2000)

ในประเทศไทยมีการศึกษาการดูแลของครอบครัวโดยใช้วิธีการรักษาแบบพื้นบ้าน (ชฎาพรพรรณ รัตนติกานนท์ และ คณะ, 2540; พินลดา และ คณะ, 2542) บทบาทของสมาชิกครอบครัวในการดูแลป่วยจิตเวช (ปรีดีหทัย แก้วมณีรัตน์, 2534) ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับ การดูแลด้าน

จิตวิญญาณแก่บุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชของผู้ดูแลในครอบครัวโดยตรง อย่างไรก็ตามมีเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องอื่นๆ

3. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3.1 บุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชและครอบครัว

ภคทิลลา อิชูร์ตัน (2539) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ และสามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคประสาทโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 360 คน ใช้แบบสำรวจความเครียดของ Health Opinion Survey และแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนของครอบครัว และการสนับสนุนของชุมชนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบบสัมภาษณ์ความเชื่อเกี่ยวกับศาสนา และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของจินตนา ยูนิพันธ์ ค่าความเที่ยงด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.76, 0.78, 0.72 และ 0.92 ตามลำดับ พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสนับสนุนของชุมชน ครอบครัว และความเชื่อเกี่ยวกับศาสนา และการสนับสนุนของชุมชน ความเชื่อเกี่ยวกับศาสนา การสนับสนุนของครอบครัว และระดับการศึกษา ร่วมกันพยากรณ์ตามลำดับ ได้ร้อยละ 33.2 ที่ระดับ .01

พวงเพ็ญ เจียมปัญญาวัช และคณะ (2542) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช 117 ราย ก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างจากทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม ทดสอบค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาค .90 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติของเพียร์สัน พบว่าผู้ป่วยมีการดูแลตนเองในระดับปานกลางในด้านอากาศ อาหาร น้ำ การขับถ่าย นันทนาการ ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การรับประทานยา และการจัดการกับอาการต่างๆ เมื่อเรียงลำดับพฤติกรรมรายชื่อ ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองโดยทำบุญทำทานเพื่อให้เกิดความสบายใจเป็นอันดับ 9 (53.8%)

3.2 การศึกษาเกี่ยวกับครอบครัวบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดจิตวิญญาณ

ในประเทศไทยมีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด องค์ประกอบของจิตวิญญาณ หรือวิธีการดูแลที่สัมพันธ์กับการดูแลด้านจิตวิญญาณ ดังนี้

พินลดา มุลาดี และคณะ (2542) ศึกษาการนำผู้ป่วยจิตเภทไปรักษาด้วยวิธีพื้นบ้านก่อนมารักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น โดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเภท 400 ราย ที่เข้ารับการรักษาครั้ง

แรกตามแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น พบว่าผู้ป่วย 82.50% เคยไปรับการรักษาทางไสยศาสตร์มาก่อน โดยญาติเป็นผู้พาไปรักษา วิธีการรักษา เช่น หมอลำผีฟ้า คนทรง สะเดาะเคราะห์ หมอผีเอาออก หมอไสยศาสตร์ หมอพระ ภิกษุ รดน้ำมันต์ หมอดู นั่งสมาธิ ล้างบาป ส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมารักษาที่โรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายสูงขึ้น จากการเดินทางและค่าเลี้ยงดูญาติ เพื่อนบ้านที่ตามไปด้วย และอาจเกิดผลจากวิธีการรักษาที่รุนแรงต่อร่างกาย และความเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วย

ทิพย์ภา เซษฐ์เซาวลิต และคณะ (2542) ศึกษาพฤติกรรมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเชิงพื้นบ้านในภาคใต้ 433 ราย โดยสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างที่สร้างจากผู้วิจัย และตรวจสอบความตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ และ ไคว์-สแควร์ พบว่ามีการดูแลผู้ป่วยเชิงพื้นบ้านพร้อมกันหลายวิธี เรียงตามลำดับคือ น้ำมันต์ (69.7%), สมุนไพร (56.4) หมอเข้าทรง / หมอดู (31.1%) หมอนั่งทางโน (27.3%) หมากพลูเสก (21.2%) รับโนราลงครุ (14.1%) บวชชี / พระ (12%) งดอาหารแสลง (8.1%) ไปวัด / ร่วมกิจกรรมศาสนาบ่อยขึ้น (4.6%) ด้วยเหตุผลความเชื่อในสิ่งเหนือธรรมชาติ ต้องการได้บุญ จิตใจสงบ

การศึกษาดังกล่าวแม้ว่าจะไม่ได้ศึกษาแนวคิดทางจิตวิญญาณโดยตรง แต่ก็แสดงให้เห็นว่าบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชและผู้ดูแลในครอบครัวมีความต้องการการรักษาทางจิตวิญญาณและปฏิบัติการดูแลด้วยความเชื่อ ศาสนา และอำนาจเหนือธรรมชาติ โดยนำผู้ป่วยไปรักษามากกว่า 80% ในขณะที่บุคลากรทางสุขภาพมองว่าเกิดผลเสียต่อผู้ป่วย

3.3 การศึกษาเกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณในกลุ่มอื่นๆ

Nelms (2000) ใช้ปรากฏการณ์วิทยาการแปลความ โดยใช้กรอบแนวคิดของ Leonard's practices of mothering framework ศึกษาประสบการณ์การดูแลบุตรชายวัยผู้ใหญ่ที่ป่วยเป็นโรคเอ็ดส์ โดยสัมภาษณ์มารดา 14 ราย ที่มีบุตรเสียชีวิต 2 เดือน – 5 ปี ก่อนดำเนินการสัมภาษณ์บันทึกเทป ผลการศึกษาพบว่ามารดาผู้ดูแลให้การดูแลด้านร่างกาย อาการของโรค และให้การดูแลด้วยความรัก ยอมรับ รับฟัง ปลอบโยน ให้กำลังใจ อยู่ร่วมกับผู้ป่วยจนวาระสุดท้าย ใช้เวลาในการดูแลอย่างมีค่า คิดว่าการได้ดูแลผู้ป่วยเป็นของขวัญจากพระเจ้า แสวงหาความช่วยเหลือเกี่ยวกับวิธีการดูแล อาจเป็นการสวดมนต์ขอพรจากพระเจ้า บางครั้งอาจตั้งคำถามต่อพระเจ้าถึงเหตุผลที่บุตรป่วย บางครั้งทำให้มีความเข้มแข็งมากขึ้น มารดาคำนี้ถึงจิตวิญญาณของผู้ป่วยโดยบอกให้ผู้ป่วยค้นหาความหมายหรือความเชื่อ เพื่อยึดเหนี่ยว จิตใจ เช่น ศาสนา ดนตรี มารดาเชื่อว่าความเชื่อในพระเจ้าจะทำให้บุตรมีความสุขก่อนตาย การเปลี่ยนมาเชื่อของบุตรทำให้การ

ทางกายดีขึ้น คิดถึงชีวิตหลังความตาย และเชื่อว่าผู้ป่วยมาปรากฏต่อหน้าตนในลักษณะพระ 8 รูป ตามความเชื่อของชาวอเมริกันพื้นเมือง

Sellers (2001) ใช้แนวคิดการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของ Leininger ศึกษาการให้ความหมายการดูแล การปฏิบัติกิจกรรม และการรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่อาศัยอยู่ในตะวันออกเฉียงกลางของอเมริกา โดยวิธีชาติพันธุ์วิทยา (Ethnonursing) สัมภาษณ์โดยใช้แนวคำถามกึ่งโครงสร้าง และบันทึกบทของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 6 ราย ผู้ให้ข้อมูลทั่วไป 12 ราย ถอดเทปและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ได้ผลการศึกษา 5 ประเด็น คือ 1) จิตวิญญาณเป็นแรงจูงใจให้ค้นหาความหมายและเป้าหมายในการดำเนินชีวิต ซึ่งเป็นผลจากการมีปฏิสัมพันธ์กับตนเอง บุคคลอื่น และสิ่งเหนือธรรมชาติ 2) จิตวิญญาณมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาและตลอดชีวิตจากประสบการณ์ชีวิตและประสบการณ์ทางจิตวิญญาณ 3) เป็นสิ่งที่แสดงถึงความเป็นบุคคล เช่น การดำเนินชีวิตประจำวัน การปฏิบัติต่อผู้อื่น สิ่งแวดล้อม พิธีกรรม 4) สิ่งแวดล้อมมีผลต่อจิตวิญญาณ เช่น วัฒนธรรม ครอบครัว ความเป็นอิสระและความเชื่อมั่นของบุคคล ธรรมชาติ และ 5) พยาบาลสามารถให้การดูแลด้านจิตวิญญาณได้โดยการเข้าใจความเป็นเอกลักษณ์ของแต่ละบุคคล วิธีการดูแลจิตวิญญาณ ได้แก่ การถ่ายทอดความเมตตา การดูแล การดำรงอยู่ในปัจจุบัน (being present) อยู่เป็นเพื่อน รับฟัง ให้การยอมรับ ดูแลคนด้วยจิตวิญญาณ การเป็นพยาบาล ปฏิบัติต่อบุคคลด้วยความเป็นมนุษย์

Hall (1998) ใช้การแปลความศึกษาประสบการณ์ด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยเอดส์ 10 รายที่มีประสบการณ์ใช้จิตวิญญาณหรือศาสนาช่วยในการเผชิญกับการเจ็บป่วย ผู้วิจัยให้ความหมายด้านจิตวิญญาณเฉพาะด้านศาสนาเท่านั้น เก็บข้อมูลโดยสัมภาษณ์แบบมีแนวคำถาม 2 ครั้ง ถอดเทปและแปลความ นำกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องของการแปลความ ประเด็นที่ค้นพบคือ 1) การติดเชื่อเอดส์ทำให้ผู้ให้ข้อมูลซึ่งถูกตราบาปจากสังคม ครอบครัว จาก การเป็นกลุ่มรักร่วมเพศ ใช้สารเสพติด ให้กลับมาศรัทธาศาสนา กลับเข้าสู่ครอบครัว ค้นหาความหมายทางจิตวิญญาณของตน 2) การที่ป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่หาย ทำให้เกิดความเข้าใจชีวิต เข้าใจตนเอง จิตวิญญาณของตน และดำเนินชีวิตที่เหลืออยู่อย่างดี และ 3) ใช้จิตวิญญาณหรือศาสนา เป็นกรอบในการดำเนินชีวิต

อัจฉรา ต้นศรีรัตนวงศ์ (2541) ทำการวิจัยเชิงคุณภาพศึกษาการเยียวยาจิตวิญญาณทางพุทธศาสนา โดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่นับถือศาสนาพุทธ 40 คน ที่มารับบริการชมรมเพื่อนวันพุธ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้คำถามแบบมีโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลแบบ Content

analysis พบว่า ผู้ป่วยใช้แนวคิดทางพุทธศาสนาช่วยในการรับความรู้สึก การรับรู้ กลไกทางจิต วิธี การปรับตัว และ จิต อารมณ์

บุปผา ซอบใช้ (2543) ศึกษาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยในมิติจิตวิญญาณในหอผู้ป่วย อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยสัมภาษณ์เชิงลึก สทนทนากลุ่ม สังเกตแบบมีส่วนร่วม ทบทวนเอกสาร เช่น มาตรฐานการพยาบาล บันทึกทางการพยาบาล จาก พยาบาล 20 ราย หัวหน้าหอผู้ป่วย 9 ราย ผู้ป่วย 9 ราย ญาติ 3 ราย และแพทย์ 3 ราย วิเคราะห์ เนื้อหา จัดกลุ่มประเด็น ดีความ พบว่า 1) พยาบาลให้ความสำคัญและแก้ไขปัญหาปัญหาด้าน ร่างกายก่อนดูแลด้านจิตวิญญาณ ไม่เขียนการดูแลจิตวิญญาณในบันทึกทางการพยาบาล 2) ให้ความสำคัญกับการประเมินความต้องการการปฏิบัติศาสนกิจของผู้ป่วยน้อยมาก ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ยังปฏิบัติศาสนกิจเหมือนอยู่บ้านเพื่อให้จิตใจสงบ มีความหวัง กล้าเผชิญเหตุการณ์ต่างๆ พยาบาลไม่ได้ขัดขวางหรือรบกวนการปฏิบัติศาสนกิจหรือการปฏิบัติตามความเชื่อด้านอื่น พยาบาลตอบสนองความต้องการโดยใช้บุคคลในครอบครัว แต่ยังไม่สามารถส่งเสริมจิตวิญญาณ เพื่อเผชิญกับความกลัว หรือตอบสนองความเชื่อ ความหวังในชีวิตหลังความตายได้ 3) ญาติให้ความเห็นว่าพยาบาลดูแลด้านร่างกายได้ดี ส่วนจิตวิญญาณญาติทำหน้าที่มากกว่า และแพทย์ เห็นว่าพยาบาลแต่ละคนเข้าใจความต้องการด้านจิตวิญญาณแตกต่างกัน

4. สรุปการทบทวนวรรณกรรม

การทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมาแสดงถึงความสำคัญของขององค์ประกอบด้าน จิตวิญญาณต่อความเป็นบุคคลโดยรวม มีความสัมพันธ์ต่อสุขภาพกายและจิตของผู้ป่วยในกลุ่ม ต่างๆ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องให้การดูแลด้านจิตวิญญาณแก่บุคคลร่วมกับการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และได้มีความพยายามศึกษาและพัฒนาการดูแลด้านจิตวิญญาณอย่างต่อเนื่อง ทั้งในคลินิกและระบบการศึกษา โดยถือเป็นการดูแลแบบองค์รวมอันเป็นบทบาทสำคัญในการปฏิบัติพยาบาลตามแนวคิดพื้นฐานและจริยธรรมของวิชาชีพ การศึกษาส่วนมากทำในกลุ่มผู้ป่วยฝ่ายกายที่ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานด้านร่างกายและจิตใจต่อผู้ป่วย และการใช้ จิตวิญญาณและกิจกรรมด้านจิตวิญญาณสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิต มีความผาสุกทาง ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ มากขึ้น

ในกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชและครอบครัวพบว่าการศึกษาดูแลด้าน จิตวิญญาณน้อยมาก ทั้งที่พบว่ามีความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณด้วยเช่นกัน ทำให้ขาด ผลการศึกษาเพื่อพัฒนาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชโดยคำนึงถึงความเป็นบุคคลโดย รวมการดูแลด้านจิตวิญญาณ และปัจจุบันแนวโน้มการดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชที่บ้านเพิ่ม

ขึ้นจึงควรให้ความสำคัญกับการดูแลของครอบครัว แต่ผลการศึกษาที่ผ่านมาเน้นการดูแลของครอบครัวแก่ผู้ป่วยในด้านร่างกาย การรักษาทางยา สัมพันธภาพของผู้ป่วยกับครอบครัวและบุคคลอื่น ยังไม่พบการศึกษาการดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชด้านจิตวิญญาณของครอบครัวเลย ขณะที่มีการศึกษาว่ามีการดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชโดยใช้ความเชื่อและการปฏิบัติกิจกรรมทางจิตวิญญาณของครอบครัว ผู้ดูแล ซึ่งส่งผลต่ออาการเจ็บป่วยและผลการรักษา และสภาวะทางจิตใจของผู้ป่วย

ดังนั้นการบริการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวสามารถดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชที่บ้านโดยรวมการดูแลด้านจิตวิญญาณ จึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการให้ความหมายและการดูแลด้านจิตวิญญาณตามการรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัว เพื่อใช้เป็นความรู้พื้นฐานในการจัดบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชแก่บุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชและครอบครัวในชุมชนได้ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาและทบทวนวิธีการศึกษาเพื่อให้ได้มาซึ่งองค์ความรู้ดังกล่าว จึงเลือกศึกษาด้วยวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl (Koch, 1995)

5. แนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) เป็นการศึกษาเพื่อค้นหาความรู้โดยมีพื้นฐานมาจากศาสตร์สาขาปรัชญา สังคมวิทยา และจิตวิทยา เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตตามการรับรู้ในปรากฏการณ์ธรรมชาติ (Streubert and Carpenter, 1999: 43) นักปรากฏการณ์วิทยาเชื่อว่า ความรู้คือสิ่งที่จริง (knowledge is that the reality) เกิดจากการให้ความหมายต่อโลก (gives meaning to the world) ของบุคคลผู้มีประสบการณ์ไม่สามารถศึกษาโดยแยกบุคคลออกจากประสบการณ์ได้ (Omery and Mark, 1995:141) เป็นวิธีการศึกษาที่มีเป้าหมายเพื่อค้นหาวิเคราะห์ และอธิบายประสบการณ์ โดยปราศจากการคิดล่วงหน้า เพื่อรับรู้สิ่งที่จริงมากที่สุดตามการรับรู้ของผู้มีประสบการณ์ โดยไม่วิพากษ์วิจารณ์ ประเมิน หรือให้ความเห็นที่คิดว่าถูกต้องและอธิบายปรากฏการณ์เสมือนเป็นการอธิบายของผู้มีประสบการณ์เอง ในแนวคิดนี้จะทบทวนเกี่ยวกับแนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl

5.1 ความหมายของปรากฏการณ์วิทยา

Husserl (cites in Holloway and Wheeler, 1996) กล่าวว่าปรากฏการณ์วิทยา คือ การศึกษาเพื่ออธิบายประสบการณ์ชีวิตโดยปราศจากการคิดไตร่ตรองไว้ก่อน เกี่ยวกับความจริงของสิ่งรอบตัว (objective reality) ของประสบการณ์นั้น

ปรากฏการณ์วิทยา หมายถึง ศาสตร์ที่มีจุดประสงค์อธิบายปรากฏการณ์ธรรมชาติที่มี

ความเฉพาะเจาะจง หรือลักษณะที่ปรากฏของสิ่งใดๆ ในลักษณะประสบการณ์ชีวิต (Lived experience) (Streubert and Carpenter, 1999)

Merleau-Ponty (1962 cited in Streubert and Carpenter, 1999) กล่าวว่าปรากฏการณ์วิทยา หมายถึง การศึกษาองค์ประกอบสำคัญ (essences) และสิ่งที่เกี่ยวข้อง เพื่อหาความหมายขององค์ประกอบตามการรับรู้ (perception) หรือความมีสติ (consciousness) เป็นปรัชญาที่ศึกษาองค์ประกอบที่เป็นอยู่เพื่อเข้าใจมนุษย์ (man) และโลก (world) ตามความเป็นจริง (facticity) ของเขาเอง

Omery (1983) ปรากฏการณ์วิทยา หมายถึง การค้นหาและอธิบายปรากฏการณ์ ประสบการณ์ของมนุษย์ตามที่เกิดขึ้นจริง ตามการให้ความหมายของผู้มีประสบการณ์

Jasper (1994) ปรากฏการณ์วิทยา เป็นการศึกษาความหมายที่แท้จริงของปรากฏการณ์ ได้จากการอธิบายของผู้มีประสบการณ์ในบริบทนั้นเท่านั้น

Holloway and Wheeler (1996) ให้ความหมายปรากฏการณ์วิทยา คือ การศึกษาสิ่งที่มีอยู่ในธรรมชาติ โดยมีคำถามคือ สิ่งที่ปรากฏอยู่คืออะไร (What is being)

กล่าวโดยสรุป การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาหมายถึง วิธีการศึกษาเพื่อให้ได้ความรู้ที่เป็นจริง ตามการรับรู้และความรู้ต้นของผู้มีประสบการณ์ โดยผู้ศึกษามีจุดประสงค์เพื่อสืบค้นวิเคราะห์ ให้ความหมายหรือตีความ และอธิบายประสบการณ์อย่างไม่มีอคติ หรือการคิดล่วงหน้าจากผู้ศึกษา

5.2 ประวัติความเป็นมาของปรากฏการณ์วิทยา

ปรากฏการณ์วิทยา มีประวัติความเป็นมา 3 ระยะ ดังนี้ (Holloway and Wheeler, 1996; Streubert and Carpenter, 1999)

ระยะที่ 1 Preparatory phase

เป็นระยะที่เริ่มมีการศึกษาเชิงปรากฏการณ์ โดย Franz Brentano (1838-1917) และ Carl Stumpf (1848-1936) โดยมีแนวคิดมุ่งศึกษาเพื่ออธิบายการรับรู้ของผู้มีประสบการณ์ ความคิดเกี่ยวกับโลกที่ตนอยู่อย่างไร (how in consciousness the mind directs its thoughts to an object) เน้นการอธิบายให้กระจ่าง และอธิบายความเป็นเหตุเป็นผล โดยถือว่าเป็นเอกภาพและเป็นจริงในบุคคลนั้น โดยแยกบุคคลเป็นร่างกาย และจิตใจ (separated mind and body)

ระยะที่ 2 German phase

ผู้นำในระยะนี้ได้แก่ Edmund Husserl (1857-1938) และ Martin Heidegger (1889-1976) Husserl อธิบายการศึกษาเชิงปรากฏการณ์ว่า เป็นการค้นหาความเป็นจริงที่ปรากฏอยู่โดยไม่มี การคิดล่วงหน้า หรือถ้ามีผู้ศึกษาต้องเก็บความคิด ความเชื่อนั้นไว้ (bracketing) เพื่อให้สามารถรับข้อมูลหรือข้อเท็จจริงที่มีอยู่ได้ และเชื่อว่าภาวะจิตใจมีความสัมพันธ์กับสิ่งรอบตัวโดยไม่แยกบุคคลออกจากสิ่งแวดล้อม

ต่อมา Heidegger ศิษย์เอกและผู้ร่วมงานของ Husserl ให้ความเห็นว่าเราไม่สามารถอธิบายหรือแม้แต่ตั้งคำถามอะไรเป็นสิ่งที่สามัญ (ordinary or common) ในชีวิตประจำวัน หากไม่เข้าไปตรวจสอบและรู้จักประสบการณ์นั้น ไม่สามารถเข้าใจประสบการณ์ชีวิตหากปราศจากการตีความจากภูมิหลัง (history) ของบุคคลซึ่งประกอบด้วยวัฒนธรรม ประวัติชีวิต และภาษา และภูมิหลังของผู้ศึกษา

Gadama (1976 cited in Streubert and Carpenter, 1999: 54) ให้ความเห็นเพิ่มเติมว่า ความแตกต่างระหว่างภาษาทำให้เกิดการเปลี่ยนความหมายจากการอธิบายของผู้ศึกษา จึงควรใช้การอธิบายองค์ประกอบและความสัมพันธ์ขององค์ประกอบด้วยถ้อยคำของเจ้าของประสบการณ์ และให้ผู้อ่านเป็นผู้ตีความจากคำพูดของผู้ให้ข้อมูล

ระยะที่ 3 French phase

ผู้นำระยะนี้ได้แก่ Gabriel Marcel (1889-1973) Jean Paul Sartre (1905-1980) และ Merleau-Ponty (1905-1984) Sartre (cited in Holloway and Wheeler, 1996: 120) กล่าวถึงการศึกษาในระยะนี้ว่า เป็นการศึกษาที่มุ่งอธิบายสิ่งที่มีอยู่จริง (Existential) ว่าสิ่งนั้นคืออะไร (something is) เน้นการแสดงออกเป็นรูปธรรม (embodiment) และเป็นอยู่ในโลก (being-in-the-world) โดยมีความเชื่อว่าการกระทำทุกอย่างถูกสร้างจากการรับรู้หรือการตระหนัก เราจะสามารถเข้าใจประสบการณ์ได้โดยผ่านการรับรู้ทางความรู้สึก ความคิด การสัมผัส รับรู้ ได้ยิน และการมีสติ

การศึกษาด้วยวิธีการปรากฏการณ์วิทยาถูกนำมาใช้กันอย่างแพร่หลายในศาสตร์สาขาต่างๆ เช่น สังคมวิทยา จิตวิทยา ในสาขาวิชาการพยาบาลได้มีการนำวิธีการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยามาใช้ ซึ่งพบว่ามี ความเหมาะสมเนื่องจากการปฏิบัติการพยาบาลเป็นการวินิจฉัยปัญหา และให้การดูแลการตอบสนองของบุคคลต่อสุขภาพและความเจ็บป่วยซึ่งมีลักษณะเฉพาะเจาะจงในแต่ละบุคคล (Swanson-Kauffman and Schonwald, 1988: 97) การศึกษาเพื่อให้เกิด

ความเข้าใจประสบการณ์ชีวิตขณะมีความเจ็บป่วย จึงช่วยให้มีการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละราย และพัฒนาศาสตร์ทางการพยาบาลได้

ปรัชญาและแนวคิดของปรากฏการณ์วิทยามีวิวัฒนาการตามระยะที่แตกต่างกัน เป็นผลให้มีแนวปฏิบัติ วิธีการให้ความหมาย การเลือกผู้ให้ข้อมูล วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลต่างกัน การนำวิธีศึกษามาใช้ในการวิจัยทางการพยาบาลควรศึกษาทำความเข้าใจถึงปรัชญา ข้อตกลงพื้นฐาน ของวิธีการนั้น และเลือกวิธีการศึกษาที่เหมาะสมโดยคำนึงถึงแนวคิดรากฐานของวิธีการศึกษา ลักษณะของสนาม และปัญหาการวิจัย (Jasper, 1994: 309) ผู้วิจัยจึงเลือกใช้การดำเนินการวิจัยโดยใช้แนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl (Husserlian Phenomenology) เป็นการศึกษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจการให้ความหมายและประสบการณ์การดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชด้านวิญญาณของผู้ดูแลในครอบครัวอย่างแท้จริง โดยเน้นการให้ความหมายโดยผู้ให้ข้อมูลโดยปราศจากการตีความของผู้วิจัย เพื่อให้เกิดความเข้าใจวิธีการศึกษา ผู้วิจัยจึงเสนอแนวคิดการศึกษาปรากฏการณ์ของ Husserl ดังต่อไปนี้

5.3 หลักการและแนวคิดของปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl

Husserl ถือว่าเป็นบุคคลแรกที่เริ่มต้นการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแนวใหม่ เป็นนักปรัชญาและนักคณิตศาสตร์ชาวเยอรมัน มีมุมมองบนพื้นฐาน Cartesian (Koch, 1995) ว่าบุคคลไม่สามารถแยกร่างกายและจิตออกจากกันได้ (dualism) แต่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน จึงศึกษาเพื่ออธิบายว่าจิตใจกระทำอย่างไร (mental act) สิ่งรอบตัวเป็นอย่างไร (intentional object) และมีความสัมพันธ์กันอย่างไร (relationship) โดยเน้นการให้ความหมายด้วยตัวเองของบุคคลที่มีประสบการณ์ต่อสิ่งนั้นๆ (To the things themselves!) (Drew, 1993)

นักปรากฏการณ์วิทยาเชื่อว่าความจริงศึกษาได้จากประสบการณ์ชีวิต (Omery and Mack, 1995) ปรากฏการณ์วิทยาจึงศึกษาเพื่อให้เข้าใจประสบการณ์ชีวิตตามความหมายของผู้มีประสบการณ์ จึงควรทำความเข้าใจกับประสบการณ์ชีวิต ดังนี้

Schutz (1970 cited in Streubert and Carpenter, 1999 : 44) กล่าวว่า ประสบการณ์ชีวิต หมายถึง ทุกๆ สิ่งสิ่งแวดล้อมบุคคล ได้แก่ บุคคล สิ่งแวดล้อม เหตุการณ์ต่างๆ ที่เข้ามากระทบในชีวิตประจำวัน

Streubert and Carpenter (1999: 44) ประสบการณ์ชีวิต หมายถึง สิ่ง que แสดงความเป็นบุคคลซึ่งเป็นจริงในชีวิตผู้นั้น เป็นความหมายที่บุคคลให้การรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อม เป็นผลมาจากปัจจัยภายในและภายนอกของแต่ละบุคคล

Lived experience (*Erlebnis*) คือการให้ความหมายต่อโลกซึ่งเป็นสิ่งรอบตัวและเหตุการณ์ที่บุคคลได้รับและมีปฏิสัมพันธ์ภายใต้การรู้ตน (Kohak, 1978 cited in Omery and Mack, 1995)

โดยสรุป ประสบการณ์ชีวิต หมายถึง การรับรู้ของบุคคลต่อสิ่งรอบตัว โดยใช้ความรู้ตน ให้ความหมายต่อสิ่งที่มากระทบหรือเกิดขึ้นกับตน โดยใช้ปัจจัยภายในและภายนอกตน ซึ่งเป็นความหมายเฉพาะบุคคลนั้น และเป็นจริงสำหรับบุคคลนั้น

Husserl เน้นการศึกษาความรู้ในธรรมชาติโดยปราศจากการเข้าไปกระทำกับข้อมูลของผู้ศึกษาอย่างเข้มงวด (rigorous) (Omery and Mack, 1995: 145) จึงมีแนวคิดสำคัญเกี่ยวกับประสบการณ์ 3 ประการ (Koch, 1995) คือ

1) องค์ประกอบสำคัญ (Essence) คือความหมายที่เป็นจริง เพื่อให้เกิดความเข้าใจในปรากฏการณ์ที่ศึกษา เป็นความหมายที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล อาจเกิดเฉพาะบุคคลหรือสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

2) การหยั่งรู้ (Intuiting) คือ การจินตนาการ (eidetic) หรือแปลความจากความหมายของปรากฏการณ์ที่ศึกษาเท่าที่จะเป็นไปได้จากข้อมูล จนกว่าจะเข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริง

3) การจัดกรอบความคิด (Phenomenological reduction or bracketing) คือการที่ผู้วิจัยต้องเปิดเผยความเชื่อ และความคิดของตนเกี่ยวกับเรื่องที่ศึกษา และจัดกรอบความคิด การคาดคะเนของตน เพื่อเปิดรับประสบการณ์ เพื่อให้เข้าใจปรากฏการณ์นั้นตามที่เป็นขจัดอคติเกี่ยวกับปรากฏการณ์ที่ศึกษา (*Epoche* or suspension of commonly belief)

5.4 ระเบียบวิธีการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

กระบวนการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Streubert and Carpenter, 1999) สรุปหลักสำคัญได้ ดังนี้

1) เลือกระบบการวิจัยที่ต้องการศึกษา (Descriptive phenomenology) โดยผู้วิจัยตั้งคำถามการวิจัยที่จำเป็นและเหมาะสมที่จะศึกษาดังวิธีนี้ และความรู้สึกและประสบการณ์ที่ศึกษาจะทำให้เข้าใจความเป็นจริงที่เกิดขึ้นของมนุษย์ (Omery, 1983: 55) ตั้งเป้าหมายที่จะค้นหาวิเคราะห์ และอธิบายปรากฏการณ์โดยปราศจากการคิดล่วงหน้า เพื่อรับรู้สิ่งที่เป็นจริงตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล (Participants) โดยไม่วิพากษ์วิจารณ์ ประเมินหรือให้ความเห็นที่คิดว่าถูกต้อง

2) การเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposeful sampling) โดยต้องกำหนดคุณสมบัติคือ มีประสบการณ์ มีความรู้ในประสบการณ์ที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา สามารถสื่อสารภาษากับผู้วิจัยได้ ผู้วิจัยสามารถให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยได้ และสมัครใจให้ข้อมูล

3) ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์ (researcher as instrument) ต้องมีความตระหนักในการรับรู้ข้อมูลที่เป็นจริง จึงต้องมีทักษะที่ช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลระลึกถึงความรู้สึกและเล่าที่เป็นจริง มีรายละเอียดมากที่สุด (depth and richness of the information) (Drew, 1993: 346) เช่น การสร้างสัมพันธภาพ ทักษะการสนทนาเชิงแลกเปลี่ยนไม่วิพากษ์วิจารณ์ การสร้างความไว้วางใจและความสนิทสนม การติดต่อสื่อสารและนัดหมาย เป็นผู้เคารพในสิทธิและความเป็นมนุษย์ของผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยต้องเป็นผู้ไวต่อความรู้สึก มีความยืดหยุ่นตามสถานการณ์ มีความรู้ในเรื่องที่ทำการศึกษเป็นอย่างดี เน้นความสัมพันธ์เชิงแลกเปลี่ยนมากกว่ามุ่งควบคุมปฏิสัมพันธ์ของการสนทนา (Benoliel, 1988 cited in Streubert and Carpenter, 1999: 58) การสัมภาษณ์ควรเอื้อให้ผู้ให้ข้อมูลตอบโดยไม่ชี้นำหรืออภิปราย โดยใช้คำถามปลายเปิด คำถามเพื่อความกระจ่าง (clarifying questions) และสังเกตท่าทางของผู้ให้ข้อมูล ควรหยุดการสัมภาษณ์หากผู้ให้ข้อมูลเหนื่อยเกินไป ควรอธิบายให้ผู้ให้ข้อมูลเข้าใจกระบวนการสัมภาษณ์ถูกต้องตรงกับผู้วิจัย เพราะจะทำให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องเชื่อถือได้ เป็นผู้ฟังอย่างตั้งใจ (listen attentively) ไม่ถามคำถามในลักษณะซ้ำๆ แต่ควรเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปฏิบัติต่อผู้ให้ข้อมูลด้วยความเคารพ จริงใจ และสนใจอย่างแท้จริง (Streubert and Carpenter, 1999)

4) วิธีการเก็บข้อมูล มีหลายวิธี เช่น การสัมภาษณ์ การสังเกต การบันทึกภาคสนาม แต่วิธีหลักที่นิยมใช้คือ การสัมภาษณ์ เมื่อได้ข้อมูลต้องอ่านบทสนทนาซ้ำหลายๆ ครั้ง เพื่อทำความเข้าใจ วิเคราะห์องค์ประกอบที่ได้ อาจต้องสัมภาษณ์หลายครั้งเพื่อช่วยขยาย ตรวจสอบ และเพิ่มเติมข้อมูลที่ขาดหายไป โดยก่อนสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยควรฟังเทปซ้ำ ทำความเข้าใจ และเตรียมคำถามประเด็นที่ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม

ผู้วิจัยเป็นผู้บอกได้ว่าเมื่อใดที่ได้ข้อมูลเพียงพอ ข้อมูลอิ่มตัวแล้ว (saturation) คือ ไม่มีองค์ประกอบสำคัญเกิดขึ้น และข้อมูลเริ่มซ้ำ ทั้งนี้จะไม่ใช้ระยะเวลาอันยาวนานเกินไป เพราะข้อมูลอิ่มตัวได้จากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่งและช่วงเวลาหนึ่งเท่านั้น เนื่องจากเมื่อเวลาผ่านไป มีการเปลี่ยนแปลงภูมิหลัง อายุ สิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล

5) การจัดการกระทำกับข้อมูล (Data treatment) วิธีที่ดีและควรเลือกใช้ คือ เทคนิคการสัมภาษณ์ด้วยคำถามปลายเปิด บันทึกเทป และถอดเทปคำสนทนาแบบคำต่อคำ (verbatim transcriptions) ร่วมกับการบันทึกสนาม และบันทึกความคิด ความรู้สึก ของผู้วิจัยขณะเก็บข้อมูล เพื่อนำมาร่วมวิเคราะห์ข้อมูล

6) การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis) วิธีการศึกษาเชิงปรากฏการณ์มีรูปแบบการวิเคราะห์เพื่อให้ได้ข้อมูลแตกต่างกัน Van Kaam จะกำหนดประสบการณ์กว้างๆ ทำการสัมภาษณ์ให้ได้ข้อมูลก่อน แล้วจึงให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ เลือกประเด็นที่สำคัญในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลนั้น ส่วน

Giorgi จะให้ความหมายประสบการณ์ที่ต้องการศึกษาง่ายๆ แล้วเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ที่ต้องการศึกษาจึงสัมภาษณ์ และวิธีของ Colaizzi เน้นที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูล และอาจใช้การสังเกต การบันทึกสนทนาพร้อมด้วย วิธีของ Colaizzi อาจยืดหยุ่นได้ เช่น อาจให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบก่อนและระหว่างเก็บข้อมูล แทนที่จะรอข้อมูลทั้งหมดก่อนไปให้ตรวจโครงสร้างองค์ประกอบเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลให้เห็น และความมั่นใจของข้อมูลก็ได้ (Omery, 1983) การเลือกใช้วิธีวิเคราะห์ข้อมูลแบบใด ขึ้นอยู่กับผู้วิจัยที่คิดว่าวิธีใดเหมาะสมกับปัญหาการวิจัยของตนมากที่สุด

ข้อมูลที่ได้จากกระบวนการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์อย่างละเอียด เพื่อแยกองค์ประกอบ (essence or elements or constituents or common themes) ที่ปรากฏ หาความสัมพันธ์และการเชื่อมโยงขององค์ประกอบกับสิ่งแวดล้อมหรือปรากฏการณ์ โดยต้องศึกษาข้อมูลอย่างลึกซึ้ง (dwelling) จนแน่ใจว่าได้ข้อมูลที่ถูกต้องแน่นอน

ผู้วิจัยต้องพักความคิดของตน (brackets it or sets it aside) ไม่คิดว่าตนรู้แล้ว เข้าใจแล้ว แยกจากคำอธิบายของผู้ให้ข้อมูล จนกระทั่งการวิเคราะห์ข้อมูลเสร็จสิ้น (Knaack, 1984) กระทำโดยอ่านบทสนทนาที่ถอดคำต่อคำซ้ำๆ ทำการจำแนก และดึงข้อความหรือประโยค ที่มีความสำคัญ ให้รหัส หรือบันทึกใน index cards แล้วจัดกลุ่มที่สัมพันธ์กับองค์ประกอบ เมื่อเก็บข้อมูลเสร็จทบทวนวรรณกรรมเพื่ออธิบายผลการศึกษา และนำเสนอโดยใช้ภาษาของผู้ให้ข้อมูล

7) ความเชื่อถือได้ของข้อมูล (Trustworthiness) ขึ้นอยู่กับการถามคำถามผู้ให้ข้อมูล ความถูกต้องของระเบียบวิจัย การทอนความคิดของผู้วิจัย การยืนยันความถูกต้อง ความครบถ้วนของความหมายโดยผู้ให้ข้อมูล และปรับแก้ไขเพิ่มหรือลดตามที่ผู้ให้ข้อมูลบอก (Streubert and Carpenter, 1999) ซึ่งได้มาจาก ความสัมพันธ์ของผู้ให้ข้อมูลกับผู้วิจัย และการยึดถือว่าผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้รู้จริงในประสบการณ์นั้นมีการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับทีม เพื่อป้องกันการจัดกระทำข้อมูล และเกิดการแปลความที่หลากหลาย ป้องกันการเกิดอคติของผู้วิจัย และอยู่บนข้อตกลงพื้นฐานว่าข้อมูลที่ได้มาเป็นความจริงตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลจึงเชื่อถือได้ และการตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (participant validation) (Jasper, 1994)

ผู้วิจัยป้องกันการเกิดอคติในการวิเคราะห์ข้อมูลโดยแยกประสบการณ์ อคติ หรือการตัดสินใจล่วงหน้าของตนออกหรือเก็บไว้ (ในวงเล็บ) ผู้รู้ความหมายของประสบการณ์ที่ดีที่สุดคือผู้ให้ข้อมูล ความเชื่อถือได้ของข้อมูลจะบอกได้ด้วยตัวของข้อมูลที่ปรากฏให้เห็นได้เอง (letting the facts speak for themselves) และการให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องการวิเคราะห์ข้อมูลของผู้วิจัย (Walters, 1995)

8) ผลการศึกษาเชิงปรากฏการณ์ไม่สามารถอ้างอิงไปยังประชากรได้ แต่อาจ

สามารถถ่ายโอนหรือปรับใช้บริบทที่ใกล้เคียงกัน ขึ้นกับความต้องการนำผลการวิจัยไปใช้ในกลุ่ม
อื่นๆ ของผู้อ่านผลการวิจัย (Jarper, 1994: 313)

ระเบียบวิธีการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาเป็นวิธีการศึกษาที่ผู้วิจัยนำมาใช้เป็นแนวทาง
ในการวางแผน ดำเนินการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล และนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังรายละเอียด
ในวิธีดำเนินการวิจัย ที่ผู้วิจัยจะกล่าวในบทต่อไป



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

การดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยจากแนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาเพื่อศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลในครอบครัว ในการให้ความหมายและการดูแลด้านจิตวิญญาณบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวช โดยผู้วิจัยมีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

1. ผู้ให้ข้อมูลและการเลือกผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล (Participants) เพื่อให้เข้าใจการให้ความหมายและการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ดูแลจำเป็นต้องสัมภาษณ์จากผู้มีประสบการณ์นั้นจริง ผู้วิจัยจึงคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงโดยกำหนดคุณสมบัติผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

- 1) เป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัวบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวช ครอบครัวละ 1 คน
- 2) ให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคจิตเวชผู้ใหญ่
- 3) อายุ 18 ปีขึ้นไป
- 4) สามารถสื่อสาร พูดและเข้าใจภาษากับผู้วิจัยได้ดี มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์
- 5) มีความสมัครใจและยินดีที่จะให้ความร่วมมือในการตอบการสัมภาษณ์ตามแบบการขอความร่วมมือเป็นผู้ให้ข้อมูลในการวิจัย และคำให้การคุ้มครองสิทธิ์
- 6) เป็นผู้ที่มีประสบการณ์การดูแลด้านจิตวิญญาณแก่บุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวช

การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ โดย

- 1) การเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลที่เหมาะสม เต็มใจและทำให้ได้รับความเชื่อถือที่ดีที่สุดคือการไม่เข้าถึงผู้ให้ข้อมูลโดยตรง (Kvale, 1983 cited in Drew, 1993: 346) ผู้วิจัยใช้การประชาสัมพันธ์โดยการแจกใบปลิวที่ระบุรายละเอียดเกี่ยวกับเรื่องที่ศึกษา คุณสมบัติผู้ดูแล ชื่อ สถานภาพนิสิต เบอร์โทรศัพท์ติดต่อผู้วิจัยทั้งในหน่วยงานและโทรศัพท์เคลื่อนที่ (ภาคผนวก ค) ผ่านทางเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หลังจากนั้น 2 สัปดาห์ไม่ได้รับการติดต่อกลับ ผู้วิจัยจึงปรึกษากับเจ้าหน้าที่ที่หน่วยงานเพื่อขอความร่วมมือสอบถามความสนใจจากผู้ดูแลหรือผู้ป่วยที่มารับการรักษา เพื่อขอเข้าไปให้ข้อมูลและใบปลิวเพื่อประชาสัมพันธ์ด้วยตนเองโดย
- 2) ผู้วิจัยตรวจสอบคุณสมบัติผู้ให้ข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา โดยคำนึงถึงคุณสมบัติ ที่อยู่ และความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล และให้เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวช สอบถามความสนใจเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูล หากผู้ดูแลรายใดมีความสนใจ ผู้วิจัยขอพบและอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และการ

พิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูลตามข้อความในใบพิทักษ์สิทธิ์ (ภาคผนวก ค) สอบถามความสมัครใจอีกครั้ง เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินยอมเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูลจึงให้เซ็นยินยอม และเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล

3) ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูล 1 ราย ไม่ได้มาที่ศูนย์บริการสาธารณสุขด้วยตนเอง ผู้วิจัยจึงเข้าพบบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชโดยผ่านการสอบถามของเจ้าหน้าที่ เข้าไปให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัย แจกใบปลิว และขออนุญาตติดต่อกับผู้ดูแลทางโทรศัพท์ ให้ข้อมูลการวิจัยในลักษณะเดียวกัน

4) ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา สถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก ก่อนเก็บข้อมูลผู้วิจัยชี้แจง คำพิทักษ์สิทธิ์อีกครั้ง ชักถามความสมัครใจ และเริ่มเก็บข้อมูล โดยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล (ภาคผนวก ก) และสัมภาษณ์ประสบการณ์ตามแนวคำถามการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (ภาคผนวก ข)

5) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากผู้ดูแลที่มีความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จนกระทั่งได้ข้อมูลอิ่มตัว โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยคำนึงถึงสิทธิของผู้ให้ข้อมูลมากที่สุด

ในการวิจัยครั้งนี้ได้สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก 14 ราย ผู้ให้ข้อมูล 4 รายไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วนตามกระบวนการวิจัย เนื่องจากบางรายไม่สามารถให้สัมภาษณ์ในครั้งที่ 2 บางรายยินยอมให้สัมภาษณ์แต่ถูกรบกวนจากอาการผู้ป่วย บางรายญาติคนอื่นไม่ยินยอมให้สัมภาษณ์ต่อ ผู้วิจัยได้ติดตามโดยโทรศัพท์ขอนัดรายละ 1-4 ครั้ง แต่ไม่สามารถขอนัดสัมภาษณ์ได้ และผู้ให้ข้อมูลรายที่ 9 ได้งานทำหลังจากการสัมภาษณ์ครั้งที่ 1 ประมาณ 5 วัน ไม่สามารถให้สัมภาษณ์ในครั้งที่ 2 ได้ แต่เนื่องจากข้อมูลจากการสัมภาษณ์ครั้งที่ 1 ค่อนข้างสมบูรณ์ จึงนำข้อมูลมาวิเคราะห์ร่วมกับผู้ให้ข้อมูลรายอื่นๆ สรุปการวิจัยครั้งนี้ได้ผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 10 ราย

การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์รายละ 2 ครั้ง (ยกเว้นรายที่ 9) ใช้เวลาในการสัมภาษณ์นาน 45 นาที ถึง 2 ชั่วโมง 45 นาที รวมเวลาในการสัมภาษณ์ทั้งสิ้น 39 ชั่วโมง 35 นาที เฉลี่ยสัมภาษณ์รายละ 2 ชั่วโมง 5 นาที/ครั้ง เกือบทั้งหมดให้สัมภาษณ์ที่บ้านของผู้ให้ข้อมูล มีเพียง 2 รายที่ให้สัมภาษณ์ที่สถานบริการสาธารณสุข รายละ 1 ครั้ง ดังรายละเอียดในภาคผนวก ค

2. วิธีการเก็บข้อมูล

การศึกษานี้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) แบบมีแนวทางการสัมภาษณ์เป็นวิธีการหลัก เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และการสัมภาษณ์พร้อมบันทึกเทป

2.1 ผู้วิจัย เพื่อให้สามารถดำเนินการวิจัยได้อย่างถูกต้องตามกระบวนการวิจัย และได้ผลการวิจัยที่มีความเชื่อถือได้ ผู้วิจัยต้องมีความพร้อมในการดำเนินการวิจัย โดยได้เตรียมตนเองทั้งระยะก่อนและระหว่างดำเนินการวิจัย ดังนี้

1) ระเบียบวิธีวิจัย ผู้วิจัยได้ศึกษาหลักการเชิงทฤษฎีของการวิจัยเชิงปรากฏการณ์ ด้วยตนเองจากการอ่านเอกสาร ตำรา ผลงานวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ การเข้าสังเกตการณ์ การสนทนาวิจัยเชิงคุณภาพ ร่วมกับการขอคำปรึกษาจากอาจารย์ที่ปรึกษาและอาจารย์ที่ปรึกษา ร่วมผู้มีความชำนาญในการทำวิจัยเชิงปรากฏการณ์

2) ด้านความไวเชิงทฤษฎี ผู้วิจัยศึกษาเนื้อหาที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แนวคิดจิตวิญญาณ ครอบครัวยุคใหม่และผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้มีความพร้อมในการตรวจสอบตนเองเกี่ยวกับความรู้ ความรู้ สึก ความคิด ที่ต้องจัดกรอบแยกไว้ ก่อนการรับฟังและการแปลความการให้ความหมาย ข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล เพื่อระมัดระวังในการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์

3) การวางแผนการวิจัย ผู้วิจัยทำการวางแผนการวิจัยเป็นขั้นตอนตั้งแต่ก่อนเข้า สนาม ระหว่างการเก็บข้อมูล และหลังออกจากสนาม

4) ผู้วิจัยมีความตระหนัก (Awareness) ว่าตนเองเป็นผู้วิจัย เข้าสนามเพื่อรับรู้ข้อมูล ที่เป็นจริงจากผู้ให้สัมภาษณ์ โดยคำนึงถึงการป้องกันและลดความอคติจากการคาดเดา หรือมีแนวคิดล่วงหน้า มีความพร้อมในด้านเทคนิคการสัมภาษณ์ โดยเตรียมขั้นตอนการสัมภาษณ์แต่ละช่วง คือ การเตรียมความพร้อมผู้ให้ข้อมูล การให้ผู้ให้ข้อมูลระลึกถึงเหตุการณ์ขณะนั้น และการปล่อยให้ผู้ให้ข้อมูลเล่าเรื่องด้วยตนเอง (Drew, 1993) และฝึกฝนเป็นผู้กระตือรือร้นในการฟัง (Active listening) การใช้คำถามเพื่อค้นหาข้อมูล (Exploring questions) ทักษะการบันทึกข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลและการให้ความหมาย โดยคำนึงถึงสิทธิผู้ให้ข้อมูล และจริยธรรมของผู้วิจัยตลอด การดำเนินการวิจัย (Streubert and Carpenter, 1999)

5) Knaack (1984) ยังอธิบายว่าผู้ให้ข้อมูลถือเป็นผู้ร่วมวิจัยเนื่องจากต้องการ ศึกษาประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจึงให้ความสำคัญและพยายามให้ผู้ให้ข้อมูลมีส่วนร่วมในการศึกษาโดยให้ผู้ให้ข้อมูล เคารพในความเป็นผู้มีประสบการณ์ ให้เกียรติและยอมรับข้อมูลทุกอย่างที่ได้มา และใช้ทักษะต่างๆ เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลอธิบายประสบการณ์อย่างเต็มที่

6) ผู้วิจัยตรวจสอบตนเองร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมตลอด การดำเนินการวิจัย ได้แก่ เทคนิคการสัมภาษณ์ การให้ความหมาย การจัดกลุ่มประเด็นความหมาย และการเขียนอธิบายประเด็นอย่างละเอียด การให้ความคุ้มครองสิทธิผู้ให้ข้อมูล

2.2 การสัมภาษณ์แบบมีแนวทางการสัมภาษณ์ (Semi-structure interview) แบ่งแนวทางการสัมภาษณ์ออกเป็น 2 ส่วน คือ

ผู้วิจัยสร้างแนวคำถามตามแนวคิดการวิจัยเชิงปรากฏการณ์ แนวคิดจิตวิญญาณ การพยาบาลด้านจิตวิญญาณ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง กำหนดวัตถุประสงค์ของข้อคำถามตามปัญหาการวิจัย แล้วเขียนแนวคำถามเป็นลักษณะคำถามปลายเปิดประเด็นกว้าง ๆ และมีความยืดหยุ่นตามการสนทนา ไม่กำหนดจำนวนคำถามและลำดับคำถาม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นข้อมูลเชิงลึกและครอบคลุม ตรงประเด็นที่ต้องการศึกษา (ภาคผนวก ข)

หลังการสัมภาษณ์ผู้วิจัยพบว่าคำถามบางคำถามไม่สามารถสื่อไปยังสิ่งที่ต้องการศึกษาได้จึงปรับคำถามให้เหมาะสม และในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย ผู้วิจัยนำข้อมูลที่วิเคราะห์เบื้องต้น และประเด็นคำถามที่ยังไม่ชัดเจน ปรับแนวคำถามเพื่อใช้สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลครั้ง 2 ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นแต่ละราย และเขียนแนวคำถามกว้างๆ สำหรับสัมภาษณ์ในผู้ให้ข้อมูลรายต่อไป จนได้ข้อมูลที่มีความอิมตัว ตัวอย่างคำถามเช่น (รายละเอียดภาคผนวก ข)

- ชีวิตคนเราทุกวันนี้ ถ้าจิตใจไม่เข้มแข็งก็จะลำบาก ท่านคิดว่าอะไรที่ทำให้ท่านมีจิตใจเข้มแข็งจนอยู่มาได้ทุกวันนี้
- ท่านคิดว่าอะไรเป็นสิ่งที่บุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชใช้ในการต่อสู้กับความเจ็บป่วย
- ในการดูแล ท่านได้กระทำการสิ่งใดบ้างที่สอดคล้องกับความเชื่อ ความศรัทธา สิ่งยึดเหนี่ยว และแรงบันดาลใจของเขา

3. การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาหัวข้อวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยได้ให้การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลตลอดกระบวนการวิจัย โดยคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยตามความสมัครใจ หลังจากผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวัตถุประสงค์วิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูลอย่างละเอียด บอกให้ทราบเกี่ยวกับหัวข้อเรื่องที่จะสัมภาษณ์ กระบวนการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การขออนุญาตบันทึกเสียงการสนทนา จำนวนครั้งที่ขอสัมภาษณ์ ระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง การขอให้ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล สถานที่ที่ใช้ในการสัมภาษณ์ การรักษาความลับด้วยการลบทำลายเทปเมื่อสิ้นสุดการวิจัย การไม่เปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่จะสามารถเกี่ยวข้องถึงผู้เข้าร่วมวิจัย การนำข้อมูลเอกสารจากการสัมภาษณ์ไปอภิปราย เผยแพร่ในลักษณะข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลโดยรวม และเฉพาะการนำเสนอเชิงวิชาการเท่านั้น ขณะสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสามารถไม่ตอบคำถามใดๆ ที่รู้สึกไม่สะดวกใจ หรือบอกยุติการให้ความร่วมมือในขั้นตอนใดๆ ของการวิจัย และขอข้อมูลกลับได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องบอกเหตุผล อีกทั้งการเป็นผู้ให้ข้อมูลหรือการ

ปฏิเสธจะไม่มีผลต่อการรับบริการสุขภาพจากหน่วยงานบริการ ผู้วิจัยอธิบายข้อมูลและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และให้เวลาในการคิดทบทวนก่อนตัดสินใจให้คำตอบด้วยความสมัครใจ มีการเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยเก็บใบยินยอมและข้อมูลต่างๆ ไว้ในที่ๆ ปลอดภัย (รายละเอียดภาคผนวก ค)

4. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทั้งในและนอกสถานบริการสุขภาพที่ผู้วิจัยสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกและมีแนวทางการสัมภาษณ์ มีขั้นตอนดังนี้

4.1 การเตรียมการเก็บข้อมูล

1) ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากสถานบริการสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล พบเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวช เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์และการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือในการประชาสัมพันธ์โครงการวิจัย

2) ผู้วิจัยตรวจสอบคุณสมบัติผู้ให้ข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยโดยคำนึงถึงคุณสมบัติ

ที่อยู่ และความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบ สร้างสัมพันธภาพ และอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลตามข้อความในใบพิทักษ์สิทธิ สอบถามความสมัครใจ เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินยอมเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูลจึงให้เซ็นต์ยินยอมและเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล

4.2 การเตรียมความพร้อมผู้ให้ข้อมูล

1) เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลเลือก เวลา สถานที่ให้สัมภาษณ์ อาจเป็นหน่วยงานหรือที่บ้านโดยคำนึงถึงความสงบเป็นส่วนตัว ความพอใจของผู้ให้สัมภาษณ์ ความสะดวกในการเดินทาง และความปลอดภัยของผู้วิจัย

2) ทบทวนขั้นตอนการสัมภาษณ์และสิทธิผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง

3) เก็บข้อมูลส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัว

4.3 การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

เมื่อประเมินได้ว่าผู้ให้ข้อมูลมีความไว้วางใจและพร้อมที่จะให้ข้อมูลเชิงลึก ผู้วิจัยจึงเริ่มสัมภาษณ์แบบเจาะลึกตามแนวทางการสัมภาษณ์ ส่วนที่ 2 ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ 1-2 ชั่วโมง ขณะสัมภาษณ์ผู้วิจัยปฏิบัติ ดังนี้

- 1) คำถามในขณะสัมภาษณ์เพื่อความชัดเจนของข้อมูล ปรับตามบริบทและสิ่งที่สังเกตจากลักษณะสีหน้า ท่าทาง อารมณ์ การแสดงออก ของผู้ให้สัมภาษณ์ขณะที่ให้สัมภาษณ์ การบันทึกภาคสนาม การบันทึกในสนามจะกระทำให้น้อยที่สุดและกระทำเมื่อผู้ให้ข้อมูลอนุญาตให้ทำการบันทึกขณะสัมภาษณ์ โดยบันทึกย่อเฉพาะหัวข้อหรือประเด็นสำคัญที่ได้ ประเด็นที่ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม พฤติกรรมและการแสดงออกที่ไม่ใช่คำพูดของผู้ให้ข้อมูล และบันทึกเกี่ยวกับความคิดเห็น ความรู้สึก ปัญหา และการแก้ไข และผลการแก้ไข ที่เกิดกับผู้วิจัยขณะเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อประกอบการวิเคราะห์ข้อมูลและหาแนวทางแก้ไข
- 2) สัมภาษณ์โดยใช้ทักษะการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยคำนึงถึงสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้ให้ข้อมูล

4.4 การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น

- 1) ถอดข้อความ (transcribe) จากเทปบันทึกเสียงคำต่อคำ (verbatim) เป็นภาษาเขียนด้วยตนเองหลังการเก็บข้อมูลแต่ละครั้ง
- 2) ตรวจสอบความถูกต้อง ชัดเจน ครบถ้วนของข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น สรุปประเด็นปัญหาที่ข้อมูลไม่ชัดเจนหรือไม่ครอบคลุม หรือประเด็นที่ต้องค้นหาเพิ่ม
- 3) ปรับข้อคำถามก่อนการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป เพื่อเก็บข้อมูลได้ชัดเจน เพิ่มเติมจากผู้ให้ข้อมูล
- 4) ทำการวิเคราะห์และสรุปประเด็นผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย
- 5) ปรับข้อคำถามสำหรับผู้ให้ข้อมูลรายต่อไป

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้การวิเคราะห์ข้อมูลตามแบบของ Colaizzi (1978 cited in Streubert and Carpenter, 1999) มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

- 1) อ่านบทสนทนาของผู้ให้ข้อมูลเพื่อทำความเข้าใจ โดย
 - 1.1 ถอดข้อความจากเทปบันทึกการสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ (verbatim) ออกมาเป็นบทสนทนา (transcript)
 - 1.2 อ่านบทสนทณาร่วมกับฟังเทปซ้ำเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง
 - 1.3 อ่านบทสนทนาซ้ำหลายๆ ครั้ง (4-5 รอบ) เพื่อทำความเข้าใจ (make sense)

ร่วมกับบันทึกสนามเพื่อทบทวนเหตุการณ์ และเติมเต็ม (supply) ข้อมูลที่อาจขาดหายไป

- 1.4 อ่านบทสนทนาบรรทัดต่อบรรทัด (line by line) และให้รหัสข้อมูล (code units of data)
- 2) ดึงข้อความที่สำคัญ (extracting significant statements) และกล่าวซ้ำๆ กัน ออกมา
- 3) พยายามให้ความหมายที่เป็นไปได้ของแต่ละข้อความสำคัญ (try to spell out the meaning)
- 4) จัดระบบความหมายของข้อความเป็นกลุ่มประเด็น (formulated means into clusters of themes)
- 5) เขียนอธิบายประเด็นเป็นความเรียงอย่างละเอียด
- 6) กลับไปหาผู้ให้ข้อมูลเพื่อให้ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและการแปลความหมายของผู้วิจัย
- 7) กลับมาแก้ไขตามที่ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบ เขียนประเด็นข้อมูลและการแปลความหมายเป็นความเรียงจนมั่นใจว่าได้ข้อมูลที่อิมตัว

6. การตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล (Trustworthiness)

วิธีการตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล ผู้วิจัยทำการตรวจสอบและควบคุมโดย (Streubert and Carpenter, 1999)

- 1) มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูล
- 2) มีการวางแผนและดำเนินงานตามแผนการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างระมัดระวังตามระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์
- 3) การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยตระหนักถึงการป้องกันและลดอคติจากผู้วิจัย (bracket or set aside preconceived idea) โดยผู้วิจัยทบทวนตรวจสอบความคิดของตนเอง อคติที่เกี่ยวกับเรื่องของผู้ดูแล จิตวิญญาณ และพยายามไม่นำความคิดนั้นมาใช้ในการตัดสินใจสัมภาษณ์ว่าเข้าใจแล้ว รู้แล้ว เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ละเอียดและเป็นจริงตามประสบการณ์ของผู้ดูแล (Knaack, 1984)
- 4) ผู้วิจัยถอดเทปและบันทึกภาคสนามคำต่อคำ (verbatim)
- 5) ผู้วิจัยเขียนกลุ่มประเด็นสำคัญจากการวิเคราะห์ข้อมูล ยกตัวอย่างประโยคที่สื่อความเข้าใจประเด็นนั้น การตัดทอนคำบางคำของผู้ให้ข้อมูลจะทำให้สามารถสื่อความหมายได้กระชับชัดเจน โดยไม่ทำให้ความหมายเดิมเปลี่ยนแปลงไป
- 6) ให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง โดยคำนึงถึงความสามารถทางการอ่านและ

ภาวะของผู้ให้ข้อมูล จากนั้นเปิดโอกาสให้อธิบายเพิ่มเติมในกรณีที่ข้อมูลไม่ชัดเจน (clarification) และเก็บข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่เก็บไม่ครบ จากนั้นปรับตามความคิดเห็นของผู้ให้สัมภาษณ์ และรับรอง (verification) โดยในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสามารถติดต่อและขอให้ผู้ให้ข้อมูลช่วยตรวจสอบข้อมูลได้ 2 ราย

7) ตรวจสอบการดำเนินการวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลแบบมีผู้วิเคราะห์ร่วม (collaborative analysis) โดยวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

8) ผู้วิจัยตรวจสอบตนเองอยู่เสมอโดยคิดทบทวน ประเมินตนเอง จดบันทึกความคิด ความรู้สึก เหตุการณ์ ปัญหา ที่เกิดขึ้นในสนามเป็นรายวัน และอ่านทบทวนเป็นระยะ

จากการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล ได้ประสบการณ์การให้ความหมายและการดูแลด้านจิตวิญญาณแก่บุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชของผู้ดูแลในครอบครัว ดังจะนำเสนอในบทต่อไป



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปรากฏการณ์ตามแนวคิดของ Husserl (Husserl Phenomenology) เพื่อศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชด้านจิตวิญญาณ เก็บข้อมูลจากผู้ดูแลในครอบครัวด้วยการคัดเลือกแบบเจาะจงจำนวน 10 ราย โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก นำข้อมูลมาวิเคราะห์ตามแบบการวิเคราะห์ข้อมูลของ Colaizzi (1978 cited in Streubert and Carpenter, 1999) จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ประสบการณ์การดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชด้านจิตวิญญาณของผู้ดูแลในครอบครัว คือ การให้ความหมายจิตวิญญาณของผู้ดูแลในครอบครัวมีความแตกต่างกัน และให้การดูแลด้านจิตวิญญาณโดย การเข้าใจและยอมรับ การดูแลให้รู้สึกว่าเป็นที่รัก การสนับสนุนความเชื่อที่เป็นผลดีกับผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ และสนับสนุนให้ดำเนินชีวิตต่อไป

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการนำเสนอผลการวิจัย แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 การให้ความหมายจิตวิญญาณของผู้ดูแลในครอบครัว

ส่วนที่ 3 ประสบการณ์การดูแลด้านจิตวิญญาณ แบ่งเป็น 5 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. การเข้าใจและยอมรับ
2. การดูแลให้รู้สึกว่าเป็นที่รัก
3. การสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ทำตามความเชื่อหรือสิ่งยึดเหนี่ยว
4. การสนับสนุนให้มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ
5. การสนับสนุนให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตต่อไป

พื้นที่ในการวิจัย

พื้นที่ในการวิจัยครั้งนี้ อยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร ผู้ให้ข้อมูล 8 รายอยู่ในพื้นที่เขตเมือง และผู้ให้ข้อมูล 2 รายที่อยู่ในพื้นที่บริเวณชานเมือง ผู้วิจัยติดตามไปสัมภาษณ์ที่บ้านของผู้ให้ข้อมูลทุกราย บ้านผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ (7 ราย) เป็นบ้านของตนเอง บ้านเช่า 2 ราย และอีก 1 รายเป็นที่พักคนงาน มีผู้ให้ข้อมูล 1 รายที่ให้สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 ที่สถานบริการสาธารณสุข

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยผู้ดูแลในครอบครัว 10 ราย เพศชาย 1 ราย เพศหญิง 9 ราย ทำหน้าที่การดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวช โดยมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ได้แก่ เป็นมารดา 6 ราย เป็นภรรยา 3 ราย และเป็นสามี 1 ราย ในระหว่างการวิจัยมีมารดา 1 ราย ที่ให้การดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชในขณะที่ตนทำการรักษาอาการทางกายจากความเครียด

ผู้ดูแลมีอายุระหว่าง 32-64 ปี เฉลี่ย 50 ปี 6 เดือน มีระดับการศึกษา ประถมศึกษาปีที่ 4 ถึง มัธยมศึกษาปีที่ 3 สถานภาพสมรส คู่ เกือบทั้งหมด มีเพียงมารดา 1 รายที่เป็นหม้าย ประกอบอาชีพนอกบ้าน 5 ราย โดยทำงานขับรถ 4 ล้อเล็กรับส่งผู้โดยสาร 1 ราย เก็บเงินท่าข้ามเรือ 1 ราย ขายขนมครก 1 ราย รับจ้างทั่วไป 1 ราย และทำงานก่อสร้าง 1 ราย และอีก 5 รายเป็นแม่บ้าน ผู้ให้ข้อมูลมีรายได้ส่วนตัวระหว่าง ไม่มีรายได้ ถึง 20,000 บาท/เดือน ไม่มีรายได้ 2 ราย รายได้ 600 บาท/เดือน 1 ราย 100-300 บาท/วัน 4 ราย 20,000 บาท/ปี 1 ราย 3,000 บาท/เดือน 1 ราย และ 20,000 บาท/เดือน 1 ราย ผู้ให้ข้อมูล 4 ราย เป็นผู้หารายได้หลักให้ครอบครัวเนื่องจากบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชไม่มีรายได้ และผู้ให้ข้อมูล 4 ราย ได้รับการสนับสนุนการเงินจากสามี บุตร

ผู้ดูแลส่วนใหญ่ (8 ราย) ให้การดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวช ร่วมกับทำหน้าที่อื่นในครอบครัว ได้แก่ ดูแลงานบ้าน และดูแลบุคคลอื่นในครอบครัวด้วย โดยดูแล บุตรวัยเด็ก (1-3 คน) 2 ราย ดูแลหลาน (1-3 คน) 4 ราย มีผู้ดูแลที่เป็นภรรยา 1 ราย ทำหน้าที่ดูแลสามีที่ทำงานไม่ได้ ร่วมกับดูแลบุตรเล็กๆ 3 คน และบิดามารดาของสามี ซึ่งบิดาของสามีป่วยด้วยโรคจิตเภทด้วยเช่นกัน และผู้ดูแลที่เป็นมารดา 1 ราย หยุดทำงานเพื่อมาดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวช ดูแลบุตรชายที่เป็นอัมพาตและสามีที่ชราและป่วยด้วยโรคต่อมลูกหมากโต ผู้ดูแลในการศึกษานี้ให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มป่วยมาเป็นระยะเวลาระหว่าง 1 ปี ถึง 30 ปี

ผู้ดูแลในครอบครัวนับถือศาสนาพุทธ 7 ราย นับถือศาสนาอิสลาม 3 ราย โดยมีภรรยา 1 รายที่เปลี่ยนจากศาสนาพุทธมาเป็นศาสนาอิสลามภายหลังแต่งงาน

ผู้ดูแลในครอบครัวในการศึกษานี้เป็นคนกรุงเทพฯ โดยกำเนิด 3 ราย มีภูมิลำเนาเดิมจากจังหวัดในภาคกลาง 2 ราย และจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 5 ราย

บุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวช เป็นเพศชายและเพศหญิงอย่างละ 5 ราย อายุระหว่าง 19-63 ปี เฉลี่ย 35 ปี นับถือศาสนาพุทธ 7 ราย และศาสนาอิสลาม 3 ราย โดยมานับถือภายหลัง 1 ราย เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท (Schizophrenia) 6 ราย โรคซึมเศร้า (Depression) 1 ราย โรคจิต (Psychosis) 3 ราย โดย 2 ราย เป็นโรคจิตจากการติดสารเสพติด คือกาวและยาบ้า อย่างละ 1

ราย ระยะเวลาการเจ็บป่วยส่วนใหญ่ป่วยเรื้อรัง 5 ราย เริ่มทำการรักษา 4 ราย และยังมีอาการเปลี่ยนแปลง 1 ราย มีความสามารถดูแลตนเองได้ภายใต้การดูแลของผู้ดูแล เกือบทั้งหมด (9 ราย) ไม่มีรายได้ ระหว่างดำเนินการวิจัยมีบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวช เพศชาย 1 ราย พยายามฆ่าตัวตายด้วยการโดดน้ำและอยู่ในโรงพยาบาลนาน 1 สัปดาห์ และต่อมามีอาการทางจิตไม่สามารถทำงานได้ต้องให้ภรรยาทำแทน

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล นำเสนอตั้งในตารางที่ 1



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

ครอบครัว ที่	ผู้ดูแลในครอบครัว					บุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวช			
	เพศ	อายุ (ปี)	ศาสนา	ความสัมพันธ์	ระยะเวลา ดูแล (ปี)	เพศ	อายุ (ปี)	ศาสนา	ระยะเวลา ป่วย (ปี)
1	ชาย	63	อิสลาม	สามี	1	หญิง	55	อิสลาม	1
2	หญิง	32	อิสลาม	ภรรยา	1	ชาย	31	อิสลาม	1
3	หญิง	52	พุทธ	มารดา	2	หญิง	32	พุทธ	2
4	หญิง	64	อิสลาม	ภรรยา	30	ชาย	63	อิสลาม	30
5	หญิง	45	พุทธ	มารดา	10	หญิง	28	พุทธ	10
6	หญิง	43	พุทธ	ภรรยา	9	ชาย	34	พุทธ	10
7	หญิง	62	พุทธ	มารดา	10	ชาย	35	พุทธ	10
8	หญิง	46	พุทธ	มารดา	1	หญิง	23	พุทธ	1
9	หญิง	52	พุทธ	มารดา	13	ชาย	30	พุทธ	13
10	หญิง	46	พุทธ	มารดา	2	หญิง	19	พุทธ	9

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 การให้ความหมายจิตวิญญาณของผู้ดูแลในครอบครัว

เนื่องจากแนวคิดจิตวิญญาณเป็นแนวคิดที่ยังไม่มีคำอธิบายที่ชัดเจน และจิตวิญญาณเป็นเรื่องที่ละเอียดซับซ้อน เป็นองค์ประกอบภายในของบุคคล โดยเฉพาะในบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชซึ่งมีความแปรปรวนทางความคิด พฤติกรรม การให้การดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ดูแลจึงขึ้นอยู่กับการรับรู้ และให้ความหมายจิตวิญญาณของผู้ดูแลในครอบครัวด้วย ทั้งนี้อาการของโรค พฤติกรรมที่แตกต่างกัน ความแตกต่างของผู้ดูแลในด้านเพศ วัย การศึกษา ศาสนา จึงทำให้ได้ความหมายจิตวิญญาณตามการรับรู้ของผู้ดูแลที่หลากหลายกัน

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการทำความเข้าใจประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์การดูแลด้านจิตวิญญาณกลุ่มหนึ่ง และเพื่อให้เกิดความเข้าใจบริบทของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชด้านจิตวิญญาณ จึงขอเสนอการให้ความหมายจิตวิญญาณของผู้ดูแลในการวิจัยครั้งนี้ ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ไม่เข้าใจความหมายคำว่าจิตวิญญาณ บางรายจะเข้าใจความหมายของคำอื่น เช่น สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ที่ฟังทางใจ หรืออาจไม่เข้าใจเลย แต่ก็พยายามอธิบายดังตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งกล่าวถึงจิตวิญญาณของผู้ป่วยด้วยท่าทางใช้ความคิด เล่าอย่างไม่แน่ใจว่า

“เค้าฝังใจอยู่นะ เรื่องหมอดู เรื่องผีนี้ ...จิตของเค้านะ จะหวั่นไหวง่าย จะหวั่นไหว แล้วก็อ่อนแอ แล้วก็ใ่วิญญาณนี้ก็ จิตวิญญาณนี้ละ ไม่รวมกันนะ เค้าก็แบบว่าเป็นคน...ยังไงละ...คือเค้าเชื่อ...อือบอกไม่ถูก...จิตวิญญาณ ถ้าพูดถึงจิตเค้านะ ก็อ่อนแอ เค้าไม่แข็งแรง ถึงพาให้ตัวเค้าเองเป็นแบบนี้ จิตวิญญาณนี้ก็.....พูดยังไง ไม่ถูก (หัวเราะ) ...”

จากอาการของบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม และการป่วยเรื้อรัง ทำให้ผู้ดูแลกล่าวถึงสิ่งยึดเหนี่ยวหรือจิตวิญญาณของผู้ป่วยว่าไม่น่าจะยึดอะไรเลย เพราะเป็นโรคที่ทำให้ผู้ป่วยมีการระแวง ไม่เข้าใจเหตุผลพื้นฐานทำให้การเข้าใจเรื่องเหตุผลที่ลึกซึ้งเป็นไปได้ยาก พฤติกรรมของผู้ป่วยไม่สามารถประเมินได้ว่าผู้ป่วยมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจอะไร แม้กระทั่งความคิดเห็นในเรื่องสำคัญต่อชีวิต ดังตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลที่ทำการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมานาน 30 ปีเล่าถึงผู้ป่วยในขณะที่บุตรชายพยายามฆ่าตัวตายด้วยการกระโดดน้ำ และต้องพักรักษาตัวในห้องไอซียู ว่า

“เค้าเฉยๆ ไม่เห็นว่าจะอะไร ไม่เห็นว่าจะอะไร ก็ไม่รู้ เค้าไม่แสดงอะไร เค้าก็เฉยๆ”

อย่างไรก็ตามผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายจิตวิญญาณเมื่อใช้คำถามเพื่อให้อธิบายขยายความเข้าใจ จึงสามารถให้คำอธิบายการรับรู้ของตนเกี่ยวกับจิตวิญญาณได้ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่

จะแทรกการให้ความหมายจิตวิญญาณในขณะที่พูดถึงการดูแลในเรื่องต่างๆ ไป โดยไม่ได้คิดว่าเป็นเรื่องเกี่ยวกับจิตวิญญาณ ในผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งๆ จะมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจหลายอย่างประกอบกัน พอสรุปการให้ความหมายจิตวิญญาณของผู้ดูแลในครอบครัว ได้ดังนี้

1. ความเชื่อหรือการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา

ผู้ดูแลทั้งหมดให้ความหมายจิตวิญญาณโดยเกี่ยวข้องกับบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชว่าเป็นความเชื่อ การปฏิบัติกิจกรรมหรือพิธีกรรมทางศาสนา ซึ่งในแต่ละศาสนาจะมีความเชื่อ และการปฏิบัติที่แตกต่างกัน ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่นับถือศาสนาอิสลามว่า

“เค้าต้องมีความยึดเหนี่ยวยึดมั่นในตัวอยู่แล้ว คือถ้าไม่ยึดเหนี่ยวในตัวนี้ถือว่าใช้ไม่ได้แล้ว มันต้องมีการยึดเหนี่ยวในตัว ตามหลักศาสนาอะ ถ้าไม่ยึดเหนี่ยวในตัวนะนิดเดียว ถือว่าใช้ไม่ได้ตามศาสนาก็คือว่าเค้าต้องทำเอง ต้องยึดเหนี่ยวในตัวเอง”

ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งให้ความหมายจิตวิญญาณตามคำสอนของพุทธศาสนาว่า

“ตามคำสอนของท่าน จิตก็คือผู้รู้ ผู้รู้ ผู้คิดนั่นคิดโน่นนี่คือตัวจิต ทำหน้าที่คิด ตัวจิต ส่วนวิญญาณ มันเป็นตัวประกอบ...ความหมายขององค์ประกอบ อย่างเค้าบอกว่าจะจักขุวิญญาณ ผู้รู้ทางตา แต่ต้องมีองค์ประกอบกับทางจิต...ต้องเชื่อมกัน มันจะมีสิ่งใดสิ่งหนึ่งไม่ได้...”

ความเชื่อจากศาสนานี้เป็นสิ่งที่ผู้ดูแลได้รับการปลูกฝังมาจากปู่ย่าตายาย เป็นสิ่งที่ปฏิบัติสืบต่อกันมา และได้รับการสอนจากผู้นำทางศาสนา เป็นสิ่งที่ผู้ดูแลนำมาปฏิบัติในชีวิตประจำวัน และเชื่อว่าการปฏิบัติดังกล่าวจะส่งผลดีต่อตนเอง

“เค้าว่าเค้าสอน...พระท่านก็ว่า...เราได้ยินมาเราก็ทำบุญทำทาน สร้างน้ำทำบุญ เข้าวัด ฟังธรรม...สร้างน้ำทำบุญ จิตเราจะดี ตายไปจิตวิญญาณเราก็จะเป็นดี...ไม่ให้ทำบาป ไม่ให้ฆ่าสัตว์ตัดชีวิต เราทำดีเราก็ไม่ได้มาเกิด ไม่ต้องมาทุกข์อีก อยู่บนสวรรค์ อยากรอะไรก็ได้คุ้มทิพย์”

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ไม่ค่อยเข้าใจความหมายของคำว่าจิตวิญญาณ แต่ในขณะที่เล่าถึงการดูแลผู้ป่วย ความคิดเกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช จะกล่าวถึงเรื่องผลของการกระทำ ตามความเชื่อหรือการปฏิบัติเกี่ยวกับศาสนา เช่น การทำความดี การทำบุญ โดยบางรายมองว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชเกิดจากการทำบาปกรรมไว้กับผู้อื่น หรือมีกรรมเวรมาจากชาติก่อน การทำบุญหรือการทำความดีจะส่งผลให้เกิดผลดี แก่ไขสิ่งที่ไม่ดีที่เกิดขึ้น หรืออาจส่งผลในชาติหน้า ไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยเหมือนในชาตินี้ อีก ตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งกล่าวว่า

“เหมือนกับเวอร์กรรม คำกับเรามาเจอกัน เราไม่ได้ทำแต่พ่อคำทำมาตกกับลูก เวอร์ร่วมกัน คิดว่านั่นนะ ”

ผู้ให้ข้อมูลกล่าวสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจหลายๆ อย่างไม่ว่าจะเป็นความเชื่อทางศาสนาโดยตรง หรือความเชื่อเกี่ยวกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ อำนาจเหนือธรรมชาติ อาจมีพื้นฐานมาจากความเชื่อทาง ศาสนาหรือสิ่งอื่น เช่น การรักษากับหมอศาสนา การนับถือรูปเคารพ พระแม่คงคา แม่พระธรณี พระคุณของพ่อแม่ การเข้าร่วมปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อถือเจ้าแม่กวนอิม ลัทธิเต๋า เช่น การกินเจ การโยเร ดังตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลที่ให้การดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นที่ป่วยด้วยโรคจิตจากการ เสพยาว่า

“คำจะเชื่อเรื่องสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เรื่องพระเรื่องเจ้า คือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ว่านั่นเถอะ จะเชื่อว่าสิ่งศักดิ์ สิทธิ์มีจริง สิ่งศักดิ์สิทธิ์ก็มีหลายอย่างนะ มีทั้งศาลพระภูมิ แล้วก็พระในบ้าน แล้วก็ทั้ง...อะไร ดวง วิญญาณ...อย่างเจ้าแม่กวนอิม อย่างเสด็จพ่อ ร.5 คำจะเชื่อถือ คำจะไหว้”

2. ครอบครัวยุคใหม่ในการดำเนินชีวิต

นอกเหนือจากเรื่องศาสนาแล้ว ผู้ดูแลในครอบครัวยังกล่าวถึงจิตวิญญาณในด้านการ ดำเนินชีวิตตามปกติ เช่น ความรัก ความอบอุ่น ความผูกพันกันในครอบครัว การดูแลกันและกัน ด้วยความเอาใจใส่ และสิ่งที่กระทำเพื่อให้มีผลที่ดีต่อครอบครัวในอนาคต

ผู้ดูแลส่วนหนึ่งให้ความหมายสิ่งให้ผู้ป่วยยึดถือเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว การรักครอบ ครัว การตั้งความหวังไว้กับอนาคตของบุตร การทำงานหนักเพื่อให้ครอบครัวมีสภาพความเป็นอยู่ ที่ดีขึ้น หรือการกระทำที่บอกถึงการไปสู่จุดหมายหรือความคิดหวังของชีวิต ซึ่งผู้ดูแลตีความจาก คำพูด การแสดงออกของผู้ป่วย สิ่งที่ผู้ป่วยยึดถือนี้บางครั้งผู้ป่วยจะคิดว่าเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิด การเจ็บป่วยทางจิต ดังตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งกล่าวเมื่อผู้วิจัยถามว่าผู้ป่วยมีสิ่งที่ยึดเหนี่ยว อะไรบ้าง

“มีอันเดียวแหละ..ว่ากำพร้าพ่อกำพร้าแม่!....คิดแต่อันเดียวนี้ว่าขาดความอบอุ่น ยึดแต่นี้ คำจะพูดอยู่ประจำ...เป็นเพราะเราไม่มีพ่อแม่หรือ เป็นเพราะเราขาดความอบอุ่นหรือ ถึงได้ เป็นแบบนี้ คำคิดอย่างนี้”

ในครอบครัวที่มีฐานะยากจนสิ่งที่ยึดมั่นอาจเป็นการที่ทำให้ครอบครัวสามารถดำเนินชีวิต อยู่ได้ในภาวะที่มีความจำกัด สิ่งยึดเหนี่ยวในภาวะนี้คือการพยายามที่จะประสบความสำเร็จทั้ง ด้านการเรียน การทำงาน เพื่อจะได้มีเป้าหมายในการดำเนินชีวิตและมีผลต่ออนาคตของครอบ ครัวต่อไป

ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งเล่าถึงความตั้งใจที่ผู้ป่วยต้องการเรียนหนังสือ เพื่อให้มีความรู้ สามารถประกอบอาชีพที่ดีขึ้น

“เค้าตั้งใจของเค้า เค้าบอกเค้าพูดอยู่ว่า เค้าตั้งใจว่าจะทำงานส่งแล้วก็จะตั้งใจให้แม่ แล้วก็จะส่งน้องเรียนสูงๆ ที่ตัวเค้าไม่ได้เรียน”

3. สิ่งที่อยู่ภายใน เป็นองค์ประกอบของชีวิต

จิตวิญญาณเป็นสิ่งที่อยู่ภายในกำหนดให้คนทำดีหรือทำไม่ดี เป็นสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึง และโยงไปถึงจิตวิญญาณของผู้ป่วยว่าส่วนที่ดีไม่สามารถควบคุมได้

“คนเราเนี่ยมัน มันก็มีทั้งจิตดีจิตชั่วนะ เหมือนมีสองอันเลยในร่างกายเดียว...เหมือนมันแย่งกัน อยู่ เหมือนเราอยากได้ของๆ ใคร อย่างเห็นมะม่วงอย่างนี้ สอยดีกว่า อีกรูใจนิ่งอย่าไปทำของเค้าชื้อกินก็ได้ อยู่ไม่เห็นหรอก ใจไม่ดีมาแล้ว ใจมันไม่ดี ก็รีบทำสิจะได้ไม่มีใครเห็น...ของเค้านะเราก็นึก...จิตตรงดีนี่แสดงว่าต้องคุมไม่ได้ คงจะมีแต่จิตที่ไม่ดีฝังอยู่ในใจตอนนี้”

ในบางครั้งความหมายของจิตวิญญาณถูกเชื่อมโยงกับสิ่งเหนือธรรมชาติ เนื่องจากผู้ดูแลมีประสบการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชที่ไม่สามารถอธิบายได้ เช่น การที่ผู้ป่วยทำในสิ่งที่เกินกว่าคนธรรมดาจะทำได้ ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ดูแล

“ก็ที่ว่าเค้ามีร่างมีอะไร...คิดว่ามันอาจจะมีส่วนนะ ถ้าหากมันไม่มีจริงมันก็คงไม่กล้าขึ้น ข้างบนกระโดดลงข้างล่างได้หรอกจริงมัย ก็อย่างเราๆ แข็งขาอาจจะหักไปได้...แต่ก่อนผม..จะแยแล้ว ดำก็ดำ เนื้อตัวเค้าไหม้เกรียมเลยนะ นี่พอมากินยานี้ที่เอามาครั้งแรกเลยไม่กี่วัน นี่อ้วนเป็นคนละคนไปเลย...มันแปลก มันผิดปกติ มันไม่ใช่มนุษย์เราธรรมดาที่จะเป็นอย่างนี้”

จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลให้ความหมายจิตวิญญาณหรือสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจที่แตกต่างกัน โดยสรุปการให้ความหมายจิตวิญญาณบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชของผู้ดูแลในครอบครัวในการวิจัยนี้ หมายถึง ผู้ป่วยจะมีสิ่งยึดเหนี่ยวหรือจิตวิญญาณมากกว่าหนึ่งอย่าง ประกอบด้วยความเชื่อและการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับศาสนา หรือสิ่งเหนือธรรมชาติ ร่วมกับสิ่งยึดเหนี่ยวที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย

การเข้าใจความหมายจิตวิญญาณตามบริบทการศึกษาครั้งนี้ จะช่วยให้ทำความเข้าใจประสบการณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชด้านจิตวิญญาณ ซึ่งมีองค์ประกอบการดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชด้านจิตวิญญาณ ดังนี้

ส่วนที่ 3 ประสพการณ์การดูแลด้านจิตวิญญาณ

ประสพการณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชด้านจิตวิญญาณ ในการวิจัยครั้งนี้ พบว่ามีองค์ประกอบที่เป็นลักษณะสำคัญ 5 ประเด็นหลัก คือ 1) การเข้าใจและยอมรับ 2) การดูแลให้รู้สึกว่าเป็นที่รัก 3) การสนับสนุนให้ทำตามความเชื่อหรือสิ่งยึดเหนี่ยว 4) การสนับสนุนให้มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ และ 5) การสนับสนุนให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตอยู่ต่อไป โดยผู้ดูแลอธิบายความหมายการดูแลในแต่ละประเด็นหลักสรุปได้เป็นประเด็นย่อยต่างๆ

องค์ประกอบประสพการณ์การดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชด้านจิตวิญญาณ แบ่งเป็นประเด็นหลัก (Theme) และประเด็นย่อย (Subtheme) ดังแสดงในตารางที่ 2



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2 ประสพการณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชด้าน จิต
 วิทยญาณ: ประเด็นหลัก และประเด็นย่อย

ประเด็นที่ 1 การเข้าใจและยอมรับ

- การทำความเข้าใจ
 - การเจ็บป่วย
 - ความต้องการของผู้ป่วย
 - ปรับการดูแล
- การยอมรับ
 - ทำใจ
 - คิดถึงความดีของผู้ป่วย
 - มีความหวัง

ประเด็นที่ 2 การดูแลให้รู้สึกว่าเป็นที่รัก

- ให้รู้สึกตนว่ามีคุณค่า
- ให้รู้สึกตนว่าเป็นที่รัก

ประเด็นที่ 3 การสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ทำตามความเชื่อหรือสิ่งยึดเหนี่ยว

- ให้ผู้ป่วยได้ทำตามความเชื่อหรือสิ่งยึดเหนี่ยว
 - พาผู้ป่วยไป
 - ปล่อยให้ทำ ไม่ขัดความเชื่อ
 - สนับสนุนด้านการเงิน
- ทำให้ผู้ป่วย
 - ทำตามที่ผู้ป่วยเชื่อ หรือร้องขอ
 - ทำให้ผู้ป่วยตามความเชื่อหรือสิ่งยึดเหนี่ยวของผู้ดูแล
- คำนึงถึงการปฏิบัติตามความเชื่อหรือสิ่งยึดเหนี่ยวที่เกิดผลดี

ประเด็นที่ 4 การสนับสนุนให้มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ

- ศาสนา
 - ให้ยึดเหนี่ยวในคำสอนและปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา
- อยู่กับปัจจุบัน
 - ครอบครั

ประเด็นที่ 5 การสนับสนุนให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตอยู่ต่อไป

- ให้กำลังใจ
 - พุดให้ผู้ป่วยมีกำลังใจต่อสู้กับความเจ็บป่วย
 - พุดถึงสิ่งที่ดีในชีวิต
- ทำให้สบายใจ
 - พุดคุยกับผู้ป่วย
 - สร้างบรรยากาศในครอบครัว

ประเด็นที่ 1 การเข้าใจและยอมรับ

เนื่องจากความเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชเป็นความเจ็บป่วยที่อยู่ภายใน ไม่สามารถมองเห็นอาการและอาการแสดงจากการมองร่างกายภายนอกได้ พฤติกรรมที่ผิดแปลก การแสดงอารมณ์ และความบกพร่องในการมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวช หลังเกิดการเจ็บป่วยอาการของโรคและผลข้างเคียงจากการใช้ยา ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร การทำงาน เปลี่ยนไป การไม่ยอมรับของสังคม และความรู้สึกกระแวงของผู้ป่วยสักร้าทำให้แยกตัว หรือโกรธเมื่อได้รับการปฏิบัติจากสังคมด้วยการล้อเลียน หรือปฏิเสธการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม

การศึกษานี้พบว่าผู้ดูแลที่ให้การดูแลด้านจิตวิญญาณแก่บุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวช โดยการทำ ความเข้าใจและยอมรับการเจ็บป่วยทางจิต หมายถึง การที่ผู้ดูแลพยายามทำความเข้าใจกับความเจ็บป่วย พยายามทำความเข้าใจความต้องการของผู้ป่วย และปรับการดูแลของตนตาม ที่ผู้ป่วยต้องการ และยอมรับถึงบทบาทการดูแลของตนด้วยการ ทำใจ คิดถึงความดีของผู้ป่วย และดูแลอย่างมีความหวัง

ประเด็นย่อยที่ 1 การทำความเข้าใจ

การทำความเข้าใจกับการเจ็บป่วย

ในระยะแรกเริ่มที่มีความเจ็บป่วย ผู้ดูแลสังเกตเห็นความผิดปกติและแปลความจากความ คิด พฤติกรรม การแสดงออกของผู้ป่วย โดยผู้ดูแลจะคิดเปรียบเทียบกับลักษณะของคนปกติ ความเข้าใจเหตุผลพื้นฐาน ผู้ดูแลรายหนึ่งให้การดูแลสามีที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท กล่าวถึงความรู้สึก ในระยะแรกที่รู้ว่าสามีป่วยว่า

“เค้าก็จะเฉยๆ ก็แบบจะเฉยๆ ไปเลย เราก็คอยว่า ก็นี่แหละก็ทำแบบนี้เค้าถึงว่าเป็นโรค จิต เรายังว่าจ้ ตอนแรกว่าเค้าอย่างนั้นนะ ที่นี้พอเค้า...เราพูดอะไรไปเหมือนเค้าไม่รู้ ตอนแรก.. แกล้งรีเปล่า แกล้งหรือเปล่าทำอย่างนี้แกล้งหรือเปล่า แกล้งให้เราหรือเปล่า เค้าเรียกร้องความสนใจจากเมียรีเปล่าอะไรแบบนี้ แล้วที่นี้พอพูดไปเค้าก็ยังเหมือนเดิมอยู่ ยังพูด เราพูดอะไรเค้าก็ยังเหมือนเดิมอยู่”

ผู้ให้ข้อมูลอีกรายหนึ่งซึ่งเป็นมารดา อยู่ร่วมกันในชีวิตประจำวันกับบุตรมาตลอดโดยไม่ ทราบว่าผู้ป่วยมีอาการทางจิตจนเมื่อมีอาการรุนแรงขึ้น และนำผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล จิตเวชมาได้ 2 ปี ผู้ดูแลคิดว่าอาการป่วยหรือไม่ป่วยต้องดูที่ความเข้าใจเหตุผลพื้นฐาน และมองว่าสิ่ง ที่ทำลูกมีเหตุผล ระยะนั้นจึงคิดว่าเป็นบุคลิกลักษณะของผู้ป่วยเอง

“บางครั้งเค้าก็พูดเหมือนเค้าแกล้งทำ แต่ แต่ต้องแลกกับชีวิตยานี้ไม่คุ้มเลย เค้าไม่คุ้ม แต่พอคิดอีกทีเค้าก็คงป่วย คนดีใครจะมานั่งแกล้งทำ ใช่มั้ยคะ คนป่วยต่างหากที่มาแกล้งทำดี ไข่เรื่องพวกนี้มันเสี่ยงกับชีวิต”

ผู้ดูแลจะคาดเดาสาเหตุที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วย โดยคิดหาสิ่งที่น่าจะเป็นสาเหตุให้เกิดการเจ็บป่วย ว่าอาจจะมาจากครอบครัว เหตุการณ์แวดล้อม หรือเกิดจากตัวผู้ป่วยเอง กรรมพันธุ์ หรือจากสาเหตุหลายๆ อย่างรวมกัน การทำความเข้าใจสาเหตุการเจ็บป่วยทางจิตเวชที่ผู้ดูแลคิดถึง อาจเป็นสิ่งที่มองไม่เห็น หรือสิ่งที่ไม่สามารถอธิบายได้ โดยสังเกตอาการของผู้ป่วย โยงกับบุคคลหรือเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยระยะนั้น ความเข้าใจโรคทางจิตเวชตามประสบการณ์ที่ผ่านมาของตนหรือได้รับคำบอกเล่าจากบุคคลอื่น และพยายามหาข้อมูลที่จะยืนยันความเจ็บป่วย จากการรักษาทางการแพทย์ เพื่อได้รับการวินิจฉัยโรคที่สงสัย และหรือไปรับการรักษาด้วยการแพทย์พื้นบ้าน หรือการรักษาทางอำนาจเหนือธรรมชาติ

เมื่อนำผู้ป่วยไปรักษาผู้ดูแลจึงค่อยๆ รับรู้ว่าเป็นอาการของการเจ็บป่วยทางจิตเวช และติดตาม ชักถาม หาข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจ การรักษา ระยะเวลาในการรักษา และผลการรักษาที่เป็นไปได้ ผู้ป่วยในการวิจัยนี้ได้รับการรักษาหลายวิธี เช่น การรับประทานยา ยาฉีดรายเดือน หรือเคยได้รับการรักษาด้วยวิธีพิเศษ ผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชนมักมีอาการที่ดีในระดับหนึ่ง ช่วยเหลือตัวเองได้ สามารถอยู่ในชุมชนได้ ดำเนินชีวิตได้ใกล้เคียงกับคนปกติ แต่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลานานซึ่งผลการรักษานี้อาจเกิดผลข้างเคียงต่อผู้ป่วยได้ ผู้ดูแลพยายามแสดงออกให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณสนใจการเจ็บป่วยและผลจากการรักษาของผู้ป่วย

“บอก-ก-เข้าใจ ทุกวันนี้เราก็กูถามแล้ว ก็ไม่เห็นมีอะไร-ก-ก็ไม่ได้เห็นว่า ถึงเราจะไม่อย่างนั้นๆ กัน เราก็มีความสุขได้นี้ ประสาครอบครัวเรา ไม่จำเป็นต้องว่านอนด้วยกันนี้ แค่เราสัมผัสกันหัวเราะกัน จับหัวคิกคักอะไรกัน หัวเราะชื่นใจกันก็มีความสุข...”

นอกจากนี้ผู้ดูแลยังเป็นผู้อยู่ระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว เป็นผู้ผสานความเข้าใจ และพยายามให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน สมาชิกบางคนมีความรู้สึกอายนที่มีบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชในครอบครัว ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่พูดให้เข้าใจสภาพการเจ็บป่วยและขอให้สมาชิกช่วยเหลือผู้ป่วย โดยการสังเกตอาการความผิดปกติ ปฏิบัติต่อผู้ป่วยเหมือนเป็นสมาชิกคนหนึ่ง ในครอบครัว ดังตัวอย่างผู้ดูแลหญิงรายหนึ่งดูแลผู้ป่วย และดูแลบิดาสามีซึ่งป่วยด้วยโรคจิตเภทเช่นกัน พูดคุยกับสมาชิกในครอบครัวว่า

“เรานั่งคุยกัน มะ (แม่ผู้ป่วย) นี่นะ-น- (ผู้ป่วย) เป็นอย่างนี้นะ ถึง-น-จะเป็นยังไงเค้าก็รัก-น-นะมะนะ ..มะก็ไม่ต้องมาจู้จี้นะ ป้าเป็นคนนึงแล้วมะก็ไม่ต้องเสียใจนะว่าลูกชั้นมีคนเดียวทำไมต้องมาเป็นอย่างนี้ด้วย พ่อมันก็เป็นแล้ว มะก็ไม่ต้องคิดอะไรมาก เดี่ยวความดันขึ้น เรายิ่งพูดไปแบบนี้แหละ แกก็บอกเออเดี๋ยวก็หายแล้วแกก็ว่ายังมีใจคนแก่ เรายิ่งคงไม่เป็นอะไรมากนักนะ เดี่ยวหมอไหนดีเราก็ไปรักษากันแหละแกก็ว่าอย่างนี้ แกก็เข้าใจ”

การทำความเข้าใจความต้องการของผู้ป่วย

เมื่อผู้ดูแลทราบว่ามีสมาชิกในครอบครัวมีความเจ็บป่วยทางจิตเวช จะพยายามหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาโดยซักถามบุคลากรทางสุขภาพ และสังเกตตัวอย่างการปฏิบัติต่อผู้ป่วยของบุคลากรทางสุขภาพในสถานบริการพยาบาล คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้าน พยายามทำความเข้าใจว่าผู้ป่วยต้องการอะไร ชอบอะไร และทำตามสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ

“เค้าอยากให้เราทำอะไรเค้าก็บอกแล้วทำตามเค้าบอกไม่ต้องมาเถียงเค้า เค้าแบบดูหงุดหงิดนะ ดูเราก็ออ เค้าอย่างนี้หรือเปล่า เดี่ยวๆ เราต้องสอนลูกแล้ว มันจะได้ไม่มีปัญหา...คือว่าถ้าเค้าไม่ชอบอย่างไหนเราก็พยายามที่จะไม่ขัดใจเค้า เค้าไม่ชอบอย่างนี้นะเค้าบอกเราก็ออก็ไม่ต้อง แบบให้เค้าเห็นเลยว่าไม่มีปัญหาอะไร ไม่มีอะไร ลูกเค้าก็ไม่มีปัญหา”

ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลและผู้ป่วยที่มีมาก่อนที่จะเกิดการเจ็บป่วยขึ้น ดังนั้นผู้ดูแลจะทราบลักษณะนิสัย ความคิดพื้นฐาน ความต้องการของผู้ป่วย ผู้ดูแลส่วนใหญ่จึงให้ข้อมูลว่านำลักษณะนิสัยของผู้ป่วยมาคิดหาวิธีการดูแลที่จะเกิดผลดีมากที่สุด การทำความเข้าใจความต้องการของผู้ป่วยนี้อาจเกิดขึ้นจากการที่ผู้ดูแลนำความรู้สึกของตนเองจากการปฏิบัติของผู้อื่น ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งเล่าว่าเมื่อตนป่วยทางกายเนื่องจากความเครียดได้ไปรับการตรวจรักษาจากโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในครั้งแรกได้รับการปฏิบัติไม่ดี เมื่ออ่านประวัติจึงพูดคุยอย่างนุ่มนวล เขาใจใส่ จึงนำมาคิดถึงความรู้สึกของผู้ป่วย

“เราต้องมีการคิดเปรียบเทียบจากตัวเราเลยว่าสิ่งนี้เราไม่ชอบ อย่างนี้เราไม่ชอบเพราะมันลูกเรา เค้าป่วยมากกว่าเรา เค้าก็ต้องการสิ่งนี้ สิ่งที่เราชอบเนี่ย การพูดที่อ่อนโยน การเห็นอกเห็นใจ การเข้าใจ ว่าเค้าต้องการอะไรอยู่ตอนนี้ แล้วก็คือเค้าต้องการมากกว่าคนธรรมดา”

การปรับการดูแล

ผู้ให้ข้อมูลเกือบทุกรายกล่าวถึงการปรับเปลี่ยนการแสดงออกในการดูแลผู้ป่วย โดยการสังเกตความต้องการ การได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางสุขภาพ ผู้ให้ข้อมูลบางรายที่ผู้ป่วยเคยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจิตเวช มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย และได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางสุขภาพจิตให้ดูแลเอาใจใส่ ไม่ขัดใจ จึงปรับการแสดงออกของตน

“หมอค์ก็แนะนำว่าให้เอาใจ ให้แนะนำในทางที่ดี อย่างเวลาकिनยานี้ก็ต้องถามว่ากินรึยัง แล้วก็จัดหูกยาให้กิน เค้าว่านะ แล้วเอาใจนี่ว่าให้เอาใจคนป่วย อย่าดูอย่าว่า เราก็เลยคิดว่าสงสัยมันเป็นแบบนี้ แต่ก่อนเรามีแต่ว่าเค้าใจ ที่นี้ช่วงนั้นมาไม่เคยว่าอะไรให้เค้าหรอก มีแต่เอาความดีสู้”

ผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่งไม่ได้ให้การดูแลผู้ป่วยตามที่บุคลากรสุขภาพให้คำแนะนำทั้งหมด แต่ทำการลงมือทดลองด้วยการปรับการปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามอาการและผลการดูแลที่เกิดขึ้น หรือนำวิธีการที่ปรับมาจากสื่อโทรทัศน์ หนังสือ และลงนามมาปฏิบัติกับผู้ป่วย ผลการปรับเปลี่ยนการดูแลจากความเข้าใจมีผลให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น

“แต่ก่อนแม่จะไม่มีอารมณ์มาชม มาสนใจอะไร จุดเล็กๆ น้อยๆ พี่จะมาตั้งใจจะฟื้นฟูลูกให้ดี ดูจากทีวีมั่ง จากหนังสือพิมพ์มั่ง มันก็ได้ประสบการณ์ดีนะ แล้วแม่ก็เลยมาทดลองใช้ดูซิ กับตัวเรา กับลูกเรา กับครอบครัวเราอะไรเงี้ย มันก็รู้สึกดีขึ้น อบอุ่นขึ้น ...เราก็จะบอกกว่าวันนี้เค้าดีนะ ก็มีความรู้สึกที่ว่าเค้าพอใจ ... ก็พยายามจะทำเหมือนกันนอยากให้เราชม”

ประเด็นย่อยที่ 2 การยอมรับ

เนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิตเป็นโรคที่สังคมส่วนหนึ่งไม่ยอมรับเนื่องจากพฤติกรรมของบุคคลที่มีปัญหาทางจิต ผู้ดูแลส่วนหนึ่งให้ข้อมูลว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเอง และสร้างความเดือดร้อนแก่สังคม ความรู้สึกของการป่วยทางจิตเวชที่เพื่อนบ้านและสังคมเรียกว่า คนบ้า คนประสาธ การแสดงออกถึงการไม่ยอมรับบุคคลที่มีประวัติการรักษาทางจิตเข้าทำงาน หรือร่วมกิจกรรมในสังคม

นอกจากนี้ผู้ดูแลส่วนหนึ่งมีการรับรู้ของตนหรือสังคมต่อการเจ็บป่วยทางจิตเวช ส่งผลให้เกิดความรู้สึกไม่ดีต่อการเจ็บป่วยทางจิตหรือการมีคนในครอบครัวป่วย บางครั้งผู้ดูแลเกิดความรู้สึกที่รุนแรงต่อการนำผู้ป่วยไปรักษาในสถานบำบัดโรคทางจิตเวช และคิดว่าจะส่งผลต่ออนาคตของผู้ป่วย

“ใครอยากจะทำลูกเข้าโรงพยาบาลอย่างนี้ ถ้าลูกเราไม่ป่วย ไข้มัย มันเสียไปหมดเลย ทั้งประวัติทั้งอะไร ทั้ง...ชีวิต แต่นี่คือมันสุดวิสัยแล้ว แล้วสิ่งแวดล้อมบอกว่าเราต้องเอาลูกมาอยู่ตรงนี้ เราก็จนปัญญาที่จะไปปลุกเค้ามาเมื่อลูกเราไปประท้วงตรงไหน”

การยอมรับจึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการดูแลด้านจิตวิญญาณแก่บุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวช การยอมรับ หมายถึงการที่ผู้ดูแลในครอบครัวยอมรับบทบาทการดูแลผู้ป่วยด้วยการทำใจ คิดถึงความดีของผู้ป่วย และให้การดูแลด้วยความหวังว่าผู้ป่วยจะดีขึ้น

ทำใจ

เมื่อเกิดการเจ็บป่วยทางจิตเวช ในระยะแรกผู้ดูแลจะพยายามค้นหาสาเหตุและแสวงหาการรักษาในรูปแบบต่างๆ จนผู้ป่วยมีอาการที่ชี้ชัด รุนแรง และต้องการการบำบัดรักษา ผู้ดูแลจึงคิดว่าการรักษาที่โรงพยาบาลจะเป็นทางที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย การนำผู้ป่วยไปรับการรักษาทำให้ผู้ดูแลมีโอกาสพบเห็นผู้ป่วย และอาการทางจิตอื่นๆ จึงเริ่มคิดว่าไม่ได้มีแต่ตนเองที่มีสมาชิกในครอบครัวป่วยด้วยโรคทางจิต และเริ่มทำใจต่อการรับบทบาทการดูแล บางรายคิดว่าอย่างน้อยก็ยังมีโอกาส และพยายามแก้ไขตามที่สามารถทำได้เป็นอย่างดีที่สุด

“ก็ต้องทำใจนะ ก็ต้องทำใจ พอลูกไม่สบายก็ต้องพาลูกไปหาหมอ พอลูกกินไม่ได้นอนไม่หลับก็ต้องพาลูกไปหาหมอ ไปเอายา ก็พ่อเค้าเป็นคนไปเข้าเวรแม่เป็นคนรับหนัก กลางค้ำกลางคืนฝนตกก็ต้องพาลูกไปขึ้นรถ ไปส่ง—(โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง)—ก็พาลูกไปส่งไป”

ผู้ดูแลส่วนใหญ่คิดว่าการเจ็บป่วยเกิดขึ้นเองไม่มีใครต้องการให้เป็น อาจเกิดจากจากกรรมเวรที่ผู้ป่วยเองทำกรรมไว้ในชาติก่อน หรือจากกรรมที่ตนทำมาตักกับผู้ป่วย จึงทำให้ตนเองและผู้ป่วยมีความทุกข์ โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว สร้างความเดือดร้อนแก่คนอื่น ยิ่งจะทำให้ผู้ดูแลรู้สึกอายน และมีภาระในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น การที่จะจัดการกับความทุกข์เหล่านี้ อยู่บนพื้นฐานการยอมรับสิ่งที่ผู้ป่วยกระทำ

“เขาก็จะดูหมิ่นดูแคลนเรา ตัวเราทำเราก็ต้องไปทำ ตัวเราไม่เหมือนคนอื่น เราได้เราก็ต้องไปเก็บไปทำแหละ กลัวเค้าว่าให้ เรานะอายจน อายมาก ก็ได้แต่ทำใจ ก็นึกแต่ว่าเออ คิดว่าเค้าก็ไม่ได้ตั้งใจเป็นแต่มันเป็น เราไม่อยากจะให้มันเป็นแต่มันเป็นเอง เราก็ต้องทำใจ ชาวบ้านชาวช่องตื่นขึ้นมา เค้าก็คงดูคงอะไร แต่ก็ช่างเค้า”

การดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชอาจสร้างความรู้สึกเครียดเป็นทุกข์จากการกระทำของผู้ป่วย แต่การทำใจให้ยอมรับได้ก็จะเกิดผลดีต่อตนเองและผู้ป่วยด้วย ทำให้ผู้ดูแลลดความเครียดและให้การดูแลต่อไปได้

“ทุกวันนี้ไม่รู้รู้สึกแล้วแม่ ...ทุกวันนี้ ทำใจ คือมันเป็นหน้าที่ ทุกวันนี้ไม่ได้คิดอะไร ใหม่ ๆ ก็แทบบ้าเหมือนกันนะ แม่...คือตอนใหม่ๆ นี่แม่ก็คิดว่าจะเป็นบ้า เครียดมากเลย แบบ จน คือวันๆ นิ่งมันยิ้มไม่ออก ข้าวยังไม่กินเลย มันกินไม่ลง มันเครียด แต่ทุกวันนี้เฉยๆ ธรรมดา คือเราคิดว่าเรามีหน้าที่ดูแลเค้าล่ะ เค้าเป็นลูก.....(เงียบ)”

คิดถึงความคิดของผู้ป่วย

การดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวช นอกจากจะมีอาการที่ไม่พึงประสงค์จากการแปรปรวนทางความคิด ซึ่งทำให้มีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์แล้ว ผู้ดูแลส่วนใหญ่รับภาระดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำงานได้ หรือทำได้ไม่เต็มที่ มีความเครียดจากการดูแล และการรับภาระในครอบครัว อาจทำให้ผู้ดูแลเหน็ดเหนื่อยและท้อแท้ ผู้ดูแลจะนึกถึงสิ่งที่ดีของผู้ป่วยหรืออนาคตที่คาดหวังไว้ว่า หากไม่เกิดความเจ็บป่วย ตนก็มีชีวิตที่ดี และนึกถึงความรู้สึกของตนเองต่อผู้ป่วยที่ผูกพันกันมา เพื่อจะช่วยให้ยอมรับได้

แม้ว่าอาการของผู้ป่วยจะเป็นสิ่งที่ไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม และรู้สึกไม่สบายใจต่อการแสดงออกของเพื่อนบ้าน ผู้ดูแลที่เป็นภรรยาให้ข้อมูลว่าการถูกซักถามจากเพื่อนบ้าน ภาระดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่เพิ่มขึ้น และอาการของผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามอาการของโรค และหรือประกอบกับผลการรักษาด้วยยา หากผู้ป่วยอาการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่แย่ลง ผู้ดูแลจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านความคิด อารมณ์ความรู้สึกในการดูแลผู้ป่วย เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับการรักษาทางการแพทย์ และคิดถึงการดำเนินชีวิตต่อไปของผู้ป่วยและครอบครัว

ระหว่างดำเนินการวิจัย ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งต้องหยุดการให้ข้อมูลเป็นการชั่วคราวเมื่อผู้ป่วยกระโดดน้ำ ผู้ดูแลต้องหยุดงานไปให้การดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล ภายหลังจากออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการแทรกซ้อนจากการไอ้ยา ปฏิเสธไม่ยอมกินยา หลังจากนั้นซึม เศษ นอนทั้งวัน ไม่สามารถไปทำงานได้ ผู้ดูแลต้องทำงานแทนผู้ป่วย รับภาระทั้งหมดในการเลี้ยงบุตรเล็กๆ 3 คน และบิดามารดาของผู้ป่วย การให้ข้อมูลครั้งที่ 2 เกิดขึ้นหลังจากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลได้ 2 สัปดาห์ ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่าตนต้องตื่นทำงานกดเรือแทนผู้ป่วยตั้งแต่ 6 นาฬิกา จ้างคนมารับเวรกะต่อไปเร็วขึ้นเพื่อกลับบ้านช่วง 11 นาฬิกา ดูแลบุตร 2 คนให้ทานอาหาร ก่อมนอน และกลับไปทำงานเก็บเงินซึ่งเป็นกะของตนเองอีก 6 ชั่วโมง เล่าให้ผู้วิจัยฟังในห้องเก็บเงินข้ามฟากด้วยท่าทางเหนื่อยเปลี่ยวว่า

“เราจะอยู่ด้วยกันเฉพาะตอนที่เค้าดีเหอ เรายังกะ ทำไม คนเรามันก็มีเจ็บไข้ได้ป่วยบ้าง แล้วเราจะไม เราจะทำเค้าไปเหอ เราจะพูดไม่ดีกะเค้าเหอ”

มีความหวัง

การป่วยโรคทางจิตเวชเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่อการดำเนินชีวิตตามปกติ การมีอาการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ปัญหาจากการรักษา การปรับยา ทำให้ผู้ดูแลเหน็ดเหนื่อย ท้อแท้ ความหวังก็เป็นอีกสิ่งหนึ่งที่ผู้ดูแลนำมาใช้ให้เกิดการยอมรับ

“เรานี้แหละผีเนี่ย ผีเนแบบ บางทีเราก็ บางทีเราก็นี่ก็อ้อ้ย จะหายรีเปล่าน้อ เราพูดปลอบใจเค้าไปอย่างเงี้ย.....แล้วถ้าเค้าไม่หายละ.....แล้วมันจะเป็นยังไงน้า อะไรอย่างเงี้ยนะ แต่ก็นี่ก็ เค้าก็ ต้องหายน้า คนอื่นเค้ายังหายเลย เค้ายังดีขึ้นเลย ถึงแม้จะไม่หาย ถึงแม้จะไม่หายขาดแต่เค้าก็ดี..... ยังดำรงชีวิตอยู่ได้ตามคนทั่วไป เราก็อพอใจแล้ว เราก็นี่ก็อย่างเงี้ยแหละ”

การเจ็บป่วยทางจิตที่เกิดขึ้นขณะที่มีอายุน้อย ทำให้ผู้ดูแลคิดถึงชีวิตในอนาคตของผู้ป่วย ดังตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลที่เป็นมารดา เล่าว่าบุตรสาวกินยาลดความอ้วน ต่อมาใช้ยาม้า ยาอี โดยการชักนำของเพื่อน ทั้งที่มีอายุเพียง 23 ปี ตอนนี้อยู่ไม่สามารไปเรียนหนังสือ หรือทำงานได้

“จะใช้เวลาเท่าไรก็ช่างเถอะ ขอให้เค้าดีเถอะ ใช่มั้ย มันก็ยังมี มีกำลังใจ มีโอกาสอยู่นะ ว่าเธอจะใช้เวลาเป็นปีหรือสองปีก็ไม่ใช่ไร เราก็คงทนได้ ทำได้ ขอให้เค้าดีขึ้นจะช้าเร็ว ก็.....ทำไง มันเป็นไปแล้ว ไม่มีใครอยากให้มันเกิดขึ้น....”

การดูแลผู้เจ็บป่วยทางจิตในด้านจิตวิญญาณ จะเกิดขึ้นได้จากการที่ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจผู้ป่วยในความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น อาการที่เปลี่ยนแปลง การช่วยเหลือนำไปรักษาพยาบาล อีกทั้งยังประสบปัญหาต่างๆ ทั้งจากตัวผู้ป่วยเองและบุคคลอื่น ซึ่งเมื่อผู้ดูแลเข้าใจ และทำใจให้ยอมรับได้ ก็จะทำให้เกิดการดูแลผู้ป่วยต่อไป

ประเด็นที่ 2 ดูแลให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นที่รัก

บุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวช เป็นผู้ที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับความคิด พฤติกรรม อารมณ์ ผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่งรายงานว่า ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้ จึงมีความรู้สึกที่ตนไม่มีความสามารถ ควบคุมความคิดและการกระทำตนเองไม่ได้ กลัวว่าคนจะไม่ยอมรับหรือรังเกียจการเจ็บป่วยของตน บางครั้งเกิดจากการที่ผู้ป่วยถูกแสดงให้รู้สึกเช่นนั้นหรือผู้ป่วยมีความคิดกังวล ระแวงไปเอง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกท้อแท้ ไม่มีกำลังใจต่อสู้กับอาการเจ็บป่วย และคิดว่าผู้ดูแลจะทอดทิ้งตนเองไป

“เค้าๆ จะเหมือนท้อเลยตอนแรกๆ เหมือนใจเค้าไม่รู้ เหมือนไม่ยอมรับรู้ ใจเค้าไม่รับรู้อะไรแล้ว เราก็คอยปลอบ บางทีเค้าเข้ามานะ เค้าเข้ามาบอกเราเลยนะ -ก- ไม่ไหวนะทำไมเป็นอย่างนี้ -ก- อย่าทิ้ง -น- นะ”

ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะถูกปฏิบัติจากบุคคลอื่นทั้งในและนอกครอบครัว ที่แสดงถึงการไม่ยอมรับ ผู้ป่วยจะคิดระแวงในขณะที่ยังออกนอกบ้าน จึงมีการเก็บตัว ไม่อยากมีปฏิสัมพันธ์กับคนภายนอก ผู้ดูแลส่วนหนึ่งจะมีความคิดกังวลว่าผู้ป่วยอาจมีความคิดฆ่าตัวตาย การดูแลให้รู้สึกตนว่า

เป็นที่รัก จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกตนว่ามีคุณค่า เป็นที่รัก และการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วยมีความหมาย สำหรับคนรัก และครอบครัว

ผู้ดูแลให้การดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชด้านจิตวิญญาณโดยการพยายามให้ผู้ป่วย รู้สึกว่าเป็นที่รัก หมายถึง การดูแลให้ผู้ป่วยรู้สึกตนว่ามีคุณค่า และรู้สึกตนว่าเป็นที่รัก

ให้รู้สึกตนว่ามีคุณค่า

ผู้ดูแลส่วนใหญ่สังเกต และประเมินความรู้สึกของผู้ป่วยจากการแสดงออก คำพูด กิริยา ท่าทาง การหลีกเลี่ยงและปฏิเสธที่จะออกไปร่วมกิจกรรมในที่ชุมชน การระบายความคิดวิตกกังวล ของผู้ป่วยกับผู้ดูแล กลัวว่าคนจะรังเกียจตนเอง และกลัวคนมาว่าคนในครอบครัว ผู้ดูแลเข้าใจ ความรู้สึกว่าการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกด้อยค่าลง และพยายามทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่า การมีตัวตน ของผู้ป่วยมีคุณค่า เป็นที่ต้องการของผู้ดูแล และครอบครัว เปิดโอกาสให้มีบุคคลอื่นมาพูดคุย ช่วยเหลือผู้ป่วยบ้าง

“เค้าจะได้มีคนมาพูดคุย แบบคล้ายๆ ว่าเอ้มีใครสนใจเราอยู่อย่างนี้ อยากรู้ให้เราดีเป็นห่วง เราอะไรอย่างนี้..มันก็ ต้องมีความรู้สึกอย่างนั้นแหละ ทุกคนแหละ ใครก็แล้วแต่ ถ้ามีคนอีกซักคน หนึ่งมา เออ คอยห่วงหาอาทร มันก็รู้สึกดี”

ผู้ดูแลพยายามให้ผู้ป่วยรู้สึกว่า การมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วย สำคัญต่อผู้ดูแล ครอบครัว ถึงแม้ จะเจ็บป่วยก็ยังสามารถมีครอบครัวที่อบอุ่น เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นสุข นอกจากนี้ผู้ดูแลที่เป็นมารดา ยังพยายามปฏิบัติต่อผู้ป่วยเท่าเทียมกับบุตรคนอื่น ๆ เปิดโอกาสให้ได้ไปสถานที่ๆ ผู้ป่วยต้องการ ได้ทำในสิ่งที่เหมือนๆ กับพี่น้อง พยายามแสดงให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าไม่ได้ทำให้เกิดความลำบากใจในการดูแล และให้รู้สึกว่าตนมีค่าเท่าเทียมกับบุตรที่ไม่ได้ป่วย

“ไปไหนกับพ่อกับแม่ ก็อบอุ่น ทำให้เค้าอบอุ่น นี้ไปไหนก็ให้เค้าไปด้วย...พ่อไปไหนมา อย่างพอกับพี่ไปไหนมา ก็ชื่อของมาฝากนี่ก็รักก็เอา ถ้าให้น้องให้พี่นี่เค้าก็ต้องได้เหมือนกันหมด ... ไข้ว่าเค้าทำตัวไม่ดีแล้วจะไม่ให้ ให้เหมือนกันหมด”

ให้รู้สึกตนว่าเป็นที่รัก

ผู้ดูแลพยายามให้การดูแลผู้ป่วยให้รู้สึกว่าตนเองเป็นที่รัก การแสดงออกถึงความรักอาจ เป็นการแสดงถึง การยอมรับ ไม่ล่วงเกินความเป็นส่วนตัว หรือการปฏิบัติที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความ รู้สึกที่ไม่ดี ผู้ดูแลจะรู้ได้จากลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วยเอง และปฏิบัติกรดูแลโดยคำนึงถึงความ รู้สึกของผู้ป่วย

เมื่อผู้ป่วยพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล เป็นช่วงเวลาที่ผู้ดูแลก็แสดงออกถึงความรัก ความห่วงใยต่อผู้ป่วย ด้วยการไปเฝ้าไข้ ดูแลเรื่องอาหาร ความเป็นอยู่อย่างใกล้ชิดตามที่เวลาและสถานที่เอื้ออำนวย ผู้ดูแลบางรายที่ไม่สามารถไปเฝ้าดูแลผู้ป่วยด้วยตนเอง จะหาทางช่วยเหลือผู้ป่วยโดยฝากกับคนรู้จักหรือบุคลากรทางสุขภาพ และพูดคุยกับผู้ป่วยเพื่อให้เข้าใจเหตุผลที่ไม่สามารถมาเยี่ยมได้ทุกวัน

“เราก็ไปเยี่ยม เอาของไปฝาก ให้กำลังใจ เพราะลูกไม่ได้ชอบเลยอยู่โรงพยาบาล...คือจะทุกวันมังคะ...แต่ถ้าไม่ได้ไปก็จะบอกลูกว่า แม่ไม่ได้ไปนะ คำจะได้ไม่ชะงัดหา...เพราะว่าเค้าว่าจะชะงัดหาแม่ทุกวัน แต่ว่าจะปากแข็ง มาไม่มากก็ได้ แต่เชื่อว่าเค้าคอย เพราะเราไปเราก็จะมีของกินไปฝาก มีการอาหารของเราไปหา”

ผู้ให้ข้อมูลนำผู้ป่วยไปรักษาด้วยการใช้อำนาจเหนือธรรมชาติตามที่ผู้ป่วยต้องการ เช่น การรักษากับหมอทางศาสนา การครอบขันธ์ การสวดสะเดาะเคราะห์ประจำปี ดังตัวอย่างผู้ดูแลรายหนึ่งเล่าถึงการนำผู้ป่วยไปรักษากับหมอพระด้วยการรดน้ำมนต์ กินยาต้ม ซึ่งไม่ทราบว่าผลการรักษาจะเกิดผลอย่างไรต่อผู้ป่วย แต่ก็นำผู้ป่วยไป บางรายยอมพาผู้ป่วยไปดูหมอดูทุกเดือนแม้จะเสียค่าใช้จ่ายมาก

“อย่างน้อยที่สุด ระหว่างเรากับลูกเลย คำจะเห็นได้เด่นชัดว่าเราอยากให้เค้าหายนะ เรารักเค้านะ...ตรงนี้ ทั้งๆ ที่สุด ส่วนถ้าเค้าจะหาย...จากพระ...ขึ้นมาจริงๆ...เป็นโอกาสที่ดีของเค้าที่เราเอามา คือเราจะพยายามให้เค้าเข้าใจว่า คือเรารักเค้านะ เรารักเค้านะ เราอยากให้เค้าโอเคนะ อย่างเราต้มยาให้เค้าแล้วนี่ ลูกกินยานะ พ่อกินให้ทุกวัน”

ผู้ให้ข้อมูลบางรายแม้ไม่เห็นด้วยกับความเชื่อความเชื่อของผู้ป่วย แต่ก็ไม่ขัดใจผู้ป่วย นอกจกนี้การอยู่ร่วมกันในชีวิตประจำวันก็เป็นโอกาสที่ผู้ดูแลจะแสดงให้เห็นให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความรู้สึกว่าตนได้รับความรักความเอาใจใส่ เช่น การปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยความสม่ำเสมอ ไม่ประพฤตินิสัยที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สบายใจ การแวะมาดูแลผู้ป่วยที่บ้านระหว่างทำงาน ดังที่ผู้ดูแลรายหนึ่งเล่าถึงการพูดให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าตนทำทุกอย่างให้ด้วยความรัก ว่า

“เราก็เลยว่าจะไปคิดอะไรมาก ไม่มีความอบอุ่น เราก็เป็นทั้งแม่ เป็นทั้งเมีย เป็นทั้งหมอดู ถ้าว่าไม่สบาย เราก็พาไปหาหมอดู ข้าวปลาเราก็หาให้ อ้อ...เราให้ได้หมด เราทำให้ได้หมด เราทำให้ทุกอย่าง..ที่เค้าต้องการ ความสงสาร ความอะไร เราให้เขาได้หมด”

ประเด็นที่ 3 สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ทำตามความเชื่อหรือสิ่งยึดเหนี่ยว

ผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายการดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชด้านจิตวิญญาณว่าเป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ทำตามความเชื่อหรือสิ่งยึดเหนี่ยว ประกอบด้วยประเด็นย่อย 3 ประเด็น ดังต่อไปนี้

ประเด็นย่อยที่ 1 ให้ผู้ป่วยได้ทำตามความเชื่อหรือสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ

การให้ผู้ป่วยได้ทำตามความเชื่อหรือสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ในที่นี้หมายถึง พาผู้ป่วยไป ปล่อยให้ทำ ไม่ขัดความเชื่อ และ สนับสนุนด้านการเงิน

บุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชก็มีความเชื่อหรือสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจเหมือนกับคนปกติหรือผู้เจ็บป่วยด้านร่างกาย ผู้ดูแลประเมินความเชื่อหรือสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจของผู้ป่วย จากคำบอกเล่า คำร้องขอ การแสดงออกของผู้ป่วย ซึ่งมีความเชื่อที่แตกต่างกันไป โดยความเชื่อส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับคำสอนและการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ผู้ป่วยบางรายจะคิดว่าการเจ็บป่วยของตนเกี่ยวข้องกับศาสนา เช่น การทดสอบของพระเจ้าสูงสุดในศาสนา ผลจากการกระทำ บาปกรรม ที่เกิดในชาตินี้และชาติก่อน และปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาเพราะคิดว่าจะช่วยให้สามารถแก้ไขความเจ็บป่วยได้ เช่น การทำบุญ สร้างโบสถ์ สร้างพระ การทำความดี หรือปฏิบัติตามคำสอนในศาสนา ผู้ป่วยที่ได้รับกระทบกระเทือนทางจิตใจจากความไม่เข้าใจของบุคคลในครอบครัว หรือบุคคลอื่น อาจรู้สึกว่าการเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวที่จะทำให้รู้สึกสบายใจ การมีความเชื่อหรือสิ่งยึดเหนี่ยวที่ตรงกันของผู้ป่วยและผู้ดูแล ทำให้เข้าใจถึงความเชื่อของกันและกัน และบางครั้งก็เป็นการสนับสนุนซึ่งกันและกัน ซึ่งการสนับสนุนของผู้ดูแลนี้จะขึ้นอยู่กับหลักความเชื่อที่ตนและผู้ป่วยยึดถือร่วมกัน ในผู้ดูแลบางรายที่เปลี่ยนมาเชื่อตามความเชื่อหรือสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจของผู้ป่วย จะพยายามทำความเข้าใจและคล้อยตามความเชื่อของผู้ป่วยด้วย

นอกจากนี้บุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชยังมีความเชื่อหรือสิ่งยึดเหนี่ยวในสิ่งเหนือธรรมชาติ ซึ่งประเพณีวัฒนธรรมหลายอย่างของคนไทย มีพื้นฐานมาจากความเชื่อทางศาสนา อาจมีความเกี่ยวข้องกับสิ่งเหนือธรรมชาติ หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ต่างๆ วัตถุ สิ่งของ ที่มีอำนาจ ซึ่งเกี่ยวข้องกันในหลักคำสอน พิธีกรรม และการปฏิบัติ จนมีคำกล่าวที่ว่า “พุทธ ผี พราหมณ์” จึงมักมีความเชื่อเกี่ยวกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ สิ่งเหนือธรรมชาติ อำนาจที่มองไม่เห็น อย่างไรก็ตามมีความเชื่อบางอย่างที่ไม่เกี่ยวข้องกับศาสนาด้วย เช่น ไสยศาสตร์ วัตถุมงคล โดยผู้ให้ข้อมูลรายงานว่ามีผู้ป่วยทั้งหมดมีความเชื่อและการปฏิบัติมากกว่า 1 อย่าง

นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจเกี่ยวกับครอบครัว เป้าหมายในการดำเนินชีวิต การศึกษา เช่น ในครอบครัวที่มีสถานะภาพทางสังคม และเศรษฐกิจอยู่ในระดับยากจน สิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจจึงเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยยึดมั่น พยายามสร้างพื้นฐานทางการเรียน เพื่อให้ไปถึงสิ่งที่มุ่งหวัง

บุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชในระยะเวลาที่มีอาการไม่รุนแรงยังมีความเชื่อของตน และปฏิบัติตามความเชื่อนั้น ต่อเมื่อเกิดอาการทางจิตที่รุนแรง จึงอาจมีความคิดความเชื่อ หรือการปฏิบัติที่ผิดไปจากลักษณะปกติ ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งกล่าวถึงการนำของไหว้ศาลพระภูมิในบ้านว่า

“เค้าก็ยังไหว้ละ...ไหว้..ตอนหลังๆ นี่หนักแล้ว ไม่รู้เรื่องแล้ว ไหว้ไม่รู้เรื่องแล้ว ตั้ง..ตาม.. ก่าแพงบ้าน”

ผู้ดูแลจึงสนับสนุนให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามความเชื่อหรือสิ่งยึดเหนี่ยว โดยเลือกใช้วิธีที่เกิดผลดีกับผู้ป่วย คือ

พาผู้ป่วยไป

ผู้ดูแลสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ทำตามความเชื่อหรือสิ่งยึดเหนี่ยว เป็นประสบการณ์ที่ผู้ดูแลให้ความหมายว่า เป็นการพาผู้ป่วยไปทำตามความเชื่อหรือสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจของผู้ป่วย โดยผู้ดูแลเกือบทั้งหมดพาผู้ป่วยไปเพื่อให้ได้ทำตามความเชื่อ เป็นการทำตามความต้องการของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยเกิดความสบายใจ โดยอาจตั้งเอาคำพูดหรือจุดดีของความเชื่อหรือสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ การปฏิบัติ หรืออาจเป็นผู้รักษาและวิธีการรักษามาพูดให้ผู้ป่วยมีกำลังใจมากขึ้น สิ่งที่น่าผู้ป่วยไปเป็นความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับศาสนาเป็นส่วนใหญ่

“(ชวนเค้าไปวัด) คือเค้าก็อยากทำไว้ อยากให้ไปขอไว้ ขอไว้ เผื่อว่าชาติหน้าจะได้ไม่เป็น อย่างนี้ จะได้ไปคนดีเป็นคนเหมือนปกติ ครบ 32 อย่าให้มันแบบนี่ ให้ขอให้เว้นอันนี้ ชาติหน้ามีจริงก็ขอให้เป็นคนปกติ 32 ให้รำให้รวย อธิษฐานไว้ ชาตินี้ไม่เอา ถ้าเป็นก็ขอให้หายให้อะไร ให้เป็นคนปกติ หาย อธิษฐานเอา ชวนเค้าไป ให้ขอให้เป็นคนดี ไม่ให้ไปในทางที่เป็นไป ชาติหน้ามีจริง ชาตินี้ก็ไม่ใช่เป็นไม่ใช่เจออีก ให้เลิกตั้งแต่วันนี้ ของที่ไม่ดี”

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ เล่าถึงการนำผู้ป่วยไปทำตามความเชื่อหรือสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจตามที่ต้องการ โดยความเชื่อนั้นมีพื้นฐานมาจากความเชื่อทางศาสนา หรืออาจเป็นความเชื่อในสิ่งที่มองไม่เห็น อำนาจเหนือธรรมชาติ ซึ่งอาจมาจากความเชื่อทางศาสนาหรือไม่ก็ได้ ผู้ป่วยจะมีความเชื่อพื้นฐานอยู่เดิมหรือได้รับคำบอกเล่า แนะนำมา ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งเล่าถึงการไปปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาของผู้ป่วยว่า

“วัดไหนที่เขาศักดิ์สิทธิ์ก็ไปทำ ทำน้ำมนต์อาบ สะเดาะ ให้มันหายโรคหายภัยนะ เราก็ไปวัดบ้าง วัดไหนที่เขาสวดไม่เป็นเราก็ไปสังฆทาน ก็..มันก็เสียบกับตัวเขาไม่ได้ เราก็ไปวัดที่ทำน้ำมนต์น้ำอะไรก็ได้...ที่เอาไปถวายแล้วพระก็สวดให้คนป่วยด้วย พระสวดด้วย รดน้ำมนต์ด้วย โรคภัยไข้เจ็บก็จะหายไป เเคราะห์โลกก็จะหมดเคราะห์หมดโรคหมดโรครหมดภัย”

ปล่อยให้ทำ ไม่ขัดความเชื่อ

การเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิต บางครั้งอาจหาสาเหตุไม่ได้ เป็นโรคที่เกิดจากกรรมพันธุ์ หรือความล้มเหลวด้านจิตใจ อารมณ์ของผู้ป่วย การแสวงหาทางเพื่อนำมาบรรเทาความเจ็บป่วยจึงเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลมองว่าเป็นความสบายใจของผู้ป่วย เป็นที่พึ่งทางจิตใจ เป็นความหวังของผู้ป่วย การปล่อยให้ผู้ป่วยไปปฏิบัติตามความเชื่อ หรือกิจกรรมหรือพิธีกรรมตามความเชื่อนั้น เป็นการดูแลอย่างหนึ่ง อย่างน้อยก็เป็นการดูแลด้านจิตใจแก่ผู้ป่วย

“ที่เค้าอยากดู (หมอ) เพื่อข้างหน้าเค้า เผื่อก็...เค้าคิดว่า เค้าจะดีไปข้างหน้าไง เค้าหาดูไปอย่างนี้ เค้าแบบอาจจะโชคดี โชคร้ายมามากแล้ว...ก็...คิด..ให้เค้าสบายใจก็ปล่อยเค้า แต่ก็บอกเค้ามั่งเหมือนกัน ว่ามันไม่ค่อยจะจริงหรอก....บอกๆ ให้เค้าเลิกเหมือนกันแหละ แต่เค้าบอกที่พึ่งทางใจเค้า ที่หวังเค้า ก็ปล่อย”

และการไปรักษายังหมอหลายๆ แห่ง ไม่ว่าจะแพทย์แผนปัจจุบัน หรือการรักษาด้วยความเชื่อหรือสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ นอกจากผู้ดูแลไม่ขัดขวางความเชื่อและความต้องการของผู้ป่วยแล้ว ยังนำเอาการรักษาดังกล่าวมาพูดเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยอีกด้วย และสนับสนุนให้รักษาควบคู่กันไป

“ถ้าเค้าสบายใจเค้าคิดอย่างนั้นก็ส่วนของเค้านะ เราก็ไม่ไปบังคับมาก แต่ก็ไม่ใช่ว่าอย่าไปเชื่อนะไม่ใช่อย่างนั้น เราจะไม่ทำแบบนั้น เชื่อก็ไม่เป็นไรก็ดีแล้ว มันดีขึ้นไหมล่ะ ก็ดีขึ้น เอกก็ดีแล้วแต่ยาหมอก็กินไปด้วยนะหลายหมอก็ได้ช่วยคนไข้ จะได้...เรามีสองหมอสวมหมอก็ได้หาย เราก็เออพูดไปอย่างนี้ หมอนั้นก็ช่วยเราทางหนึ่งหมอนี้ก็ช่วยเราทางหนึ่ง ก็หาย”

ผู้ป่วยทุกรายมีความเชื่อหรือสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจหลายเรื่อง ผู้ดูแลบางรายปล่อยให้ผู้ป่วยทำตามความเชื่อหรือสิ่งยึดเหนี่ยว เพราะเห็นด้วยกับความเชื่อของผู้ป่วย และคิดว่าเป็นสิ่งที่ดีกับผู้ป่วย การปล่อยให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามความเชื่อ เป็นเพราะผู้ดูแลทราบและเข้าใจความต้องการของผู้ป่วย ทราบว่าผู้ป่วยสามารถหาสิ่งที่ต้องการได้หรือไม่ การปฏิบัติตามความเชื่อก็เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยใช้ในการผ่อนคลายความรู้สึกผิด ความรู้สึกพลาดหวังจากสิ่งที่ต้องการ แม้ว่าผู้ดูแลจะไม่เห็นด้วยกับความเชื่อของผู้ป่วย แต่ก็ไม่ขัด ผู้ดูแลบางรายไม่ได้นับถือหรือมีความเชื่อเช่นเดียวกับผู้ป่วยมาก่อน หรือคิดว่าไม่น่าจะเป็นจริง แต่ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะบอกว่าไม่เชื่อก็ไม่ได้ลบหลู่ และก็

ไม่ขัด ปล่อยให้ผู้ป่วยทำตามที่มีความเชื่อ แม้ว่าความเชื่อของผู้ป่วยเป็นความเชื่อที่มีพื้นฐานมาจากคำสอนทางศาสนา แต่ก็รู้สึกไม่เห็นด้วยในบางอย่าง

สนับสนุนในด้านการเงิน

บุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชส่วนใหญ่ไม่สามารถเข้าทำงานในสถานประกอบการ ถูกกีดกันจากการทำงาน หรือไม่สามารถทำงานได้เป็นระยะเวลาอันนานได้ จึงไม่มีรายได้ประจำ หากมีก็ได้จากการทำงานชั่วคราว การทำงานในครัวเรือน ผู้ดูแลอาจให้เงินเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายแก่ผู้ป่วย บางรายอาจให้เพื่อเป็นกำลังใจ ให้ผู้ป่วยรู้สึกภูมิใจว่ามีรายได้เป็นของตนเอง ในผู้ป่วยที่ไม่มีรายได้ หรือไม่สามารถทำงานได้ การสนับสนุนให้ทำตามความเชื่อ และการปฏิบัติตามความเชื่อ เกือบทั้งหมดต้องมีค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น อาจจะเป็นเงินจำนวนไม่มาก แต่เมื่อเทียบกับความสามารถในการหารายได้ของผู้ป่วย จึงจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากผู้ดูแล ดังตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“เค้าอยากไปวัดเราไม่พาไปเค้าก็ไปคนเดียว ให้เค้าไปเลย เรายกให้เค้าไป ไปเลย เราไม่มีเวลาจะไปนะ เราต้องหาเงินนะคุณแม่เนี่ย ต้องหาเงินนะ ถ้าเค้าไปเราก็กินเค้าไป เราเอาเงินให้”

ค่าใช้จ่ายในการรักษาหรือปฏิบัติตามความเชื่อหรือสิ่งยึดเหนี่ยว จำเป็นที่จะต้องมียาใช้จ่าย โดยอาจเป็นค่ารักษา ค่าครู ค่ากินอยู่ และค่าเดินทาง ผู้ดูแลต้องการจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามที่ตนคิดหวัง แต่บางครั้งก็มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย และอาจทำไม่ได้ตามที่ตั้งใจไว้

ประเด็นย่อยที่ 2 เป็นผู้ทำให้ผู้ป่วย

นอกจากการให้ผู้ป่วยได้ทำตามความเชื่อหรือสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจแล้ว ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้ปฏิบัติตามความเชื่อหรือสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจของผู้ป่วย ในที่นี้ผู้ดูแลให้ความหมายการเป็นผู้ทำให้ผู้ป่วย คือ การทำตามที่ผู้ป่วยเชื่อหรือร้องขอ และทำให้ผู้ป่วยทำตามความเชื่อหรือสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจของผู้ดูแล

ทำตามที่ผู้ป่วยเชื่อหรือร้องขอ

การเจ็บป่วยทางจิตมีการเปลี่ยนแปลงของอาการอยู่ตลอดเวลา อาการที่รุนแรงจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบาย พยายามหาสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการขึ้นมาอีก และหาโอกาสทำการแก้ไขอาการของโรคโดยใช้ความเชื่อและการปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับความเชื่อ โดยทำควบคู่กันกับการรักษาทางการแพทย์ ในบางครั้งที่ผู้ป่วยมีความต้องการความช่วยเหลือ อาจเป็นด้านจิตใจ หาสิ่งที่

ยึดเหนี่ยว เป็นที่พึ่งทางใจ แต่ไม่สามารถทำได้ด้วยตนเอง ความช่วยเหลือของผู้ดูแลก็เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ และผู้ดูแลก็พยายามทำให้เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบายใจ

“เค้าก็จะคอย จะเอาแต่ในสิ่งที่ดี ๆ นั้นแหละ ตอนนี่คือ...ทุกอย่าง สิ่งไหนที่จะดี ๆ ก็คือทำ ก็คือทำ ทำกัน ทำให้เค้าหาย ทำให้เค้า.....มะพาไปสะเดาะเคราะห์ ...ก็สบายใจ เออนะทำมานะ เดี่ยวเค้าละหมาดเดี๋ยวเค้าทำให้ ทำอย่างงั้นอย่างงี้เดี๋ยวเค้าก็หายแล้ว”

การกระทำบางอย่างจะมีความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับผู้ไปทำให้ ดังนั้นผู้ดูแลจึงต้องมีความระมัดระวังในการทำเพื่อไม่ให้เกิดผลเสียต่อตนเอง โดยเฉพาะถ้าความเชื่อนั้นเกี่ยวกับสิ่งเหนือธรรมชาติ ไสยศาสตร์

ทำให้ผู้ป่วยตามความเชื่อหรือสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจของผู้ดูแล

บุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชในการวิจัยครั้งนี้มีหลายกลุ่มอาการ เช่น ผู้ป่วยที่บกพร่องทางความคิด การควบคุมตัวเองไม่ได้ ไม่รู้สึกตัว อาการเฉื่อยชาของผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลไม่ออกว่าผู้ป่วยมีความเชื่อหรือสิ่งยึดเหนี่ยวอะไร หรือผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลืออย่างไร ผู้ดูแลจะคาดเดาสาเหตุการเจ็บป่วยของผู้ป่วยว่ามาจากสิ่งเหนือธรรมชาติ สิ่งที่ไม่หาสาเหตุไม่ได้ โยงกับอาการแสดงออกของผู้ป่วย โดยตีความจากการแสดงออกของผู้ป่วย และนำไปประมวลกับความคิดประสบการณ์ของตนเอง และเหตุการณ์แวดล้อม หลังจากนั้นผู้ดูแลจะแสวงหาวิธีการดูแล รักษา ที่คิดว่าผู้ป่วยจะดีขึ้น ตามสาเหตุที่ตนคิด หรือจากการแนะนำของบุคคลอื่น และพยายามให้การช่วยเหลือตามสภาพของผู้ป่วย

“คนในโรงพยาบาลนั้นแหละที่บอก ไปให้เค้า เพื่อมีเจ้ากรรมนายเวรบ้าง ให้เค้า...ทำบุญ กรวดน้ำให้เจ้ากรรมนายเวร เรายังบอกแฟนเราเป็นอิสลาม กรวดน้ำไม่ได้นี่จะทำยังไง ก็ทำตามพิธีของเค้าแหละ ทำไงเราก็ทำไป เค้าก็แนะนำ เรายังมาพูดกับมะ มะก็พูดเออ จะสะเดาะเคราะห์ให้มะพูดไว้ ใ้ผลไม้ม 7 อย่าง แล้วก็ให้เค้าตะออบ แล้วก็ให้เค้าพูดให้ เค้าก็ทำ”

การได้รับข้อมูล ตัวอย่างจากผู้อื่น อาจเป็นบุคคลในครอบครัว ญาติ ผู้อื่น แม้กระทั่งผู้ไปขอรับการรักษาจากแหล่งดังกล่าว ฯลฯ จะเป็นสิ่งสนับสนุนให้ผู้ดูแลตัดสินใจนำผู้ป่วยไปรับการรักษาตามความเชื่อนั้น การที่โรคทางจิตเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานาน และขณะรักษาก็ยังสามารถกลับมามีอาการได้อีก ความต้องการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยหายขาดจากโรค การมีความหวัง หรืออาจเป็นเพราะการไม่มีทางออกใดๆ จึงทำให้ผู้ดูแลนำผู้ป่วยไปหรือยินยอมให้ญาตินำไปรักษา ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะพาผู้ป่วยไปหรือนำมารักษาที่บ้าน มากกว่า 1 ครั้ง และมากกว่า 1 ความเชื่อ แม้ว่าการรักษาจะสร้างความเจ็บปวดให้กับผู้ป่วยแต่เมื่อนำผู้ป่วยมารักษาที่ช่วยเหลือผู้ป่วย ปลอดภัย ให้อดทนทำการรักษา

“ใครว่าที่ไหนดี ก็ไป... ค่ำรถทีละ 4-5 ร้อย ทีละพัน ถ้ามันไกลก็ไปกัน พาเขาไป พอมา มันก็เหมือนเก่า กลับมาเค้าก็ไม่ใช่ตรงนี้ ตรงโน้น เค้าว่ามันดี..ก็ไป โอ้ยนับหมอ ไม่...ถ้วน ถ้วน นับนะ มีทั้งสิบลีสิบ ไปทั้งหมอนวดหมอบีบ หมอให้เค้าบีบเค้านวดให้...หลังนี้เค้าก็เอาเงิน เงิน เหยียญห้า ชูดจนชูดให้เลือดออกนี่ละ ชูดจน...ชูดจนหลังนี้แห้ง ชูดจนแดงๆ ชูด เอาเหยียญห้าชูด ให้เลือดออก หัวนี้ก็เอาเข็มมา ชีดๆๆ ให้เลือดออก เลือดดำๆ ก็ออกมา นี่ที่ว่าปวดหัวมาก...ชูด จนแบบ อู้ย เจ็บจนตัวอโน้นแหละ...อดทน ถ้าอยากหายก็อดทน”

จากอาการป่วยทางจิตที่มีอาการเปลี่ยนแปลง และป่วยเป็นระยะเวลานาน ในระหว่างให้ การดูแล และนำผู้ป่วยไปรักษาด้วยวิธีการต่างๆ ผลการรักษาไม่ดีขึ้น หรือการปฏิบัติไม่เหมาะสม ของผู้รักษา ค่ารักษาที่สูงเกินกว่าผู้ดูแลจะจ่ายได้ ทำให้ผู้ดูแลอาจเปลี่ยนแปลงความเชื่อถือและวิธี การรักษาเป็นวิธีอื่นไปเรื่อยๆ หรือให้ผู้ป่วยทำเพื่อความสบายใจ แต่ผู้ดูแลทุกรายจะดูแลไม่ให้ ผู้ป่วยทิ้งการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบัน

ประเด็นย่อยที่ 3 คำนิยามถึงการปฏิบัติในความเชื่อหรือขอบเขตที่เกิดผลดีต่อผู้ป่วย

การดูแลด้านจิตวิญญาณโดยคำนึงถึงการปฏิบัติในความเชื่อหรือขอบเขตที่เกิดผลดีต่อ ผู้ป่วยตามความหมายของผู้ดูแล หมายถึง การสนับสนุนให้ผู้ป่วยทำตามความเชื่อที่เกิดผลดี ไม่ เป็นอันตรายกับผู้ป่วย และอยู่ในความเหมาะสม

ผู้ดูแลจะคำนึงถึงการปฏิบัติเกี่ยวกับความเชื่อหรือสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจของผู้ป่วยที่เกิดผลดี ต่อผู้ป่วย และระมัดระวังให้อยู่ในขอบเขต ไม่เกิดอันตรายกับผู้ป่วย เพราะบางครั้งผู้ป่วยมีการ ปฏิบัติเกี่ยวกับความเชื่อที่ไม่เหมาะสม และอาจมีความเชื่อในสิ่งเหนือธรรมชาติ หรือสิ่งที่เชื่อถือได้ ยาก ไม่อยู่ในความเป็นจริง การดูแลให้เกิดผลดีนี้อาจเป็นการที่ผู้ดูแลพูดเตือนไม่ให้ผู้ป่วยเชื่อมาก เกินไป ให้ทำตามความเชื่อหรือปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อหรือศาสนาอย่างเหมาะสม หรือใช้ การเจียบ ไม่กล่าวถึงสิ่งที่ผู้ป่วยเชื่อ

ผู้ให้ข้อมูลบางรายดูแลให้ผู้ป่วยทำตามความเชื่อ โดยให้อยู่ในขอบเขตของธรรมดัวที่ดี เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยถูกหลอก และเกรงว่าการไปรักษาที่ไม่ถูกต้องจะทำให้เกิดอันตรายจากการรักษา นั้นได้ โดยขอบเขตนี้ผู้ดูแลจะใช้ความเชื่อของตนเองเป็นเกณฑ์ และความเหมาะสมของค่าใช้จ่าย ด้วย

“เราก็กไม่ได้ไปหาหมอที่ไหนนะ เวลาเรากำลังป่วยถ้าเราไปวิ่งเต็นหาหมอที่เราไม่ได้รู้จักเค้า จะมาหลอกเรา เค้าจะบอกว่าเออลูกนี้จะดีนะจะหายนะ ไม่ต้องไปหาหมอไม่ต้องไปโรงพยาบาลนะ มา ให้ 5,000 มาให้หมื่นนึง เราก็กต้องให้สิเราอยากให้ลูกเราหาย....ไม่ได้ของยายหรือแบบนั้นนะ

เพราะว่ายายไม่เชื่อ นอกจากที่พ่อเขายายถึงเชื่อ ถ้าคนทำไม่ดีมันก็จะไม่ดีนะ ถ้าทำไม่ถูกมันจะเข้าตัว พวกนี้นะ”

ผู้ดูแลกล่าวถึงความต้องการทำตามความเชื่อของผู้ป่วยว่าแม้จะเป็นสิ่งที่ดี หรือเป็นความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับศาสนา แต่ถ้าหากจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกแยลง ยอมรับสภาพการเจ็บป่วยโดยไม่ต่อสู้ต่อไป และอาจทำให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วยผู้ดูแลจะไม่สนับสนุนให้ผู้ป่วยเชื่อตามนั้น และไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยทำ ดังตัวอย่างที่ผู้ดูแลกล่าวว่า

“ทุกวันนี้เค้าก็อยากจะทำเหมือนกัน เค้าก็อยากบวช แต่ไม่กล้าให้บวช อย่างต่างจังหวัดนี่ มันเป็นที่ใช้มัย ติดยาติดอะไร ยานะมันมีทุกที่ คือ..อยู่กับเรานี้ ถึงไม่บวชก็ไม่ใช่ไร ได้กินอิมมูนหลับ แล้วอีกอย่างก็ไม่ได้ไปเสฟไปดมได้กินยา แล้วถ้าไปอยู่ไกลหูไกลตาพ่อแม่ก็เป็นห่วงกลัวเค้าจะไปติดยาอีก”

ในการปฏิบัติตามความเชื่อหรือสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ แม้ผู้ดูแลเห็นด้วยว่าเป็นการปฏิบัติที่จะเกิดผลดีกับผู้ป่วย แต่ก็ต้องควบคุมดูแลเพราะผู้ป่วยกระทำไม่เหมาะสม และเมื่อผู้ป่วยทำตามความเชื่อหรือสิ่งยึดเหนี่ยว ผู้ดูแลจะสังเกตอาการและคอยติดตามผลการรักษา และพยายามดึงให้ผู้ป่วยรักษาด้านความเชื่อควบคู่ไปกับการรักษาทางการแพทย์

“เราถาม หมอไหนดีกว่ากันละ ก็หมอนี้ก็มียา หมอนั้นก็มี ก็เป็นใจเค้าว่างั้นนะ เค้าบอกเอา และ อย่างนี้ก็หายแล้วนะ หมอนี้ก็ให้ยามากิน หมอนี้ก็ว่าจะหาย ก็ดีขึ้น เห็นมัยละ ก็คนมันจะหายเราก็หัวเราะ...ก็ยังรู้ว่าเค้าก็ยังพูดเหมือนแบบไม่ค่อยจะไอ้ที่อยู่”

“บอกลูกก็เชื่อครึ่งหนึ่งซี้ อย่างพ่อเค้าจบปริญญาโทนะลูก ก็ไป ใครว่าดีตรงไหนก็ไป ก็ไม่ใช่เรื่องมงาย เรายังทำทั้งนั้นละ มันเป็นกำลังใจ ส่วนยา อย่าไปพึ่งทางหนึ่งสิลูก หมายถึงทางนี้ก็ต้องมา ทางโน้นก็ต้องไป คือมันช่วยเรื่องสุขภาพจิตด้วย แต่อย่าไปเชื่อ...อะไรทั้งหมด ก็ดูกันไป ไม่ใช่เข้าพระท่านว่าหายแล้วก็ทิ้งยาเลย เดี่ยวลูกมีปัญหาแล้วทำไง”

ประเด็นที่ 4 สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ

ผู้ดูแลสนับสนุนให้มีความเชื่อที่สามารถดึงความคิดผู้ป่วยไว้ได้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสบายใจ ควบคู่ไปกับการรักษาทางการแพทย์ โดยผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ให้ความหมายการดูแลว่าเป็น การสนับสนุนให้มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ หมายถึง ให้ยึดเหนี่ยวในคำสอนและการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการอยู่กับปัจจุบัน

ประเด็นย่อยที่ 1 ศาสนา

ให้ยึดเหนี่ยวในคำสอนและปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา

การเจ็บป่วยทางจิตทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกาย และจิตใจ หรือสาเหตุการเจ็บป่วยทางจิตบางอย่างเกิดจากตัวผู้ป่วยเอง ผู้ดูแลเกือบทั้งหมดจึงสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความเชื่อหรือยึดเหนี่ยวตามคำสอน เช่น ผลของการกระทำ เวรกรรม บาปบุญคุณโทษ ชาตินี้ชาติหน้า และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เช่น การทำความดี การทำบุญ สร้างพระ สร้างโบสถ์ ทำสังฆทาน การไม่ฆ่าสัตว์ตัดชีวิต การเข้าวัด การนั่งสมาธิ

ผู้ดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชวัยรุ่นจากติดสารเสพติด มองว่าวัยของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยไม่มีการยั้งคิด และทำผิดพลาดได้ง่าย การให้ผู้ป่วยมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจไม่ว่าจะเป็นศาสนา สิ่งศักดิ์สิทธิ์ และสนับสนุน เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การนั่งสมาธิ เพื่อฝึกความอดทน และการเข้ากลุ่มอาสาสมัครเยาวชนเกี่ยวกับศาสนา จะช่วยดึงผู้ป่วยให้คิดและทำในสิ่งที่ได้ โดยผู้ดูแลจะคิดถึงสิ่งที่ตนปฏิบัติอยู่เป็นประจำ จากสื่อโทรทัศน์ หรือคำแนะนำจากผู้อื่น ดังตัวอย่างคำกล่าวที่ว่า

“อยากให้เค้า ยึด ในบาปบุญคุณโทษ เพราะที่ผ่านมาเค้าไม่ค่อยรู้นะ บาปบุญคุณโทษ เค้าไม่รู้หรอก แต่ตอนนี้พอมีมาบ้าง ก็พยายาม บางทีเค้าเอากับข้าวไปวัดพอเค้าก็ถามว่า เอ้า แล้วมันจะรู้เรื่องหรือ รู้ เคยพาไปแล้ว ก็ต้องปล่อยเค้ามัน ให้เค้าทำเอง พาไปทำสังฆทาน ต้องให้เค้าทำเองมัน ให้เค้าเรียนรู้”

ผู้ดูแลสนับสนุนให้ผู้ป่วยเชื่อผลของการทำความดี การทำบุญ เพราะมีความหวังว่า การทำสิ่งที่ดีนั้นจะได้รับผลตอบแทนที่ดี อย่างน้อยผู้ดูแลก็คิดว่าเกิดผลให้ผู้ป่วยมีความสบายใจ

“อยากให้เค้ายึดถือพระบ้าง จิตใจเค้าจะได้ดี ให้เค้ารู้จักไหว้อะไรบ้าง เพื่อให้เค้าจะสบายใจขึ้นมาบ้าง ให้เค้าเป็นคนหัดทำ ซ้อมมาดอกไม้มาให้เค้า ให้เค้าเป็นคนเปลี่ยนน้ำ เปลี่ยนหิ้งพระ พยายามให้เค้าหัดทำ พยายามให้เค้าเป็นคนที่ว่าจิตใจเค้าจะได้สบาย”

ประเด็นย่อยที่ 2 อยู่กับปัจจุบัน

ผู้ดูแลส่วนหนึ่งมองว่าการให้ผู้ป่วยยึดเหนี่ยวอะไรเอาไว้ได้ จะทำให้ผู้ป่วยดีขึ้น เพราะลักษณะของผู้ป่วยทางจิตที่ยังบกพร่องเรื่องความคิด เหตุผล ทำให้ไม่เข้าใจความเชื่อที่มีระบบระเบียบ ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาที่ซับซ้อน หรือกินเวลานานๆ ได้

“ความคิด หลักๆ ไม่มี มีแต่ความคิดเพื่อเจ้า ความเชื่อ ก็คิดว่ามันคงไม่เชื่ออะไร เค้าบอกไม่เชื่ออะไรนอกจากแม่ (หัวเราะ) เค้ายังไม่เข้าใจด้วย”

การดูแลด้านจิตวิญญาณที่ผู้ดูแลให้ความหมายคือ อยู่กับปัจจุบัน หมายถึง ความรัก ความผูกพันในครอบครัว

ครอบครัว

ผู้ดูแลรายหนึ่ง กล่าวว่าตนเข้าใจความหมายของคำว่าจิตวิญญาณ โดยเป็นความหมายตามคำสอนของพระพุทธศาสนาว่าเป็นผู้รู้ และองค์ประกอบของผู้รู้ คำสอนทางศาสนาเป็นสิ่งที่ละเอียดลึกซึ้งซึ่งจำเป็นต้องใช้ปัญญาแหะเหตุผล

“ความรักก่อนคะ สิ่งที่เคยดีนี่เป็นเรื่องของเหตุผล ว่าเค้ามีแค่นั้น แล้วเรื่องเหตุผลนี่ เรื่องศรัทธาเนี่ย มันต้องซัดในตัวบุคคลเอง มันถึงจะมาตรงนั้นได้ อย่างน้อย..ขั้นแรกเลย เรื่องความรักก่อน...ว่าเค้าซัดมัยว่าแม่รักเค้า...เมื่อเค้าซัดแล้ว ศาสนามันถึงจะมาตามมาทีหลัง...เพราะว่าเรื่องนั้นท่านจะ มันเป็นเรื่องที่..ครอบครัว..ภพชาติ มันเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อน มันห่างไกล”

สิ่งที่สำคัญในชีวิตครอบครัว คือลูก คือคู่ชีวิต การคิดไปถึงเรื่องจิตวิญญาณอาจเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก หรือการให้ผู้ป่วยยึดถือศาสนามากเกินไปอาจจะทำให้เกิดผลเสีย เพราะผู้ดูแลมีประสบการณ์มาว่า การศึกษาศาสนามากเกินไปก็ทำให้ป่วยทางจิตเวชได้ สิ่งของหรือบุคคลที่ผู้ป่วยรัก ผูกพัน น่าจะเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลใช้ดึงผู้ป่วยมาให้อยู่ในโลกความเป็นจริงและดำเนินชีวิตได้ตามปกติ

“ก็เค้ารักลูก เราก็ยกตัวอย่าง สิ่งที่เค้ารัก สิ่งที่จะดึงเค้ามา ใน ในห้วงของเค้า ที่เค้าจะนึกได้ว่าเออว่ายังมีลูกนะ ลูกที่ ..เค้าชอบพูดว่าเค้ามีกำลังใจที่เห็นลูกเป็นอย่างงี้เป็นอย่างงั้น เค้าเห็นลูกแล้วเค้ามีกำลังใจ เราก็จะยกมา สิ่งไหนที่เค้าใ้ใจนั้นเราก็จะยกมาเลย”

ประเด็นที่ 5 สนับสนุนให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตอยู่ต่อไป

ความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ หดหู่ รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า ไม่สามารถทำงาน ช่วยเหลือครอบครัวได้ ซ้ำยังเป็นภาระของครอบครัว ประกอบกับการไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม ทำให้ผู้ป่วยพยายามแยกตัวอยู่คนเดียว ผู้ป่วยบางรายมีความคิดและพยายามฆ่าตัวตาย ท้อถอย ไม่อยากมีชีวิตอยู่ ผู้ดูแลจึงพยายามที่จะให้การดูแลเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตอยู่ต่อไป

การดูแลด้านจิตวิญญาณที่ผู้ดูแลให้ความหมายว่า สนับสนุนให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตอยู่ต่อไป ประกอบด้วย การให้กำลังใจ และทำให้สบายใจ

ประเด็นย่อยที่ 1 ให้กำลังใจ

ผู้ดูแลพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการดำรงชีวิต และต่อสู้กับความเจ็บป่วย โดยผู้ดูแลคิดว่าสิ่งที่สำคัญที่สุดในการดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชคือการให้กำลังใจ

“ให้กำลังใจเค้า นี่เราจะมุ่งตรงนี้มาก จะมุ่งตรงนี้มาก ยานี้ก็ช่วย ช่วยไปอีกทางหนึ่ง คือทางที่ไม่ให้เค้าฟังชาน แต่เราก็นึกของเรานะว่าจิตใจของคนเราสงบ จิตใจเราเยือกเย็นมันก็ไม่กระทบต่อความว้าวุ่น คือถ้าเราพูดดีทำดีกับลูกกับผัวอย่างนี้มันก็ไม่ทำให้เค้ากังวล เค้าก็ไม่ต้องเครียดต้องซีเรียส อាកการเค้าก็จะไม่กำเริบ”

การให้กำลังใจ ผู้ดูแลอาจนำเอาความเชื่อที่ผู้ป่วยยึดถือ มาพูดเป็นสิ่งที่ให้ผู้ป่วยคิด และเป็นการกระตุ้นให้ใช้ความเชื่อนั้นในการต่อสู้กับความเจ็บป่วย การพูดคุยกับผู้ป่วย การดึงคำพูดของแพทย์ผู้รักษา บอกผู้ป่วยว่าอาการของผู้ป่วยไม่ได้รุนแรงมาก ยกตัวอย่างคนที่มีเจ็บป่วย มีความทุกข์และลำบากกว่า พูดถึงสิ่งที่ดีๆ ในชีวิต เกี่ยวกับครอบครัว ลูก ความรักฉันท์สามีภรรยา

นอกจากนี้ผู้ดูแลจะมองสิ่งเล็กๆ น้อยๆ ที่คิดว่าจะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจมากขึ้น

“อยากให้เค้าหางานให้ทำในบ้าน ทำมั่งนิดหน่อยไม่ให้ทำเต็มที่นะ คือทำว่าให้แกมีรายได้ มั่งนิดๆ น้อยๆ แกจะได้มีกำลังใจ จะได้เอาเงินก็มีใช้ จะได้สบายใจขึ้นมาหน่อย ว่าเขาหาเงินได้ มั่งนิดหน่อย”

ประเด็นย่อยที่ 2 ทำให้สบายใจ

ผู้ดูแลให้ความหมายการสนับสนุนให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ต่อไป ด้วยการทำให้สบายใจ โดยการพูดคุยกับผู้ป่วย การสร้างบรรยากาศในครอบครัว

พูดคุยกับผู้ป่วย

ผู้ดูแลช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสบายใจโดยการพูดคุย โดยผู้ดูแลเกือบทุกรายพูดคุยกับผู้ป่วย และหรือในครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความสบายใจ ผู้ให้ข้อมูลที่ทำให้ความหมายจิตวิญญาณว่าเป็นสิ่งที่อยู่ภายใน สั่งให้คนทำดีทำชั่ว และคิดว่าผู้ป่วยคงมีส่วนที่ไม่ดีอยู่ในใจ การพูดเพื่อดึงความคิดผู้ป่วยก็เป็นการดูแลที่ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความสบายใจ

“ให้เค้าสบายใจว่าเออเมียนี่นะก็เอาใจใส่ ลูกก็ พ่อแม่ก็ไฉน ไม่มีใครรังเกียจเค้า ตอนแรกๆ เค้าก็จะถามเล่นนะว่ารังเกียจหรือเปล่าที่เค้าเป็นแบบนี้เราก็แบบไม่รังเกียจเค้าหรอกจะรังเกียจไปทำไมละ อยู่ด้วยกันมาจะไปรังเกียจทำไม เค้ากลัวว่าเมียจะรังเกียจ ลูกจะอายเพื่อน แม่จะมาอะไรอย่างนี้ เค้าจะคิดไปอย่างนั้น...เราก็หาแต่สิ่งพูดสิ่งดีๆ เอาแต่ความคิดดีๆ ให้เค้า”

ผู้ดูแลจะพยายามพูดไม่ให้ผู้ป่วยคิดถึงความรู้สึกที่บั่นทอนจิตใจ และนำเอาผลการรักษาที่ดีๆ มาพูดเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจ

“(เค้าบอกว่าที่ป่วยเป็นเพราะเวรกรรม) เราก็บอกว่า ไปคิดอีกทำไม มันเรื่องตั้งมานานมาแล้ว แล้ว เราว่า ไปคิดมากทำไม กินยาเดี๋ยวก็หาย”

ผู้ดูแลช่วยเหลือนบรรเทาความรู้สึกเป็นทุกข์ของผู้ป่วย เนื่องจากเจ็บป่วยทางจิตทำให้ผู้ป่วยสูญเสียโอกาสในชีวิตหลายอย่าง ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการทำงาน การเรียน การสูญเสียควมมีคุณค่าในตัวเอง การมีคู่ครอง อนาคต และชีวิตที่ควรจะเป็น

“เค้าก็คิดอยู่ ก็ไม่มีเงินนี่ละ ก็ช่าง แต่ว่าเรารักกันเป็นพอแค่นี้เราก็พอใจ เราไม่ต้องไปคิด ให้เค้าไปเถอะ เค้าไม่มีความสุขเท่าเราหรอก ว่าไปจี้ สบายใจ เค้าก็สบายใจ ให้เค้าไปเถอะ เค้าไปทำงานเค้าก็ทุกข์ เค้าไม่ได้สบายไปกว่าเราหรอก บ้านเราก็มี รถก็มีจี้ ถ้าว่าทุกข์ว่าจน”

“ความคิดรู้สึกมาตอนนี้ รู้สึกเสียดายอนาคต ที่ผ่านมา บอกไม่เป็นไรหรอก แม้ก็ว่าบางคนนะ ต้น..มันก็ร้าย ปลายให้มันดีก็ใช้ได้แล้ว ไม่ได้มีแต่เรา”

ความผิดหวังในสิ่งที่ผู้ป่วยคิดหวังและตั้งใจ ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะเข้าใจดี โดยจะคิดถึงความรู้สึกของผู้ป่วย เปรียบเทียบกับตนเอง แต่บางอย่างไม่สามารถทำให้ตามความต้องการได้ การพูดคุยให้รู้จักพอใจในสิ่งที่มีอยู่ เป็นสิ่งที่ผู้ดูแลทำให้ผู้ป่วยเพื่อละจากความรู้สึกผิดหวัง และพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันตามปกติ มีชีวิตที่สดใสไร้เงา การระงับจิตใจ จะเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยดีขึ้น

“เขาไม่มีกำลังใจ แบบว่าเขาผิดหวังเรื่องเรียนเรื่องอะไร ...ก็อาจ...ก็อาจจะจริง ก็เคยเป็นเหมือนกัน แบบว่าจิตใจมันผิดหวังผิดอะไร มันไม่อยากจะทำอะไรเลย..มันอยากจะทำอะไรอย่างเดียว เขาก็ชอบนอนอย่างเดียว...บางทีก็ต้องดึงแขนเค้าขึ้นมา มาพูดมาเล่าอะไรต่ออะไรให้เค้าฟังนะ เรื่องแบบ คนเราเกิดมาก็...อายุมันก็..ไม่ยาวเท่าไร ทำตัวแบบว่า...แบบว่า ให้เราเริ่มเข้าใจ ให้ยิ้มเข้าใจ ให้ระงับจิตใจอะ.....”

การสร้างบรรยากาศในครอบครัว

การสร้างบรรยากาศในครอบครัวและการป้องกันสิ่งที่รบกวนจิตใจผู้ป่วย เป็นสิ่งที่ผู้ดูแลพยายามทำให้เกิดขึ้น เพื่อไม่ให้ความไม่สบายใจ

ผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่งที่พยายามทำให้บ้าน ครอบครัว เป็นบรรยากาศที่มีความเข้าใจ มีความสุข อบอุ่น อยู่ร่วมกันในครอบครัว การจัดกิจกรรมร่วมกันในครอบครัว ทั้งในและนอกบ้าน ดังตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งกล่าวว่า

“ครอบครัวเราก็สรวลเสเฮฮากันแบบนี้อยู่แล้ว คือเป็นมันก็เริ่มมีน้อยลงเราก็เริ่มพยายามสรรหาว่าเอาดีอย่างงี้นะ เดียววันหยุดเราไปเที่ยวกันนะบ้านะ เออ เออดีไปเที่ยวกันซะบ้างนะ ทำงานมากๆ มันก็เครียด เราก็พยายาม เรามีเวลา เราก็พาเค้าไป”

ผู้ดูแลจะพยายามทำในสิ่งที่ผู้ป่วยคิดหวัง หากทำไม่ได้ ทางที่จะสามารถทำให้ผู้ป่วยสบายใจได้ คือการปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างดี และทำทุกๆ ทาง ทุกๆ อย่างที่คิดว่าจะทำให้ผู้ป่วยสบายใจ ผู้ดูแลที่เริ่มเข้าสู่วัยสูงอายุ มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย และอารมณ์ตามวัย พยายามที่จะควบคุมอารมณ์ของตนไม่กระทบกระเทือนความรู้สึกของผู้ป่วย

“ไอ้ที่เค้าเรียกรวยทองที่เค้าเป็น เป็นเหมือนกัน ไอ้ที่ว่าหงุดหงิดเนี่ย กำลังเป็นอยู่เลย พยายามๆ บังคับเจ้าของ (ตัวเอง) แต่ว่าพยายามๆ ที่สุด พยายามไม่ให้เกิน แบบว่าไม่คิด ไม่ปล่อยไปตามอารมณ์ พยายามคุมที่สุด...เพื่อว่า เพื่อลูก ไม่อยากให้ลูกบ่นว่ากระทบกระเทือน แบบว่าจิตใจเค้านะ พยายาม ไม่อยากให้ ไม่อยากให้อะไรมันเกิดขึ้นอีก.....”

การไม่พูดถึงเรื่องไม่ดีเท่าๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยคิดว่าซ้ำเติม การช่วยเหลือแบ่งเบางานที่ผู้ป่วยทำประจำ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทำตามที่ชอบ และทำในสิ่งที่ผู้ป่วยชอบ เป็นความพยายามของผู้ดูแลที่จะให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสบายใจแม้ว่าจะฝืนความรู้สึกของตน นอกจากนี้การรับรู้ของผู้ป่วยว่ากลัวสังคมรังเกียจ ไม่ยอมรับผู้ป่วยทางจิต จึงมักจะพูดถึงเกี่ยวกับความระแวงของตน ผู้ดูแลสังเกตพบว่าความรู้สึกต่อสังคมของผู้ป่วยบั่นทอนการดำรงชีวิตของผู้ป่วย จึงพยายามพูดให้ผู้ป่วยไม่สนใจสังคมที่ไม่ยอมรับ และสังคมไม่ได้รังเกียจผู้ป่วย

“ใครเค้าจะรังเกียจละเราไม่ได้ไปลักขโมยใครนี่ คนอื่นถึงเค้าจะรังเกียจเราก็ว่างี้นะ คนอื่นนะมองเรา เค้าเห็นเราเป็นคนดีกันทั้งนั้น รักลูกรักเมีย ดุสิเดินไปไหนก็ไปด้วยกัน พ่อกับแม่ก็ช่วยเหลือยุ่งดูเค้า ใครเค้าจะไปนั่นละ”

จากการพยายามสนับสนุนให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตอยู่ต่อไป โดยพยายามให้กำลังใจ ทำให้ผู้ป่วยสบายใจ แต่การที่ผู้ป่วยมีลักษณะอาการที่ต้องได้รับความช่วยเหลือ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความ เป็นห่วงถึงอนาคตของผู้ป่วย พยายามวางแผนอนาคตที่เป็นไปได้สำหรับผู้ป่วย และมีความหวังว่าสักวันผู้ป่วยจะหายเป็นปกติ และสามารถอยู่ได้ด้วยตัวเอง ในขณะที่ตนมีชีวิตรอดอยู่ก็พยายามสร้างความมั่นคงให้กับผู้ป่วย

“ก็คิดว่าถ้าตายไป ผัวจะไปอยู่ที่ไหน ลูกจะไปอยู่ที่ไหนน้อ นั่นนะ คิดนะ ว่า อยากจะไปทำงานหาเงินได้เยอะๆ เอามาสร้างบ้านไว้ ให้เขาอยู่ ให้เค้าอยู่กัน...พ่อลูก..ในใจตัวเอง..คิดไป...(หัวเราะ) อยากมีเงินเยอะๆ เอาไว้สร้างบ้านให้เขาอยู่”

ผู้ป่วยที่ซึ่ม เฉย ท้อแท้ ยังบกพร่องในเรื่องความคิด ผู้ดูแลอยากที่จะให้ผู้ป่วยเป็นปกติ ดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเองจึงพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความคิดเป็นปกติ และปฏิบัติกิจกรรมตามที่ควรพยายามให้ผู้ป่วยมีทางช่วยเหลือตนเอง เช่น หาอาชีพที่เหมาะสมกับผู้ป่วย และที่ตนเองสามารถช่วยเหลือได้

“อยากให้เค้าออกไปทำมาหากิน เลี้ยงตัวเอง เพราะเราจะเลี้ยงเค้าได้ตลอด..หรือ มันเป็นไปได้ ยังไงคนเราก็ต้องช่วยตัวเอง จะดีกว่า นี่แม่ก็คิดว่าถ้าเป็นไปได้ นะ จะให้เค้าไปเรียนที่วัด -ธ- เนี่ย ไปเรียนเสริมสวย เพราะว่าค่าใช้จ่ายก็ไม่แพง มีคนแนะนำมา เคยโทรไปถาม....ค่าใช้จายถูก แล้วก็อุปกรณ์เราก็พอมืออยู่ ที่บ้าน”

จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลพยายามทำในสิ่งที่ผู้ป่วยจะสบายใจโดย ปรับปรุงแก้ไขความคิดของผู้ป่วย เปลี่ยนแปลงตนเอง สมาชิกในครอบครัว และสังคมรอบข้าง

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล

จากการนำเสนอการประสพการณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลด้านจิตวิญญาณ โดยแบ่งเป็น การให้ความหมายจิตวิญญาณ และการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ดูแลในครอบครัว สรุปได้ว่าผู้ดูแลในครอบครัว ให้ความหมายจิตวิญญาณสรุปได้ 3 กลุ่ม คือ 1) ความเชื่อหรือการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา 2) ครอบครัวและเป้าหมายของชีวิต และ 3) สิ่งที่อยู่ภายในเป็นองค์ประกอบของชีวิต ทั้งนี้ผู้ดูแลแต่ละรายกล่าวถึงจิตวิญญาณมากกว่า 1 ความหมาย

การดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชด้านจิตวิญญาณ ประกอบด้วย 5 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การเข้าใจและยอมรับ 2) การดูแลให้รู้สึกว่าเป็นที่รัก 3) การสนับสนุนให้ทำตามความเชื่อหรือสิ่งยึดเหนี่ยว 4) การสนับสนุนให้มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ และ 5) การสนับสนุนให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตอยู่ต่อไป ซึ่งแสดงถึงสิ่งที่ผู้ดูแลในครอบครัวผสมผสานเป็นการดูแลด้านจิตวิญญาณ ผู้ดูแลทำความเข้าใจ ด้วยการทำความเข้าใจกับลักษณะการเจ็บป่วย ความต้องการของผู้ป่วย และปรับการดูแลตามความต้องการนั้น ซึ่งลักษณะความคิดและพฤติกรรมของโรคที่อาจบกวนผู้ดูแล และบุคคลอื่น ทำให้ต้องมีการยอมรับ ด้วยการเข้าใจ คิดถึงความดีของผู้ป่วย และดูแลอย่างมีความหวัง ประกอบกับความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยจากอาการของโรคส่งผลต่อตัวผู้ป่วยในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และการไม่ยอมรับของสังคม ทำให้ผู้ดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยรู้สึกตนว่ามีคุณค่า เป็นที่รัก

และต้องการของผู้ดูแลและครอบครัว นอกเหนือจากความต้องการการรักษา การดูแลด้านร่างกาย และการระดับประคองจิตใจแล้ว บุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชยังมีความเชื่อหรือสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ซึ่งผู้ดูแลได้ตอบสนองความต้องการและให้การสนับสนุนโดย พาผู้ป่วยไป ปล່อยให้ทำ ไม่ขัดความเชื่อ และสนับสนุนด้านการเงิน หากผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้เอง ผู้ดูแลจะทำตามที่ผู้ป่วยเชื่อหรือร้องขอ และทำให้ผู้ป่วยตามความเชื่อหรือสิ่งยึดเหนี่ยวของผู้ดูแลหากผู้ป่วยมีอาการมากจนไม่สามารถคิด หรือกระทำตามความเชื่อนั้น หรือผู้ดูแลไม่สามารถประเมินความเชื่อของผู้ป่วยได้ โดยทั้งหมดผู้ดูแลจะคำนึงถึงการปฏิบัติที่เกิดผลดี นอกจากนี้ผู้ดูแลยังส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ โดยเลือกสิ่งที่เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย โดยดึงคำสอนและปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา มาให้ผู้ป่วยยึดเหนี่ยว และให้ผู้ป่วยอยู่กับปัจจุบัน คือความรัก ความผูกพันในครอบครัว ทั้งนี้อาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ความทุกข์ทรมานทางจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ ผู้ดูแลจะให้กำลังใจ ด้วยการพูดคุยกับผู้ป่วย พูดถึงสิ่งที่ดีในชีวิต และพูดคุย สร้างบรรยากาศในครอบครัว ให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจ เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ต่อไปได้



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชด้านจิตวิญญาณ เป็นการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา ตามแนวคิดการวิจัยของ Husserl (Husserl Phenomenology) ซึ่งเป็นวิธีวิจัยเพื่อค้นหาความจริงเกี่ยวกับการให้ความหมาย ตามการรับรู้ ความคิด ความรู้สึก ของผู้มีประสบการณ์นั้น ในที่นี้คือผู้ดูแลในครอบครัวที่ให้การดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวช ซึ่งให้การดูแลอยู่ในชุมชน เก็บข้อมูลจากผู้ดูแลที่มีความสมัครใจร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูลเพื่อให้เกิดความยินดีร่วมกับการวิจัยในครั้งนี้ เนื่องจากเป็นการวิจัยที่ได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก เกี่ยวกับประสบการณ์ ความคิด ความรู้สึก ของผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลจะถูกรวบรวมโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการบันทึกภาคสนาม ในการวิจัยครั้งนี้ทำการสัมภาษณ์รายละเอียด 2 ครั้ง และหาความครอบคลุมเพิ่มเติมในผู้ให้ข้อมูลรายต่อไป จำนวนผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยรวมทั้งสิ้น 10 ราย ข้อมูลที่ได้จะนำมาวิเคราะห์ด้วยวิธีของ Colaizzi (1978 cited in Streubert and Carpenter, 1999) และนำเสนอองค์ประกอบของประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ในภาพรวม ผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้ทำให้เกิดความเข้าใจการให้ความหมายและประสบการณ์การดูแลด้านจิตวิญญาณ ได้ผลดังนี้

ผู้ดูแลในครอบครัวให้ความหมายจิตวิญญาณที่แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) ความเชื่อหรือการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา 2) ครอบครัว เป้าหมายในการดำเนินชีวิต และ 3) สิ่งที่อยู่ภายในเป็นองค์ประกอบของชีวิต โดยผู้ดูแลทุกรายให้ความหมายจิตวิญญาณมากกว่า 1 อย่างจากความหมายทั้งหมด

ประสบการณ์การดูแลด้านจิตวิญญาณ ได้ประเด็นหลัก และ ประเด็นย่อย ดังนี้

ประเด็นที่ 1 การเข้าใจและยอมรับ ประเด็นย่อยได้แก่ 1) การทำความเข้าใจ การเจ็บป่วย ความต้องการของผู้ป่วย ปรับการดูแลตามความต้องการ 2) การยอมรับ โดยทำใจ คิดถึงความดีของผู้ป่วย ดูแลอย่างมีความหวัง

ประเด็นที่ 2 ดูแลให้รู้สึกว่าเป็นที่รัก ประกอบด้วย ให้ผู้ป่วยรู้สึกตนว่ามีคุณค่า เป็นที่รัก

ประเด็นที่ 3 สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ทำตามความเชื่อหรือสิ่งยึดเหนี่ยว ประเด็นย่อยได้แก่ 1) ให้ผู้ป่วยได้ทำตามความเชื่อหรือสิ่งยึดเหนี่ยว โดยพาผู้ป่วยไป ปลดปล่อยให้ผู้ป่วยทำ ไม่ขัดความเชื่อ สนับสนุนในด้านการเงิน 2) ทำให้ผู้ป่วย ตามที่ผู้ป่วยเชื่อหรือร้องขอ ทำให้ผู้ป่วยตามความเชื่อหรือสิ่งยึดเหนี่ยวของผู้ดูแล 3) คำนึงถึงการปฏิบัติตามความเชื่อหรือสิ่งยึดเหนี่ยวที่เกิดผลดี

ประเด็นที่ 4 สนับสนุนให้มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ประเด็นย่อยคือ 1) ศาสนา ให้ยึดเหนี่ยวในคำสอนและปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา 2) ปัจจุบัน ได้แก่ ครอบครัว

ประเด็นที่ 5 สนับสนุนให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตอยู่ต่อไป ประเด็นย่อยได้แก่ 1) ให้กำลังใจ พุดให้ผู้ป่วยมีกำลังใจต่อสู้กับความเจ็บป่วย พุดถึงสิ่งที่ดีในชีวิต 2) ทำให้สบายใจ ด้วยการ พุดคุยกับผู้ป่วย สร้างบรรยากาศในครอบครัว

การอภิปรายผล

การให้ความหมายจิตวิญญาณของผู้ดูแลในครอบครัว

การให้ความหมายจิตวิญญาณของผู้ดูแลในครอบครัวนั้น มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ผู้ให้ข้อมูลเข้าใจคำว่าสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจมากกว่าคำว่าจิตวิญญาณ ในระยะแรกที่ถูกถามคำถามเกี่ยวกับความหมายของคำว่าจิตวิญญาณ ผู้ดูแลเกือบทั้งหมดมีท่าทีที่ครุ่นคิด ไม่แน่ใจ ไม่เข้าใจ และให้ความหมายโดยแยกส่วนคำว่าจิต กับ วิญญาณ ความเข้าใจในเบื้องต้นของผู้ดูแลมักเป็นเรื่องเกี่ยวกับ จิต หรือวิญญาณเพียงอย่างเดียว ซึ่งอาจเป็นผู้ให้ข้อมูลมีพื้นฐานเกี่ยวกับความหมายคำศัพท์ตามความเข้าใจในภาษาไทย เพราะพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน ปี พ.ศ.2525 (2539) ให้ความหมายแยกกัน โดย ‘จิต’ หมายถึง ใจ สิ่งที่มีหน้าที่รู้คิดและนึก ‘วิญญาณ’ หมายถึง สิ่งที่อยู่ก่อนว่าสิ่งอยู่ในตน ทำให้เป็นบุคคลขึ้น เมื่อร่างกายเน่าเปื่อยแล้วก็ยังอยู่ต่อไป นอกจากนี้ความหมายจิตวิญญาณที่ผู้ดูแลให้ความสำคัญเกี่ยวข้องกับความเชื่อและการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เช่น การทำบุญ การเข้าวัดฟังธรรม ความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำ ชาตินี้ชาติหน้า ความเข้าใจความหมายของผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ จึงมาจากความเข้าใจคำตามรากศัพท์ภาษาไทย และจากพุทธศาสนา ว่า ‘จิต’ คือผู้รู้ ‘วิญญาณ’ เป็นองค์ประกอบที่ทำให้เกิดการรู้ สิ่งที่มากระทบ ที่ตา ที่หู ที่จมูก ที่ลิ้น ที่กาย และที่ใจ (พุทธทาส, 2541) ซึ่งสอดคล้องกับ Tongprateep (2000) ที่ศึกษาพบว่าผู้สูงอายุไทยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีการใช้ความเชื่อ เช่น กฎแห่งกรรม ชีวิตหลังความตาย และการปฏิบัติทางศาสนา เช่น การตั้งสมมติ การปฏิบัติตามพระธรรมคำสอน การทำสมาธิ ในการดำเนินชีวิต และ อัจฉรา ดันศรีรัตนวงศ์ (2541) ที่ศึกษาพบว่ามีการใช้พุทธศาสนาเยียวยาจิตวิญญาณในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผลการศึกษาครั้งนี้ทำให้ได้ทราบว่าผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่ในประเทศไทย มีการให้ความหมายจิตวิญญาณเกี่ยวกับศาสนาเช่นเดียวกับการศึกษาในต่างประเทศ แต่มีความแตกต่างกันคือในประเทศไทยใช้ศาสนาพุทธเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ ขณะที่ในต่างประเทศใช้ความเชื่อและการปฏิบัติทางศาสนา คริสต์ (Conco, 1995; Grealey et al.,2001)

ผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่งให้ความหมายจิตวิญญาณเป็นเรื่องเกี่ยวกับ จิต จิตใจ สิ่งที่อยู่ภายในร่างกาย วิญญาณ คนที่ตายไปแล้ว ขวัญ และผู้ให้ข้อมูลเกือบทั้งหมดกล่าวถึงจิตวิญญาณทั้งในด้านความเชื่อ การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และในด้านความเชื่อในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ อำนาจเหนือธรรมชาติ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะวัฒนธรรมประเพณีของคนไทย เกี่ยวข้องกับความเชื่อ พิธีกรรมที่ผสมผสานระหว่างศาสนาพุทธ พราหมณ์ และผี สอดคล้องกับ Wallace (1966 อ้างใน งามพิศ สัตย์สงวน, 2543) ที่ให้ความหมายศาสนาว่าหมายถึงความเชื่อและการปฏิบัติต่างๆ ที่เกี่ยวกับอำนาจเหนือธรรมชาติ ศาสนาประกอบด้วยระบบความเชื่อ ระบบสัญลักษณ์ การปฏิบัติ และ พิธีกรรม ดังจะเห็นว่าผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึง ความเชื่อ การปฏิบัติ วัด รูปเคารพ สถานที่สิ่งก่อสร้าง สอดคล้องกับ (Rungreangkulkij and Chesla, 2001) ศึกษาพบว่ามารดาผู้ดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทมีความเชื่อว่าสาเหตุการเจ็บป่วยเกิดจากอำนาจเหนือธรรมชาติ เช่น กูตผี วิญญาณบรรพบุรุษ จิตวิญญาณของแผ่นดิน หรือไสยศาสตร์ และนำผู้ป่วยไปปรึกษาด้วยวิธีพื้นบ้านหลายแห่งก่อนที่จะนำไปโรงพยาบาล

ในการให้ความหมายจิตวิญญาณของผู้ดูแลในครอบครัว ด้านครอบครัว เป้าหมายในการดำเนินชีวิต อาจวิเคราะห์ได้ว่าผู้ดูแลรับรู้เกี่ยวกับสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจหรือจิตวิญญาณว่าเกี่ยวกับการกระทำที่มุ่งให้เกิดผลต่อชีวิตในภายหน้า สอดคล้องกับ Greasley (2001) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวให้ความหมายจิตวิญญาณว่าเป็นความรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับความหมายและเป้าหมายในการดำเนินชีวิต ในการศึกษาครั้งนี้ได้ผลดังกล่าว อาจเนื่องจากผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาและเศรษฐฐานะระดับล่างถึงปานกลาง การต่อสู้อันตรธานในการดำเนินชีวิตจึงอาจทำให้มองสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจเป็นสิ่งที่สามารถจับต้องได้ เห็นเป็นรูปธรรมมากกว่าการพัฒนาจิตวิญญาณในด้านที่มองไม่เห็น หรือภาวะเหนือตน เกี่ยวกับครอบครัวผู้ดูแลให้ความหมายในลักษณะการแสดงออกถึงความรัก ความผูกพัน การเอาใจใส่ซึ่งกันและกันในครอบครัว สอดคล้องกับ Dunne (2001) ที่พบว่าผู้เจ็บป่วยฝ่ายชายรับรู้การดูแลด้านจิตวิญญาณว่าเป็นสิ่งที่มีความหมายในชีวิต ความมีจิตใจเอื้ออาทร อย่างไรก็ตามอาจแตกต่างกันเกี่ยวกับที่มาเพราะผู้ป่วยในการศึกษานี้เน้นถือศาสนาคริสต์ซึ่งมีคำสอนเกี่ยวกับความรัก และ Sellers (1990) ที่พบว่าผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ให้ความหมายจิตวิญญาณเป็นแรงจูงใจในการค้นหาความหมายและเป้าหมายในการดำเนินชีวิต และรับรู้การดูแลด้าน จิตวิญญาณส่วนหนึ่งจากการดำรงอยู่ในปัจจุบัน ในเรื่องเป้าหมายในการดำเนินชีวิตนั้น พบว่าเป็นแนวคิดหนึ่งของจิตวิญญาณ (Narayanasamy, 1999)

อย่างไรก็ดี ผู้ดูแลให้ข้อมูลว่าผู้ป่วย 1 ราย มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ หรือจิตวิญญาณมากกว่า 1 อย่าง สอดคล้องกับ Narayanasamy (1999) ที่ได้ให้คำอธิบายไว้ ทั้งในด้านที่มีความสัมพันธ์กับศาสนา (Christian theological perspective) และเกี่ยวกับการมีอยู่จริง (Existential influences) จึงอาจอธิบายได้ว่าผู้ดูแลในครอบครัวในการวิจัยครั้งนี้มีการให้ความหมายจิตวิญญาณผสมผสานกัน ต่างกับ Stoll (1989) ที่กล่าวว่าจิตวิญญาณของแต่ละบุคคลจะพัฒนาไปในแนวใดแนวหนึ่งเพียงด้านเดียว คือ แนวราบ หมายถึง ความสัมพันธ์ภายในตน และแนวตั้ง หมายถึง สิ่งเหนือธรรมชาติ หรือพระเจ้า หรือสิ่งที่มีคุณค่าในชีวิต (transcendent/ God/ supreme values)

การวิจัยครั้งนี้ได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลในครอบครัวเพียงอย่างเดียว ไม่ได้สัมภาษณ์บุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชโดยตรง ซึ่งในระหว่างการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้จัดบันทึกเหตุการณ์ รวมถึงคำบอกเล่า การให้ความหมายจิตวิญญาณของบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชด้วย พบว่าบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชและผู้ดูแลบางรายที่มีการให้ความหมายจิตวิญญาณต่างกัน

ประสบการณ์การดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชด้านจิตวิญญาณ

ผลการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวในการ ดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชด้านจิตวิญญาณในครั้งนี้ แสดงถึงการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวว่าประกอบด้วย การเข้าใจและยอมรับ การดูแลให้รู้สึกว่าเป็นที่รัก การสนับสนุนให้ทำตามความเชื่อหรือสิ่งยึดเหนี่ยว การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ และสนับสนุนให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตต่อไป

จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่านอกจากผู้ดูแลให้การสนับสนุนบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชด้วยการช่วยเหลือด้านร่างกาย จิตใจ การปรับตัว และการรักษาทางการแพทย์แล้วด้วยการใช้ความรู้จากโปรแกรมการสอนและการได้รับคำปรึกษาจากบริการพยาบาล (ทานตะวัน เข้มบุญเรือง, 2540; อรพรรณ ลือบุญรัชชชัย, 2542) ครอบครัวยังมีผลต่อการเลือกวิธีการบำบัดรักษา ผู้ป่วยจิตเวช (กรองจิต เมืองวุฒิ, 2537) โดยส่วนใหญ่มีการใช้วิธี

การรักษาที่บ้าน และการรักษาที่เกี่ยวข้องศาสนาแล้ว (ชญาพรรณ รัตนติกานนท์ และ คณะ, 2540; ทิพย์ภา เศษฐ์เชาวลิต และ คณะ, 2542; พินลดา มุลาลี และ คณะ, 2542) ผู้ดูแลยังช่วยสนับสนุนดูแลด้านจิตวิญญาณ แก่บุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวช ตามความต้องการการดูแลด้วย ดังที่ ภัณฑิลา อัฐรัตน์ (2539) พบว่า ผู้ป่วยโรคประสาทในเขตจังหวัดอุบลราชธานีมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ด้วยการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ผู้ป่วยทางจิตเวชต้องการได้รับความสุขสบาย ความเป็นเพื่อน การพูดคุยสนทนา และการปลอบโยนให้อบอุ่นใจ (Moller, 1999) และรับรู้การดูแลในลักษณะคุณค่าระหว่างบุคคล คือ การเป็นมิตร ความรัก และการดูแล (Greasley et al., 2001) ซึ่งการศึกษาที่กล่าวมาเป็นการศึกษาจากบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชและผู้ดูแลที่มา รับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด

การศึกษากครั้งนี้ทำให้เกิดความเข้าใจว่าผู้ดูแลในครอบครัวไม่ได้มีความรู้สึในด้านลบต่อการดูแลบุคคล ที่มีปัญหาทางจิตเวชเพียงด้านเดียว เช่น ความรู้สึกสับสน เครียด วิตกกังวล ระมัดระวังพฤติกรรมผู้ป่วย ปรีกษา และเจรจาต่อรองเกี่ยวกับผู้รับพิศชอบดูแล คำรักษา (เวทินี สุขมาก และคณะ, 2544) ผู้ดูแลต้องเผชิญกับความเครียดและแสดงออกด้านอารมณ์ แสวงหาสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจและการสนับสนุนทางสังคม (ถวิล นภาพงษ์ สุริยา และ คณะ, 2543) ซึ่งการศึกษาดังกล่าวเกิดจากคำถามเพียงด้านเดียวของผู้ศึกษา ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลที่ให้การดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชในครอบครัว ด้วยการใช่วิธีการเก็บข้อมูลตามการรับรู้ที่เป็นจริงของผู้ดูแล เช่น Rungreangkulkij and Chesla (2001) ที่พบว่ามารดาผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตอบสนองอารมณ์รุนแรง พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เป็นอันตราย ด้วยการทำใจ ซึ่งหมายความว่า รวมถึง ขอมรับ เข้าใจ คิดถึงความสมเหตุสมผล และรู้สึกว่าเป็นหน้าที่ พยายามให้การดูแลด้วยความอ่อนหวาน นิ่งเงียบ ไม่เผชิญหน้า และ Butcher et al. (2001) ที่แม้ผู้ดูแลจะต้องอดทนกับความเครียด ความคับข้องใจ การสูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง โอกาส ความคาดหวังในตัวผู้ป่วย แต่ก็ยังอยู่ในบทบาทการดูแลด้วยความอดทน ปรับเปลี่ยนตามการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตลอดเวลา และค้นหาความหมายและความสุขในการดำเนินชีวิตของตน

จะเห็นได้ว่าการศึกษาโดยใช่วิธีการได้ข้อมูลการดูแลที่เปิดเผยตามที่เป็นอยู่จริงของ ผู้ดูแล ทำให้ทราบว่ามีภาระการดูแลที่เกี่ยวข้องกับด้านจิตวิญญาณ ทั้งของบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชและผู้ดูแลในครอบครัว การวิจัยครั้งนี้ทำให้ทราบการดูแลด้านจิตวิญญาณซึ่งผู้ดูแลในครอบครัวให้แก่บุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวช ในขณะที่รับการรักษา และดำเนินชีวิตในชุมชน ประกอบด้วย

ประเด็นที่ 1 การเข้าใจและยอมรับ

การเข้าใจและยอมรับเป็นการเริ่มต้นที่จะให้การดูแลด้านจิตวิญญาณ เนื่องจากบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชมีลักษณะการเจ็บป่วยที่มีความผิดปกติจากผู้ป่วยทางกายโดยทั่วไป มีความคิด พฤติกรรมที่ไม่สามารถเข้าใจได้ มีอารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม การเข้าใจบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชของผู้ดูแลในการวิจัยครั้งนี้เป็นการตอบสนองที่ผู้ดูแลให้แก่ผู้ป่วย โดยทำความเข้าใจการเจ็บป่วยและความต้องการของผู้ป่วย และปรับการดูแลให้อ่อนโยน นุ่มนวล เข้าใจผู้ป่วย สอดคล้องกับ Moller (1999) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเวชและสมาชิกครอบครัว มีความต้องการทาง จิตวิญญาณ คือ ต้องการความสุขสบาย ความเป็นเพื่อน การพูดคุยสนทนา และการปลอบโยนให้อบอุ่นใจ และ Rungreangkulkij and Chesla (2001) ที่พบว่ามารดาผู้ป่วยจิตเภทให้การดูแลด้วยความเป็นมารดา ด้วยความอ่อนหวาน เข้าใจว่าพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเกิดจากภาวะความเจ็บป่วยของ

บุตร ซึ่งบทบาทการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวนี้สอดคล้องกับ Wigmore (cited in Wright, 1998) ที่กล่าวถึงหลักจริยธรรมทางการดูแลด้านจิตวิญญาณ คือการให้ความรู้สึกเป็นส่วนตัว รักษาความลับ ไม่เปิดเผยแก่สาธารณะ ให้การยอมรับและรักษาสัมพันธ์ภาพด้วยความจริงใจ และ Wright (1998) ที่กล่าวว่าพยาบาลควรให้การดูแลจิตวิญญาณโดยประเมินค้นหาความต้องการและให้การสนับสนุนช่วยเหลือให้ผู้ป่วยค้นหาความหมาย ความหวัง ความกระตือรือร้นในความเชื่อและคุณค่าทางจิตวิญญาณอย่างอิสระ

บุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชและผู้ดูแลในครอบครัวอาจมีความรู้สึกถูกแบ่งแยกจากสังคม การทำให้ยอมรับการเจ็บป่วยของผู้ดูแล และปรับความรู้สึกว่าเป็นหน้าที่ จึงเป็นจุดเริ่มต้นให้เกิดการทำความเข้าใจ (Rungreangkulkij and Chesla, 2001) และปรับการดูแลตามความต้องการของบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชซึ่งทำให้เกิดผลดีต่อการเจ็บป่วย การที่จะเข้าใจได้ ผู้ดูแลต้องมีการสังเกต เรียนรู้การแสดงออกทั้งก่อนและหลังเจ็บป่วย โดยทำความเข้าใจบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชโดยรวมไม่ได้มองเฉพาะการดูแลในเรื่องโรคและการรับประทานยาเท่านั้น ซึ่งเห็นได้จาก ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ที่ผู้ให้ข้อมูลบอกถึงสิ่งที่ทำและวิธีการที่มองบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชอย่างครอบคลุม ปรับการดูแลตามสภาพที่เป็นจริง ไม่ได้เกิดจากการแนะนำของบุคลากรทางสุขภาพทั้งหมด อาจเกิดขึ้นเองจากประสบการณ์ การลองผิดลองถูก การแนะนำหรือแสวงหาสิ่งสนับสนุนการดูแล มาปรับใช้ให้เหมาะสมกับลักษณะของบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชในแต่ละขณะ ซึ่งอาจอธิบายการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของ Watson (Patton et al., 1998) ว่าประกอบไปด้วย การร่วมความรู้สึก เข้าใจการรับรู้ ความรู้สึก และสื่อสารแสดงออกถึงการเข้าใจของผู้ป่วย สื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อตอบสนองอารมณ์ พฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ส่งเสริมและยอมรับการแสดงความรู้สึกของผู้ป่วยทั้งในด้านลบและด้านบวก และช่วยเหลือความต้องการของผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ

การยอมรับ ผู้ดูแลในครอบครัวจะสามารถเข้าใจและให้การดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชต่อไปได้ จะต้องมีการยอมรับผู้ป่วยให้ได้ ซึ่งการยอมรับนี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะต้องผ่านความรู้สึกที่ไม่พึงประสงค์ก่อน บางรายอาจเกิดความรู้สึกปฏิเสธที่รุนแรง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ถวิล นภาพงษ์สุริยา และ คณะ (2543) ที่พบว่าผู้ดูแลต้องเผชิญกับความเครียดและแสดงออกด้านอารมณ์ค่อนข้างมาก ทั้งนี้เนื่องจากการยอมรับการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชอาจยังเป็นภาพที่สังคมไม่ยอมรับ และหรือถูกปฏิเสธ ทำให้บุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชและผู้ดูแลอาจเกิดความรู้สึกกลัว ระแวงว่าจะไม่ได้รับการยอมรับ แม้ไม่ว่าตรงๆ แต่ก็อาจผลเช่นนี้ ไม่สนใจ ไม่ให้การช่วยเหลือ หรือผู้ดูแลอาจเกิดความเครียด วิตกกังวล รู้สึกถึงความเป็นภาระทั้งผู้รับผิดชอบดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวช และคำรักษาพยาบาล การดูแลเป็นระยะเวลาโดยอาการไม่ดีขึ้นทำให้เกิดความหดหู่ใจ (เวทินี สุขมาก และ คณะ, 2544) การที่จะยอมรับผู้ป่วยได้ต้องใช้การทำใจ ซึ่ง

สอดคล้องกับการศึกษาของ Rungreangkulkij and Chesla (2001) ที่ศึกษาการตอบสนองของมารดาต่อการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทว่า “ทำใจ” เป็นวิธีการที่มารดาส่วนใหญ่ใช้ในการตอบสนองต่อพฤติกรรมผู้ป่วย ให้การยอมรับและดูแล แม้ว่าผู้วิจัยจะแปลความว่าเป็นเพราะความคาดหวังจากสังคมว่าต้องเป็นบทบาทหน้าที่ของแม่ก็ตาม การได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจให้เกิดการยอมรับ ผู้ดูแลจะมองไปที่ความรัก ความผูกพันที่มีกับผู้ป่วย อาจจะเป็นด้วยความดีของผู้ป่วย ความสงสาร ความเป็นแม่ จึงอยู่ในบทบาทผู้ดูแลได้ โดยดูแลว่าวันหนึ่งผู้ป่วยจะหายหรือมีอาการดีขึ้น ในที่นี้ผู้วิจัยมีความเห็นว่าการเข้าใจและยอมรับของผู้ดูแลเกิดขึ้นเนื่องจากจิตวิญญาณของผู้ดูแลเอง ที่มีปฏิสัมพันธ์ภายในบุคคล ระหว่างบุคคลคือตนและ ผู้ป่วย และเหนือบุคคล (Reed, 1992) และกำหนดว่าผู้ดูแลจะปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างไร สอดคล้องกับ Nelms (2000) ที่ศึกษาพบว่ามารดาที่ดูแลบุตรชายที่ป่วยด้วยโรคเอ็ดส์ ดูแลด้วยความรัก ยอมรับ รับฟัง ปลอดภัย ให้กำลังใจ อยู่ร่วมกับผู้ป่วยจนวาระสุดท้าย และมีการสวดมนต์ขอพรจากพระเจ้า บางครั้งทำให้ผู้ดูแลมีความเข้มแข็งมากขึ้น และ Butcher et al. (2001) ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์มีการค้นหาความหมายและความสุขในชีวิต ด้วยการค้นหาด้านดีของการดูแล ยึดมั่นผูกพันกับบทบาทการดูแล และสร้างสรรค์เวลาที่มีความสุข และสอดคล้องกับผลการศึกษาในกลุ่มอื่นๆ เช่น Sellers (1990) ที่ศึกษาในผู้ป่วยฝ่ายกายวัยผู้ใหญ่พบว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลด้วยการเข้าใจความเป็นเอกลักษณ์ของแต่ละบุคคล ดูแลด้วยความเมตตา อยู่เป็นเพื่อน รับฟังและให้การยอมรับ ปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยความเป็นมนุษย์

การเข้าใจและยอมรับบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวช ทำให้ผู้ดูแลสามารถปรับตนเองให้อยู่ในบทบาทการดูแลต่อไป และยังทำให้เข้าใจความรู้สึกเป็นทุกข์ ความทรมานจากการเจ็บป่วย ความรู้สึกที่ว่าตนเองไม่มีคุณค่า นอกจากจะพยายามปรับการดูแลตามความต้องการของบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชแล้ว การดูแลให้รู้สึกว่าเป็นที่รัก ก็เป็นการดูแลด้านจิตวิญญาณแก่บุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชที่ผู้ดูแลให้ในการวิจัยครั้งนี้

ประเด็นที่ 2 การดูแลให้รู้สึกว่าเป็นที่รัก

จากที่กล่าวมาแล้วว่าการไม่ยอมรับจากสังคมอาจมีส่วนให้ผู้ป่วยรู้สึกกลัว ระแวงว่าจะไม่ได้รับการยอมรับจากผู้ดูแล ครอบครัว สังคม รวมทั้งอาการของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความคิดของตนได้ ไม่สามารถปฏิบัติตามกิจกรมตามปกติได้ ไม่สามารถทำงานมีรายได้ช่วยครอบครัว การเจ็บป่วยเป็นระยะเวลานานบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชอาจรู้สึกว่าเป็นภาระ ท้อแท้ ไม่มีคุณค่า สอดคล้องกับ พิไลรัตน์ ทองอุไร (2542) ที่กล่าวถึงภาวะจิตสังคมในผู้ป่วยเรื้อรังว่า จะมีภาวะเครียดและวิตกกังวล ภาวะสูญเสียและสูญเสียพลังอำนาจ ภาวะที่มีปัญหาทางด้านอัตมโนทัศน์

และภาพลักษณ์ ภาวะซึมเศร้า แยกตัว ภาวะทุกข์ทรมานทางจิตวิญญาณ ภาวะหมดหวังและฆ่าตัวตาย

ผู้ดูแลจึงพยายามที่จะให้การดูแลโดยสร้างความรู้สึกว่าบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชมีคุณค่า สอดคล้องกับ Peri (1995) ซึ่งกล่าวถึงการดูแลด้านจิตวิญญาณกระทำได้โดย การส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองแก่ผู้ป่วย เป็นที่ต้องการ และเป็นที่ยก ด้วยการแสดงออกด้วยคำพูด การกระทำ การช่วยเหลือให้สมาชิกในครอบครัว บุคคลอื่น เข้าใจผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าไม่ได้ถูกทอดทิ้ง สอดคล้องกับผลการศึกษาคณะการดูแลด้านจิตวิญญาณของสมาชิกในครอบครัวแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของ Dunne (2001) ที่พบว่าสมาชิกครอบครัวมีการดูแลด้วยการให้ความรัก ความเอื้ออาทร ดูแลผู้ป่วยอย่างพิถีพิถัน และยินดีให้การดูแลผู้ป่วยอย่างแท้จริง ทั้งนี้ความรักเป็นแนวคิดหนึ่งของจิตวิญญาณ การดูแลของผู้ดูแลดังกล่าวจึงกล่าวได้ว่าเป็นการสนับสนุนด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย สอดคล้องกับ Greasley (2000) ที่พบว่าผู้รับการดูแลให้ความหมายการดูแลด้านจิตวิญญาณส่วนหนึ่งว่า หมายถึงคุณค่าระหว่างบุคคล (Interpersonal values) หมายถึงความรัก (Love) การเอาใจใส่ ความมีจิตใจดี เป็นมิตร และมีความเมตตา เป็นที่น่าสังเกตว่าการศึกษานี้ได้มาจากทำ Focus group ทั้งกลุ่มผู้รับการดูแล และพยาบาลจิตเวช พบว่าการให้ความหมายของ 2 กลุ่มนี้แตกต่างกัน และกลุ่มพยาบาลจิตเวชไม่มีการให้ความหมายด้านการให้คุณค่าระหว่างบุคคล ในเรื่องความรักเลย

นอกจากนี้แนวคิดเกี่ยวกับความรัก อาจพบในความเชื่อและการปฏิบัติของศาสนาคริสต์ เช่น Conco (1995) ที่ศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยทางกายที่นับถือศาสนาคริสต์ว่าได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณจากสมาชิกในครอบครัวมากที่สุด โดยรับรู้ว่าได้รับการให้ความรัก การให้ การยอมรับ และ Nelms (2000) ที่พบว่ามารดาผู้ป่วยเอดส์ดูแลจิตวิญญาณโดยการเอาใจใส่ ให้ความรัก อยู่เป็นเพื่อน พูดคุยรับฟัง และส่งเสริมให้ผู้ป่วยระลึกถึงพระเจ้าและสิ่งใดๆ เพื่อเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจขณะเจ็บป่วย ในขณะที่การวิจัยครั้งนี้ไม่มีผู้ให้ข้อมูลคนใดนับถือศาสนาคริสต์เลย โดยนับถือศาสนาพุทธ 7 ราย และศาสนาอิสลาม 3 ราย

จะเห็นได้ว่านอกจากผู้ดูแลในครอบครัวจะผสมผสานการดูแลด้วยความเข้าใจ ยอมรับ และดูแลให้รู้สึกว่าเป็นที่ยกแล้ว ผู้ดูแลยังสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ เช่น พระเจ้า หรือสิ่งใดๆ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่าการดูแลด้านจิตวิญญาณแก่บุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชของผู้ดูแลในครอบครัว มีการสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ทำตามความเชื่อหรือสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ

ประเด็นที่ 3 การสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ทำตามความเชื่อหรือสิ่งยึดเหนี่ยว

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ไม่เข้าใจความหมายของจิตวิญญาณ ต่อเมื่อค่อยๆ ใช้คำถามให้อธิบายมากขึ้น จึงได้ทราบความคิดเกี่ยวกับจิตวิญญาณ จึงสามารถโยงไปถึงการดูแลที่ผู้ดูแลให้ได้ ความไม่เข้าใจดังกล่าวอาจบอกได้ว่า มีการสื่อสารที่ไม่ตรงกัน หรือผู้ดูแลไม่ได้คำนึงถึงคำเรียกชื่อการดูแลนี้ แต่จริงๆ ผู้ดูแลให้การดูแลในชีวิตประจำวัน เมื่อให้ความหมายจิตวิญญาณที่ชัดเจน ก็สามารถบอกถึงการดูแลได้ โดยการดูแลนี้รวมถึงการดูแลด้วยการใช้ความเชื่อและหรือสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งกล่าวว่า

“ที่ไปหากรรมคนนั้นเค้าก็รักษาให้เรา ร่างกายของเราให้หายให้ดี จิตวิญญาณเราจะดีหายด้วย ถ้าเราหาย จิตวิญญาณเราก็หายด้วย จิตวิญญาณมันอยู่ในตัวเรา...เราทำบุญมันก็ไปกับเรา ฟังเทศน์มันก็ไปกับเรา”

จากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์จะเห็นได้ว่าความเชื่อหรือสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจของผู้ดูแลแต่ละราย เกี่ยวข้องกับ ศาสนา และหรืออำนาจเหนือธรรมชาติ ทั้งนี้อาจเกิดจากพื้นฐานทางวัฒนธรรมของผู้ป่วยเอง การแลกเปลี่ยนความคิดความเชื่อกับผู้ดูแล และข้อมูลจากแหล่งอื่นๆ ซึ่งเป็นความต้องการของผู้ป่วย เช่นเดียวกับ อัจฉรา ศรีรัตนวงศ์ (2541) ที่พบว่าผู้ป่วยเอดส์ใช้แนวคิดพุทธศาสนาช่วยในการปรับตัว จิตใจ อารมณ์ หลังจากป่วย และ Rungreangkulkij and Chesla (2001) พบว่าผู้ดูแลนำผู้ป่วยไปรักษาด้วยวิธีพื้นบ้านหลายครั้ง เมื่อไม่หายจึงนำผู้ป่วยไปรับการรักษาในโรงพยาบาล เพราะมีความเชื่อว่าสาเหตุการเจ็บป่วยมาจากสิ่งเหนือธรรมชาติ ทั้งนี้ อาจเนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิตเวชเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง และมีอาการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา เช่นผู้ป่วยรายหนึ่งในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีอาการแสดงนำมาก่อนก็เกิดพฤติกรรมที่เป็นอันตรายได้ ทั้งๆ ที่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ความเป็นห่วง วิตกกังวลในความเจ็บป่วยดังกล่าวอาจทำให้บุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชพยายามหาทางที่จะบำบัดรักษา โดยหวังว่าจะทำให้อาการดีขึ้นอย่างน้อยช่วยในด้านจิตใจ ลดความวิตกกังวล เกิดความสบายใจ ผู้ดูแลจึงช่วยสนับสนุนด้วยการนำบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชไปทำการรักษาตามความเชื่อของผู้ป่วย แม้ว่าจะไม่เห็นด้วยก็ไม่ขัดเพราะเห็นว่าจะเกิดผลดีต่อจิตใจ บางครั้งเป็นความเชื่อของผู้ดูแลอยู่แล้วและผู้ดูแลเห็นว่าเป็นสิ่งที่ดีไม่เป็นอันตรายจึงนำบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชไปรักษา ผลการรักษาที่ดูว่าดีขึ้น หรือตัวอย่างการรักษาของผู้อื่นอาจทำให้คล้อยตามความเชื่อของบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชได้ บางครั้งผู้ดูแลก็มีประสบการณ์ในด้านนี้มาก่อน เมื่อนำทฤษฎีการพยาบาลของ Watson (Young, Taylor, and McLaughlin, 2001) อาจอธิบายได้ว่าความสัมพันธ์ของบุคคล 2 คน คือ ผู้รับและผู้ให้การดูแล จะมีการผสมผสานกันระหว่างการใช้จิตวิญญาณ ความรู้สึก อารมณ์ กระบวนการภายในตน การจินตภาพ และสัญชาติญาณ ในสัมพันธ์ภาพการดูแล เพื่อให้เกิดดุลยภาพของบุคคล-ธรรมชาติ-สิ่งสากล

การทำ ความเข้าใจและยอมรับความเชื่อและความต้องการการปฏิบัติตามความเชื่อหรือสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจของบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวช ผู้ดูแลพยายามที่จะให้การสนับสนุนโดยไม่นำความเชื่อของตนไปให้บุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชเชื่อเหมือนตน เมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรงขึ้นจนไม่สามารถปฏิบัติตามความเชื่อได้นั้นได้ ผู้ดูแลจึงเป็นปฏิบัติแทน จะเห็นว่าผู้ดูแลให้การดูแลที่ต่างจากพยาบาลดังที่ Peri (1995) กล่าวว่าพยาบาลไม่ได้เป็นผู้แก้ไขปัญหาทางจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วย แต่เป็นผู้ให้การสนับสนุนจิตวิญญาณของผู้ป่วยให้มีการเติบโต และเยียวยาตนเอง

การปฏิบัติหรือรักษาเกี่ยวกับความเชื่อหรือสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ จำเป็นต้องมีค่าใช้จ่าย การสนับสนุนให้บุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชไปรักษาผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องคำนึงถึงความเหมาะสมด้วย หากสามารถเลือกได้ ผู้ดูแลจะให้ผู้ป่วยไปทำตามความเชื่อเป็น เป็นที่สังเกตว่าการดูแลด้านความเชื่อของบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชนี้ จะทำควบคู่ไปพร้อมกับการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบัน หากไม่สามารถไปรักษาได้ตามความเชื่อได้ หรือผลการรักษาไม่ดีก็จะกลับมายึดการรักษาปัจจุบัน

ในด้านที่ผู้ดูแลคำนึงถึงการปฏิบัติตามความเชื่อหรือสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจที่เกิดผลดีนั้นพบว่า เป็นการดูแลของผู้ดูแลเพื่อให้บุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชเกิดความรู้สึกสบายใจ และมีโอกาสพัฒนาจิตวิญญาณของตน หรืออาจเป็นเพราะมีความหวังให้เกิดผลการรักษาที่ทางการแพทย์ไม่สามารถให้ได้ เช่น ไม่ต้องรับประทานยาเป็นระยะเวลาหลายๆ จึงควรนำมาพิจารณาในการให้บริการพยาบาลในการดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชและผู้ดูแลที่ได้รับการรักษาจากสถานบริการพยาบาล หากการรักษา ดังกล่าวไม่เกิดอาการเจ็บปวด มีบาดแผล ผู้ดูแลก็มองว่าเป็นการดูแลโดยเฉพาะในด้านจิตใจ แม้ในบางรายที่รักษาด้วยวิธีการที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด การให้บุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชทำตามความเชื่อต่อไป จะขึ้นอยู่กับความเชื่อของผู้ดูแลด้วย ซึ่งสอดคล้องกับ กรองจิต เมืองวุฒิ (2537) ที่กล่าวว่า ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการกำหนดว่าควรนำผู้ป่วยมารักษาในสถานรักษาใด และ ชฎาพรรณ รัตนติกานนท์ และคณะ (2540) ที่กล่าวว่าความเชื่อเรื่องโรคจิตเวชของผู้ดูแลมีผลต่อพฤติกรรมการแสวงหาการรักษา

ความเชื่อและการรักษาที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงในการวิจัยนี้ มีความเชื่อพื้นฐานมาจากศาสนาเป็นส่วนใหญ่ ต่างที่การปฏิบัติและข้อคำสอนปลีกย่อย ซึ่งน่าจะเกิดจากจากผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ และศาสนาอิสลาม สอดคล้องกับ Tongprateep (2000) ที่พบว่าคนไทยมีการใช้ความเชื่อและการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาในการดำเนินชีวิตเพื่อให้เกิดความผาสุก และ ผลการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่ามีการใช้ความเชื่อในศาสนาคริสต์มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย (Conco, 1995; Nelms, 2000) และมีการสนับสนุนทางจิตวิญญาณจากผู้นำทางศาสนา (Dunne, 2001)

การสนับสนุนที่ผู้ดูแลให้กับบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชนั้นจะเป็นเรื่องที่ไม่สลับซับซ้อนมาก เป็นความเชื่อพื้นฐานเช่น การทำความดี การทำบุญ และผลของการกระทำ และผสมผสานกับความเชื่อในสิ่งเหนือธรรมชาติ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ พวงเพ็ญ เจียมปัญญารัตน์ และคณะ (2542) ที่พบว่า ผู้ป่วยทำบุญทำทานเพื่อให้เกิดความสบายใจ และ ทิพย์ภา เศรษฐ์เชาวลิต และ คณะ (2542) ที่พบว่าครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชในภาคใต้ นำผู้ป่วยไปรับการรักษาเชิงพื้นบ้าน เช่น การใช้น้ำมันต์ หมอเข้าทรง หมอดู บวชชีหรือบวชพระ ไปร่วมกิจกรรมทางศาสนามากขึ้น อาจเป็นเพราะผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาคั้งส่วนใหญ่มีระดับเศรษฐกิจที่ต้องดิ้นรนหาเลี้ยงตนเองและครอบครัว การที่จะมุ่งพัฒนาความเชื่อหรือจิตวิญญาณไปในทางใดทางหนึ่งให้ลึกซึ้งอาจจะขัดกับชีวิตความเป็นอยู่ที่แท้จริงของครอบครัว และคาดหวังผลที่จะทำให้ชีวิตมีสิ่งที่ดีขึ้น โดยอย่างน้อยจะทำให้เกิดความสบายใจ

ในกรณีที่บุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชมีอาการรุนแรงหรือไม่สามารถแสดงออกถึงความคิด ความเชื่อของตน หรือผู้ดูแลประเมินว่าบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชในความดูแลของตนไม่มีความเข้าใจเหตุผลพื้นฐาน ผู้ดูแลจะให้การช่วยเหลือให้บุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชให้มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ซึ่งพบว่าเป็นองค์ประกอบของการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ดูแลในการวิจัยครั้งนี้ ดังนี้

ประเด็นที่ 4 การสนับสนุนให้มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ

การที่จะสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ต่อไปได้นั้น การให้ผู้ป่วยมีสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจเป็นอีกสิ่งหนึ่งที่จะดึงความคิดของผู้ป่วยไว้ได้ การให้ยึดถือความเชื่อทางศาสนา เนื่องจากทำให้เกิดความสบายใจ เป็นสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจเมื่อคนมีความทุกข์ได้ ผู้ดูแลให้การสนับสนุนให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ แต่ไม่เกิดความหวังที่ไม่เป็นจริง สอดคล้องกับ Nelms (2000) ที่พบว่าผู้ดูแลสนับสนุนให้ผู้ป่วยระลึกถึงพระเจ้าหรือสิ่งใดๆ เพื่อเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ ให้เผชิญกับความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย นอกจากนี้ Conco (1995) ยังศึกษาพบว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลโดยการมุ่งดูแลด้านจิตวิญญาณโดยตรง (spiritual focused) ทำให้ผู้ป่วยบรรลุถึงภาวะที่มีความหมายและเป้าหมายในชีวิตที่สูงขึ้น การมีความหวัง และการติดต่อสัมพันธ์กับสิ่งที่ตนให้คุณค่า และการที่ผู้ดูแลให้การดูแลให้ผู้ป่วยมีสิ่งยึดเหนี่ยวในจิตใจนี้ เป็นการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยด้วย (พวงเพ็ญ เจียมปัญญารัตน์ และ คณะ, 2542)

นอกจากนี้การใช้ศาสนามาเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจก็เป็นการพัฒนาจิตวิญญาณของผู้ดูแลด้วย เช่น การศึกษาของ Rungreangkulkij and Chesla (2001) ที่พบว่ามารดาผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเองมีการใช้ความเชื่อทางศาสนามาเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจขณะให้การดูแล และ เอื้ออารีย์ สาลิกา

(2543) ที่พบว่า การดูแลบุคคลที่เป็นโรคจิตเภทเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ดูแล จึงใช้ความเชื่อทางศาสนาหรือทางไสยศาสตร์เพื่อเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ

ส่วนการสนับสนุนให้ผู้ป่วยอยู่กับปัจจุบัน อันหมายถึงความรัก ความผูกพันในครอบครัว นั้น ได้ผลสอดคล้องกับการศึกษาของ Sellers (2001) ที่ศึกษาพบว่าผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณจากพยาบาลด้วยการดำรงอยู่ในปัจจุบัน อยู่เป็นเพื่อน ซึ่งอาจมีเหตุผลที่แตกต่างกัน บุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชอาจไม่สามารถเข้าใจเหตุผล ความเป็นจริง ความคิดที่ลึกซึ้งได้ การดูแลเป็นวันๆ การดึงผู้ป่วยในสิ่งที่สนใจ ยึดเหนี่ยวอยู่แล้ว จึงเป็นการง่ายกว่าที่จะทำให้ผู้ป่วยมีสิ่งสนับสนุนทางจิตใจให้ดำเนินชีวิตต่อไปได้

การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจของผู้ดูแลโดยใช้การคำสอนและการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาและอยู่กับปัจจุบันนี้ แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลมีการดูแลผู้ป่วยตามความต้องการ และมีการคิดแก้ไขปัญหาเชิงวิทยาศาสตร์ (Patton et al., 1998) โดยใช้การวิเคราะห์สภาพปัญหาของผู้ป่วย และหาข้อมูลเพื่อตัดสินใจกระทำการที่เหมาะสมกับผู้ป่วยในความดูแลของตน

ประเด็นหลักที่ 5 สนับสนุนให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตอยู่ต่อไป

การเจ็บป่วยทางจิตเวชเป็นโรคที่มีความเรื้อรัง ผู้ป่วยบางรายอาจรู้สึกทรมานจากการไม่สามารถควบคุมความคิดตนเองได้ หรือการเจ็บป่วยทำให้เกิดการสูญเสียโอกาสหลายอย่าง ทำให้ผู้ป่วยอาจรู้สึกท้อแท้ ไม่อยากดำเนินชีวิตอยู่ด้วยความทุกข์ทรมาน ผู้ป่วยบางรายรู้สึกว่าการสูญเสียแขนขาไปยังดีว่าการป่วยด้วยโรคจิตเวช ผู้ดูแลจะพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยโดยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจต่อชีวิต ด้วยความรู้สึกว่าผู้ป่วยเป็นคนในครอบครัว พุดถึงดีๆ ในชีวิต พุดถึงสิ่งที่ผู้ป่วยคิดหวัง และสนับสนุนให้มีชีวิตอยู่เพื่อทำตามหวังไว้ การมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วยก็มีความสำคัญกับผู้ดูแลและครอบครัวด้วยเช่นกัน ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับ Kitson (1985, cited in Narayanasamy, 1999) ที่กล่าวว่าเป้าหมายแรกของการดูแลด้านจิตวิญญาณ คือ การช่วยให้บุคคลเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย หรือการไม่สามารถบรรลุหรือคงความผาสุกในจิตใจไว้ได้

การดูแลเพื่อให้บุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชสามารถดำเนินชีวิตอยู่ต่อไป ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้ดูแลปฏิบัติโดยการให้กำลังใจและการทำให้สบายใจ สอดคล้องกับ Nelms (2000) ที่พบว่า มารดาผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์มีการปลอบโยน ให้กำลังใจ ซึ่งตรงกับความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณที่ Moller (1999) พบว่าประกอบด้วยความต้องการการยอมรับ การเป็นเพื่อน การพูดคุย รับฟัง และปลอบโยนให้อบอุ่นใจ การให้กำลังใจและทำให้สบายใจในการศึกษาครั้งนี้ผู้ดูแล

พยายามพูดถึงสิ่งที่ผู้ป่วยคิดหวัง พูดคุยทำความเข้าใจกับสมาชิกในครอบครัว สร้างบรรยากาศในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ Dunne (2001) ที่พบว่าผู้ดูแลมีการพิจารณาสิ่งที่สร้างความหวังหรือสิ่งที่แสดงว่าผู้ป่วยมีชีวิตอยู่เพื่อสิ่งนี้ และพยายามจัดสิ่งแวดล้อมแก่ผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ ถวิล นภาพงษ์สุริยา และ คณะ (2543) ที่พบว่าญาติผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์ค่อนข้างมาก ทั้งนี้อาจเนื่องจากการศึกษาดังกล่าวเป็นการศึกษาที่ใช้คำถามเชิงลบเพียงด้านเดียว

อาจกล่าวโดยสรุปว่า การดูแลด้านจิตวิญญาณบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชของผู้ดูแลในครอบครัว มุ่งให้การดูแลเพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นที่เข้าใจและยอมรับ เป็นที่รัก สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจและปฏิบัติตามความเชื่อหรือสิ่งยึดเหนี่ยวนั้นโดยไม่เป็นผลเสีย และสนับสนุนให้ดำเนินชีวิตอยู่ต่อไป โดยให้การดูแลอย่างผสมผสานกันในการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ สอดคล้องกับ ธีสมน นามวงษ์ (2540) การกล่าวว่า การดูแลด้านจิตวิญญาณ หมายถึง กระบวนการช่วยเหลือด้วยความเอาใจใส่ โดยการสนับสนุน ส่งเสริม คุณค่า ความเชื่อ ค่านิยม และวิถีชีวิตของแต่ละบุคคล ความต้องการความหมายและจุดหมายของชีวิต ความต้องการได้รับความรักและให้ความรักต่อผู้อื่น รวมถึงความต้องการความหวัง และการสร้างสรรค์เพื่อตอบสนองความต้องการที่มุ่งรักษาสุขภาพในการดำเนินชีวิตและความตายของบุคคล ทั้งนี้ผู้ดูแลในการวิจัยครั้งนี้อาจไม่รู้สึกว่าดูแลที่ให้เป็นการดูแลด้านจิตวิญญาณ ซึ่งตรงกันข้ามกับ Dunne (2001) ที่กล่าวว่า ผู้ดูแลจะต้องดูแลผู้ป่วยอย่างพิถีพิถัน และตระหนักถึงการดูแลด้านจิตวิญญาณขณะให้การดูแลผู้ป่วยทุกขณะ

ผลจากการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่าผู้ดูแลมีการให้ความหมายจิตวิญญาณที่แตกต่างกัน และผสมผสานการดูแลด้านจิตวิญญาณในการดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชในชีวิตประจำ โดยการเข้าใจและยอมรับ การดูแลให้รู้สึกว่าเป็นที่รัก การสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ทำตามความเชื่อหรือสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ การสนับสนุนให้มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ และสนับสนุนให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตอยู่ต่อไป ซึ่งผลการศึกษานี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลของผู้ดูแลเป็นส่วนใหญ่ และด้วยวิธีการศึกษาเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา ทำให้เกิดความเข้าใจการให้ความหมายและการดูแลด้านจิตวิญญาณแก่บุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชของผู้ดูแลในครอบครัวอย่างเป็นองค์รวมมากขึ้น ทำให้เกิดข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการวางแผนการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวช โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการวิจัยไปใช้

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจการให้ความหมายและการดูแลด้าน จิตวิญญาณบุคคล ที่มีปัญหาทางจิตเวชของผู้ดูแลในครอบครัว โดยใช้วิธีการศึกษาตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยา ทำให้เกิดความเข้าใจความหมายจิตวิญญาณของผู้ดูแลในครอบครัวที่ให้การดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชในชุมชน ผลการวิจัยในครั้งนี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการพยาบาลได้ ดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ผลการศึกษาเป็นพื้นฐานความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการค้นหา สร้างรูปแบบการพยาบาลด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยจิตเวช โดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในครอบครัว พยาบาลจิตเวชสามารถนำไปปรับเข้าร่วมกับบริการพยาบาลแก่บุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ที่มีอยู่ เพื่อให้การพยาบาลอย่างครอบคลุมองค์รวม และให้การสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนโดยรวมด้านจิตวิญญาณได้
2. สามารถนำผลการวิจัยมาปรับใช้ในการบริการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวช และครอบครัวด้านจิตวิญญาณในโรงพยาบาลได้
3. พัฒนาการสนับสนุนให้ผู้ดูแลในครอบครัว เกิดความเข้าใจและยอมรับบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวช การดูแลให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นที่รัก จะเป็นส่วนที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลช่วยเหลือด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยได้
4. นำไปพัฒนาบทบาทการดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลจิตเวช ที่ควรให้ความสำคัญกับความต้องการการแสดงความรักของบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชและผู้ดูแล และเรียนรู้เพื่อพัฒนาการแสดงออกเพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงการเป็นที่รัก มีคุณค่า เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม และตรงตามความต้องการ
5. พัฒนาริการพยาบาล โดยรวมการรักษาหรือปฏิบัติตามความเชื่อและการปฏิบัติกิจกรรมทางความเชื่อ ไม่ว่าจะเป็ความเชื่อทางศาสนาและสิ่งเหนือธรรมชาติ เพื่อให้บุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวช และครอบครัวเกิดความเข้าใจการรักษ สนับสนุนให้ผู้ดูแลให้การดูแลในชุมชนอย่างเหมาะสม การให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลดังกล่าว ควบคู่กับการให้ความรู้เกี่ยวกับการรักษาทางการแพทย์
6. ทำให้พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเกิดทัศนคติที่ดีต่อการดูแลด้านจิตวิญญาณแก่บุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชของผู้ดูแลในครอบครัว เป็นประโยชน์สำหรับการเข้าใจผู้ดูแลและให้การสนับสนุนความช่วยเหลือ การดูแลผู้ป่วยทางเลือกในการรักษาด้วยความเชื่อพื้นบ้าน ความเชื่อในสิ่งเหนือธรรมชาติ

ด้านการวิจัยทางการแพทย์

1. ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นพื้นฐานในการปรับการดูแลให้เหมาะสมกับความเชื่อและสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจของบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชแต่ละราย และอาจนำไปใช้เป็นแนวทางศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับจิตวิญญาณและความต้องการทางจิตวิญญาณของบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชโดยตรง
2. สามารถพัฒนาความรู้ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ ไปสู่การวิจัยเพื่อเข้าใจกระบวนการดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชและครอบครัวด้านจิตวิญญาณในบริบทที่แตกต่างไป
3. การศึกษานี้ใช้เป็นพื้นฐานในการวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการดูแลด้านจิตวิญญาณในครอบครัว ที่ส่งผลต่อความผาสุกของบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชได้
4. พัฒนาการศึกษเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลด้านจิตวิญญาณของบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชและพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และหรือครอบครัวได้
5. ควรทำการศึกษาการให้ความหมายและการดูแลด้านจิตวิญญาณในกลุ่มอื่นๆ เพื่อให้ได้องค์ความรู้ที่ชัดเจนขึ้น และสามารถปรับใช้ในบริการพยาบาลที่ครอบคลุมเป็นองค์รวมได้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2543ก. **เทคโนโลยีการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติผู้ป่วยจิตเภท**. นนทบุรี: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2543ข. **ร่างแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549)**. (มปท).
- กรองจิตต์ เมืองวุฒิ. 2537. **วัฒนธรรมและค่านิยมของครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชในภาคเหนือที่มีผลต่อการเลือกวิธีการบำบัดรักษา: ศึกษาเฉพาะกรณี โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่**. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กฤตยา แสงเจริญ. 2534. **มิติทางจิตวิญญาณกับการดูแลสุขภาพ: กรณีศึกษาจากหมอลำผีฟ้า สู่หมอพระ**. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ 17(1-4): 1-6.
- งามพิศ สัตย์สงวน. 2543. **หลักมานุษยวิทยาวัฒนธรรม**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: อามาการพิมพ์.
- จอม สุวรรณโณ. 2541. **บทบาทพยาบาลในการบำบัดแบบองค์รวม**. วารสารพยาบาล 48(1): 13-20.
- ฉวีวรรณ ไพรวัลย์. 2540. **ความสัมพันธ์ปัจจัยส่วนบุคคล การปฏิบัติกิจทางศาสนา พฤติกรรมการดูแลทางการพยาบาล กับความผาสุกด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคเอดส์ โรงพยาบาลบาราศนราดรุร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชฎาพรธณ รัตนติกานนท์, สาวิตรี อึ้งนางค์กรณชัย, และ วรัญ ต้นชัยสวัสดิ์. 2540. **พฤติกรรมการแสวงหาการรักษาของญาติผู้ป่วยโรคจิต**. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 42(4): 226-233.
- ฉวีวรรณ คำแสน. 2540. **ความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทการสอนการพยาบาลจิตวิญญาณของอาจารย์ ความผาสุกทางจิตวิญญาณของนักศึกษา กับพฤติกรรมการพยาบาลจิตวิญญาณของนักศึกษา วิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ถวิล นภาพงษ์สุริยา, ยาใจ สิทธิมงคล, พวงเพ็ญ เจียมปัญญารัตน์ และ เพลิน เสี่ยงโชคอยู่. 2543. **พฤติกรรมการเผชิญปัญหาของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง**. วารสารพยาบาล 49(1): 24-33.
- ทิพย์ภา เชษฐชูชาวลิต, อรวรรณ หนูแก้ว, สุรพันธ์ ปราบากวี, และ เยาวนาถ สุวลักษณ์. 2542. **พฤติกรรมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเชิงพื้นที่บ้านในเขตภาคใต้ของประเทศไทย**. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 19(2): 23-37.

- ทัศนีย์ ทองประทีป. 2543. กิจกรรมการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ. **วารสารสภาการพยาบาล** 15(3): 55-64.
- ทานตะวัน แยมบุญเรือง. 2540. **กรณีศึกษา: ผลของการใช้โปรแกรมก่อนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธัมมน นามวงษ์. 2540. **ผลการสอนการพยาบาลโดยใช้กรณีศึกษา ต่อความสามารถในการตัดสินใจในการพยาบาลที่เน้นจริยธรรม และการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาล.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุปผา ขอบใช้. 2543. **รายงานการวิจัยเรื่อง ความสามารถทางการพยาบาลในการดูแล ผู้ป่วยในมิติจิตวิญญาณ.** ขอนแก่น: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ปรีดีหทัย แก้วมณีรัตน์. 2534. **การศึกษามหาวิทยาลัยของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย จิตเวช: ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลสวนสราญรมย์.** วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตร์มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ประเวศ วะสี. 2541. **สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. ปฏิรูปแนวคิดคนไทย: สุขภาพไม่ใช่โรงพยาบาล.** กรุงเทพฯ: ดีไซน์.
- ประเวศ วะสี. 2544. **สู่สุขภาพที่ดี. ใน อภิปัญญา ดันทิวังศ์, สุขภาพทางสังคมและ จิตวิญญาณ, 6-14.** นนทบุรี: 21 เซ็นจูรี่.
- พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2535. 2539. **พิมพ์ครั้งที่ 6** กรุงเทพฯ: อักษรเจริญทัศน์ อ.ท.
- พวงเพ็ญ เข้มบุญญารักษ์, นภวัลย์ กัมพลาศิริ, ยาใจ สิทธิมงคล, และ ถวิล นภาพงศ์สุริยา. 2542. **พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 13: 45-54.**
- ไพโรจน์ ทองอุไร. 2542. **ภาวะจิตสังคมในผู้ป่วยเรื้อรัง. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 17(2): 38-48.**
- พินลดา มุลาลี, เสี่ยม สารบัณฑิตกุล, ทัศนีย์ ศิริมุกดากุล และ ธนาพร อรุณเกียรติกุล. 2542. **การนำผู้ป่วยจิตเภทไปรักษาด้วยวิธีพื้นบ้านก่อนมารักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 44(2): 80-89.**
- พุทธทาสภิกขุ. 2541. **คู่มือมนุษย์ ฉบับสมบูรณ์. พิมพ์ครั้งที่ 3.** กรุงเทพฯ: เอมี่ เทวดิ่ง.
- ไพโรจน์ พุกขชาติคุณากร. 2534. **จิตเวชศาสตร์ เล่ม 3.** เชียงใหม่: หน่วยวารสารวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กัณฑิลา อธิรัตน์. 2539. **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคประสาท ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 8(1-3): 59-68.**

- ยาใจ สิทธิมงคล. 2538. ภาวะของครอบครัวในการดูแลญาติที่ป่วยทางจิต: การวิเคราะห์รายงานการวิจัย. **วารสารพยาบาลศาสตร์** 13(1): 19-26.
- ยาใจ สิทธิมงคล. 2542. ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวช: แนวคิดและการประยุกต์ในการปฏิบัติการพยาบาล. **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต** 13: 1-9.
- รุจา ภูไพบูลย์. 2541. การพยาบาลครอบครัว: แนวคิด ทฤษฎี และการนำไปใช้. กรุงเทพฯ: วี เจ พรินติ้ง.
- ลักษณะแพทยานันท์. 2542. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณ กับเซาท์อาร์มส์ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เวทีนี สุขมาก, อุไรวรรณ โชครัตน์หิรัญ และ เอมหทัย ศรีจันทร์กล้า. 2544. ยุทธวิธีในการดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตของญาติ. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย** 46(2): 107-117.
- ศิริอร สิ้นธุ และ สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล. 2542. การพยาบาลและการดูแล: ความเหมือนที่แตกต่าง. **วารสารสภาการพยาบาล** 14(3): 10-23.
- ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต. 2540. แผนงานสุขภาพจิตในแผนพัฒนาการสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: (มปท).
- สมพร รุ่งเรืองกิจ. 2543. กรอบมโนทัศน์ในการพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช. **วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น** 23(2-4): 68-74.
- สุรีย์พร กฤษเจริญ และ วรวรรณ เหนือคลอง. 2542. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกหลังรับรังสีรักษา. **วารสารการวิจัยทางการพยาบาล** 3(3): 269-280.
- อรพรรณ ลีอนุญวัชชัย และคณะ. 2542ก. การพัฒนาความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่และครอบครัวด้วยการใช้คำปรึกษาที่บ้าน. **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต** 13: 32-44.
- อรพรรณ ลีอนุญวัชชัย. 2542ข. กิจกรรมการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน. **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต** 13: 14-20.
- อรพินท์ วีระฉัตร. 2533. การพยาบาลในมิติจิตวิญญาณ. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- อวยพร ตันมุขยกุล. 2533. การตอบสนองของความต้องการด้านจิตวิญญาณโดยใช้กระบวนการพยาบาล ใน อรพินท์ วีระฉัตร, **การพยาบาลในมิติจิตวิญญาณ**, 36-47. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- อัจฉรา ตันศรีรัตน์วงศ์. 2541. การเฝ้าระวังด้านจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่นับถือพุทธศาสนา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- เอี่ยมพร ทองกระจาย. 2538. **ทฤษฎีการพยาบาล: มโนคติ และแนวปฏิบัติ**. ขอนแก่น :
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เอื้ออารีย์ สาริกา. 2543. **ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรค
จิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช
ศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาษาอังกฤษ

- Ameling,A. 2001. Spirituality, Meaning, Mental Health, and Nursing. **Journal of Psychosocial Nursing** 39(4): 14-20.
- Berggren-Thomas, P., and Griggs, M. J. 1995. Spirituality in aging: Spiritual need or spiritual journey?. **Journal of Gerontological Nursing** 21(3): 5-10.
- Buckwalter, K. C., et al. 1999. A nursing intervention to decrease depression in family caregivers of persons with dementia. **Archives of Psychiatric Nursing** 13(2): 80-88.
- Burkhardt, M. A. 1989. Spirituality: An analysis of the concept. **Holistic Nursing Practice** 3(3): 69-77.
- Burkhardt, M. A. 1994. Becoming and connecting:Elements of spirituality for women. **Holistic Nursing Practice** 8(4): 12-21.
- Butcher, H. K., Holkup, P. A., and Buckwalter, K. C. 2001. The Experience of Caring for a Family Member With Alzheimer's Disease. **Western Journal of Nursing Research** 23(1): 33-55.
- Carson, V.B. 1989. **Spiritual dimensions of nursing practice**. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Carson, B. V., and Green, H. 1992. Spiritual well-being: A predictor of hardiness in patients with acquired immunodeficiency syndrome. **Journal of Professional Nursing** 8(4): 209-220.
- Chiu, L. 2000. Lived Experience of Spirituality in Taiwanese Women With Breast Cancer. **Western Journal of Nursing Research** 22(1): 29-53.
- Clifford, M., Gruca, J. A. 1987. Facilitating Spiritual Care in the Rehabilitation Setting. **Rehabilitation Nursing** 12(6): 331-333.
- Conco, D. 1995. Christian Patients' views of Spiritual Care. **Western Journal of Nursing Research** 17(3): 266-276.

- Drew, N. 1993. Reenactment Interviewing: A Methodology for Phenomenological Research. *Image: Journal of Nursing Scholarship* 25(4): 345-351.
- Dunne, T. 2001. Spiritual care at the End of Life. *Hastings Center Report* 31(2): 22-26.
- Dynon, J., Cobb, M., and Forman, D. 1997. The meaning of spirituality: a literature review. *Journal of Advanced Nursing* 26: 1183-1188.
- Espeland, K. 1999. Achieving Spiritual Wellness: Using Reflective Questions. *Journal of Psychosocial Nursing* 37(7): 36-40.
- Granstrom, S. L. 1985. Spiritual nursing care for oncology patients. *Topics in Clinical Nursing* 7(1): 39-45.
- Greasley, P., Chiu, L. F., and Gartland, R. M. 2001. The concept of spiritual care in mental health nursing. *Journal of Advanced Nursing* 33(5): 629-637.
- Hall, B. A. 1998. Patterns of Spirituality in Persons with Advanced HIV Disease. *Research in Nursing & Health* 21: 143-153.
- Hill, L., and Smith, N. 1990. *Spirituality self-care nursing: Nursing promotion of health*. Second edition. Connecticut: Appleton & Lange.
- Holloway, I. and Wheeler, S. 1996. *Qualitative research for nursing*. Great Britain: Brackwell Science.
- Jan, R., and Smith, C. 1998. A Staying Healthy in Immigrant Pakistani Families Living in the United States. *Image: Journal of Nursing Scholarship* 30(2): 157-129.
- Jasper, M. A. 1994. Issues in phenomenology for researchers of nursing. *Journal of Advanced Nursing* 19: 309-314.
- Kelly-Hayes, M. 1996. Functional Evaluation. In Shirley, P.S. *Rehabilitation nursing: Process and application*. Second Edition. St. Louis: Mosby-Year Book.
- Kirkpatrick, H. et al. 2001. How People With Schizophrenia Build The Hope. *Journal of Psychosocial Nursing* 39(1): 46-53.
- Knaack, P. 1984. Phenomenological Research. *Western Journal of Nursing Research* 6(1): 107-114.
- Koch, T. 1995. Interpretive approaches in nursing research: the influence of Husserl and Heidegger. *Journal of Advanced Nursing* 21: 827-836.
- Koenig, H.G. 1994. *Aging and god: Spiritual pathways to mental health in midlife and later years*. New York: Haworth Pastoral Press.

- Labun, E. 1993. Spiritual Aspects of Care. In Johnson, B. S. **Adaptation & Growth: Psychiatric-Mental health nursing**. Oregon: J.B. Lippincott Company.
- Mitchell, P. H., Gallucci, B., and Fought, S. G. 1991. Perspectives on human response to health and illness. **Nursing Outlook** 30(4): 154-157.
- Mohr, W. K., Lafuze, J. E., and Mohr, B. D. 2000. Opening caregiver minds: National alliance for the Mentally Ill's (NAMI) provider education program. **Archives of Psychiatric Nursing** 14(5): 235-243.
- Moller, M. D. 1999. Meeting Spiritual Needs on an Inpatient Unit. **Journal of Psychosocial Nursing** 37(11): 5-10.
- Nagai-Jacobson, M. G., and Burkhardt, M. A. 1989. Spirituality: Cornerstone of holistic nursing practice. **Holistic Nursing Practice** 3(3): 18-26.
- Narayanasamy, A. 1999. ASSET: a model for actioning spirituality and spiritual care education and training in nursing. **Nurse Education Today** 19: 274-285.
- Narayanasamy, A., and Andrews, A. 2000. Cultural impact of Islam on the future directions of nurse education. **Nurse Education Today** 20(1): 57-64.
- Nelms, T. P. 2000. The Practices of Mothering in Caring for an Adult Son with AIDS. **Advanced Nursing Science** 22(3): 46-57.
- Neuman B. 1995. **The Neuman System Model**. Third Edition. New Jersey: Appleton & Lange.
- Nicoll, L. H. 1997. **Perspectives on nursing theory**. Third Edition. Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Omery, A. 1983. Phenomenology: a method for nursing research. **Advances in Nursing Science** (January): 49-63.
- Omery, A., and Mark, C. 1995. Phenomenology and Science. In Omery, A., Kasper, C. E., Page, G. G. **Search of Nursing Science**. Thousand Oaks: Sage.
- O'Neill, D. P., and Kenny, E. K. 1998. Spirituality and Chronic Illness. **Image: Journal of Nursing Scholarship** 30(3): 275-280.
- Patton, J. F., Barnhart, D. A., Bennert, P. M., Porter, B. D., Sloan, R. S. 1998. Philosophy and Science of Caring. In Tomey, A. M., and Alligood, M. R. **Nursing theorists and their work**. Missouri: Mosby-Year Books.
- Peri, T. C. 1995. Promoting spirituality in persons with acquired immunodeficiency syndrome: A nursing intervention. **Holistic Nursing Practice** 10(1): 68-76.
- Price, J. L., Stevens, H. O., and LaBarre, M. C. 1995. Spiritual Caregiving in Nursing Practice. **Journal of Psychosocial Nursing** 33(12): 5-9.
- Reed, P. G. 1992. An Emerging Paradigm for the Investigation of Spirituality in Nursing. **Research in Nursing & Health** 15: 349-357.

- Robinson, A. 1994. Spirituality and risk: Toward an understanding. **Holistic Nursing Practice** 8(2): 1-7.
- Rose, L. E. 1996. Families of Psychiatric Patients: A Critical Review and Future Research Direction. *Archives of Psychiatric Nursing* 2: 67-76.
- Ruffing-Rahal, M. 1998. Individuation and Varieties of Well-Being Experience among Older Women. **Advances in Nursing Science** 20(3): 13-20.
- Rungreangkulkij, S. and Chesla, C. 2001. Smooth a heart with water: Thai mothers care for a child with schizophrenia. **Archives of Psychiatric Nursing** 15(3): 120-127.
- Seaward, B. L. 1999. **Managing stress: Principles and strategies for health and wellbeing (Web Enhanced)**. Second Edition. Massachusetts: Jones and Bartlett.
- Sellers, S. C. 2001. The Spiritual Care Meanings of Adults Residing in the Midwest. **Nursing Science Quarterly** 14(3): 239-248.
- Sowell et al. 2000. Spiritual Activities as a Resistance Resource for Women With Human Immunodeficiency Virus. **Nursing Research** 49(2): 73-82.
- Stiles, M. K. 1990. The shining stranger: Nurse-family spiritual relationship. **Cancer Nursing** 13(4): 235-245.
- Stoll, R. I. 1989. The Essence of Spirituality. In Carson, V.B. *Spiritual dimensions of nursing practice*. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Stolley, J. M., Koenig, H. 1997. Religion / Spirituality and Health Among Elderly African American and Hispanics. **Journal of Psychosocial Nursing** 35(11): 32-38.
- Streubert, H.J. and Carpenter, D.R. 1999. **Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative**. Second Edition. Philadelphia: Lippincott.
- Stuart, E. M., Deckro, J. P., and Mandle, C. L. 1989. Spirituality in health and healing: A clinical program. **Holistic Nursing Practice** 3(3): 35-46.
- Swanson-Kauffman, K., and Schonwald, E. 1988. Phenomenology. In Sarter, and Barbara. **Paths To Knowledge: Innovative Research Methods for Nursing**. New York: National League for Nursing.
- Tongprateep, T. 2000. The essential elements of spirituality among rural Thai elders. **Journal of Advanced Nursing** 31(1): 197-203.
- Tuck, I., McCain, N. L., and Elswick, R. K. Jr. 2001. Spirituality and psychosocial factors in persons living with HIV. **Journal of Advanced Nursing** 33(6): 776-783.
- Tuck, I., Wallace, D., and Pullen, L. 2001. Spirituality and spiritual care provided by Parish Nurses. **Western Journal of Nursing Research** 23(5): 441-453.
- Walters, A. J. 1995. The phenomenological movement: implications for nursing research. **Journal of Advanced Nursing** 22: 791-799.
- Watson, J. 1997. The Theory of Human Caring: retrospective and prospective. **Nursing Science Quarterly** 10(1): 49-52.
- Williams, S. A. 1997. Caring in Patient-Focused Care: The Relationship of Patients' Perceptions of Holistic Nurse Caring to Their Levels of Anxiety. **Holistic Nursing Practice** 11(3): 61-68.
- Wright, K.B. 1998. Professional, Ethical, and Legal Implications for Spiritual Care in Nursing. **Image: Journal of Nursing Scholarship** 30(1): 81-83.

Young, A., Taylor, S. G., and McLaughlin-Renpenning, K. 2001. **Connections: Nursing research, theory, and practice.** Missouri: Mosby.



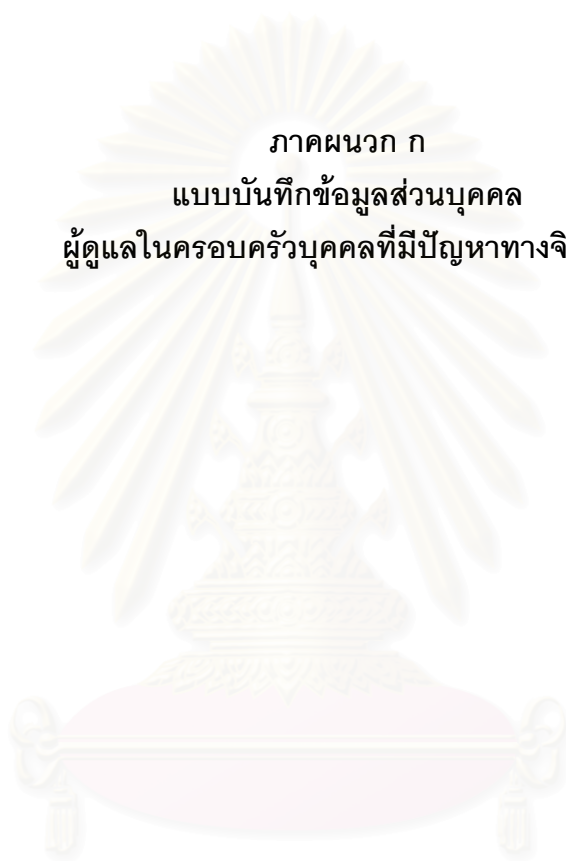
สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก
แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
ผู้ดูแลในครอบครัวบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวช



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
ผู้ดูแลในครอบครัวบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวช

หมายเลขผู้ให้ข้อมูล.....

เพศ อายุ

ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส

อาชีพ รายได้

ศาสนา..... สถานภาพในครอบครัว.....

การทำหน้าที่ในครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....

ประวัติสุขภาพ ความเจ็บป่วย ประวัติการรักษา

.....

.....

.....

.....

สัมพันธ์ภาพในครอบครัว

.....

.....

.....

.....

การมีส่วนร่วมในกิจกรรมในครอบครัว

.....

.....

.....

การปฏิบัติกรดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวช

.....

.....

.....

.....

หมายเลขผู้ให้ข้อมูล.....

Purposive Sampling

- เป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัวบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวช ครอบครัวละ 1 คน
- ให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคจิตเวชผู้ใหญ่
- อายุ 18 ปี ขึ้นไป
- สามารถสื่อสาร พูดและเข้าใจภาษากับผู้วิจัยได้ดี มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์
- มีความสมัครใจและยินดีที่จะให้ความร่วมมือในการตอบการสัมภาษณ์ ตามแบบการขอความร่วมมือเป็นผู้ให้ข้อมูลในการวิจัย
- เป็นผู้ที่มีประสบการณ์การดูแลด้านจิตวิญญาณแก่บุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวช

ข้อมูลพื้นฐานของบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวช

เพศ.....

อายุ.....ปี

การวินิจฉัยโรค.....

ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มป่วย.....

การรักษา

.....

.....

.....

.....

อาการปัจจุบัน

.....

.....

.....

.....

ข้อมูลทางกายภาพ

หมายเลขผู้ให้ข้อมูล.....

สภาพบ้านที่อยู่อาศัย

.....
.....
.....

สิ่งแวดล้อม

.....
.....
.....
.....

เพื่อนบ้าน

.....
.....
.....


การคมนาคม

.....
.....
.....

แผนที่โดยสังเขป



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข
แนวคำถามการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แนวคำถามการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

แนวคำถามในการเก็บข้อมูลสร้างจากวัตถุประสงค์และแนวคิดในการวิจัยเป็นแนวคำถามกว้าง สามารถปรับได้ตามสถานการณ์ และข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูล มีแนวคำถามกว้างๆ ดังนี้

1. ชั้นเริ่มสนทนา

ผู้วิจัยช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลเข้าใจและมุ่งประเด็นในการศึกษาครั้งนี้ มีแนวคำถาม ดังนี้

- 1) กรุณาเล่าถึงความเชื่อหรือสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจที่ท่านใช้ในการดำเนินชีวิต
- 2) ท่านมีการปฏิบัติหรือกิจกรรมเกี่ยวกับความเชื่อหรือสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจที่ท่านกล่าวมาอย่างไร
- 3) กรุณาเล่าถึงสิ่งที่ท่านกระทำเพื่อดูแลตนเองเกี่ยวกับความเชื่อหรือสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ.....ท่านรู้สึกอย่างไร
- 4) ท่านมีความเชื่อเกี่ยวกับเรื่องสิ่งศักดิ์สิทธิ์ หรือพระเจ้าอย่างไร, กรุณาเล่าถึงประสบการณ์ของท่านเกี่ยวกับเรื่องเหล่านี้, ที่ว่าจิตวิญญาณหมายความว่าอย่างไร มีผลต่อตัวท่าน/ครอบครัวอย่างไร, ถ้าให้ผลทางลบ ท่านมีการดูแลอย่างไร ถ้ามีผลบวก ท่านมีวิธีการอะไรที่ทำให้เป็นอย่างนั้นเรื่อยๆ (วิธีการดูแล)

2. ชั้นเข้าสู่ประเด็นที่ต้องการศึกษา

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาโยงเข้าสู่ประเด็นที่ต้องการศึกษา มีแนวคำถาม ดังนี้

คำถามหลัก

กรุณาเล่าถึงการดูแลด้านความเชื่อหรือสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจของบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวช

คำถามรอง

- 1) กรุณาเล่าถึงการดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชที่ท่านปฏิบัติให้แก่ผู้ป่วยในชีวิตประจำวัน
- 2) ท่านคิดว่าความเชื่อหรือสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจของบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชที่ท่านให้การดูแลเป็นอย่างไร กรุณาเล่าถึงสิ่งที่คุณคิดว่าบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชคิดหรือกระทำต่อความเชื่อนั้น.....ท่านรู้สึกอย่างไร
- 3) ท่านทำอย่างไรในการช่วยเหลือหรือมีส่วนร่วมกับบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชเกี่ยวกับความเชื่อหรือสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจของบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวช กรุณาแยกตัวอย่าง.....ท่านรู้สึกอย่างไร
- 4) การดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชดังกล่าวท่านต้องประสบกับปัญหาบ้างหรือไม่.....เช่นอะไรบ้าง กรุณาแยกตัวอย่าง

- 5) ท่านมีวิธีแก้ปัญหาอย่างไร มีสิ่งใดที่ให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนในการดูแลดังที่กล่าวมา.....กรุณาอธิบาย
- 6) สิ่งที่ท่านให้ในการดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวช ก่อให้เกิดผลอะไรบ้าง.....ท่านรู้สึกอย่างไร

3. ชั้นปิดการสนทนา

ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลซักถามหรือกล่าวในสิ่งที่ต้องการพูดเพิ่มเติม มีแนวคำถามดังนี้

- 1) ท่านต้องการที่จะกล่าวอะไรเกี่ยวกับการดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชในเรื่องอื่นๆหรือไม่
- 2) ท่านต้องการกล่าวถึงสิ่งอื่นๆ ที่ผู้วิจัยไม่ได้ถามหรือไม่ หรือต้องการซักถามผู้วิจัยหรือไม่ กรุณาพูดตามความรู้สึกของท่าน

ผู้วิจัยกล่าวสรุปประเด็นที่สนทนาในครั้งนี้
นัดหมายการสัมภาษณ์ในครั้งต่อไป

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แนวคำถามการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (ปรับในระหว่างที่เก็บข้อมูล)

แนวคำถามในการเก็บข้อมูลสร้างจากวัตถุประสงค์และแนวคิดในการวิจัยเป็นแนวคำถามกว้าง สามารถปรับได้ตามสถานการณ์ และข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูล มีแนวคำถามกว้างๆ ดังนี้

1. ชั้นเริ่มสนทนา

ผู้วิจัยช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลเข้าใจและมุ่งประเด็นในการศึกษาครั้งนี้ มีแนวคำถาม ดังนี้

- 1) พุดคุยซักถามเกี่ยวกับเรื่องการดูแลทั่วไป
- 2) กรุณาเล่าถึงการดูแลผู้เจ็บป่วยทางจิตเวชที่บ้าน

2. ชั้นเข้าสู่ประเด็นที่ต้องการศึกษา

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาโยงเข้าสู่ประเด็นความหมายของจิตวิญญาณ มีแนวคำถาม ดังนี้

คำถามหลัก

ชีวิตคนเราทุกวันนี้ ถ้าจิตใจไม่เข้มแข็งก็จะลำบาก ท่านคิดว่าอะไรที่ทำให้ท่านมีจิตใจที่เข้มแข็ง จนอยู่มาได้ถึงทุกวันนี้

คำถามรอง

- 1) กรุณาเล่าถึงความเชื่อหรือสิ่งที่ท่านยึดถือในการดำเนินชีวิต
- 2) ท่านปฏิบัติหรือทำกิจกรรมใดเกี่ยวกับความเชื่อนั้น
- 3) ท่านคิด หรือรู้สึกอย่างไรต่อสิ่งที่คุณเชื่อหรือยึดถือ

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาโยงเข้าสู่ประเด็นการดูแลด้านจิตวิญญาณ มีแนวคำถาม ดังนี้

คำถามหลัก

ท่านได้ให้การดูแล ช่วยเหลือสนับสนุน ต่อความเชื่อหรือสิ่งที่คุณยึดถือที่มีปัญหาทางจิตเวช ยึดถือในการดำเนินชีวิต

คำถามรอง

- 1) ท่านคิดว่าอะไรเป็นสิ่งที่ผู้เจ็บป่วยทางจิตเวชใช้ในการต่อสู้กับความเจ็บป่วย
- 2) กรุณาเล่าถึงสิ่งที่ผู้เจ็บป่วยทางจิตเวชปฏิบัติเพื่อให้จิตใจเข้มแข็ง และต่อสู้กับปัญหาอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้

3) ในการดูแล ท่านทำอะไรบ้าง ที่สอดคล้องกับความเชื่อ ความศรัทธา สิ่งยึดเหนี่ยว และแรงบันดาลใจของเขา

- 4) ท่านคิด หรือรู้สึกอย่างไรในการดูแลดังกล่าว

3. ชั้นปิดการสนทนา

ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลซักถามหรือกล่าวในสิ่งที่ต้องการพูดเพิ่มเติม มีแนวคำถาม ดังนี้

- 1) ท่านต้องการที่จะกล่าวอะไรเกี่ยวกับการดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชในเรื่องอื่นๆ หรือไม่
- 2) ท่านต้องการกล่าวถึงสิ่งอื่นๆ ที่ผู้วิจัยไม่ได้ถามหรือไม่ หรือต้องการซักถามผู้วิจัยหรือไม่ กรุณาพูดตามความรู้สึกของท่าน

ผู้วิจัยกล่าวสรุปประเด็นที่สนทนาในครั้งนี้
นัดหมายการสัมภาษณ์ในครั้งต่อไป



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ค

1. คำชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย
2. แบบคำให้ความคุ้มครองสิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย
3. การบันทึกสนาม
4. แบบบันทึกการถอดความและการให้รหัสเบื้องต้น
5. แบบบันทึกเชิงปฏิบัติการ
6. การรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ผู้วิจัยให้คำชี้แจงแก่ผู้ดูแลในครอบครัวบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวช ดังนี้

1. แนะนำตัว แสดงบัตรประจำตัวข้าราชการ สถานะภาพการเป็นนิสิต การวิจัยซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
2. อธิบายวัตถุประสงค์ที่ขอพบ เหตุผลที่ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับเลือกเข้าเป็นผู้ให้ข้อมูล และความสำคัญของการได้ข้อมูลจากผู้เข้าร่วมวิจัย
3. อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัยประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัยครั้งนี้ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ประเด็นที่จะสัมภาษณ์ กระบวนการสัมภาษณ์ การขออนุญาตบันทึกเสียงการสนทนา สถานที่ จำนวนครั้งและระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์โดยประมาณ การขอให้ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล โดยใช้คำพูดที่สามารถเข้าใจได้ง่าย
4. อธิบายข้อความในคำพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูล
5. สอบถามความสมัครใจอีกครั้ง เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินยอมเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูลจึงให้เซ็นยินยอมและเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบคำให้ความคุ้มครองสิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

ดิฉัน นางสาวปิยะฉัตร สะอาดเอี่ยม นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ขณะนี้กำลังทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชด้านความเชื่อหรือสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา และคาดว่าผลการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาการบริการพยาบาลแก่บุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชและครอบครัวในชุมชน

ท่านเป็นบุคคลที่สามารถให้ความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้ หากท่านยินดีที่จะร่วมเป็นผู้ถ่ายทอดประสบการณ์ ดิฉันจะขอสัมภาษณ์เกี่ยวกับความคิด ความรู้สึก ในการดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชด้านความเชื่อหรือสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจของผู้ป่วย เพื่อให้ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องสมบูรณ์จึงขออนุญาตบันทึกเสียงการสนทนา ข้อมูลที่ได้จากท่านจะนำมาวิเคราะห์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา นำเสนอเฉพาะเชิงวิชาการโดยไม่เปิดเผยผู้ให้ข้อมูล จะไม่ทำความเสียหายต่อท่านและบุคคลที่เกี่ยวข้อง เทปการสัมภาษณ์จะเก็บไว้เป็นความลับและลบทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ ดิฉันมีความยินดีที่จะอธิบายให้เข้าใจ ท่านมีสิทธิจะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย และแม้ท่านยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้วก็สามารถยกเลิกได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ

ด้วยความเคารพอย่างสูง

.....

(นางสาวปิยะฉัตร สะอาดเอี่ยม)

สำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ข้าพเจ้าได้รับคำชี้แจงตามรายละเอียดข้างต้น มีความเข้าใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่...../...../.....

การบันทึกสนาม

หมายเลขผู้ให้ข้อมูล.....

การสัมภาษณ์ครั้งที่..... วันที่...../...../..... เวลา.....-.....น.

สถานที่.....

ความคิด ความรู้สึก เหตุการณ์ ปัญหา การแก้ไข

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

บันทึกเมื่อ...../...../.....

เวลาบันทึก.....น.

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบบันทึกเชิงปฏิบัติการ

หมายเลขผู้ให้ข้อมูล.....

การสัมภาษณ์ครั้งที่..... วันที่...../...../..... เวลา.....-.....น.

การเก็บข้อมูลครั้งต่อไป

การสัมภาษณ์ครั้งที่..... วันที่...../...../..... เวลา.....-.....น.

สถานที่.....

1.สิ่งที่ต้องการค้นหาเพิ่ม

.....

2.ประเด็นที่ต้องการคำอธิบายเพิ่ม

.....

3.อื่นๆ

.....

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 3 การรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์

รายชื่อ	ครั้งที่	วันที่	เวลา	ระยะเวลา	สถานที่
1	1	22 ม.ค. 45	10.30-11.45 น.	1.15 ชม.	บ้านผู้ให้ข้อมูล
	2	29 ม.ค. 45	10.30-12-30 น.	2 ชม.	บ้านผู้ให้ข้อมูล
2	1	1 ก.พ. 45	15.00-17.30 น.	2.30 ชม.	ทำเก็บเงินข้ามฟาก
	2	29 ก.พ. 45	15.00-17.30 น.	2.30 ชม.	ทำเก็บเงินข้ามฟาก
3	1	13 ก.พ. 45	11.30-14.00 น.	2.30 ชม.	บ้านผู้ให้ข้อมูล
	2	14 มี.ค. 45	09.40-11.00 น.	1.20 ชม.	ศูนย์บริการสาธารณสุข
4	1	1 มี.ค. 45	10.00-11-45 น.	1.45 ชม.	บ้านผู้ให้ข้อมูล
	2	14 มี.ค. 45	13.30-14-15 น.	45 นาที	บ้านผู้ให้ข้อมูล
5	1	1 มี.ค. 45	14.00-16.00 น.	2 ชม.	บ้านผู้ให้ข้อมูล
	2	7 มี.ค. 45	13.30-15.30 น.	2 ชม.	บ้านผู้ให้ข้อมูล
6	1	4 มี.ค. 45	13.30-16-00 น.	2.30 ชม.	บ้านผู้ให้ข้อมูล
	2	8 มี.ค. 45	13.30-16.00 น.	2.30 ชม.	บ้านผู้ให้ข้อมูล
7	1	5 มี.ค. 45	10.00-12.10 น.	2.10 ชม.	บ้านผู้ให้ข้อมูล
	2	7 มี.ค. 45	09.30-11.30 น.	2 ชม.	บ้านผู้ให้ข้อมูล
8	1	13 มี.ค. 45	14.30-17.00 น.	2.30 ชม.	บ้านผู้ให้ข้อมูล
	2	26 มี.ค. 45	14.30-17.00 น.	2.30 ชม.	บ้านผู้ให้ข้อมูล
9	1	20 มี.ค. 45	13.00-15.45 น.	2.45 ชม.	บ้านผู้ให้ข้อมูล
10	1	4 เม.ย. 45	11.00-12.45 น.	1.45 ชม.	บ้านผู้ให้ข้อมูล
	2	5 เม.ย. 45	18.00-20.00 น.	2 ชม.	บ้านผู้ให้ข้อมูล

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวปิยะฉัตร สะอาดเยี่ยม เกิดวันที่ 20 เมษายน พ.ศ.2517 จังหวัดสกลนคร จบการศึกษาประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี ปี พ.ศ.2538 ประสบการณ์การทำงาน ปฏิบัติงานในฝ่ายการพยาบาล ปัจจุบัน ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 5 ประจำแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช สว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย