

ประสบการณ์ของมารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท



เรือโทหญิงจිරนนท์ ชันแข็ง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช


คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2548

ISBN 974-17-5402-7

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

EXPERIENCE OF MOTHERS CARING FOR PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA



Lt.JG. Jiranan Khankhaeng

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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

Psychiatric Nursing

Faculty of Nursing


Chulalongkorn University

Academic Year 2005

ISBN 974-17-5402-7

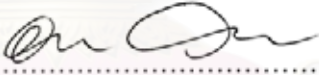
หัวข้อวิทยานิพนธ์	ประสบการณ์ของมารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท
โดย	เรือโทหญิงจิรนนท์ ชันแข็ง
สาขาวิชา	การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	อาจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา

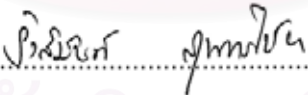
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต



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

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


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


.....อาจารย์ที่ปรึกษา
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย)


.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(อาจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา)


.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. จอนฉะจง เพ็งจาด)

จිරนันท์ ชันแข็ง : ประสบการณ์ของมารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท
(EXPERIENCE OF MOTHERS CARING FOR PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA)
อ.ที่ปรึกษา: รศ. ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, อ.ที่ปรึกษาร่วม: อ.ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา,
177 หน้า. ISBN 974-17-5402-7

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายการให้ความหมายการดูแล และประสบการณ์ของมารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท ทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจงเจาะจง จำนวน 15 ราย โดยมีเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการให้ความหมายและประสบการณ์การดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) พร้อมกับบันทึกการสัมภาษณ์ด้วยเทปบันทึกเสียง และการจดบันทึกภาคสนาม วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ตามแบบของ Colaizzi

ผลการวิจัยพบว่า มารดาให้ความหมายการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทว่า เป็นการกระทำที่อยากให้นุตรหายจากการเจ็บป่วย และเป็นการแสดงความรัก ผูกพันห่วงใยของความเป็นแม่ ส่วนประสบการณ์ในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท ประกอบด้วย 3 ประเด็นหลัก คือ 1) ประสบการณ์ด้านการรับรู้การเจ็บป่วย จำแนกเป็น 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ เครียด คิดมากทำให้ประสาทไม่ดี และถูกผีเข้า / โดนของ 2) ประสบการณ์ด้านพฤติกรรมดูแล จำแนกเป็น 2 ประเด็นย่อย คือ พฤติกรรมการดูแลระยะแรกที่มีการเจ็บป่วย/มีอาการทางจิต และพฤติกรรมการดูแลในระยะอาการสงบ/ไม่ให้อาการทางจิตกำเริบ และ 3) ประสบการณ์ด้านอารมณ์และความรู้สึกจากการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท

ผลการศึกษาครั้งนี้ ทำให้เข้าใจถึงความหมายและประสบการณ์ในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทของมารดา สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการศึกษา การปฏิบัติการพยาบาลและการวิจัยทางการพยาบาล ที่เกี่ยวข้องกับการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลในครอบครัว โดยเฉพาะผู้ดูแลที่เป็นมารดา

สาขาวิชา... การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช... ลายมือชื่อนิสิต..... รังสิมันต์ สุนทรไชยา

ปีการศึกษา.....2548..... ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา..... อ.ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม..... อ.ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา

4677558336 : MAJOR : MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEY WORDS : EXPERIENCE OF MOTHERS CARING / PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA

JIRANAN KHANKHAENG : EXPERIENCE OF MOTHERS CARING FOR PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA. THESIS ADVISOR : ASSOC.PROF. ORAPHUN LUEBOONTHAWATCHAI, Ph.D., THESIS COADVISOR : RANGSIMAN SOONTHORNCHAIYA., Ph.D., 177 pp. ISBN : 974-17-5402-7.

The purpose of this study was to explain the meaning and experience of mothers caring for persons with schizophrenia. A qualitative research method utilizing Husserlian phenomenology was applied. A purposive sample of fifteen mothers who took care of child with schizophrenia. Data were collected using in-depth interviews and field notes. Audio-tape interviews were transcribed verbatim. Data were analyzed utilizing Colaizzi's method.

Findings demonstrated that mothers defined caring for their children with schizophrenia as activities that would cure them from their illness, and the maternal loving, bonding and tender feeling to their children. Caring experiences of mothers that emerged from the data consisted of three major themes :1) perceptions of illness that included stress due to over thinking leads to neurosis and the results of supernatural believes 2) caring behavior included the care during early onset of illness / having psychotic symptoms and the care during the period of non active psychotic symptoms / prevent the relapse and 3) experiences of feelings and emotions as a result of caring for child with schizophrenia .

Findings from This study provided better understandings of the meaning and experience of mothers caring for child with schizophrenia. Enhancement our knowledge generated from this study could further guide to improve nursing education, nursing practices, and nursing research related to caring of mothers for sons or daughters with schizophrenia.



Field of study...Mental Health and Psychiatric Nursing...	Student's signature..... <i>Jiranan khankhaeng</i>
Academic year....2005....	Advisor's signature..... <i>Oraphun Lueboonthawatchai</i>
	Co-advisor's signature..... <i>Rangsiman Soonthornchaiya</i>

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยความกรุณาอันดียิ่งของ รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลีอนุญวัชชัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ผู้ซึ่งคอยเป็นกำลังใจ เอาใจใส่ และคอยให้คำชี้แนะแนวทางการศึกษาวิจัยตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเมตตาเสมอมา จนการศึกษาครั้งนี้สำเร็จลงด้วยดี ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งถึงความกรุณาและความเอาใจใส่ของทั้งสองท่านเป็นอย่างยิ่ง และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาชี้แนะและเป็นกำลังใจให้เสมอมา ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. จอนณะจง เพ็งจาด กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาชี้แนะการแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น และพร้อมกันนี้ ขอขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ทั้งศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์สาขาวิชาต่างๆ ทำให้ผู้วิจัยเป็นผู้ที่มีศักยภาพและความสามารถในการทำวิทยานิพนธ์นี้จนสำเร็จได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้กรุณาตรวจสอบแนวคำถามในการสัมภาษณ์ รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะและข้อคิดที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงแนวคำถามในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณบิดา-มารดา ผู้ซึ่งเป็นกำลังใจและแรงผลักดันที่สำคัญและยิ่งใหญ่ในชีวิต ขอขอบคุณญาติพี่น้องทุกคน ที่ให้ความรัก ความห่วงใย และเป็นกำลังใจให้กับผู้วิจัยเสมอมา ขอขอบคุณวาตรีแพทย์หญิงนารีรัตน์ กมลภากรณ์ ที่ได้ให้ความช่วยเหลือและความเอื้ออาทรแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด ขอขอบคุณเพื่อนนิสิต รวมทั้งผู้ที่ไม่ได้เอ่ยนามทุกท่าน ที่ได้ให้กำลังใจและความช่วยเหลือแก่ผู้วิจัยเสมอมา

ขอขอบคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่ได้ให้การสนับสนุนทุนในการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

ท้ายสุดนี้คุณค่าและประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่ มารดาที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภททุกท่าน ขอให้มีความสุขกายและสุขภาพใจที่แข็งแรง มีกำลังใจในการให้การดูแลบุตรที่ป่วยและครอบครัวตลอดไป

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
คำถามการวิจัย.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	6
คำจำกัดความในการวิจัย.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	7
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท.....	9
การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท.....	15
แนวคิดเกี่ยวกับการดูแล.....	20
ปัญหาความบกพร่องในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.....	27
แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท.....	29
การดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทของมารดา.....	32
การดูแลช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท.....	36
แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา.....	42
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	48
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	51
ผู้ให้ข้อมูล.....	51
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	52
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	52
การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล.....	57
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	58

การตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล.....	59
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	61
สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	123
บทที่ 5 การอภิปรายผลการวิจัย.....	125
รายการอ้างอิง.....	146
ภาคผนวก.....	155
ภาคผนวก ก.....	156
ภาคผนวก ข.....	160
ภาคผนวก ค.....	167
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	177



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1. ประสพการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลในครอบครัว.....	80
2. แบบบันทึกการถอดความและการใส่รหัสเบื้องต้น.....	169
3. ลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล.....	171
4. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลจำแนกตามราย.....	172
5. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทจำแนกตามราย.....	173
6. การรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์และการจดบันทึกภาคสนาม (field notes).....	174



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยจิตเภท เป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านความคิดและการรับรู้ ทำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมไม่เหมาะสม โดยที่ความรู้สึกและเชาวน์ปัญญายังปกติ (WHO, 1992) มักแยกตัว เก็บตัว ไม่สนใจกิจวัตรประจำวัน โดยอาการจะเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป จนในที่สุดการปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวัน การทำงาน และความสัมพันธ์ทางสังคมจะเสื่อมลงอย่างมาก และเมื่อเป็นโรคนี้นานแล้วมักไม่หายเป็นปกติเหมือนเดิม (เกษม ตันติผลลาชีวะ, 2537) มีโอกาสป่วยซ้ำได้หลายครั้ง มีเพียงร้อยละ 25 เท่านั้นที่รักษาได้ผลดีไม่กลับเป็นซ้ำ อีกร้อยละ 25 ไม่ตอบสนองต่อการรักษาและมีความพร้อมในการทำหน้าที่ต่างๆเป็นอย่างมาก ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 50 มีอาการเป็นๆหายๆ ต้องใช้เวลาในการรักษาเป็นเวลานาน หรือต้องการการดูแลตลอดชีวิต ดังนั้นเมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วยขึ้น ไม่สามารถที่จะดูแลจัดการให้ตนเองได้รับการรักษาหรือการช่วยเหลือตนเองในด้านต่างๆได้ เป็นความบกพร่องที่เกิดจากการเจ็บป่วย ครอบครัวจึงเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญที่จะต้องให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย

สิ่งที่ครอบครัวจะต้องประสบอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ จากกรณีที่มีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทก็คือการให้การดูแลรักษา ไม่ว่าจะเป็นการพาเข้ารับการรักษาเมื่อมีอาการเจ็บป่วย การให้การดูแลตั้งแต่เริ่มมีอาการผิดปกติหรือมีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้น ไปจนถึงภายหลังจากที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลและกลับมาดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปัจจุบันนโยบายการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวช ได้มุ่งเน้นและสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเวชได้อยู่กับครอบครัวและชุมชนให้มากขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2541 ; Loukissa, 1995) โรงพยาบาลต่างๆจึงมีนโยบายในการเร่งจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลโดยเร็ว จึงส่งผลให้มีผู้ป่วยจิตเวชจำนวนมากที่ต้องออกไปใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชน (พวงเพ็ญ เจียมปัญญาวัช และคณะ, 2542) และทำให้ครอบครัวกลายเป็นผู้ที่มีหน้าที่และบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย (กรมสุขภาพจิต, 2540 : อุมพร ตรังคสมบัติ, 2540) ซึ่งต้องมีการดูแลในด้านต่างๆรวมไปถึงการฟื้นฟูสภาพจิตใจผู้ป่วย ดังเช่นการศึกษาของภัทราภรณ์ พุงปันคำ (Tungpunkom, 2000) พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่จะต้องให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทใน 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการดำเนินชีวิตร่วมกับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท 2) การดูแลด้านการจัดการกับอาการของโรค และ 3) ด้านการบริหารยา

การที่ครอบครัวต้องทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่อง ทั้งในระยะเวลาที่เกิดการเจ็บป่วยหรือมีอาการทางจิตและภายหลังจากได้รับการรักษาในโรงพยาบาลแล้วกลับไปอยู่ที่บ้านหรือในชุมชน ครอบครัวจะมีการมอบหมายให้บุคคลใดบุคคลหนึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโดยตรง (Orem, 1991) ซึ่งผู้ดูแลมักจะเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด (ศิริินภา นันทพงษ์, 2542) โดยอาจจะเป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์โดยตรงทางสายเลือด เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้อง หรือบุคคลอื่นที่ไม่ได้มีความสัมพันธ์กันทางสายเลือดเลย เช่น เพื่อน แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า บทบาทหน้าที่ในการดูแลสมาชิกที่ป่วยในครอบครัวมักเป็นบทบาทของเพศหญิง (เอื้ออารีย์ สาลิกา, 2543) และมีความสัมพันธ์ในลักษณะของการเป็นมารดามากที่สุด ถึงร้อยละ 41.86 (นิศากร แก้วพิลา, 2545) ดังนั้นมารดาจึงเป็นผู้ดูแลหลักที่น่าจะสามารถรับรู้ เข้าใจ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ดีที่สุด

เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลจนอาการทางจิตสงบ และกลับไปอยู่ในชุมชนเดิม ในระยะนี้ดูเหมือนอาการทั่วไปจะสงบ แต่ความจริงแล้วผู้ป่วยบางรายยังคงมีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรมบางอย่างแฝงอยู่ ดังเช่นในการศึกษาของทูลภา นุพผาสังข์ (2545) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ยังคงมีอาการทางจิตหลงเหลือ โดยแสดงออกมาในลักษณะอาการ หงุดหงิด โมโหง่ายร้อยละ 55 นอนหลับไม่เป็นเวลาร้อยละ 33.34 หูแว่ว เห็นภาพหลอนร้อยละ 31.66 นิ่งเฉยไม่ทำงานบ้านหรืองานประจำร้อยละ 30 มีความคิดแปลกประหลาดร้อยละ 30 ก้าวร้าวไม่เป็นมิตรร้อยละ 30 กลางคืนลุกเดินไปมาร้อยละ 20 และแยกตนเองอยู่ตามลำพังร้อยละ 10 อาการทางจิตที่หลงเหลืออยู่นี้ มีผลทำให้สภาพจิตใจของผู้ป่วยจิตเภท มีความทนต่อความเครียดได้น้อยลง สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นบกพร่องความสามารถในการดูแลตนเองทั้งด้านกิจวัตรประจำวัน การดูแลความปลอดภัยทั้งของตนเองและผู้อื่นลดลง เกิดความบกพร่องในการปฏิบัติตามแผนการรักษา เช่น ไม่ยอมรับประทานยาต่อเนื่อง (Sullivan, Well, Morgenstern, & Leake, 1995) กลับไปใช้สารเสพติดซ้ำหรือไม่มาพบแพทย์ตามนัด (Chen, 1991) สอดคล้องกับผลการศึกษาของเพลินพิศ จันทรศักดิ์ (2539) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ที่บ้าน จะขาดความสามารถในเรื่องการดูแลตนเอง โดยเฉพาะในด้านรับประทานยา ไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางด้านต่างๆกับครอบครัวได้ และผลการศึกษาของ สุวิมล สมัตถะ (2541) ที่พบว่าปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล คือ ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยจะพบว่าในระยะแรกผู้ป่วยจะมีความสนใจและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนได้ แต่ต่อมาผู้ป่วยจะไม่ยอมช่วยเหลือตนเองและเรียกร้องความช่วยเหลือจากคนในครอบครัว ในด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น ผู้ป่วยมักจะแยกตัวและไม่เชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าพูดคุยหรือบางรายมีพฤติกรรมบกพร่องผู้อื่น ซึ่งจากอาการ

ผิดปกติที่ยังหลงเหลืออยู่และความบกพร่องต่างๆดังกล่าว จึงทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

จากความบกพร่องในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวต้องรับหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยแทน ถ้าผู้ป่วยจิตเภทมีผู้ดูแลที่สามารถดูแลในส่วนที่ผู้ป่วยบกพร่อง โอกาสที่ผู้ป่วยจะกลับเข้ารักษาซ้ำก็จะน้อยลง เช่นการที่ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยในเรื่องการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอตามแผนการรักษา จะช่วยให้ผู้ป่วยอยู่ในสังคมได้นานขึ้น โอกาสการป่วยซ้ำน้อยลง ดังเช่นผลการศึกษาของ ราซาไลและยาห์ยา (Razali & Yahya, 1995) ที่พบว่า การมีผู้ดูแลช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยรับประทานยา มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วย ซึ่งจะมีผลทำให้การกลับเป็นซ้ำลดลงด้วย เนื่องจากการไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำ (Sullivan, Well, Morgenstern, & Leake, 1995)

เมื่อต้องให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท สิ่งที่เป็นประสบการณ์เกิดขึ้นตามมาส่วนหนึ่ง ที่พบได้จากการทบทวนวรรณกรรม คือ การที่ผู้ดูแลรับรู้ว่าได้เกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ของตนเองจากเดิมที่เคยดำรงอยู่ เกิดปัญหา หรือผลกระทบขึ้นในฐานะที่เป็นผู้ดูแล ได้แก่ การที่ต้องปรับตัวให้สนองต่อความต้องการของสมาชิกที่เจ็บป่วยอยู่ตลอดเวลา เผชิญกับความรู้สึกเป็นตราบาปกับการที่มีผู้ป่วยทางจิตอยู่ในครอบครัว ความสัมพันธ์ในสังคมลดน้อยลง เกิดความขัดแย้งระหว่างสมาชิกในครอบครัว (Gary & Kavanagh, 1991) เกิดกระทบต่อทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณ ความเป็นอิสระของบุคคล ความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านเศรษฐกิจ โดยผลกระทบทางด้านร่างกายที่พบ เช่น มีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า นอนไม่หลับหรือหลับไม่สนิท และมีปัญหาทางระบบทางเดินอาหาร (วรกช นิธิกุล, 2535 ; Doornbos, 2002) ด้านจิตใจอารมณ์ พบว่า ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระที่จะต้องให้การดูแลผู้ป่วย มีภาวะเครียด วิตกกังวลกับพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วย (Provencher, 1996; ไกรวรรณ เจริญกุล, 2539 ; ศรีสุดา วนาลีสิน และคณะ, 2546) รวมทั้งหนักใจเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ (เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ และคณะ, 2547)

นอกจากนี้แล้ว ผู้ดูแลที่เผชิญกับความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน ส่งผลให้สภาพจิตใจอยู่ในภาวะเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ หมดหวังและมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิตได้อีกด้วย (มนตรี อมรพิเชษฐกุล และ พรชัย พงษ์สงวนสิน, 2544) ผลกระทบด้านจิตวิญญาณ เป็นความรู้สึกถึงความไม่กลมกลืน การไม่ต่อเนื่องในการดำรงชีวิต เกิดความบีบคั้นทางจิตวิญญาณ เช่น รู้สึกผิด เสียใจ การสูญเสียความหวังในชีวิต การโกรธผู้อื่น เป็นต้น (สมพร รัตนพันธ์, 2541) และนอกจากนี้ยังมีการศึกษาถึงความรู้สึกต่างๆที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยทางจิต

ของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลมีความรู้สึกผิด เศร้า ท้อแท้ และรู้สึกเป็นตราบาป (ศรีสุดา วณาลีสิน และคณะ, 2546) ส่วนด้านความเป็นอิสระของบุคคลพบว่าลดลง เนื่องจากผู้ดูแลต้องมีภาระหลายอย่างในการดูแลผู้ป่วย ต้องคอยดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดไม่ให้ไปทำสิ่งที่น่าอัปยศ (เพชร อินอิม, 2531) ไม่สามารถกำหนดเวลาที่จะให้การดูแลได้แน่นอน เพราะต้องขึ้นกับอาการของผู้ป่วย ทำให้ชีวิตความเป็นส่วนตัวและอิสระต่างๆลดน้อยลงกว่าเดิม (มนตรี อมรพิเชษฐกุล และ พรชัย พงษ์สงวนสิน, 2544) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม พบว่าการที่ผู้ดูแลต้องคอยดูแลผู้ป่วยไม่สามารถทิ้งผู้ป่วยให้อยู่ตามลำพังได้ ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถปลีกตัวไปร่วมกิจกรรมต่างๆในชุมชน ซึ่งทำให้ลดการมีสัมพันธ์กับผู้อื่น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ และคณะ (2547) ที่พบว่าเมื่อผู้ป่วยที่มีอาการทุเลาและกลับไปอยู่ในสังคม ปัญหาที่สำคัญที่ผู้ดูแลพบคือ ปัญหาการถูกรังเกียจและซ้ำเติมจากเพื่อนบ้าน ทำให้ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลสะเทือนใจ เกิดเป็นปัญหาทำให้ผู้ดูแลไม่อยากจะมีความสัมพันธ์กับสังคม ส่วนผลกระทบด้านสุขภาพคือด้านเศรษฐกิจ พบว่าการมีผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว ทำให้มีรายจ่ายเพิ่มขึ้นในการรักษาพยาบาล รายได้ของสมาชิกคนอื่น ๆ ลดลง (มนตรี อมรพิเชษฐกุล และ พรชัย พงษ์สงวนสิน, 2544) ทั้งหมดนี้เป็นตัวอย่างของประสบการณ์หนึ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล ในขณะที่ให้การดูแลผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตซึ่งรวมถึงโรคจิตเภท

การให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลในครอบครัว มีอิทธิพลต่ออาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเป็นอย่างยิ่ง ไม่ว่าจะเป็นไปในลักษณะทางบวกในกรณีที่ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ผู้ป่วยก็จะมีอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็ว สามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้เป็นระยะเวลา นาน หรือในทางลบถ้าผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพ ก็จะสามารถส่งผลทำให้เกิดผลเสียกับผู้ป่วยได้ อาทิ อาการทางจิตกำเริบหรือมีอาการเจ็บป่วยซ้ำได้ ดังเช่นผลการศึกษาของ จลี เจริญสรรพ (2538) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่กลับเข้ามารับการรักษซ้ำในโรงพยาบาลร้อยละ 52 มีสาเหตุเนื่องมาจาก ไม่ได้รับการควบคุมดูแลให้ได้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องจากผู้ดูแลในครอบครัว

จากการศึกษาถึงการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลในครอบครัวที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาถึงพฤติกรรมดูแล และปัจจัยบางส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลของผู้ดูแลในเชิงปริมาณที่มุ่งเน้นถึงรูปแบบหรือลักษณะของกิจกรรมการดูแล ที่ผู้ดูแลได้ปฏิบัติให้กับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการให้การดูแล ซึ่งยังไม่ครอบคลุมถึงการรับรู้ และการให้ความหมาย ความสำคัญของการดูแลในมุมมองของผู้ดูแลโดยตรง รวมไปถึงความรู้สึกนึกคิดของผู้ดูแลตามประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริง การศึกษาถึงประสบการณ์ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างลึกซึ้งที่มีความสำคัญอย่างมาก เนื่องจากผู้ดูแลเป็นผู้เผชิญกับภาวะพึ่งพาและความผิดปกติ

ทางด้านความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เรื้อรัง ย่อมเกิดการเรียนรู้ และมีวิธีการในการดูแลผู้ป่วยตามประสบการณ์ที่เกิดขึ้น จากทั้งอิทธิพลของสิ่งแวดล้อม ลักษณะ พฤติกรรมต่างๆของผู้ป่วย ซึ่งบุคลากรด้านสุขภาพที่มีบทบาทและความรับผิดชอบในการให้บริการ ต้องมีความเข้าใจในความคิด ความรู้สึกต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับกาดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลได้ตามความเป็นจริง เพื่อให้สามารถ ให้บริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลได้อย่างแท้จริง การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาจึงเป็นรูปแบบการศึกษาที่จะสามารถอธิบายสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นจริงกับผู้ดูแลได้อย่างครอบคลุม เพราะเป็นการศึกษาที่เปิดโอกาสให้ผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์หรือสถานการณ์นั้น ได้อธิบายถึงประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริงกับตนเอง ในลักษณะของการให้ความหมายกับสิ่งที่เกิดขึ้น ที่เป็นประสบการณ์ชีวิตว่าเป็นอย่างไร จึงทำให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่เป็นจริงมากที่สุด เพราะเป็นวิธีการที่ให้ความสำคัญแก่คุณค่าของข้อมูลที่เป็นความรู้สึก นึกคิด โดยเฉพาะการให้ความหมายต่อประสบการณ์ต่างๆรอบตัว รวมทั้งประสบการณ์ชีวิตอย่างเจาะลึกและครอบคลุม (ชาย โพธิ์สิตา, 2536)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความต้องการ ที่จะทำการศึกษาถึงประสบการณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกที่จะทำความเข้าใจถึงประสบการณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวที่เป็นมารดา ที่ให้การดูแลบุตรที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทผู้ใหญ่ เนื่องจากพบว่า บุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในสังคมไทยส่วนใหญ่จะเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในลักษณะของการเป็นมารดามากกว่าความสัมพันธ์ในลักษณะอื่น ดังเช่นผลการศึกษาของ นิศากร แก้วพิลา (2545) ที่พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทในลักษณะของการเป็นมารดา ดังนั้นการที่จะสนับสนุนให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องจึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลในลักษณะที่เป็นประสบการณ์ที่ได้กระทำและเกิดขึ้นจริง ที่ครอบคลุมถึงความรู้สึกนึกคิดต่างๆกับผู้ที่มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโดยตรงและเป็นกลุ่มคนที่มากที่สุด ซึ่งก็คือมารดาที่จะมีบทบาทในการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่กับการเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลในการดูแลช่วยเหลือมารดา ให้สามารถดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพไปพร้อมๆกับการได้รับการช่วยเหลือในฐานะผู้ดูแลในครอบครัวเช่นกัน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการให้ความหมายการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทของมารดา

2. เพื่อศึกษาประสบการณ์ของมารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท

คำถามการวิจัย

1. มารดาให้ความหมายของการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทอย่างไร
2. มารดามีประสบการณ์ในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทอย่างไร

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ศึกษาถึงประสบการณ์การดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทของมารดาซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัว ใช้รูปแบบการศึกษาตามแนวปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl (Husserl Phenomenology) ซึ่งเป็นการศึกษาบนพื้นฐานที่ว่า ประสบการณ์ เป็นความหมายที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล อาศัยการหยั่งรู้ความหมายจากข้อมูล โดยแยกความคิดหรือประสบการณ์ของผู้วิจัยจนกว่าจะเข้าใจประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริง (Koch, 1995) จากการที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงการให้ความหมายของการดูแล การรับรู้ ความคิด ความรู้สึกและประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว โดยเก็บข้อมูลจากวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) แบบมีแนวทางในการสัมภาษณ์ และบันทึกการสัมภาษณ์ด้วยเทปบันทึกเสียง ผู้ให้ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ คือ มารดา ผู้ซึ่งทำหน้าที่ในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท ที่มารับบริการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ ใช้วิธีการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (Purposive sampling) ซึ่งกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้ (1) เป็นมารดา ที่ทำหน้าที่ในการดูแลบุตร ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคจิตเภทผู้ใหญ่ โดยให้การดูแลบุตรอยู่ในชุมชน (2) สามารถสื่อสาร พูด ฟังและเข้าใจภาษาเช่นเดียวกับผู้วิจัย (3) มีความยินดีและให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลตามแบบการขอความร่วมมือ และคุ้มครองสิทธิการเป็นผู้ให้ข้อมูลในการวิจัย

คำจำกัดความในการวิจัย

ประสบการณ์การดูแล หมายถึง เหตุการณ์หรือเรื่องราวหรือสิ่งทีประสบมาจากการที่มีบุตรป่วยเป็นโรคจิตเภทและต้องให้การดูแล ซึ่งครอบคลุมถึงการให้ความหมายของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นที่ผู้ดูแลในครอบครัวแสดงออกตามการรับรู้ ความคิด ความรู้สึก และความเชื่อของตนเองในการให้การดูแลผู้ป่วย รวมถึงเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นจากการให้การดูแล

การดูแลของมารดา หมายถึง กิจกรรมที่ป้องกัน การให้การช่วยเหลือบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท เป็นกิจกรรมที่แสดงออกถึงความเอื้ออาทร ห่วงใย เพื่อช่วยให้บุตรดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขในขณะที่มีการเจ็บป่วยทางจิต

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทผู้ใหญ่ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และมารับการตรวจรักษาเป็นผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวช

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ประสพการณ์ที่เกิดขึ้นในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทของมารดา จะเป็นความรู้พื้นฐานในการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลที่ให้กับมารดาที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัวอย่างเป็นองค์รวม เพื่อให้สามารถดูแลบุตรที่ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. เป็นแนวทางในการให้การช่วยเหลือ สนับสนุน มารดาที่เป็นผู้ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาต่างๆที่อาจเกิดขึ้นจากการให้การดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท
3. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา วิจัย และพัฒนาศาสตร์ทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลทั้งผู้ที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาดังการให้ความหมายและประสบการณ์ของมารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท เป็นวิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ ซึ่งผู้วิจัยใช้รูปแบบการศึกษาตามแนวคิดเชิงปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl เป็นการศึกษาเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจในปรากฏการณ์หนึ่งๆที่เป็นจริงโดยปราศจากการคิดไตร่ตรองไว้ก่อน หรือปราศจากอคติที่เกิดจากความคิด ความรู้ที่มีอยู่เดิมของผู้วิจัย ดังนั้นการศึกษาดังกล่าวของ Husserl จึงหลีกเลี่ยงการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องก่อนที่จะทำการวิจัย แต่ในการศึกษาดังกล่าวผู้วิจัยได้มีการทบทวนตำรา เอกสาร และงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องก่อนที่จะทำการวิจัย ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงปรากฏการณ์ของการดูแล รวมถึงแนวคิดต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการดูแลในมุมมองกว้าง เพื่อที่จะได้ตระหนักและจัดกรอบความคิด (bracketing) ของผู้วิจัยไว้ ซึ่งเป็นการป้องกันการเกิดอคติในสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลได้บอกเล่าเกี่ยวกับความหมายการดูแล และประสบการณ์ในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท ดังนั้นเอกสารและงานวิจัยที่ผู้วิจัยได้ทบทวนเพื่อใช้เป็นแนวทางการศึกษาแบบกว้างๆ จึงประกอบไปด้วย

1. ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท
 - 1.1 ความหมาย
 - 1.2 สาเหตุของโรคจิตเภท
 - 1.3 อาการทางคลินิกและการดำเนินของโรค
 - 1.4 การรักษา
 - 1.5 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท
 - 1.5.1 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล
 - 1.5.2 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
2. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแล
 - 2.1 ความหมายของการดูแล
 - 2.2 ทฤษฎีการดูแลที่สำคัญ
 - ทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสัน
3. ปัญหาความบกพร่องในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
4. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

- 4.1 ความหมายของผู้ดูแลในครอบครัว
- 4.2 การรับหน้าที่เป็นผู้ดูแลในครอบครัว
5. การดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทของมารดา
6. การดูแลช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท
7. แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท

1.1 ความหมาย

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของกระบวนการคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคทางสมองหรือพิษจากยาใดๆ และอาการมักเกิดขึ้นติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน(สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) ความผิดปกติในด้านต่างๆที่พบ ได้แก่ ความผิดปกติทางอารมณ์ ผู้ป่วยจะแสดงออกโดยการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง มีความผิดปกติด้านการรับรู้สิ่งต่างๆ ที่ไม่มีความจริง เช่น ได้ยินเสียงโดยไม่มีเสียงจริง ๆ ความผิดปกติของกระบวนการคิดแสดงออกโดยผู้ป่วยมีความคิดไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมทั่วไป เช่น ความคิดหลงผิด ส่วนทางด้านพฤติกรรมและบุคลิกภาพพบว่ามีพฤติกรรมแยกตัว พฤติกรรมถดถอย พฤติกรรมแปลก ๆ (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543) ที่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด อาการทางจิตที่เป็นมีทั้งลักษณะอาการทางบวก (positive symptoms) และอาการทางลบ (negative symptoms) และถึงแม้ไม่มีความผิดปกติทางด้านการรับรู้ (Cognitive disorders) แต่โรคจิตเภทเป็นสาเหตุของความเสื่อมด้านการรับรู้ (Cognitive Impairment) ดังนั้นอาการของโรค จิตเภทจึงมีผลต่อการรับรู้ ความรู้สึก พฤติกรรม สังคมและการทำหน้าที่ของผู้ที่เป็น (Sadock, & Sadock, 2001)

1.2 สาเหตุของโรคจิตเภท

Kaplan & Sadock (1995) กล่าวว่า สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท ยังไม่สามารถหาข้อสรุปที่แน่นอนได้ และปัจจัยที่ได้รับการยอมรับอย่างมาก ได้แก่

1.2.1 ปัจจัยด้านชีววิทยา (Biological Factors) ได้แก่

1) พันธุกรรม (Genetic factors) จากการศึกษพบว่าญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไป ยิ่งมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากยิ่งมีโอกาสสูง เมื่อมีบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคจิตเภท สมาชิกในครอบครัวมีแนวโน้มที่จะป่วยด้วยโรคจิตเภทมากกว่าประชาชนทั่วไป (ไพรัตน์ พฤษชาชาติคุณากร, 2534)

2) สารชีวเคมีในสมอง (Biochemical factors) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกัน สารสื่อประสาทในสมอง (Neurotransmitter) ในระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system) สมมติฐานเดิมที่ยังคงเป็นที่ยอมรับในปัจจุบันคือ สมมติฐานโดปามีน (dopamine hypothesis) โดยเชื่อว่า การหลั่งสาร dopamine มากผิดปกติ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิต ซึ่งสมมติฐานนี้ได้รับการสนับสนุนจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการดีขึ้น เมื่อได้รับยาต้านโรคจิตที่มีฤทธิ์ระงับการทำงานของสาร dopamine ปัจจุบันเชื่อว่าการบกพร่องของการหลั่งสาร dopamine ในบริเวณ prefrontal cortex ทำให้มีอาการทางลบ และการทำงานที่ผิดปกติของ dopamine ที่ striatum ซึ่งทำให้มีการปล่อยสาร dopamine ทำให้เกิดอาการทางด้านบวก นอกจากนี้ยังมีข้อสันนิษฐานว่า โรคจิตเภทเกิดจากภาวะสมดุลระหว่างสาร serotonin กับ สาร dopamine มีความผิดปกติ

3) ด้านกายวิภาคของสมอง มีผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่มีความผิดปกติทางด้านกายวิภาคของสมอง เช่น มี Ventricle โตกว่าปกติ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่อมีอาการด้านลบเป็นอาการเด่น มีการศึกษาเกี่ยวกับสมองของผู้ป่วยจิตเภทในช่วงที่มีอาการและช่วงที่ไม่ได้รับการรักษา พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 20-50 มีความผิดปกติของโครงสร้างสมอง (Taylor, 1994)

1.2.2 ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological factors) เป็นปัจจัยทางความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และปัจจัยทางด้านสังคม ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาบุคลิกภาพ ซึ่งทฤษฎีจิตวิเคราะห์เชื่อว่า อาการของโรคจิตเป็นผลมาจากความผิดปกติในหน้าที่ของ Ego และภาวะเครียดทางด้านจิตสังคม นับเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้พัฒนาเป็นโรคจิตเภทได้ (Taylor, 1994)

1.2.3 ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม (Social-culture factors) สังคมและสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับโรคจิตเภท ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทพบมากในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำ ซึ่งอาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีอาการโรคจิตอยู่เรื่อย ๆ ทำให้การดำรงชีพไม่สามารถคงอยู่ได้ในสถานภาพเดิม (downward drift hypothesis) หรือการที่สภาพสังคมบีบคั้น ทำให้คนเป็นโรคจิตเภทมากขึ้น (social causation hypothesis) นอกจากนี้ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวก็ส่งผลต่อการป่วยด้วยโรคจิตเภทได้เช่นกัน (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536) อัมไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2541)

อธิบายว่าเดิมเชื่อว่าลักษณะของมารดาบางประการ หรือการเลี้ยงดูในบางรูปแบบ ทำให้เด็กโตขึ้นเป็นโรคจิตเภท แต่จากการศึกษาในช่วงต่อมาไม่พบหลักฐานสนับสนุนความเชื่อนี้ ในแง่ของครอบครัวนั้นพบว่า สภาพครอบครัวมีผลต่อการกำเริบของโรค โดยในครอบครัวของผู้ป่วยที่อาการกำเริบบ่อย ๆ พบว่า มีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง (expressed emotion) ได้แก่ การตำหนิวิพากษ์วิจารณ์ (criticism) มีท่าทีไม่เป็นมิตร (hostility) หรือผู้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมากเกินไป (emotional over involvement)

จนถึงปัจจุบันนี้ ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคจิตเภท เชื่อว่าโรคจิตเภทเป็นกลุ่มอาการซึ่งมีมาจากหลาย ๆ สาเหตุ แนวคิดที่ยอมรับกันในปัจจุบันคือ Stress-diathesis model ซึ่งเชื่อว่าผู้ป่วยนั้นมีแนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อพบกับสภาพกดดันบางประการทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้นมา โดยแนวโน้มหรือสภาพกดดันนี้อาจเป็นปัจจัยด้านชีววิทยา จิตสังคม หรือหลายปัจจัยร่วมกัน

1.3 อาการทางคลินิกและการดำเนินโรค

โรคจิตเภทเป็นความผิดปกติที่ยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่เริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างในระหว่างนั้น อาการในช่งกำเริบจะเป็นกลุ่มอาการด้านบวก เช่น ประสาทหลอน หลงผิด และในระยะหลังส่วนใหญ่มีกลุ่มอาการด้านลบ ซึ่งไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา เช่น พูดน้อย เฉื่อยชา แยกตนเอง ระบาดวิทยาอุบัติการณ์ 0.1-0.5 ต่อ 1000 หญิงและชายพบได้พอ ๆ กัน ชายเริ่มเป็นอายุน้อยกว่าหญิง พบในช่วงอายุ 15-54 ปี อาการแสดงของโรคจิตเภทอาจแบ่งออกเป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มอาการด้านบวก และกลุ่มอาการด้านลบ (Taylor, 1994 ; Johnson, 1993)

1) กลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) แสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร และพฤติกรรม ได้แก่ อาการหลงผิด (Delusion) ชนิดที่พบบ่อยคือ delusion of persecution, grandiose delusion, delusion of reference อาการประสาทหลอน (hallucination) ที่พบบ่อยเป็น auditory hallucination อาจเป็นเสียงคนพูดกันเรื่องของผู้ป่วย เสียงคอยวิจารณ์ตัวผู้ป่วย หรือสั่งให้ทำตาม การพูดขาดตอน (Disorganized speech) ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอด มีพฤติกรรมแปลก ๆ (Disorganized behavior) เป็นพฤติกรรมที่ผิดไปจากปกติอย่างมาก ผู้ป่วยแต่งตัวแปลกหรือสกปรก รุ่ม ๆ ก็ร้องตะโกนโดยไม่มีเรื่องอะไรมากระตุ้น

2) กลุ่มอาการด้านลบ (negative symptoms) เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่ว ๆ ไปควรมี เช่น ในด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่าง ๆ อาการเหล่านี้ ได้แก่ 1) A logia พูดน้อย เนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ 2) Affective flattening การแสดงออกทางด้านอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่สบตา 3) A volition ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย และ 4) A sociality เก็บตัว เฉย ๆ ไม่ค่อยแสดงออก หรือไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน

การดำเนินโรค แบ่งออกเป็น 3 ระยะ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) คือ

1) ระยะก่อนเริ่มมีอาการ (Prodromal phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบหรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงานเริ่มแย่ลง ญาติสังเกตว่าเกียจคร้านกว่าเดิม ไม่ค่อยไปกับเพื่อนเหมือนเคย เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง ละเลยเรื่องสุขอนามัยหรือการแต่งกาย อาจหันมาสนใจในด้านปรัชญา ศาสนา หรือจิตวิทยา มีการใช้คำหรือสำนวนแปลก ๆ บางครั้งมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลก ๆ แต่ก็ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน ญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนคนเดิม ระยะเวลาช่วงนี้ไม่แน่นอน และโดยทั่วไปบอกยากว่าเริ่มผิดปกติตั้งแต่เมื่อไร โดยเฉลี่ยนานประมาณ 1 ปีก่อนอาการกำเริบ การพยากรณ์โรคจะไม่ดีหากระยะนี้เป็นอยู่นานและผู้ป่วยดูแล้วยุ่เรื่อย ๆ

2) ระยะอาการกำเริบ (Active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยข้อ 1 โดยส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มอาการด้านบวก

3) ระยะอาการหลงเหลือ (Residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ อาจพบ flat affect หรือเสื่อมลงมากกว่า อาการโรคจิต เช่น ประสาทหลอน หรือหลงผิด อาจยังมีอยู่แต่มีได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรก พบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย พบว่าผู้ป่วยจะทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี อาการส่วนใหญ่กำเริบ เมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ อาการเปลี่ยนแปลงก่อนกำเริบที่พบบ่อย ได้แก่ การนอนหลับผิดปกติไปแยกตัว วิตกกังวล หงุดหงิด คิดฟุ้งซ่าน และมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่าง ๆ เข้ากับตนเอง มีผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่เป็นแค่ครั้งเดียวแล้วหายขาด หรือเป็น 2-3 ครั้งและแต่ละครั้งที่หายก็กลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนป่วย (complete remission) แต่พบได้น้อย ส่วนใหญ่หลังจากที่อาการทุเลาลงจะยังมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง (incomplete remission) และมีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ ยิ่งเป็นบ่อยครั้งก็จะยังมีอาการหลงเหลือมากขึ้นหรือเสื่อมลงเรื่อย ๆ อาการด้านบวกจะค่อย ๆ ลด ความรุนแรงลง อาการที่เด่นในระยะหลังจะเป็นอาการด้านลบมากกว่า

1.4 การรักษา

สาเหตุที่มีผลต่อการป่วยด้วยโรคจิตเภทมีหลายปัจจัย ดังนั้นการรักษาจึงเป็นการรักษาทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตสังคม กล่าวคือ การรักษาทางด้านร่างกาย เป็นการรักษาด้วยยา รักษาโรคจิต ซึ่งเป็นการรักษาโดยส่วนใหญ่ของการรักษาโรคทางจิตเวช และการรักษาด้วยไฟฟ้า ซึ่งวิธีนี้ใช้ต่อเมื่อมีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจนเท่านั้น ส่วนการรักษาทางด้านจิตสังคม จะเป็นการรักษาด้วยกลุ่มบำบัด เช่น ครอบครัวบำบัด จิตบำบัด เป็นต้น โดยลำดับแรกที่ผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้น การรักษาจะเริ่มที่การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล จากนั้นจึงจะให้การรักษาทางด้านอื่นๆ ที่กล่าวมาต่อไป

1.4.1 การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล

การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลจะช่วยลดความเครียดที่มีทั้งในตัวผู้ป่วยและครอบครัวลง ซึ่งการที่จะรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลนั้น ผู้ป่วยจะต้องมีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น หรือก่อความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อื่น มีปัญหาที่ต้องให้การดูแลใกล้ชิด เช่น มีอาการข้างเคียงจากยารุนแรง หรือเพื่อความคุ้มครองเรื่องยาในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมกินยา หรือมีปัญหาในการวินิจฉัย การที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะได้รับการดูแลจากบุคลากรทางด้านจิตเวชซึ่งปฏิบัติงานในลักษณะของสหวิชาชีพ ซึ่งจะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยในด้านอื่นๆ ที่มีปัญหาอย่างครอบคลุมนอกเหนือไปจากเรื่องยา โดยระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาลส่วนใหญ่โดยเฉลี่ยประมาณ 3-6 สัปดาห์ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

1.4.2 การรักษาด้วยยา

การรักษาด้วยยารักษาโรคจิต เป็นการรักษาที่มีความสำคัญมาก และเป็นการรักษาโดยส่วนใหญ่ของการรักษาโรคทางจิตเวชโดยเฉพาะโรคจิตเภท ยารักษาโรคจิตเป็นยากลุ่มที่พบฤทธิ์ข้างเคียงของยาได้มาก (เกษม ตันติผลาชีวะ และลักษณะนา ธีรโมกษ์, 2536) และเกิดขึ้นกับระบบที่สำคัญของร่างกายหลายระบบ ที่พบมากที่สุดได้แก่ อาการข้างเคียงทางระบบประสาท มีอาการปากแห้ง ตาพร่า ท้องผูก ปัสสาวะไม่ออก ความดันโลหิตต่ำ และฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบประสาทส่วนกลาง มีอาการสั่น ตัวแข็ง เคลื่อนไหวช้า หน้าตาเฉยเมย คอแข็ง ตาเหลือก หลังแอ่น กระสับกระส่าย ไม่สามารถบังคับตัวเองได้ บางรายมีอาการเคลื่อนไหวช้า ๆ

1.4.3 การรักษาด้วยไฟฟ้า ในผู้ป่วยจิตเภทนั้น ไม่ได้ผลดีเท่ากับการรักษาด้วยยา โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยใช้การรักษาด้วยไฟฟ้าร่วมกับ

การรักษาด้วยยารักษาโรคจิต นอกจากนี้อาจใช้ผู้ป่วยชนิด Catatonic หรือผู้ป่วยที่มี Saverre Depression ร่วมด้วย

1.4.4 การรักษาด้านจิตสังคม เป็นส่วนสำคัญของการบำบัดรักษา เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวผู้ป่วยกับสังคมรอบข้าง แม้ในระยะอาการดีขึ้นบ้างแล้ว ปัญหาทางสังคมก็ยังคงมีอยู่ หากผู้รักษาไม่ได้สนใจแก้ไข รวมทั้งอาการด้านลบ ภาวะท้อแท้หมดกำลังใจ ไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยทุก ๆ ด้าน (ปาหนัน บุญหลง, 2534) การรักษาด้านจิตสังคมประกอบด้วย

1) จิตบำบัด (Psychotherapy) เป็นการรักษาโดยใช้วิธีการของจิตบำบัด ปรึกษาประคอง ผู้รักษาพึงตั้งเป้าหมายตามที่เป็นจริงและผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ มุ่งชี้เฉพาะจุดของปัญหาและการทำความเข้าใจปัญหาของผู้ป่วยหรือผู้รับการบำบัด สามารถทำได้ทั้งเป็นรายกลุ่มและรายบุคคล โดยเฉพาะการทำจิตบำบัดรายกลุ่ม เป็นรูปแบบการรักษาที่สำคัญเป็นส่วนหนึ่งของความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช การรักษาแบบกลุ่มให้มีประสิทธิภาพและได้ผลดีขึ้นอยู่กับ 3 ประการ คือ ความเข้าใจ ความรัก และพฤติกรรม

2) การให้คำแนะนำแก่ครอบครัว (Psychoeducation or family counseling) การบำบัดรักษาวิธีนี้เกิดขึ้นจากการที่ครอบครัวมักเข้าใจว่า เป็นเพราะตนเลี้ยงดูไม่ดีจึงทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิต เกิดความรู้สึกผิด หรือกล่าวโทษตนเอง นอกจากนี้บางครั้งครอบครัวมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง และอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเป็นเวลานานในแต่ละวัน ซึ่งอาจเป็นการเพิ่มความกดดันแก่ผู้ป่วย การทำครอบครัวบำบัดหรือให้ความรู้ในเรื่องโรค รวมทั้งสิ่งที่ญาติควรปฏิบัติต่อผู้ป่วย จึงน่าจะช่วยให้เป็นอยู่อย่าง

3) กิจกรรมบำบัด (Activity Therapy Groups) เป็นการบำบัดผู้ที่มีปัญหาทางจิต โดยการจัดกิจกรรมหลาย ๆ รูปแบบเพื่อสร้างความสนุกสนาน กระตุ้นความคิด แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ซึ่งกันและกัน (Judith et al., 1989) ชนิดของกลุ่มกิจกรรมบำบัด เช่น กลุ่มออกกำลังกาย กลุ่มดนตรีบำบัด กลุ่มศิลปะบำบัด เป็นต้น

4) นิเวศน์บำบัด (Mileu Therapy) เป็นการจัดสภาพบรรยากาศเพื่อการบำบัดอย่างมีจุดมุ่งหมาย มีแบบแผน มีหลักการ มีวัตถุประสงค์และวิธีการเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเท่านั้น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดทัศนคติที่ดีต่อการรักษา ค้ำกันให้ผู้ป่วยปลอดภัย ฝึกทักษะการอยู่ในสังคม เพิ่มความแข็งแกร่งของจิตใจ และพัฒนาเสริมสร้างคุณค่าของตนเอง

จากที่ได้กล่าวเกี่ยวกับโรคจิตเภททั้งหมดข้างต้น สรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ จนนำไปสู่การแสดงออกทางด้านอารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นผู้ป่วยมักจะมี ความบกพร่องหรือความเสื่อมถอยในการดำเนินชีวิต เกิดความบกพร่องในด้านต่างๆ โดยเฉพาะการดูแลตนเอง ต้องกลายเป็นผู้ที่ตกอยู่ในภาวะพึ่งพา เกิดผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านทรัพยากรบุคคล สาเหตุของโรคจิตเภทเกิดทั้งจากด้านร่างกาย และด้านจิตสังคม การรักษาจึงต้องผสมผสานระหว่างการรักษาด้านร่างกาย คือ การใช้ยา และการรักษาจิตสังคมเข้าด้วยกันจึงจะได้ผลดี สามารถช่วยให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่ภาวะปกติได้มากที่สุด และเนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ดังนั้นการให้การดูแลผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญ ไม่ว่าจะเป็นการดูแลในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือเมื่อผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัว และดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนนั่นเอง ครอบครัว จึงมีความสำคัญในการเป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุขในภาวะที่มีการเจ็บป่วย

1.5 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

1.5.1 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล

จากรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล พบว่าเน้นการดูแลรักษาด้วยยาเป็นหลัก แต่ทั้งนี้ก็ต้องมีการดูแลทางด้านจิตสังคมร่วมด้วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยดีขึ้นได้เร็วกว่าการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว ดังนั้นจึงต้องมีทีมที่จะต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นสหวิชาชีพ เข้ามาร่วมกันให้การดูแล โดยต้องให้การดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งประกอบด้วยบุคลากรที่เกี่ยวข้องได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ เภสัชกร และนักอาชีวบำบัด เป็นต้น ซึ่งแต่ละคนจะมีหน้าที่แตกต่างกันออกไป ตามบทบาทและวิชาชีพของตน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลช่วยเหลือที่มีประสิทธิภาพที่สุด พยาบาลจิตเวชก็เป็นอีกบุคคลหนึ่งในทีมสุขภาพที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด เพราะต้องให้การดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ดังนั้นรูปแบบการดูแลหรือลักษณะของการให้การพยาบาลผู้ป่วยจึงต้องประกอบไปด้วยหลักการปฏิบัติที่ครอบคลุม ทั้งการส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ นั่นคือให้การดูแลครบทั้ง 4 มิติ

1. การส่งเสริมสุขภาพจิต (Promotion of Mental Health) จัดเป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตขั้นต้น โดยมีหลักการว่าสุขภาพจิตดีจะมีพื้นฐานจากการมีกำเนิดที่ดี มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ได้รับความรักความอบอุ่นอย่างเหมาะสม มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีความมั่นคงทางจิตใจ ให้ความรักผู้อื่นได้ ยอมรับตนเอง ไม่มีปมด้อย บุคคลที่มีคุณสมบัติดังกล่าวจะมีพื้นฐานจิตใจที่เข้มแข็ง สามารถเผชิญปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ได้ดี อยู่ในสังคมได้ดี ทำประโยชน์แก่ตนเองและผู้อื่นได้

2. การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตหรือรักษาสภาวะทางสุขภาพจิตให้ดี (Prevention or Maintenance of Mental Health) ปัญหาสุขภาพจิตสามารถเกิดขึ้นได้กับคนทุกเพศทุกวัยอาจทำให้เกิดความคับข้องใจ ความเครียดและความวิตกกังวลได้

3. การบำบัดรักษา การที่บุคคลมีปัญหาสุขภาพจิต หากไม่ขจัดให้หมดไปโดยเร็ว อาจทำให้เจ็บป่วยเป็นโรคจิต โรคประสาทไม่ดี มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมอย่างมาก

4. การฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตใจจะขาดความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม ขาดความริเริ่มสร้างสรรค์ การตัดสินใจ ขาดความสามารถในการเข้าสังคม รวมทั้งขาดการดูแลช่วยเหลือตนเอง

นอกจากการดูแลที่พยาบาลจิตเวชต้องปฏิบัติให้กับผู้ป่วยที่ครอบคลุมทั้ง 4 มิติดังกล่าวแล้ว จินตนา ยูนิพันธ์ (2542) ยังได้กล่าวถึง สาระสำคัญของพยาบาลจิตเวชต้องคำนึงถึง ในการดูแลผู้ป่วยในฐานะของ “บุคคล” ว่าต้องประกอบด้วย

1. เน้นการให้การพยาบาลแบบองค์รวม โดยการปฏิบัติการพยาบาลต้องเน้นการให้การพยาบาลต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งรวมถึงจิตสังคมและจิตวิญญาณ

2. คำนึงถึงครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยควบคู่กับการดูแลช่วยเหลือ การทำหน้าที่ของพยาบาลจะสมบูรณ์ตามขอบเขตของกฎหมาย นอกจากจะให้ความสนใจต่อการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการแล้ว ยังต้องคำนึงถึงการดูแลช่วยเหลือการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของครอบครัว รวมทั้งดำเนินการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพนั้น ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อชุมชนอีกด้วย

3. การดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง การกระทำหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลต้องครอบคลุมการดูแลช่วยเหลือบุคคล ครอบครัว และชุมชนทั้งในภาวะเจ็บป่วย คือ ช่วยให้สภาพการเจ็บป่วยหายไป (Restoration) ด้วยการช่วยเหลือดูแล บำบัด รักษา / บรรเทาอาการของโรค การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) เพื่อกระตุ้นหรือรักษาระดับของการฟื้นหาย (Recover of Healing) การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) การป้องกันโรค (Disease Prevention) การป้องกันสุขภาพ (Health Protection)

ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พยาบาลจิตเวชจะต้องมีการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยให้สามารถดำเนินชีวิตได้ปกติ จึงต้องยึดหลักการพยาบาลเพื่อชีวิตที่เป็นสุข (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542) ซึ่งประกอบด้วย

1. การดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยรับรู้อันตราย เวลา สถานที่และบุคคล
2. การดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความเครียด อารมณ์และการแสดงออก การควบคุมอารมณ์และการแสดงพฤติกรรมของตน
3. การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขโดยเสริมสร้างศักยภาพส่วนบุคคลด้านต่างๆ ดังนี้

3.1 การดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การที่บุคคลสามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานด้านร่างกาย เช่น การดูแลทำความสะอาดร่างกาย การแต่งกาย การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน เป็นต้น

3.2 การดำรงตนในฐานะสมาชิกในสังคม ได้แก่ ความสามารถของบุคคลด้านสังคมในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง และการมีกิจกรรมเพื่ออยู่ร่วมกับบุคคลอื่น

3.3 การมีสัมพันธภาพเชิงบำบัด ได้แก่ ความสามารถของบุคคลในการมีปฏิสัมพันธ์กับพยาบาลและทีมสุขภาพที่ส่งผลต่อการบำบัดทางจิต เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก การแสดงออกและการกระทำ

3.4 การมีสมรรถนะด้านร่างกาย หรือมีความแข็งแรงด้านร่างกาย ได้แก่ การดำรงรักษา เสริมสร้างความแข็งแรงของระบบกายวิภาคและสรีรภาพของบุคคลให้ทำหน้าที่ในการสร้างความมั่นคงแก่บุคคลให้สามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข

โดยสรุปแล้ว จากการที่ผู้ป่วยจิตเภทต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล การดูแลที่สำคัญนอกจากการรักษาด้วยยาแล้ว ก็คือการดูแลทางด้านจิตสังคม คือการที่ต้องให้การดูแลแบบองค์รวม ที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยอยู่ภายใต้การดูแลที่ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ การส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยการดูแลจะต้องประกอบไปด้วยการดูแลทั้งผู้ป่วยจิตเภทเอง ครอบครัว รวมถึงชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ ทั้งนี้เพื่อให้ทุกองค์ประกอบมีส่วนร่วมในการเกื้อหนุนการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุด

1.5.2 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

หลังจากที่ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการรักษาจนมีอาการทุเลาพอที่จะกลับไปอยู่บ้าน หรือสังคมเดิมได้แล้ว การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเมื่อเข้าไปอยู่ในชุมชนเป็นอีกความจำเป็นหนึ่งที่บุคลากรในทีมสุขภาพจะต้องให้ความสำคัญ เนื่องจากเป็นรูปแบบของการดูแลที่ต้องการให้ผู้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปสู่ชุมชน ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือของญาติหรือครอบครัวเป็นผู้ดูแลต่อจากโรงพยาบาล และมีบุคลากรทางการแพทย์ไปเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามให้การรักษายาบาลฟื้นฟูสภาพ ส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันการกลับเป็นซ้ำอีก นอกจากนี้ยังเป็นทรัพยากรหลักที่จะให้ความช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีวัตถุประสงค์ในการดูแลผู้ป่วยดังนี้ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2540)

1. ส่งเสริมให้ค้นหาปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชด้วยตัวของผู้ป่วยเองหรือโดยครอบครัวของผู้ป่วย
 2. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเป็นตัวเอง และฟื้นฟูสภาพจิตใจ ภายในครอบครัวและชุมชน
 3. ให้การดูแลเฉพาะเรื่อง ตามความต้องการของผู้ป่วยหรือครอบครัวในสภาพแวดล้อมและสังคมของเขา
 4. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีความรู้ในการดูแลตนเองและจัดการกับอาการทางจิต การรักษาและอาการทางจิตที่อาจกลับเป็นซ้ำได้อีก
 5. เพื่อให้พฤติกรรมที่ผู้ป่วยได้รับการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนในทางที่ดีขึ้นจากโรงพยาบาลได้นำไปใช้ที่บ้านและสังคมเดิมของผู้ป่วย
 6. เพื่อประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วย และครอบครัวภายใต้แผนการรักษาของทีมการรักษา
- และเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ในชุมชนมีความต่อเนื่องได้อย่างมีประสิทธิภาพดังนั้นพยาบาลจิตเวช จึงต้องมีการปฏิบัติการกรรมการพยาบาลที่ครอบคลุมในเรื่องต่อไปนี้

1. การประเมินความสามารถในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ ประเมินอาการต่างๆรวมทั้งร่างกาย สภาวะทางจิตต่อการรักษาต่างๆ และการให้ยาตามคำสั่งการรักษา รวมทั้งการประเมินสภาพแวดล้อมที่บ้านและเครือข่ายชุมชน ที่จะเป็นแหล่งที่จะให้การช่วยเหลือผู้ป่วย

2. การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยการสอนเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย อาการแสดงและอาการทางจิต การรักษา และการให้คำแนะนำเพื่อการป้องกันไม่ให้เกิดอาการป่วยซ้ำ การสอนผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การแก้ปัญหา และกระบวนการตัดสินใจ สอนผู้ป่วยและครอบครัวถึงวิธีการเผชิญปัญหา เผชิญความเครียดและความเครียดและความขัดแย้ง

3. การประคับประคองและการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ทบทวนและจัดทำแผนการส่งผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลไปรับการรักษาที่บ้าน ช่วยผู้ป่วยและครอบครัวแยกแยะปัญหาและแก้ปัญหา โดยการพยายามแก้ที่ปัญหา ช่วยหาแหล่งช่วยเหลือและใช้แหล่งเหล่านั้นเมื่อจำเป็น รวมทั้งช่วยครอบครัวแยกแยะความรู้สึกและพูดคุยกับผู้อื่นในทางสร้างสรรค์

นอกจากนี้แล้ว นันทนา รัตนกร (2536: 146) ยังได้ให้ข้อเสนอเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้านไว้เพื่อให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ว่าต้องประกอบไปด้วยการให้ความรู้และให้คำแนะนำแก่ญาติและครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชก่อนกลับบ้านทุกรายถึงแนวทางการปฏิบัติตัวของญาติผู้ป่วยขณะอยู่บ้าน มีการรณรงค์ให้ความรู้เรื่องโรคทางจิตเวช แนวทางการรักษา และการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตทางสื่อสารมวลชนให้มาก เพื่อส่งเสริมให้ประชากรทั่วไปมีความเข้าใจและยอมรับและเห็นใจผู้ป่วยจิตเวชตลอดจนให้โอกาสแก่ผู้ป่วยทางจิตให้อยู่ร่วมในสังคมได้ เช่นเดียวกับคนปกติทั่วไป จัดเป็นนโยบายจิตตามการรักษาและส่งตัวผู้ป่วยเข้าระบบ (Referral System) มีการกำหนดขอบเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลทางจิตเวชอย่างชัดเจนและควรมีการผสมผสานสุขภาพจิตเข้ากับงานสาธารณสุขทุกสาขา เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขทุกคนตระหนักเห็นความสำคัญ ช่วยค้นหาทางป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิตแก่ประชาชนตั้งแต่วัยเด็ก โดยเน้นที่สถาบันครอบครัวให้มาก เพื่อให้เด็กเติบโตขึ้นมาเป็นประชาชนที่สมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ

นอกจากนี้สิ่งที่ควรคำนึงถึงในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านที่สำคัญก็คือ การผสมผสานแนวคิดและหลักการพยาบาลเชิงสังคมและวัฒนธรรมเข้าร่วมกับการดูแลที่ให้กับผู้ป่วย การปฏิบัติดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านให้มีประสิทธิภาพ พยาบาลจิตเวชจึงควรทำความเข้าใจและยึดหลักในการปฏิบัติ ต่อไปนี้ (อรพวรรณ ลือบุญวรัชชัย, 2543)

1. ผู้รับบริการแต่ละรายมีสังคมและวัฒนธรรมของตน ที่มีอิทธิพลต่อเป้าหมายและความสำเร็จของตนเอง การดูแลจะต้องให้ความสำคัญต่อสิ่งที่ผู้รับบริการยึดเหนี่ยว
2. วัฒนธรรมเป็นสิทธิของผู้รับบริการที่ให้ผู้ให้บริการจะต้องรับรู้ ยอมรับ และดูแลอย่างเหมาะสม

3. การรับฟัง การยอมรับ การให้ความสนใจ และเอาใจใส่ ผู้รับบริการเป็นสิ่งสำคัญที่จะนำไปสู่ความเชื่อถือ ความไว้วางใจ และความร่วมมือของผู้รับบริการ
4. ผู้รับบริการควรมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกรับบริการ
5. ความสำเร็จในการดูแลขึ้นอยู่กับความรู้ เข้าใจ โลกทัศน์ของผู้รับบริการ
6. การสังเกต ช่วยให้เข้าใจผู้รับบริการตลอดจนสังคมและวัฒนธรรมของผู้รับบริการ และสามารถเลือกใช้รูปแบบการดูแลได้อย่างเหมาะสม
7. พยาบาลควรมีความสามารถในการพูดหรือสื่อความภาษาท้องถิ่นได้ จะช่วยให้สัมพันธภาพดำเนินไปได้เร็วขึ้น

จะเห็นได้ว่าการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเมื่ออยู่ในชุมชน พยาบาลจิตเวชจะต้องมีทั้งการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย และครอบครัวให้มีความสามารถในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยรวมถึงการให้ความสำคัญกับชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ การพยายามให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือ และให้เกิดความเข้าใจผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่บุคลากรทางจิตเวชไม่ควรมองข้าม เพราะจากการศึกษาที่ผ่านมา ยังพบว่าสมาชิกในชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ หรือเพื่อนบ้านยังมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภทอยู่ ดังเช่นศึกษาของ เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ และคณะ (2547) ที่พบว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาจนสามารถกลับเข้าไปอยู่ในชุมชนได้ สิ่งที่ทำให้ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวรู้สึกสะเทือนใจ คือ การถูกรังเกียจและถูกข่มขู่จากเพื่อนบ้าน ดังนั้นการให้ดูแลช่วยเหลือหรือการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจึงต้องคำนึงถึงทัศนคติของชุมชนที่มีต่อทั้งผู้ป่วยและครอบครัวด้วย และถ้าจะให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วยจิตเภทจริงๆ การดึงชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยก็มีส่วนสำคัญนอกจากจะเป็นการปรับเปลี่ยนความคิดและทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยแล้ว ยังเป็นการสร้างความความร่วมมือในชุมชนให้ร่วมกันช่วยเหลือสมาชิกที่เจ็บป่วยด้วย

2. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแล

2.1 ความหมายของการดูแล

การดูแล เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นและแสดงออกเป็นพฤติกรรมหรือการกระทำในลักษณะที่บุคคลมีความเอื้ออาทร ห่วงใย ใส่ใจเกี่ยวข้องด้วยและผูกพันต่อผู้อื่น หรือการแสดงถึงความทุกข์และความสุขที่เกิดร่วมกัน (May, 1969 : 300)

Nightingale (1969) กล่าวว่า การดูแลเป็นวิถีทางที่พยาบาลปฏิบัติ โดยใช้เหตุผลจากสิ่งแวดล้อมผู้ป่วยมาช่วยในการดูแลในรูปแบบของความสะอาด อากาศบริสุทธิ์ อาหารดี การพักผ่อนนอนหลับ และการออกกำลังกาย ใ้บุคคลมีชีวิตที่ดีอยู่ในสิ่งแวดล้อมตามธรรมชาติ

Mayeroff (1971 cited in Wolf 1986 : 87-88) กล่าวว่า การดูแลมีความหมายสำคัญที่ การช่วยเหลือให้คนเจริญเติบโตถึงระดับที่มีความพอใจต่อชีวิตของตนเอง โดยจะต้องเกิดขึ้นเป็นกระบวนการ แนวทางความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างกันนั้นเกิดขึ้น เช่นกันกับเพื่อนสนิทให้ความช่วยเหลือแก่กันด้วยความไว้วางใจกัน และมีความลึกซึ้งในสัมพันธ์ภาพต่อกัน การดูแลก่อให้เกิดการปรับหรือจัดค่านิยม และกิจกรรมที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์เสียใหม่ และการดูแลช่วยให้นักดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณค่าหรือมีความหมายยิ่งขึ้น โดยองค์ประกอบของการดูแลตามแนวคิดนี้มี 8 ประการ คือ

1) ความรู้ (Knowing) ผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับตัวบุคคล ความต้องการและวิธีการตอบสนองของความต้องการของบุคคลนั้น

2) ความจริงใจ (Honesty) ผู้ดูแลมีความเต็มใจและแสดงออกถึงความรู้สึกที่แท้จริงของตนที่จะให้การช่วยเหลือบุคคล

3) ความไว้วางใจ (Trust) ผู้ดูแลและบุคคลที่ได้รับการดูแล เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ต้องมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน สุภาพซึ่งกันและกัน

4) ความอ่อนน้อมถ่อมตน (Humility) ความรู้สึกอ่อนน้อมจะทำให้ผู้ดูแลเรียนรู้สิ่งต่างๆ จากผู้ที่รับการดูแล อีกทั้งทำให้เกิดการไม่ใช้อำนาจกับผู้รับการดูแล

5) ความอดทน (Patience) ผู้ดูแลต้องมีความอดทนเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้รับการดูแลได้คิดและตัดสินใจด้วยตนเอง ให้เขาได้พัฒนาศักยภาพของตน

6) ความหวัง (Hope) ผู้ดูแลต้องมีความหวังว่าการช่วยเหลือของตนจะมีส่วนช่วยในการพัฒนาผู้รับการดูแล เป็นการมองไปในอนาคต เพื่อเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้ดูแลมีการปฏิบัติอย่างมีเป้าหมายและต่อเนื่อง

7) ความกล้าหาญ (Courage) เป็นการปฏิบัติบนพื้นฐานของจริยธรรม เพื่อปกป้องศักดิ์ศรีและสิทธิของบุคคล

8) การเลือกแนวทางการช่วยเหลือบุคคล (Alternating rhythm) เป็นการเรียนรู้ผลของการดูแลจากประสบการณ์ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการคงไว้ หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการช่วยเหลือบุคคล

Leininger (1981 : 9) อธิบายว่าการดูแลเป็นกิจกรรมขอความช่วยเหลือ (assistive) การสนับสนุนส่งเสริม (supportive) การอำนวยความสะดวก (facilitative) และการสร้าง

ความสามารถ (enabling) ที่ให้กับบุคคลหรือกลุ่มตามความต้องการที่แสดงออกหรือค้นหาได้ เพื่อสร้างหรือปรับปรุงแนวทางชีวิตรักษาไว้ซึ่งความมีสุขภาพดี หรือแนวทางการดำเนินชีวิตที่ผาสุก

Watson (cite in Nicoll, 1997) กล่าวว่า การดูแลคือการที่บุคคลสองคนร่วมประสบการณ์ และเหตุการณ์ของอีกบุคคลในสัมพันธภาพการดูแล (Transpersonal) เป็นกระบวนการช่วยเหลือบุคคลให้ประสบความสำเร็จและมีสุขภาพดี หากจะต้องเสียชีวิตก็ดูแลให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นและสงบ โดยคำนึงถึงความเป็นบุคคลอันประกอบด้วย กาย จิตใจ และวิญญาณ ดำรงไว้ซึ่งความเป็นมนุษย์ ความมีศักดิ์ศรี และความสมบูรณ์แห่งตน พฤติกรรมการดูแลประกอบด้วย การเข้าใจถึงความต้องการของผู้รับการดูแลอย่างถูกต้อง (Knowing) การอยู่เป็นเพื่อน (Being with) การรู้สึก ร่วม ความเมตตากรุณา การอยู่ด้วย ความรัก ความอ่อนโยน และความรู้สึกสบาย ให้การช่วยเหลือสนับสนุน (Enabling) ตามความต้องการ และสร้างความเชื่อ ความหวัง ความไว้วางใจ (Maintaining belief)

Roach (1987) กล่าวว่า การดูแลเป็นวิธีการของมนุษย์ที่จะนำมาซึ่งความสามารถหรืออำนาจในการให้การดูแล โดยผ่านการยอมรับและได้รับการพัฒนา การดูแลเป็นความรับผิดชอบ และการตอบสนองต่อสิ่งของ หรือเรื่องราว และเป็น การตอบสนองต่อคุณค่าหรือความสำคัญของสิ่งนั้นๆ ด้วยความรู้สึกในความเป็นมนุษย์ของบุคคล

พะยอม อยู่สวัสดิ์ (2537) กล่าวถึง ความหมายของการดูแลว่าเป็นการแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่อบุคคล ระหว่างบุคคลต่อสัตว์ และระหว่างบุคคลต่อสรรพสิ่งต่างๆ โดยมีความรู้สึกนึกคิดของความเมตตา อหังการ ความสนใจ ความเอาใจใส่

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2538) กล่าวว่า พฤติกรรมการดูแลเป็นพฤติกรรมการบริการในรูปแบบ บริการของมนุษย์ต่อมนุษย์ (Human to human service) ที่แสดงถึงการมีความเข้าใจ มนุษย์เป็นอย่างดี ซึ่งพฤติกรรมที่แสดงลักษณะของความเป็นมนุษย์ได้แก่ การมีปฏิสัมพันธ์ด้วย ยึดเอาที่บุคคลโดยการมองคนทั้งคนแบบองค์รวม ให้ทางเลือกความเสมอภาคมองเชิงสร้างสรรค์ ให้การยอมรับร่วมรู้สึก และให้อำนาจ

สมคิด จันทร์นวม (2539) กล่าวว่า การดูแล หมายถึง กระบวนการและวิธีการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลนำมาซึ่งความสามารถหรืออำนาจในการให้การดูแลมนุษย์ทั้งบุคคล ครอบครัว และสังคม โดยสามารถผสมผสานธรรมชาติเข้ากับความเป็นอยู่ของมนุษย์ได้ดี เป็นการตอบสนองต่อคุณค่าความสำคัญ หรือ รักในความเป็นมนุษย์ของบุคคล ซึ่งการกระทำนั้นอยู่ในขอบเขตความรู้ทางวิชาการ จริยธรรม และศีลธรรมโดยผ่านการยอมรับจากสังคมและได้รับการพัฒนา เพื่อเป้าหมายอยู่ที่การป้องกัน เพิ่มพูนและอนุรักษ์ความเป็นมนุษย์ได้อย่างสมบูรณ์ พฤติกรรมการดูแลจึงเป็นการกระทำหรือการแสดงออกในรูปแบบการบริการของมนุษย์ต่อมนุษย์ โดยการให้

คุณค่าและความสำคัญ แสดงถึงความเข้าใจมนุษย์เป็นอย่างดี เป็นการกระทำที่ผ่านการคิดอย่างไตร่ตรองแล้วว่าเป็นสิ่งที่ดีมีคุณค่าและมีความหมาย โดยใส่ความรู้สึกและถ่ายทอดความรู้สึกเข้าไปผสมผสานกับการกระทำนั้นๆออกมาเป็นลักษณะทางการปฏิบัติที่นุ่มนวล การแสดงออกถึงความเอาใจใส่ต่อกัน ก่อให้เกิดความพึงพอใจและสุขใจ ทั้งผู้ปฏิบัติและผู้รับซึ่งพฤติกรรมการดูแลในแต่ละวัฒนธรรมจะมีความแตกต่างกันไป

ยี่สุน ใจดี (2540 : 25) ให้ความหมายของ การดูแลไว้ว่า การดูแลเป็นพฤติกรรมระหว่างบุคคล ที่เป็นกระบวนการกระทำที่ให้การช่วยเหลือบุคคลอื่นหรือกลุ่มบุคคลเพื่อดำรงไว้ซึ่งความเป็นมนุษย์ และการอยู่รอดของชีวิต หรือ เพื่อจุดประสงค์ใดจุดประสงค์หนึ่ง เป็นความรู้สึกที่มีร่วม เช่น การดูแลระหว่างบุคคลในครอบครัว การดูแลระหว่างเพื่อน เป็นต้น

จากแนวคิดของการดูแลสรุปได้ว่า การดูแลเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นจากปฏิสัมพันธ์ของบุคคลที่มีร่วมกัน ที่แสดงออกถึงความห่วงใย เอื้ออาทร เป็นกระบวนการที่บุคคลให้การช่วยเหลืออีกบุคคลหนึ่งผ่านการให้ความหมาย และการไตร่ตรองพิจารณาว่าเป็นสิ่งที่มีค่า มีความหมายที่จะช่วยให้อีกบุคคลมีสุขภาพดี หรือหากต้องเสียชีวิตก็ให้จากไปด้วยความสงบ และการดูแลจะต้องแสดงออกมาในลักษณะของพฤติกรรมการดูแลที่ต้องคำนึงถึงทั้งทางด้าน กาย จิตใจ และจิตวิญญาณ

2.2 ทฤษฎีการดูแลที่สำคัญ

ทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสัน

กระบวนการดูแลมนุษย์ตามแนวคิดของวัตสัน เป็นกระบวนการที่ผู้ดูแลและผู้รับการดูแลมีปฏิสัมพันธ์กัน มีการช่วยเหลือกันในสถานการณ์เฉพาะในเวลาใดเวลาหนึ่งที่ผู้ดูแลและผู้รับการดูแลต่างรับรู้ตรงกันถึงการให้ และการได้รับการดูแล กระบวนการดูแลมีลักษณะเป็นพลวัต ซึ่งประกอบด้วย (Watson, 1988)

1. บุคคล (Person) หมายถึงผู้ดูแลและผู้ป่วยที่เป็นองค์รวมของร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณโดยแต่ละบุคคลต่างมีภูมิหลังหรือประสบการณ์ชีวิตที่เป็นลักษณะเฉพาะของตน เรียกว่าสนามปรากฏการณ์ของชีวิต บุคคลมีตัวตนทั้งลักษณะที่เป็นอยู่จริง (Self as it is) และตัวตนในอุดมคติ (Ideal Self) ที่บุคคลอยากจะเป็น รวมทั้งมีตัวตนสูงสุดคือ จิตวิญญาณ (Spiritual self) ซึ่งเป็นแหล่งที่เกิดความตระหนัก ความสำนึกขั้นสูงเป็นพลังภายในที่จะทำให้บุคคลอยู่เหนือตัวตนปกติได้

2. สนามปรากฏการณ์ (Phenomenal Field) เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในขณะที่มีการดูแลในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งหรือสถานที่ใดสถานที่หนึ่ง เป็นกรอบอ้างอิงของแต่ละบุคคลที่เกิดจากการที่บุคคลให้ความหมายต่อสรรพสิ่งต่างๆ ทั้งในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต ตามการรับรู้และประสบการณ์

3. ขณะการดูแลที่เกิดขึ้นจริง (Actual Caring Occasion) เป็นเวลาที่ผู้ให้การดูแลและผู้รับการดูแล รับรู้ตรงกันหรือเข้าใจถึงความรู้สึกซึ่งกันและกัน มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ชีวิต มีโอกาสตัดสินใจเกี่ยวกับวิธีที่จะมาปฏิบัติสัมพันธ์ต่อกันในช่วงขณะนั้นๆ เลือกปฏิบัติหรือกระทำสิ่งที่ดีที่สุด หรือเหมาะสมที่สุดในสถานการณ์นั้น ซึ่งนับเป็นเป็นการทำงานร่วมกันอย่างเสมอภาค (coparticipant) ระหว่างผู้ดูแล และผู้รับการดูแล เป็นผลให้บุคคลดูแลเยียวยาตนเอง และเรียนรู้ความหมายของสภาวะที่เกิดขึ้นในชีวิต

4. การดูแลที่เข้าถึงจิตใจของบุคคล (Transpersonal Caring) เป็นการดูแลที่เข้าถึงความรู้สึกของบุคคล มิได้เป็นเพียงการพบสัมผัสกันในช่วงเวลาหนึ่งเท่านั้น หากแต่เป็นประสบการณ์ หรือเหตุการณ์ที่มีความเกี่ยวข้องกับอดีต ปัจจุบัน และอนาคต การดูแลที่เข้าถึงความรู้สึกจึงมีความหมายมากกว่าการพบเจอกันจริงในช่วงเวลาที่เกิดขึ้นผู้รับการดูแลและผู้ดูแลสามารถเข้าถึงความรู้สึกและสัมผัสจิตใจซึ่งกันและกัน จิตวิญญาณรวมเป็นหนึ่งเดียวกัน (A spiritual Union Occurs Between the Two Persons) อันจะทำให้ค้นพบพลังภายในตนเอง และควบคุมตนจากภายในตน โดยต่างก็สามารถอยู่เหนือตนเอง เวลา สถานที่ ภูมิหลังของกันและกัน หรืออีกนัยหนึ่งคือ ผู้ดูแลเข้าไปในประสบการณ์ของผู้รับการดูแล และผู้รับการดูแลก็เข้ามาในประสบการณ์ของผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลรักษาไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของผู้รับการดูแล

การที่บุคคลจะให้การดูแลบุคคลอื่นและเกิดเป็นกระบวนการดูแล จะต้องมียุปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการดูแล ซึ่งวัตสัน (Watson, 1985) ได้กล่าวถึงปัจจัยการดูแลทั้ง 10 ประการ ดังนี้

1) การสร้างค่านิยมด้านความมีมนุษยธรรม และความเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่น และมีเมตตาต่อเพื่อนมนุษย์ เป็นพื้นฐานของการให้การดูแลมนุษย์ที่สำคัญเป็นการดูแลที่อยู่บนพื้นฐานของคุณค่าสากล คือคุณค่าของความเป็นมนุษย์ และคุณค่าของมนุษย์ ได้แก่ ความเมตตา ความห่วงใย ความเห็นใจ ความรักต่อตนเอง และผู้อื่น ส่วนคุณค่าการเห็นแก่ประโยชน์ผู้อื่น คือ ความมุ่งมั่นและความพึงพอใจที่เกิดขึ้นจากการให้ คุณค่าเหล่านี้ และส่งเสริมการดูแลเชิงวิชาชีพที่ดีที่สุด เนื่องจากความไม่เห็นแก่ตัว เป็นข้อผูกพันที่ยึดมั่นและเกิดความพอใจที่ได้รับจากการเห็นประโยชน์ผู้อื่น และความรักในเพื่อนมนุษย์

2) เอาใจใส่ต่อความเชื่อ สร้างความศรัทธาและความหวัง ส่งเสริมให้กำลังใจกัน สนับสนุนและการยอมรับซึ่งกันและกัน ความเชื่อและสิ่งที่มีความหมายต่อผู้ป่วยจะช่วยส่งเสริม

และคงไว้ซึ่งสุขภาพ ผู้ดูแลสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความศรัทธา และความหวังในสิ่งที่คุณช่วยยึดมั่น รวมทั้งความศรัทธาต่อแผนการรักษาและความสามารถของผู้ดูแล

3) วัตถุประสงค์การเรียนรู้และความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น ให้ความเข้าใจและมีอารมณ์ร่วมความรู้สึกในขณะให้การดูแล การสร้างความไวต่อตนเอง ทำให้เข้าใจถึงความรู้สึกของตน และเกิดการยอมรับตนเองและบุคคลอื่น การสร้างความไวต่อความรู้สึกนี้ ช่วยให้คุณคนมีการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ

4) การพัฒนาสัมพันธภาพในลักษณะของการช่วยเหลือ การไว้วางใจ และสัมพันธภาพของการดูแลมนุษย์ รู้จักโลกทัศน์ความเป็นตัวของตัวเองและทัศนะของผู้ป่วย ในความรู้สึก (Affect) ที่จะกระตุ้นและยับยั้งหรือขัดขวางพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลนั้น นอกจากนั้นสัมพันธภาพในการดูแลช่วยเหลือ จะเป็นแกนกลางของการดูแลสุขภาพ การดูแลที่เข้าถึงจิตใจของผู้ป่วยนั้นทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วยสามารถเข้าสู่ประสบการณ์ชีวิตซึ่งกันและกัน การสร้างสัมพันธภาพนี้จึงอาศัยการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

5) ส่งเสริมและยอมรับการแสดงออกของความรู้สึกทั้งทางด้านบวกและลบ ความรู้สึกมีอิทธิพลต่อความคิด และพฤติกรรมกระทำของบุคคล ฉะนั้นจึงควรพิจารณาความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบในกระบวนการดูแล การยอมรับการแสดงออกของความรู้สึกช่วยให้ผู้ดูแลยอมรับตนเองและบุคคลอื่น ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้เกิดการเยียวยา (Healing) และการค้นหาความหมายของการเป็นอยู่ของชีวิต วิธีการได้แก่ การรับรู้เข้าใจความรู้สึก ปัญหาและอารมณ์ของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม จริงใจ ยอมรับ และส่งเสริมให้การช่วยเหลือตอบสนองความต้องการ

6) การใช้กระบวนการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ในกระบวนการดูแล ต้องใช้ความรู้สึกเป็นหลักร่วมกับการใช้ประสบการณ์ของตน เป็นเครื่องมือในการช่วยเหลือผู้ป่วย

7) ส่งเสริมการเรียนรู้การสอนที่เข้าถึงจิตใจระหว่างบุคคล เป็นการเรียนการสอนที่เข้าถึงจิตใจของบุคคล ผู้ดูแลและผู้รับการดูแล จะต้องมีการเรียนรู้ร่วมกันในกระบวนการเรียนการสอน การให้ข้อมูลและการบอกเล่าสิ่งต่างๆแก่ผู้ป่วย ผู้ดูแลจะต้องมีความสามารถที่จะเข้าถึงการเรียนรู้ ความรู้สึก และความเข้าใจซึ่งกันและกัน ทั้งผู้ดูแลและผู้รับการดูแลเป็นทั้งผู้เรียนผู้สอน ทั้งนี้มีเป้าหมายเพื่อแก้ปัญหาและส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้รับการดูแลหรือผู้ป่วยนั่นเอง

8) จัดสิ่งแวดล้อมที่เป็นการประคับประคอง สนับสนุน และแก้ไขสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยทั้งทางด้านกายภาพ จิตใจ สังคม วัฒนธรรม และจิตวิญญาณ โดยประเมินและเฝ้าอำนวยความสะดวกในการปรับตัวของผู้ป่วย เพื่อสามารถป้องกันและประคับประคองความอยู่ดี ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ จัดสิ่งแวดล้อมที่มุ่งเน้นความสบาย ความเป็นส่วนตัว

ความปลอดภัย ความสะอาด และความสวยงาม เอาใจใส่และประคับประคอง เป็นการส่งเสริมอึด มโนทัศน์ที่ดี และเพิ่มความรู้สึกรักการมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้ส่งเสริมสุขภาพและการ เยียวยา

9) การช่วยเหลือเพื่อตอบสนองของความต้องการของบุคคล โดยทำความเข้าใจ และมุ่งตอบสนองของความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ จนถึงความต้องการในระดับที่สูงขึ้น ซึ่งในการมี ชีวิตอยู่บุคคลมีความต้องการทั้งด้านชีวภาพ จิตสังคม และพัฒนาด้านจิตวิญญาณ การได้รับการ ตอบสนองของความต้องการช่วยให้บุคคลมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการ การดูแลจะช่วยชี้แนะให้ ผู้ป่วยแต่ละบุคคลได้พิจารณา ค้นหาความต้องการที่มีความสำคัญมากที่สุดสำหรับตัวเอง และ ช่วยเหลือให้ตัวเองบรรลุความต้องการ

10) ให้ความสำคัญกับหลักอัตรกอนิยมและปรากฏการณ์นิยม เสริมสร้างพลัง จิตวิญญาณในการมีชีวิตอยู่ จิตวิญญาณเป็นแก่นหรือตัวตนภายในบุคคล เป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคล ค้นพบคุณค่า ความหมายและเป้าหมายของชีวิต จิตวิญญาณของบุคคลจะมีการพัฒนาตาม ประสบการณ์ของชีวิต ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับความเชื่อทางศาสนา ผู้ดูแลสามารถช่วยให้บุคคลได้ สะท้อนความคิด เพื่อค้นพบพลังภายในที่จะทำให้เกิดความเข้าใจสัจธรรมของชีวิต การให้ ความหมายต่อสภาวะของชีวิตทั้งยามเจ็บป่วยและมีสุขภาพดี

มโนคติหลักของทฤษฎีการดูแลมนุษย์

มโนคติหลักของศาสตร์การพยาบาลประกอบด้วยบุคคล ภาวะสุขภาพ สิ่งแวดล้อม และ การพยาบาล ซึ่งตามแนวคิดของวัตสัน ได้สรุปเกี่ยวกับมโนคติหลักไว้ดังนี้

บุคคล เป็นองค์รวมประกอบด้วยจิตวิญญาณ จิตใจและร่างกาย จิตวิญญาณเป็นแก่น ตัวตน (self) ของบุคคล เป็นแหล่งที่เกิดความตระหนักในตนเอง ความรู้สึกสำนึกขั้นสูง และเป็น พลังภายใน บุคคลมีการเจริญเติบโตและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

สุขภาพ เป็นภาวะที่มีดุลยภาพและมีความกลมกลืนระหว่างจิตใจ ร่างกายและจิต วิญญาณหรือมีความสอดคล้องเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันระหว่างตัวตนตามที่รับรู้และตัวตนตามที่ ประสบจริง

การเจ็บป่วย เป็นภาวะที่ไม่มีดุลยภาพของจิตใจ ร่างกาย และจิตวิญญาณ มีความไม่ สอดคล้องระหว่างตัวตนตามที่รับรู้และตัวตนตามที่ประสบจริง ซึ่งความไม่กลมกลืนนี้ทำให้เกิด การเจ็บป่วย

การพยาบาล เป็นกระบวนการดูแลที่เข้าถึงจิตใจและความรู้สึกของบุคคล (Transpersonal Caring) ในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การเยียวยาการเจ็บป่วย และการ

ฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งเป้าหมายเพื่อช่วยให้บุคคลเพิ่มคุณภาพในตนเอง เกิดความรู้ในตนเอง เคารพนับถือตนเอง ดูแลเยียวยาตนเอง เกิดความประจักษ์รู้ในความหมายของสภาวะต่างที่เกิดขึ้นในชีวิต

สิ่งแวดล้อม เป็นสิ่งแวดล้อมทั้งทางกายภาพสังคมวัฒนธรรมและจิตวิญญาณซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง สิ่งแวดล้อมเหล่านี้มีอิทธิพลต่อการรับรู้และพัฒนาของบุคคลที่อาศัยอยู่ในการดูแล ซึ่งกันและกันระหว่างบุคคล ค่านิยมของสังคมเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมให้การดูแลเกิดขึ้น

นอกจากนี้ วัดสันยังได้กล่าวถึงความรู้ที่จำเป็นต้องใช้ในกระบวนการดูแลมนุษย์ไว้ 6 ประการ คือ

- 1) ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมและการตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นและมีแนวโน้มจะเกิดขึ้น
- 2) ความรู้เกี่ยวกับความต้องการของบุคคล
- 3) ความรู้เกี่ยวกับการตอบสนองต่อความต้องการของบุคคล
- 4) ความรู้เกี่ยวกับการมีศักยภาพและความสามารถรวมทั้งข้อจำกัดของตัวผู้ดูแล
- 5) ความรู้เกี่ยวกับความหมายที่บุคคลมีต่อสถานการณ์ชีวิต สุขภาพและการเจ็บป่วย และ
- 6) ความรู้ที่จะให้ความเห็นอกเห็นใจ ความเมตตาและความสุขสบายแก่บุคคล

โดยสรุป ทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัดสัน เป็นทฤษฎีที่ให้ความสำคัญกับการดูแลที่มุ่งเน้นความเป็นมนุษย์ที่ประกอบด้วยร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ การที่บุคคลจะให้การดูแลผู้อื่นได้จะต้องเข้าใจความหมายในสิ่งที่ทำ เข้าใจความหมายของการดูแล เข้าใจความเป็นมนุษย์ รับรู้และเข้าใจความต้องการของผู้ที่ต้องการการดูแล นั่นคือการดูแลจะเกิดขึ้นได้ต้องมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้การดูแลและผู้รับการดูแล ภายใต้ปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดการดูแล

3. ปัญหาความบกพร่องในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

การที่ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ ทำให้มีการแสดงออกที่ไม่เหมาะสม มีการดำเนินของโรคแบบเรื้อรัง จึงมีการเจ็บป่วยที่ยาวนาน ซึ่งส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว และชุมชน จากรูปแบบของการรักษาผู้ป่วยจิตเวชในปัจจุบัน ที่มุ่งเน้นการรักษาในโรงพยาบาลโดยใช้ระยะเวลาสั้นลง ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทจำนวนมากต้องออกไปดำเนินชีวิตในชุมชน ซึ่งภายหลังจากผู้ป่วยจิตเภทจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมหรือชุมชน พบว่ามีสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ที่บ่งบอกให้รู้ว่า จำเป็นที่จะต้องมีผู้ที่จะต้องให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาล ซึ่งก็คือผู้ดูแลในครอบครัวนั่นเอง

ปัญหาที่พบขณะที่ผู้ป่วยดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนที่ชัดเจนคือปัญหาเรื่องของการขาดความสามารถในการดูแลตนเอง ดังเช่นการศึกษาของ สุวิมล สมัตถะ (2541) พบว่าปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชหลังจากที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล คือ ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยจะพบว่าในระยะแรกผู้ป่วยจะมีความสนใจและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนได้ แต่ต่อมาผู้ป่วยจะไม่ยอมช่วยเหลือตนเองและเรียกร้องความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว ในด้านสัมพันธภาพ ผู้ป่วยมักจะแยกตัวและไม่เชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าพูดคุยหรือบางรายมีพฤติกรรมที่รบกวนผู้อื่น จะมีสัมพันธภาพกับผู้ดูแลใกล้ชิดเพียงคนหรือสองคนเท่านั้น และมักจะเกิดปัญหาความคับข้องใจในครอบครัวนอกจากนี้ผลการศึกษาของ Davis (1974 อ้างใน ดารา ศัตรูลี และคณะ, 2539) ยังพบว่าการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวชเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชน ยังมีลักษณะของการเป็นผู้ป่วยทางจิต มีความยุ่งยากในการทำกิจกรรมทางสังคม ยังมีลักษณะที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ไม่มีเพื่อน และมีนิสัยทางสังคมไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยร้อยละ 33-37 ไม่สามารถพบปะผู้อื่นได้โดยไม่แสดงพฤติกรรมที่แปลกๆ ผู้ป่วยร้อยละ 20 มีนิสัยการกินที่ไม่เรียบร้อย และจะปฏิเสธการรับประทานอาหารร่วมกับสมาชิกอื่นในครอบครัว มักจะใช้เวลาว่างในการนั่งเฉยๆ

Judith (1980 อ้างใน ยอดสร้อย วิเวกรวรรณ, 2543) ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังในชุมชน ได้อธิบายถึงความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยจิตเวช ไว้ 3 เรื่อง ได้แก่

1. สิ่งจำเป็นพื้นฐานของชีวิต ได้แก่ อาหาร เสื้อผ้า การมีรายได้ การดูแลสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ และการได้รับการคุ้มครองตามกฎหมาย
2. การใช้เวลาให้เกิดประโยชน์อย่างคุ้มค่า ได้แก่ การทำงาน อาชีพ การทำกิจวัตรและนันทนาการ การศึกษา และการปฏิบัติศาสนกิจ
3. การดูแลให้ได้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

จากปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยจิตเภทดังกล่าว จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่ดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชน มีปัญหาเกี่ยวกับการขาดความสามารถในเรื่องของการดูแลตนเอง โดยเฉพาะในด้านการรับประทานยา การไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม หรือแม้แต่การที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆร่วมกับครอบครัวได้ ทำให้ญาติผู้ดูแลและครอบครัวต้องให้การดูแลช่วยเหลือในด้านต่างๆ ตามความบกพร่องที่มี รวมถึงความคิด การตัดสินใจ การทำงานและการทำกิจวัตรประจำวัน เพื่อให้สามารถช่วยเหลือและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้

4. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

4.1 ความหมายของผู้ดูแลในครอบครัว

ผู้ดูแลในครอบครัว (Family caregiver) หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่บ้าน (Davis, 1992) อาจเป็นบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลที่มีความสำคัญคนอื่น ๆ มุ่งเน้นการดูแลช่วยเหลือโดยไม่ได้รับการตอบแทน และให้การดูแลที่บ้านหรือชุมชนแหล่งอาศัย

Horowitz (1985 : 194-246) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะ โดยจำแนกตามระดับขอบเขตความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยและการใช้เวลาในการดูแล

1. ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) หมายถึง ผู้ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง (give direct care) มุ่งเน้นที่การกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การอาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกาย ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ช่วยแต่งตัว ช่วยในการขับถ่าย จัดเตรียมให้ผู้ป่วยรับประทานยา เป็นต้น โดยใช้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น ๆ

2. ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่น ๆ ที่อยู่ในเครือข่ายของการให้การดูแล มีหน้าที่จัดการดูแลด้านอื่น ๆ ที่ไม่ใช่การดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง (indirect care) เช่น เป็นตัวแทนในการติดต่อกับชุมชนหรือสังคม ดูแลจัดการเกี่ยวกับการเดินทางในการไปรับการรักษา เช่น เรื่องค่าเดินทาง ค่ารักษาพยาบาล ค่าครองชีพ หรืออาจปฏิบัติกิจกรรมการดูแลโดยตรงเป็นบางครั้งคราวเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถทำหน้าที่ได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย แต่ใช้เวลาในการดูแลน้อยกว่า

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539) ให้ความหมายของ ผู้ดูแล หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลแก่ผู้ป่วยที่บ้าน ญาติหรือบุคคลในที่นี่ อาจเป็น บิดา มารดา บุตร พี่ น้อง เพื่อน หรือแม้แต่บุคคลที่สำคัญในชีวิตคนอื่น ๆ ที่ทำการดูแลผู้ป่วยโดยผู้ป่วยต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลง เนื่องจากโรค ความพิการหรือ ความเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ รวมทั้งสติปัญญา การรู้คิด ตัดสินใจต่างๆ ที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีความจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือก่อให้เกิดความต้องการในการดูแลรักษาเฉพาะอย่างต่อเนื่อง โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล และสถานการณ์ในการให้ความช่วยเหลือดูแลเกิดขึ้นที่บ้านหรือในชุมชนแหล่งอาศัยที่ไม่ใช่ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลต่างๆ

จอม สุวรรณโณ (2541) ให้ความหมายของญาติผู้ดูแลในครอบครัว ไว้ว่า เป็นผู้ปฏิบัติกรดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยเรื้อรังที่มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง โดยไม่ได้รับค่าจ้าง ค่าตอบแทนและการดูแลนั้นไม่เกี่ยวกับข้อผูกพันทางวิชาชีพ

โดยสรุป ผู้ดูแลในครอบครัว หมายถึง บุคคลที่อยู่ในครอบครัวเดียวกันและให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งอาจเป็นผู้ที่มีความผูกพันทางสายเลือด เช่น บิดา มารดา บุตร พี่ น้อง หรือเป็นผู้ที่มีความสำคัญในชีวิตคนอื่น ๆ เช่น เพื่อน ก็ได้ ซึ่งให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง โดยที่ไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทนใดๆ ซึ่งการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแลอาจมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับลักษณะอาการของโรค ความรุนแรงของพฤติกรรม และความสามารถในการดูแลสุขอนามัยในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ผู้ดูแลมักเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย และส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน เช่น บิดามารดา สามีภรรยา บุตร หรือญาติพี่น้อง และอาศัยอยู่ร่วมครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มป่วยจนถึงปัจจุบัน ทำหน้าที่ดูแลและต้องรับภาระอย่างมากในการดูแล พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริม สนับสนุนและพัฒนาผู้ดูแลให้มีความสามารถในการดูแล พิจารณาตัดสินใจ ปรับเปลี่ยน และลงมือปฏิบัติการดูแล เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ปลอดภัย และต่อเนื่อง การดูแลโดยผู้ดูแลในครอบครัว เป็นการดูแลโดยการสร้างสัมพันธภาพ มีความห่วงใยและสนใจมากที่สุด มีความผูกพันและพยายามให้ความใกล้ชิด และแสดงความห่วงใย แต่ก็ยังต้องการการดูแลและคำแนะนำเพื่อให้เกิดความรู้และทักษะในการปฏิบัติ จากพยาบาลวิชาชีพและบุคลากรทางสุขภาพ (ศิริอร สินธุ และสมใจ พุทธิพิทักษ์ผล, 2542) พยาบาลจิตเวชจึงมีบทบาทในการดูแลครอบครัว เพื่อให้สามารถดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้อย่างเหมาะสมตามสภาพของแต่ละครอบครัว

4.2 การรับหน้าที่เป็นผู้ดูแลในครอบครัว

เมื่อมีคนเจ็บป่วยขึ้นในครอบครัว และจะต้องให้การดูแล ครอบครัวจะมีการมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบให้กับสมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัว เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งจากพื้นฐานความเชื่อทางสังคมและวัฒนธรรม จะพบว่าสังคมมักจะคาดหวังให้สมาชิกในครอบครัวที่เป็นเพศหญิงทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยในฐานะของผู้ดูแลหลัก ทั้งในลักษณะของการเป็นมารดา ภรรยา หรือแม้แต่บุตร ผลการศึกษาของ ซวลี แยมวงส์ (2538) ได้สะท้อนให้เห็นว่า การตัดสินใจเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแลเกิดจากสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวที่มีการแบ่งความรับผิดชอบแก่กัน ซึ่งพบข้อสังเกตเกี่ยวกับการกำหนดบุคคลเพื่อทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล 2 ลักษณะ คือ

กลุ่มที่มีการกำหนดผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยไว้แน่นอน พบในรายที่เคยเจ็บป่วยหรือมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง และญาติเคยทำหน้าที่ในการให้การดูแลมาก่อน และกลุ่มที่ไม่มีการกำหนดผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยไว้แน่นอน พบในรายที่ไม่เคยมีปัญหากการเจ็บป่วยหรือไม่มีความบกพร่องในการดูแลตนเองมาก่อน เมื่อเกิดการเจ็บป่วย จึงได้มีการคาดการณ์และรับรู้ว่าคุณป่วยต้องการการดูแลในระยะยาว จึงมีการกำหนดบุคคลที่รับผิดชอบในการให้การดูแล 2 ลักษณะ คือ 1) การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว ส่งผลให้มีการจัดแบ่งบทบาท ความรับผิดชอบกันอย่างรวดเร็ว โดยกำหนดผู้ดูแลหลัก 1 คน ส่วนสมาชิกที่เหลือในครอบครัวจะให้การช่วยเหลือสนับสนุนการดูแลด้านอื่นๆ และ 2) การมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว ทำให้เกิดความยากลำบากในการจัดแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบ มีการปฏิเสธและผลกระทบจากความรับผิดชอบให้แก่กัน กรณีเช่นนี้สรุปได้ว่า การดูแลผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการดูแลตนเองจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังนั้นเกิดจากปฏิสัมพันธ์และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้การดูแล และบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องในบริบทของการดูแล นอกจากนี้ผลการศึกษาของ ซูลซ์และคณะ (Schulz, et al., 1989) พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้การดูแลช่วยเหลือผู้อื่นของผู้ดูแล เกี่ยวข้องกับลักษณะของผู้ถูกช่วยเหลือ โดยทั่วไปผู้ที่มีลักษณะโครงสร้างทางร่างกายที่ดึงดูดความสนใจ มักจะได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างเป็นอย่างดี ตลอดจนความคล้ายคลึงในด้านต่างๆ เช่น ถ้าผู้ให้ความช่วยเหลือและผู้รับความช่วยเหลือ เป็นบุคคลในครอบครัว ญาติพี่น้องที่สืบสายเลือดเดียวกัน หรือบุคคลที่มีเชื้อชาติเดียวกันก็จะให้ความช่วยเหลือกันมากกว่าผู้อื่น โดยอยู่ภายใต้แรงจูงใจในการให้ความช่วยเหลือ (Motive for helping) เป็นปัจจัยที่สำคัญในการตัดสินใจว่าคุณจะช่วยเหลือผู้อื่นหรือไม่ เพราะเหตุใด ซึ่งแรงจูงใจในการให้ความช่วยเหลือผู้อื่นแบ่งเป็น 2 ประการ คือ

1. แรงจูงใจที่เกิดขึ้นเพื่อตอบสนองของความต้องการของตนเอง (Egoistic motivation) เช่น คาดว่าจะได้รับรางวัลตอบแทนจากการช่วยเหลือ ซึ่งอาจเป็นคำจ้าง การยอมรับของสังคม คำชมว่าเป็นคนดี หรือคาดว่าจะเกิดสิ่งไม่ดีกับตนเองถ้าไม่ช่วยเหลือ เช่น ทำไปเพื่อป้องกันคำครหาหรือความรู้สึกผิดถ้าไม่ช่วยเหลือ

2. แรงจูงใจที่เกิดขึ้นเนื่องจากความสงสาร เข้าใจ เห็นใจ (Altruistic motivation) แรงจูงใจประเภทนี้ มุ่งประโยชน์ที่จะเกิดกับผู้รับความช่วยเหลือไม่ใช่ตัวผู้ดูแลเอง ความรู้สึกที่ดีเช่นนี้มักจะมีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น พื้นฐานความเป็นญาติ ความคล้ายคลึงกันในด้านต่างๆ ความสัมพันธ์ในอดีต ระหว่างผู้ให้และผู้รับการดูแล ผู้ดูแลที่มีแรงจูงใจแบบนี้จะให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยความห่วงใย รักใคร่ เอาใจใส่ ปรารถนาดี ต้องการให้ผู้ป่วยมีความสุข โดยไม่หวังสิ่งตอบแทน

ในสถานการณ์หรือบริบทที่เกี่ยวข้องกับการให้การดูแลช่วยเหลือของผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ดูแลอาจมีทั้งแรงจูงใจเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองและแรงจูงใจที่เกิดขึ้นเนื่องจาก ความสงสาร เข้าใจ เห็นใจ เช่นในระยะแรกเริ่มของการเป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือในฐานะผู้ดูแล ในครอบครัว บุคคลอาจทำไปเพราะมีความสงสาร เข้าใจ เห็นใจ แต่เมื่อช่วยเหลือไปนานๆ ก็อาจ ทำไปเพราะป้องกันคำครหา หรือต้องการสิ่งตอบแทน แต่อย่างไรก็ตามผู้ดูแลอาจมีแรงจูงใจในการ ให้การดูแลช่วยเหลือลับกันไปสลับเปลี่ยนไปในแต่ละระยะของการให้การดูแลผู้ป่วยได้ (ยุพาพิน ศิริ โพร้งาม, 2539)

โดยสรุป การที่ครอบครัวมีการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยนั้น ขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพภายในครอบครัว ถ้าครอบครัวไม่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ซึ่งหมายถึงสัมพันธภาพ ระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกภายในครอบครัว ก็จะสามารถมอบหมายหน้าที่การเป็นผู้ดูแลหลักใน ครอบครัวได้ง่าย และผู้ดูแลเองก็จะให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความจริงใจ ไม่หวังสิ่งตอบแทน เป็นการ ดูแลที่เห็นประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นหลัก แต่ถ้าครอบครัวไม่มีสัมพันธภาพภายในครอบครัวไม่ดี ก็ จะมีความยุ่งยากในการมอบหมายหน้าที่ให้บุคคลใดบุคคลหนึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย นั่นคือสามารถ สรุปได้ว่า การมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ซึ่งหมายถึงสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและสมาชิก ในครอบครัว เป็นแรงจูงใจสำคัญในการตัดสินใจเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแลของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้ดูแลในครอบครัวที่ผู้วิจัยเลือกเป็นผู้ดูแล คือมารดาที่มีหน้าที่ในการดูแล บุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท ซึ่งเป็นการดูแลในลักษณะของสัมพันธภาพระหว่างมารดากับบุตร จึง น่าจะเป็นบริบทของการดูแลที่เกิดจากแรงจูงใจ จากความสงสาร และแรงจูงใจที่มาจาก ความสัมพันธ์ของการเป็นมารดา ซึ่งต้องมีหน้าที่ในการดูแลบุตร ดังนั้นการดูแลที่เกิดขึ้นจึงเป็นการ ดูแลที่มุ่งหวังให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยโดยตรง โดยไม่หวังสิ่งตอบแทน ซึ่งจะทำให้ได้ประสบการณ์ ของการเป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัวอย่างแท้จริง ที่เกิดขึ้นจากสัมพันธภาพภายในครอบครัว ไม่ใช่ สัมพันธภาพที่เกิดจากการต้องการค่าจ้างหรือสิ่งตอบแทน

5. การดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทของมารดา

การให้การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้าน เป็นการให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่รักษาไม่ หายขาด ผู้ดูแลจะต้องให้การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในฐานะผู้ดูแล ตามบทบาทและหน้าที่ของการ เป็นสมาชิกในครอบครัวที่ว่าเมื่อใดที่สมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่ง มีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น สมาชิกคนอื่นๆจะต้องให้การช่วยเหลือสมาชิกที่เจ็บป่วยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ จากการศึกษาเชิง คุณภาพ ของ ภัทรภรณ์ พุงปันคำ (Tungpunkom, 2000) ด้วยรูปแบบการวิจัยแบบ Grounded

Theory เรื่อง Staying in Balance : Skill and Role Development in Psychiatric Caregiving โดยทำการสัมภาษณ์เชิงลึกในมารดาที่ให้การดูแลบุตรที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสวนปรุง จำนวน 30 ราย พบว่า มารดาส่วนใหญ่จะต้องให้การดูแลบุตรที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทใน 3 ด้าน ได้แก่

1) การดูแลด้านการดำเนินชีวิตร่วมกับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล การดูแลด้านสังคม การดูแลด้านกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ การดูแลด้านสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยจากสิ่งเสพติด และ การดูแลด้านการป้องกันการถูกล้อเลียนหรือรังเกียจจากสังคม

2) การดูแลด้านการจัดการกับอาการของโรค ประกอบด้วย การจัดการกับอาการทางจิตของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท การจัดการกับอาการก้าวร้าวของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และการจัดการกับอาการเมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภททำร้ายตนเอง หรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

3) ด้านการบริหารยา ประกอบด้วย การจัดเตรียมยาให้เพียงพอ การดูแลด้านความร่วมมือในการรักษาและการดูแลด้านการปรับเปลี่ยนยา

นอกจากนี้ ชะฤทธิ พงศ์อนุตรีและคณะ (2531) ยังได้อธิบายถึงวิถีปฏิบัติของญาติในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ซึ่งมีลักษณะของผู้ดูแลที่เป็นมารดา รวมอยู่ด้วย ว่าต้องดูแลผู้ป่วยในการรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงการแสดงอารมณ์มากในครอบครัว ซึ่งหมายถึงอารมณ์โกรธ เกลียด ก้าวร้าว รวมไปถึงความรู้สึกหึงหวงเฝ้ามากเกินไป กรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา และหากผู้ป่วยยังพอฟังเข้าใจ ญาติควรพูดคุยและอธิบายถึงความสำคัญของการรับประทานยา ควรพาผู้ป่วยไม่พบแพทย์เมื่อมีพฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น ทำร้ายตนเอง หรือทำลายทรัพย์สิน กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ทำงานเมื่อพบว่ามีอาการซึมเศร้า เฉื่อยชา และแยกตัว ไม่เข้าสังคม โดยเริ่มจากงานที่ง่าย ๆ ก่อน และงานนั้นควรอยู่ในขอบเขตที่ผู้ป่วยสามารถทำสำเร็จได้โดยไม่เครียดมากเกินไป ในกรณีที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมแปลกๆ เช่น พุดหัวเราะคนเดียว ซึ่งถ้าไม่บ่อยหรือไม่มาก ญาติอาจเพิกเฉยหรือไม่ได้ตอบผู้ป่วย และแจ้งให้ผู้รักษาทราบ ข้อควรระวังคือ ญาติไม่ควรแสดงความโกรธ ตำหนิ หรือดูว่าผู้ป่วยอย่างรุนแรง ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการหลงผิด ซึ่งถ้าไม่รุนแรงหรือไม่อันตราย ญาติอาจเพิกเฉยไม่ได้แย้งถามเหตุผลที่ผู้ป่วยคิดเช่นนั้น แสดงว่ายังไม่เข้าใจหวั่นไหวที่จะพูดกับผู้ป่วยในเรื่องนี้ ญาติควรรับฟังเฉยๆ ก่อน และบอกอาการดังกล่าวให้แพทย์ทราบ ถ้ามีลักษณะที่อันตรายต่อชีวิตและทรัพย์สินควรพาผู้ป่วยไปพบแพทย์โดยด่วน

รจนา กุลรัตน์ (2532) ได้อธิบายถึงข้อควรปฏิบัติสำหรับญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ ดูแลให้รับประทานยาสม่ำเสมอ ไม่ควรให้ผู้ป่วยเก็บยาเอง พาหรือเตือนให้ผู้ป่วยไปรับยา

เมื่อยาหมด พาหรือเตือนผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัด สนับสนุนให้กำลังใจ เมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตัวดีขึ้น ดูแลผู้ป่วยไม่ให้เสเพลสิ่งเสพติด และให้การยอมรับผู้ป่วยเช่นเดียวกับสมาชิกคนอื่นๆในบ้าน

จากการศึกษาของ ปรีดีหทัย แก้วมณีรัตน์ (2534) ได้สรุปรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เหมาะสมไว้ 6 ด้าน ได้แก่

1) ด้านความเป็นอยู่ ส่วนใหญ่จะขึ้นอยู่กับระดับอาการของผู้ป่วยจิตเวช ถ้าผู้ป่วยมีระดับอาการค่อนข้างดี หรือมีการช่วยเหลือดูแลในด้านความเป็นอยู่ได้ไม่มากนัก เช่น การเตือนหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวัน การจัดหาของใช้และการจัดให้เป็นระเบียบเรียบร้อย การจัดสถานที่พักให้เหมาะสม

2) ด้านเศรษฐกิจ ส่วนใหญ่จะขึ้นอยู่กับฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวและความสามารถที่เหลืออยู่ของผู้ป่วยเอง ถ้าผู้ป่วยสามารถประกอบอาชีพได้บ้าง ภาระทางเศรษฐกิจของครอบครัวจะลดน้อยลง

3) ด้านสังคม มีการกระตุ้นผู้ป่วยทางด้านสังคมอย่างเหมาะสม เช่น การชวนผู้ป่วยออกไปเที่ยว สังสรรค์ พูดคุยกับผู้อื่น เล่นกีฬา เป็นต้น ซึ่งส่วนใหญ่จะขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัว ว่าให้ความสนใจกับผู้ป่วยมากน้อยแค่ไหน

4) ด้านอารมณ์และจิตใจ ถ้าสมาชิกในครอบครัวมีความเข้าใจสภาพของการเจ็บป่วยทางจิตเวชอย่างถูกต้องแล้ว จะสามารถให้การดูแลด้านนี้ได้ดี เช่น การพยายามชมเชย ให้กำลังใจ ช่วยแก้ปัญหา ให้คำปรึกษา แนะนำ ไม่แสดงอารมณ์หรือดูดำดูดีผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสบายใจลดความวิตกกังวล สร้างความเชื่อมั่นในการปรับตัวแก่ผู้ป่วยได้

5) ด้านการรักษา ซึ่งเป็นสำคัญและจำเป็น เมื่อยังมีผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในครอบครัว จำเป็นต้องกระตุ้นเตือนหรือดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างสม่ำเสมอ ไปพบแพทย์ตามนัด และเป็นผู้ช่วยสนับสนุนการบำบัดรักษาทางด้านร่างกายและจิตใจต่อจากโรงพยาบาล เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน แทนการปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่เฉยๆ

6) ด้านการปรับตัวและการช่วยเหลือตนเอง ซึ่งเป็นเรื่องที่สำคัญมากเพราะเมื่อสมาชิกในครอบครัวกระตุ้นและฝึกจนผู้ป่วยสามารถปรับตัวให้อยู่ในสิ่งแวดล้อมของครอบครัวและชุมชนได้อย่างเป็นสุข สามารถรับผิดชอบและช่วยเหลือตัวเองได้แล้ว จะเป็นการลดภาระในการดูแลระยะยาวของญาติได้เป็นอย่างดี ในขณะที่เดียวกันผู้ป่วยที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้แล้ว จะสามารถช่วยเหลือบุคคลอื่นได้ในที่สุดด้วย

โจนส์ (Jones, 1996) สรุปกิจกรรมการดูแลของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภทไว้ 9 ด้าน ได้แก่ การช่วยในการแต่งกาย การดูแลเรื่องรับประทานยา การทำงานบ้าน การซื้อวัสดุสิ่งของที่จำเป็น

การทำอาหาร การเดินทาง การจัดการด้านการเงิน การดูแลช่วยเหลือสมาชิกที่เป็นเด็ก และการบริหารเวลา

จากการทบทวนวรรณกรรม จะพบว่าการดูแลที่ผู้ดูแลปฏิบัติให้กับผู้ป่วยจิตเภท มีทั้งรูปแบบการดูแลที่ผู้ดูแลในครอบครัวควรปฏิบัติ และรูปแบบการดูแลที่ผู้ดูแลได้ปฏิบัติจริงซึ่งประกอบด้วย การดูแลทางด้านร่างกาย เช่น การดูแลเรื่องรับประทานยา ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การดูแลด้านจิตใจ อารมณ์ เช่น การทำความเข้าใจผู้ป่วย การยอมรับอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น การพูดคุยให้กำลังใจ ชมเชย เป็นต้น การดูแลทางด้านสังคม เช่น สนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมของครอบครัวและชุมชน การดูแลช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจ การดูแลทางด้านจิตวิญญาณ เช่น การสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมตามความเชื่อทางด้านศาสนา เป็นต้น แต่เมื่อทบทวนจากผลการศึกษาจริงๆ แล้วพบว่า ผู้ดูแลเองไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมเหล่านั้นทั้งหมด หรือบางกิจกรรมอาจจะไม่ได้การปฏิบัติ หรือปฏิบัติแต่น้อย อาจจะเป็นด้วยปัจจัยใดนั้น จึงต้องมีการศึกษาต่อไป

การดูแลช่วยเหลือเพื่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยจิตเภทหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นหน้าที่ของญาติหรือผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งถือว่าเป็นแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2540) ผู้ดูแลหรือครอบครัวจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือให้มีวิธีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและถูกต้อง เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การที่ครอบครัวมีบทบาทในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย การแสดงออกของครอบครัวก็เป็นสิ่งที่จะช่วยประคับประคอง และเป็นแรงเสริมให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตดีขึ้น และอยู่บ้านได้นานๆ โดยไม่เป็นภาระของครอบครัวมากนัก และไม่ต้องกลับมาเป็นผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตกำเริบรุนแรงขึ้นอีก ผู้ดูแลและครอบครัวจึงต้องทำความเข้าใจในเรื่องต่อไปนี้

1. เข้าใจในตัวผู้ป่วย ในบางครั้งผู้ป่วยอาจแสดงกิริยา อาการคำพูดตลอดจนท่าทางแปลกๆ ไปบ้าง ครอบครัวต้องเข้าใจและให้อภัยผู้ป่วย
2. ยอมรับในการเจ็บป่วย ควรยอมรับว่าผู้ป่วยจิตเภทเป็นคนป่วย จำเป็นต้องได้รับการรักษาที่ถูกต้องจากโรงพยาบาลและไม่แสดงความห่วงใยมากเกินไป
3. ไม่แสดงอาการรังเกียจหรือแสดงอารมณ์มากๆ ในครอบครัวเช่น แสดงอาการรังเกียจกลัว ไม่กล้าเข้าใกล้หรือพูดคุยด้วย วิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วยในทางที่ไม่ดีทั้งคำพูด น้ำเสียง หรือท่าที่ไม่ค่อยจับผิดหรือตำหนิติเตียนอย่างไม่มีเหตุผล ไม่ผลักดันให้ผู้ป่วยไปอยู่ที่อื่น เพราะจะทำให้ผู้ป่วยคิดมากและเสี่ยงต่อการเกิดอาการทางจิตจนกลับป่วยซ้ำได้ ดังเช่นผลการศึกษาของลินส์เซนและคณะ (Linszen et al, 1997) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในครอบครัวที่มีการแสดงอารมณ์สูง มีความเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำสูงถึง 5 เท่าของผู้ป่วยที่ครอบครัวมีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ

4. ให้กำลังใจ ถ้าหากผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสมหรือถูกต้องจะเป็นการช่วยเสริมสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยมากขึ้น รับฟังความคิดเห็นและความรู้สึกของผู้ป่วยด้วยความเห็นใจ ให้ความรัก ความอบอุ่นแก่ผู้ป่วยตามสมควร

5. สนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำงานตามความเหมาะสมและดูแลให้ได้รับการพักผ่อนตามสมควร

6. ดูแลผู้ป่วยให้หลีกเลี่ยงสิ่งเสพติดต่างๆ ที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ดูแลในครอบครัวที่ผู้วิจัยเลือกเป็นผู้ให้ข้อมูล เพื่อศึกษาถึงประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท คือ มารดาที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลช่วยเหลือบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติสุข ซึ่งเป็นการทำหน้าที่ดูแลที่เกิดจากสัมพันธภาพและปฏิสัมพันธ์ของการเป็นมารดากับบุตร

6. การดูแลช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

ครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมที่สมาชิกมีความผูกพันใกล้ชิดยาวนาน มีหน้าที่ในการฟื้นฟูภาวะสุขภาพของบุคคลในครอบครัวเมื่อเจ็บป่วยขณะอยู่ที่บ้าน หรือแม้แต่ในโรงพยาบาล และความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวก็มีผลกระทบต่อสมาชิกและครอบครัวโดยรวม การเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของครอบครัวเกิดจากแนวคิดสำคัญ 2 ประการ ประการแรกคือการเปลี่ยนจากความเชื่อที่ว่า การเจ็บป่วยทางจิตเวชเกิดจากสัมพันธภาพ หรือการติดต่อสื่อสารของสมาชิกในครอบครัว มาสู่แนวคิดการเจ็บป่วยทางจิต ที่เกิดจากความผิดปกติของพยาธิสภาพในสมอง ชีวภาพ และทางกรรมพันธุ์ และประการที่สองคือ แนวคิดที่ว่า การที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลนานๆ จะทำให้เกิดผลเสียต่อการดำรงชีวิตในสังคมเดิมของผู้ป่วย การรักษาสติของผู้ป่วย และความก้าวหน้าในการรักษาด้วยยา ดังนั้นในปัจจุบันจึงมีนโยบายให้ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลในระยะสั้น และให้ผู้ป่วยได้อยู่ในชุมชนหรือสังคมเดิมมากที่สุด ซึ่งยาใจ สิทธิมงคล (2542) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช ไว้ดังนี้

1. รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัว (Psychoeducational Family Intervention Model) แนวคิดนี้เชื่อว่าสภาพครอบครัวทำให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิต เน้นการรักษาจากบุคลากรในโรงพยาบาล การบำบัดรายบุคคล และการบำบัดครอบครัว โดยครอบครัวเป็นเพียงผู้ดูแลเกี่ยวกับการเลี้ยงดู สัมพันธภาพในครอบครัว โดยไม่ได้ให้ความสำคัญกับสภาพครอบครัวและความต้องการของครอบครัว อาจทำให้ครอบครัวรู้สึกผิด โกรธผู้รักษา อาจ

ไม่เข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาและอาจไม่นำผู้ป่วยมารักษาอีก ดังนั้นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลจิตเวชในการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัวผู้ป่วย จึงควรประกอบด้วย การสอนครอบครัวและผู้ป่วย ให้มีความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย อาการทางจิต การรักษา และการให้คำแนะนำเพื่อการป้องกันไม่ให้เกิดอาการป่วยซ้ำ สอนครอบครัวและผู้ป่วย เกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การแก้ปัญหาและกระบวนการตัดสินใจ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541) นอกจากนี้จากแนวคิดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของ Horowitz (1982 cited in Davis, 1992) สามารถประยุกต์รูปแบบการดูแลและคำแนะนำที่บุคลากรทางด้านสุขภาพจิตโดยเฉพาะพยาบาลจิตเวช ควรจะต้องให้กับผู้ดูแลและครอบครัวเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นอีกโรคหนึ่งที่ถูกว่าเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง ดังนั้นคำแนะนำและการช่วยเหลือที่พยาบาลจิตเวช จะต้องให้กับผู้ดูแลและครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภท จึงต้องเป็นคำแนะนำที่ครอบคลุมความต้องการการดูแลของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยมีจุดประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ซึ่งประกอบด้วยคำแนะนำด้านต่างๆดังต่อไปนี้

1.1 การดูแลกิจวัตรประจำวันต่างๆ ในการดูแลมีหลักสำคัญคือผู้ดูแลต้องพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุดและผู้ดูแลจะช่วยเหลือเฉพาะกิจกรรมที่ผู้ป่วยทำเองไม่ได้ หรือทำได้แต่ไม่สมบูรณ์ เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภท การคิด การตัดสินใจของผู้ป่วยอาจกระทำด้วยตนเองไม่ได้ พร้อมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง กิจวัตรประจำวันที่ผู้ดูแลจำเป็นต้องให้การดูแลผู้ป่วยมีดังนี้

1.1.1 การรักษาความสะอาดของร่างกาย ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่มักจะมีความบกพร่องในการดูแลความสะอาดของร่างกาย ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นและจัดหาอุปกรณ์ที่ใช้ในการอาบน้ำ การแปรงฟัน การสระผม การรักษาความสะอาดของเล็บ เป็นต้น

1.1.2 การให้ผู้ป่วยได้มีส่วนช่วยทำงานเล็กๆน้อยๆภายในบ้าน เพื่อเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการทำงาน แม้จะไม่ใช่งานอาชีพที่มีรายได้ตอบแทนที่เลี้ยงตัวเองได้ แต่จะทำให้ผู้ป่วยได้ใช้ศักยภาพของคนที่มียู่ อีกทั้งเป็นการเบี่ยงเบนความคิดที่ฟุ้งซ่านให้มาอยู่ทำงานหรือกิจกรรมที่มอบให้ทำ หรือในรายที่ผู้ป่วยซึมเศร้า แยกตัวเอง ถ้าได้ทำงานก็จะทำให้ผู้ป่วยหันเหความสนใจไปอยู่ที่การทำงานได้

1.1.3 การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาสม่ำเสมอ จะสามารถควบคุมอาการของโรคได้ การรับประทานยาที่ต่อเนื่องเป็นระยะเวลาานอาจทำให้ผู้ป่วยเบื่อหน่าย คือ ขัดขืน ไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา ผู้ดูแลจำเป็นต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

โดยคอยกระตุ้นเตือน ให้ผู้ป่วยรับประทานยา ในผู้ป่วยบางรายผู้ดูแลต้องเป็นผู้จัดยาให้ผู้ป่วยรับประทานและติดต่อกับทางโรงพยาบาลเพื่อขอรับยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา

1.1.4 การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร ผู้ดูแลต้องคอยดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารให้ตรงเวลาและให้ได้สารอาหารครบ 5 หมู่ ทั้งนี้การรับประทานอาหารที่ตรงเวลาจะทำให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาหลังอาหารได้ครบตามแผนการรักษา

1.1.5 การดูแลผู้ป่วยในด้านการแต่งกาย ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีความบกพร่องในด้านการแต่งกาย ขาดความสนใจในสิ่งแวดล้อม การตัดสินใจไม่ดี ผู้ป่วยบางรายอาจไม่สนใจเปลี่ยนเสื้อผ้า พฤติกรรมต่างๆเหล่านี้ผู้ดูแลจะต้องคอยแนะนำผู้ป่วยให้ปฏิบัติตนให้เหมาะสม ถูกกาลเทศะ

1.1.6 การพักผ่อนนอนหลับ ผู้ดูแลต้องจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยไม่มีสิ่งกระตุ้นที่รบกวนการนอน เช่น แสง เสียง หรือในรายที่นอนไม่หลับติดต่อกันเป็นเวลาหลายวัน ผู้ดูแลต้องสังเกต หาสเหตุหรือพาผู้ป่วยไปรับการรักษา

1.1.7 การออกกำลังกาย ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอโดยอาจจะเป็นการช่วยทำงานบ้านเล็กๆน้อยๆ

1.1.8 การฝึกทักษะทางสังคม เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานานจะมีความบกพร่องในการออกสู่สังคมภายนอก ไม่ว่าจะเป็นทักษะในการรับประทาน การสื่อสาร การขอความช่วยเหลือ การปฏิบัติตนให้ถูกกาลเทศะ ซึ่งทักษะเหล่านี้ผู้ดูแลจะต้องเป็นผู้สอนให้ผู้ป่วยได้ทดลองปฏิบัติเพื่อให้เกิดความมั่นใจในตนเองมากขึ้น

1.1.9 การปรับตัวในการเผชิญปัญหา ผู้ดูแลต้องคอยชี้แนะและสอนให้ผู้ป่วยเรียนรู้แนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งการปรับตัวในการอยู่ร่วมกันกับสมาชิกในครอบครัวและบุคคลอื่นที่แวดล้อมผู้ป่วย

1.1.10 การปฏิบัติตัวทางศาสนา เพื่อให้เกิดความสงบสุขทางด้านจิตใจ ผู้ดูแลต้องสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ทำบุญ และปฏิบัติตามกิจกรรมตามความเชื่อของแต่ละศาสนา การสวดมนต์ ไหว้พระ เป็นต้น

1.1.11 การทำให้เกิดความมั่นใจ ผู้ดูแลต้องสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วยโดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม ควรให้คำชมเชยเพื่อให้เกิดความมั่นใจในตนเอง

1.2 การประคับประคองด้านอารมณ์และจิตใจ ผลจากการเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆเกิดขึ้นในชีวิต เช่น ว่างงาน ขาดการติดต่อสื่อสารกับสังคม

ภายนอก สูญเสียภาพลักษณ์เกี่ยวกับตนเองโดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยมีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัวที่เคยประกอบอาชีพมีรายได้จนเจือครอบครัว เมื่อเกิดการเจ็บป่วยทำให้สูญเสียรายได้และสถานภาพทางสังคมเปลี่ยนแปลงไป การดูแลด้านจิตใจที่ผู้ดูแลต้องทำ คือ พยายามส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับความเป็นจริงให้มากที่สุด การสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจ แก่ผู้ป่วยประกอบด้วย

1.2.1 การป้องกันภาวะซึมเศร้า เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีความเปราะบางทางด้านจิตใจ ผู้ดูแลต้องยอมรับพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก ไม่ตำหนิหรือแสดงท่าทีที่ไม่พอใจ ควรปลอบโยนให้กำลังใจผู้ป่วย ให้คำชมเชยเมื่อผู้ป่วยทำกิจกรรมนั้นๆสำเร็จ แม้จะเป็นเพียงกิจกรรมเล็กน้อย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ดูแลป้องกันอารมณ์ที่ผิดปกติและเปลี่ยนแปลงง่าย หาสิ่งยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจให้ผู้ป่วย

1.2.2 การป้องกันความเครียด ผู้ดูแลต้องคอยสังเกตอาการผิดปกติทางด้านจิตใจที่ก่อให้เกิดความเครียด เพื่อที่จะได้หลีกเลี่ยงปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยเครียด

1.3 การประสานงานกับองค์กรของรัฐเพื่อขอความช่วยเหลือ เช่น การขอรับคำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หรือขอข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ที่จำเป็น เพื่อขอความช่วยเหลือต่อไป

1.4 การให้ความช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้ป่วย สำหรับการดูแลรักษาและอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยรวมทั้งเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในค่ารักษาพยาบาล ตลอดจนต้องเสียค่าใช้จ่ายในการปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสม

2. การดูแลครอบครัวจากแนวคิดครอบครัวมีภาระในการดูแลผู้ป่วย (Family Burden Approach) ได้แก่ ภาระเชิงอัตวิสัย ภาระเชิงจิตวิสัย การเงินและด้านอารมณ์จิตใจ กิจกรรมประจำวันในเชิงลบ การพยาบาลครอบครัวมุ่งการลดความเครียด ความรู้สึกเป็นภาระ ความอับอาย ความรู้สึกผิดของครอบครัว โดยมากเป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้นอาจทำให้ครอบครัวมองผู้ป่วยเพียงด้านเดียว

3. แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาธรรมชาติที่แท้จริงของครอบครัวในฐานะผู้ดูแล (Explanatory Model of the Nature of Family Caregiving) ครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา มีความคิด ความเชื่อ การรับรู้ เกี่ยวกับโรคจิตเวชเฉพาะของครอบครัวเอง และอาจต่างกับผู้รักษา เน้นการประเมิน ทำความเข้าใจครอบครัวตามสภาพที่เป็นจริง เพื่อจัดรูปแบบการดูแล

ครอบครัวอย่างมีส่วนร่วมอย่างเหมาะสม จัดการกับสภาพความเดือดร้อนที่เกิดขึ้นจริง และค้นหาสิ่งสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับตัวอยู่ร่วมกันได้

ในการดูแลช่วยเหลือ เพื่อสนับสนุนให้ครอบครัวเข้ามีส่วนร่วมในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่ยั่งยืน พยาบาลจิตเวชต้องสำรวจตนเองและทำความเข้าใจในเรื่องต่อไปนี้ (ยาใจ สิทธิมงคล, 2542)

1) สำรวจและทำความเข้าใจตนเองก่อนว่า ยึดถือทฤษฎีและแนวคิดใดในการติดต่อสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัว เช่น ถ้ายึดถือแนวความคิดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตว่ามีสาเหตุมาจาก ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัวของผู้ป่วย พยาบาลจิตเวชอาจต้องพูดคุยติดต่อหรือให้บริการกับครอบครัวในลักษณะที่ตำหนิครอบครัวของผู้ป่วยหรือกำหนดบทบาทของครอบครัวให้เข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาในลักษณะที่ต้องปฏิบัติตามคำสั่งของผู้รักษา

2) พยาบาลจิตเวชจำเป็นต้องเริ่มทำความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายของโรคจิตตามแนวความคิดของครอบครัว รวมทั้งความหวัง ความต้องการที่ครอบครัวมีต่อผู้ป่วยเสียก่อน วิธีการที่จะนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาก็คือ การใช้เวลาพูดคุยซักถามครอบครัวเกี่ยวกับการปฏิบัติของครอบครัวต่อผู้ป่วย ความยากลำบากในการดูแล การจัดการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งความต้องการของครอบครัวที่จะเห็นการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย หลังจากการดูแลผู้ป่วยระยะหนึ่งแล้ว ข้อมูลเหล่านี้จะช่วยให้พยาบาลเกิดความเข้าใจครอบครัวมากขึ้น และสามารถจะสนับสนุนครอบครัวให้เข้ามามีบทบาทในการรักษาได้อย่างเหมาะสม ทั้งในด้านของพยาบาลและของครอบครัวของผู้ป่วยเอง

3) ในการสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัว พยาบาลจิตเวชจำเป็นต้องลบล้างความคิดความเชื่อเก่าๆ ของครอบครัวเสียก่อน ครอบครัวมักจะมองผู้รักษาว่ายึดเอาแต่การดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก แนวความคิดเช่นนี้ก่อให้เกิดอุปสรรคอย่างยิ่ง ในการสนับสนุนให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล จึงควรที่จะชี้แจงและทำความเข้าใจเกี่ยวกับครอบครัวของผู้ป่วยเสียก่อนว่าการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวส่งผลต่อผู้ป่วยเองและต่อสมาชิกในครอบครัว ดังนั้นไม่เพียงแต่ผู้ป่วยเท่านั้นที่พยาบาลจำเป็นต้องดูแล แต่ต้องดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งช่วยเหลือให้สมาชิกครอบครัวสามารถปรับตัวและมีสุขภาพที่ดีด้วย

4) พยาบาลจิตเวช ต้องตระหนักว่าการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท จะไม่สามารถเกิดผลดีได้เลย หากไม่ได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากครอบครัว พยาบาลจิตเวชควรเน้นย้ำให้ครอบครัวเห็นว่าการเจ็บป่วยทางจิตของสมาชิกในครอบครัวไม่ได้มีสาเหตุ จากความขัดแย้งในครอบครัว ในขณะที่เดียวกันพยาบาลควรจะต้องชี้ให้ครอบครัวเห็นบทบาทและความสำคัญของตนเองในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้อยู่ในสังคมได้ต่อไป รวมทั้งร่วมกับพยาบาลในการที่จะหาวิธีลด

ผลกระทบจากการที่มีสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคจิตเภท ต่อร่างกาย จิตใจ และสังคมของสมาชิกคนอื่นๆในครอบครัว

5) การจัดรูปแบบของบริการที่เสนอให้กับครอบครัว พยาบาลไม่ควรมุ่งเอาแต่ความเชื่อของตนเป็นหลัก เพราะการที่ยึดถือความคิดหรือแนวคิดของตนเองเป็นหลัก จะทำให้มองครอบครัวด้วยความไม่เป็นกลาง รวมทั้งยังไม่สามารถเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้แสดงความคิดเห็นของตน ไม่ยอมรับในความคิดความเชื่อของครอบครัวที่มีต่อโรคของผู้ป่วย การบริการที่จัดให้กับครอบครัวก็จะไม่เกิดประสิทธิภาพในการที่จะช่วยครอบครัวนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้

6) ในการจัดรูปแบบของบริการให้กับครอบครัว พยาบาลควรศึกษาถึงความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับบริการทางสุขภาพที่ครอบครัวประเมินแล้วว่า เป็นบริการที่ก่อประโยชน์กับครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยอย่างแท้จริง

7) ในการจัดบริการให้กับครอบครัวนั้นพยาบาลควรแสดงถึงความจริงใจ ในการจัดบริการนั้นๆ และบอกกับครอบครัวตรงไปตรงมาว่าพยาบาลต้องการหรือขอร้องให้ครอบครัวทำอะไรบ้างในการดูแลผู้ป่วย ความจริงใจของพยาบาลจะเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้ครอบครัวให้ความร่วมมือ และเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาลมากยิ่งขึ้น

สรุปได้ว่า การที่จะให้การดูแลช่วยเหลือผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว ได้อย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลจะต้องทำความเข้าใจและให้การดูแลช่วยเหลือทั้งการดูแลผู้ป่วยและดูแลครอบครัวให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความสมดุลของสุขภาพทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัวที่มีหน้าที่ในการดูแล การทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดการพยาบาลครอบครัว จึงเป็นพื้นฐานในการที่จะช่วยให้พยาบาลสามารถปฏิบัติการพยาบาลให้กับผู้ป่วยจิตเภท และให้การดูแลช่วยเหลือครอบครัวไปพร้อมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ จึงเป็นส่วนหนึ่งที่จะสามารถทำความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลในครอบครัวได้อย่างครอบคลุม โดยเป็นลักษณะเฉพาะเจาะจงในตัวผู้ดูแลที่เป็นมารดา ที่ให้การดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท ผลการศึกษาที่ได้จะทำให้บุคลากรทางด้านสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลจิตเวช เกิดความเข้าใจถึงการดูแล รวมถึงสภาพปัญหาหรือเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นกับมารดาในการที่จะต้องดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท เป็นพื้นฐานในการดูแลช่วยเหลือมารดาที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล รวมถึงครอบครัวให้สามารถดูแลบุตรที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

7. แนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา ได้รับการยอมรับว่าเป็นระเบียบวิธีการวิจัยหนึ่งที่มีความสำคัญในการสร้างศาสตร์ทางการพยาบาล และ/หรือทฤษฎีการพยาบาลที่สำคัญ เนื่องจากการศึกษาเชิงปรากฏการณ์เป็นการศึกษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจต่อปรากฏการณ์ทางสุขภาพและการพยาบาล ซึ่งความรู้ที่พัฒนาจากการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาองค์ความรู้ทางการพยาบาล และนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ (จอณณะจิงเพ็งจาด, 2546)

Phenomenology หรือ ปรากฏการณ์วิทยา เป็นคำมาจากภาษากรีก Phianomenon แปลว่า appearance หรือการปรากฏให้เห็น และ logos แปลว่า reason หรือ เหตุผล (Moran & Mooney, 2002 อ้างถึงใน จอณณะจิงเพ็งจาด, 2547) การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) เป็นการศึกษาเพื่อค้นหาความรู้โดยมีพื้นฐานมาจากศาสตร์สาขาปรัชญา สังคมวิทยา และจิตวิทยา เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตตามการรับรู้ในปรากฏการณ์ธรรมชาติ (Streubert and Carpenter, 1993:43) นักปรากฏการณ์วิทยาเชื่อว่า ความรู้คือสิ่งที่ เป็นจริง (knowledge is that the reality) เกิดจากการให้ความหมายต่อโลก (gives meaning to the world) ของบุคคลผู้มีประสบการณ์ ไม่สามารถศึกษาโดยแยกบุคคลออกจากประสบการณ์ได้ (Omery and Mark, 1995:141) ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ทบทวนเกี่ยวกับแนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

ความหมายของปรากฏการณ์วิทยา

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

ปรากฏการณ์วิทยา หมายถึง ศาสตร์ที่มีจุดประสงค์อธิบายปรากฏการณ์ธรรมชาติที่มีความเฉพาะเจาะจง หรือลักษณะที่ปรากฏของสิ่งใด ๆ ในลักษณะประสบการณ์ชีวิต (Lived experience) (Streubert and Carpenter, 1999)

Merleau-Ponty (1962 cited in Streubert and Carpenter, 1999) กล่าวว่า ปรากฏการณ์วิทยา หมายถึง การศึกษาองค์ประกอบสำคัญ (essences) และสิ่งที่เกี่ยวข้อง เพื่อหาความหมายขององค์ประกอบที่เป็นอยู่เพื่อเข้าใจมนุษย์ (man) และโลก (world) ตามความเป็นจริง (facticity) ของเขาเอง

Omerly (1983) ปรัชญาการณวิทยา หมายถึง การค้นหาและอธิบายปรัชญาการณวิทยา ประสพการณของมนุษย์ตามที่เกิดขึ้นจริง ตามการให้ความหมายของผู้มีประสพการณ

Jasper (1994) ปรัชญาการณวิทยา เป็นการศึกษาความหมายที่แท้จริงของปรัชญาการณวิทยา ได้จากการอธิบายของผู้มีประสพการณในบริบทนั้นเท่านั้น

Holloway and Wheeler (1996) ให้ความหมายปรัชญาการณวิทยา คือ การศึกษาสิ่งที่มีอยู่ในธรรมชาติ โดยมีคำถามคือ สิ่งที่มีปรัชญาการณวิทยาอยู่คืออะไร (What is being)

กล่าวโดยสรุป การศึกษาเชิงปรัชญาการณวิทยา หมายถึง การศึกษาที่มีจุดประสงค์เพื่อสืบค้น วิเคราะห์ การให้ความหมายหรือตีความ และอธิบายประสพการณชีวิตอย่างไม่มือคติหรือปราศจากการคิดล่วงหน้าจากผู้ศึกษา เพื่อให้ได้มาซึ่งความรู้ที่เป็นจริงมากที่สุด ตามการรับรู้ของผู้ที่มีประสพการณนั้น

การศึกษาด้วยวิธีการปรัชญาการณวิทยาถูกนำมาใช้กันแพร่หลายในศาสตร์สาขาต่าง ๆ เช่น สังคมวิทยา จิตวิทยา ในสาขาวิชาการพยาบาลได้มีการนำวิธีการศึกษาเชิงปรัชญาการณวิทยามาใช้ ซึ่งพบว่ามีความเหมาะสมเนื่องจากการปฏิบัติการพยาบาลเป็นการวินิจฉัยปัญหาและให้การดูแลการตอบสนองของบุคคลต่อสุขภาพและความเจ็บป่วยซึ่งมีลักษณะเฉพาะเจาะจงในแต่ละบุคคล (Swanson-Kauffman and Schonwald, 1998:97) การศึกษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจประสพการณชีวิตขณะมีความเจ็บป่วย จึงช่วยให้มีการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละราย และพัฒนาศาสตร์ทางการพยาบาลได้

ปรัชญาและแนวคิดของปรัชญาการณวิทยาที่มีวิวัฒนาการตามระยะที่แตกต่างกัน เป็นผลให้มีแนวปฏิบัติ วิธีการให้ความหมาย การเลือกผู้ให้ข้อมูล วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลต่างกัน การนำวิธีศึกษามาใช้ในการวิจัยทางการพยาบาลควรศึกษาทำความเข้าใจถึงปรัชญา ข้อตกลงพื้นฐาน ของวิธีการนั้น และเลือกวิธีการศึกษาที่เหมาะสมโดยคำนึงถึงแนวคิดรากฐานของวิธีการศึกษา ลักษณะของสนาม และปัญหาการวิจัย (Jasper, 1994:309) ผู้วิจัยจึงเลือกใช้ในการดำเนินการวิจัยโดยใช้แนวคิดปรัชญาการณวิทยาของ Husserl (Husserlian Phenomenology) มาเป็นแนวทางในการศึกษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวประสพการณของมารดาในการให้การดูแลบุตรที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท โดยเน้นการให้ความหมายโดยผู้ดูแลเอง ปราศจากการตีความของผู้วิจัย เพื่อให้เกิดความเข้าใจวิธีการศึกษา ผู้วิจัยถึงเสนอแนวคิดการศึกษาปรัชญาการณวิทยาของ Husserl ดังต่อไปนี้

แนวคิดและปรัชญาพื้นฐานปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl

Husserl ถือว่าเป็นบุคคลที่ได้รับยกย่องว่าเป็นผู้ให้กำเนิดแนวคิดปรัชญาปรากฏการณ์วิทยา เป็นนักปรัชญาและนักคณิตศาสตร์ชาวเยอรมัน มีมุมมองบนพื้นฐาน Cartesian (Koch, 1995) ว่าบุคคลไม่สามารถแยกร่างกายและจิตออกจากกันได้ (dualism) แต่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน จึงศึกษาเพื่ออธิบายว่าจิตใจกระทำอย่างไร (mental act) สิ่งรอบตัวเป็นอย่างไร (intentional object) และมีความสัมพันธ์กันอย่างไร (relationship) โดยเน้นการให้ความหมายด้วยตัวเองของบุคคลที่มีประสบการณ์ต่อสิ่งนั้น ๆ (To the things themselves!) (Drew, 1993) แนวคิดปรัชญาของ Husserl ประกอบด้วยหลักการ 4 ด้าน คือ (จอนณะจง เพ็งจาด, 2546)

1. ความเชื่อเกี่ยวกับความเป็นศาสตร์หรือระบบความรู้ (The rigor of science) Husserl เชื่อว่าศาสตร์หรือระบบความรู้ ต้องมีความเข้มแข็ง และปรัชญาจะช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งของศาสตร์ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้เกิดความกระจ่างเกี่ยวกับแนวคิดพื้นฐานและข้อตกลงเบื้องต้น และก่อให้เกิดการเชื่อมโยงของแนวคิดเกี่ยวกับบุคคลและศาสตร์

2. แนวคิดเกี่ยวกับจุดเริ่มต้นของความรู้ (Philosophic radicalism) Husserl เชื่อว่าประสบการณ์ชีวิตของบุคคลประกอบด้วยโครงสร้างที่มีความหมาย ปรัชญาให้แนวคิดในการทำ ความเข้าใจประสบการณ์ชีวิตของบุคคล โดยใช้ Epistemology เป็นกรอบในการเรียนรู้โดยเฉพาะวิธีการ แหล่งอ้างอิงและความน่าเชื่อถือ การศึกษาเน้นการเข้าถึงจุดเริ่มต้นหรือแก่นและการกัน ความคิดที่มีก่อนการศึกษา หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งว่า การศึกษาที่จะก่อให้เกิดความเข้าใจในปรากฏการณ์หนึ่งๆ ต้องเข้าไปถึงจุดเริ่มต้น หรือแก่นของความรู้ของปรากฏการณ์นั้นๆ โดยปราศจากอคติ ซึ่งก็คือความคิดหรือความรู้ที่มีอยู่เดิม

3. ความเชื่อเกี่ยวกับการมีสิทธิในตนเอง (Autonomy) โดยเชื่อว่าบุคคลต้องมีความรับผิดชอบในตนเองและต่อสังคมวัฒนธรรมที่ตนเองเป็นสมาชิก

4. การให้ความสำคัญต่อการมีข้อสงสัย (Respect of wonder) บุคคลต้องมีความตระหนักถึงการเป็นอยู่ (Being) ของตนเองและของบุคคลอื่น และมุ่งที่จะหาคำตอบของข้อสงสัยที่เกี่ยวกับประสบการณ์ของบุคคล

นักปรากฏการณ์วิทยาเชื่อว่าความจริงศึกษาได้จากประสบการณ์ชีวิต (Omery and Mack, 1995) ปรากฏการณ์วิทยาจึงศึกษาเพื่อให้เข้าใจประสบการณ์ชีวิตตามความหมายของผู้มีประสบการณ์ จึงควรทำความเข้าใจกับประสบการณ์ชีวิต ซึ่ง Streubert and Carpenter (1999:44) ให้ความหมายของ ประสบการณ์ชีวิต หมายถึง สิ่งที่แสดงความเป็นบุคคลซึ่งเป็นจริงในชีวิตผู้นั้น เป็นความหมายที่บุคคลให้การรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อม เป็นผลมาจากปัจจัยภายในและภายนอกของแต่ละบุคคล

ระเบียบวิธีการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

กระบวนการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาที่ใช้ปรัชญาของ Husserl ประกอบด้วยวิธีการที่สำคัญที่นิยมใช้ 3 วิธี คือ (Streubert and Carpenter, 1999)

1. การพรรณนา (Descriptive phenomenology) เกี่ยวข้องกับการสืบค้นโดยตรง (Direct exploration) การวิเคราะห์ (Analysis) และการบรรยาย (Descriptive) โดยปราศจากการคาดเดา เพื่อให้เกิดการเข้าใจอย่างถ่องแท้ โดยเน้นที่ความสมบูรณ์ของข้อมูล (Richness) รายละเอียด (Fullness) และความลึกซึ้ง (Depth) ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการที่สำคัญ 3 ประการ ได้แก่

1.1 การหยั่งรู้ (Intuiting) จะเกิดขึ้นโดยผู้วิจัยอ่านบทวนข้อมูลที่ได้หลายๆครั้ง เพื่อให้เกิดความเข้าใจในปรากฏการณ์ที่ศึกษา

1.2 การวิเคราะห์ (Analyzing) เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้มาเพื่อให้เกิดภาพความสัมพันธ์ของสวนต่างๆที่เกี่ยวข้องหรือเป็นแก่น (Essences)

1.3 การบรรยาย (Describing) มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการสื่อสารเพื่อการบรรยายหรือการเปรียบเทียบให้ผู้อ่านสามารถเข้าใจเรื่องราวที่ต้องการนำเสนอ

2. การสืบค้นแก่นความรู้ (Study of essences) เป็นการสืบค้นข้อมูลแบบเจาะลึก เพื่อหาประเด็นที่พบบ่อยในประสบการณ์ชีวิตของผู้ให้ข้อมูล

3. การทอนความคิด (Reductive) กระบวนการที่ผู้วิจัยลดอคติในการศึกษา โดยการจัดกรอบ (bracket) ความคิด ความเชื่อและความรู้ที่มีอยู่ก่อนในปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษา เพื่อให้ประสบการณ์เดิมแยกออกจากประสบการณ์ชีวิตของผู้ให้ข้อมูล

ดังนั้น กระบวนการศึกษาตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl สามารถสรุปหลักการที่สำคัญได้ ดังนี้

1. เลือกประสบการณ์ที่ต้องการศึกษา (Descriptive phenomenology) โดยผู้วิจัยตั้งคำถามการวิจัยที่จำเป็นและเหมาะสมที่จะศึกษาด้วยวิธีนี้ และความรู้สึกและประสบการณ์ที่ศึกษาจะเข้าใจความเป็นจริงที่เกิดขึ้นของมนุษย์ (Merleau-Ponty, 1963:55) ตั้งเป้าหมายที่จะค้นหา วิเคราะห์ และอธิบายปรากฏการณ์โดยปราศจากการคิดล่วงหน้า เพื่อรับรู้สิ่งที่เป็นจริงตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล (Participants) โดยไม่วิพากษ์วิจารณ์ ประเมินหรือให้ความเห็นที่คิดว่าถูกต้อง

2. การเลือกผู้ดูแลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposeful sampling) โดยต้องกำหนดคุณสมบัติ คือ มีประสบการณ์ มีความรู้ในประสบการณ์ที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา สามารถสื่อสารภาษากับผู้วิจัยได้ ผู้วิจัยสามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยได้ และสมัครใจให้ข้อมูล

3. ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์ (researcher as instrument) ต้องมีความตระหนักในการรับรู้ข้อมูลที่เป็นจริง จึงต้องมีทักษะที่ช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลระลึกถึงความรู้สึก

และเล่าที่เป็นจริง มีรายละเอียดมากที่สุด (depth and richness of the information) (Drew, 1993: 346) เช่น การสร้างสัมพันธภาพ ทักษะการสนทนาเชิงแลกเปลี่ยนไม่วิพากษ์วิจารณ์ การสร้างความไว้วางใจและความสนิทสนม การติดต่อสื่อสารและนัดหมาย เป็นผู้เคารพในสิทธิและความเป็นมนุษย์ของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยต้องเป็นผู้ไวต่อความรู้สึก มีความยืดหยุ่นตามสถานการณ์ มีความรู้ในเรื่องที่ทำการศึกษเป็นอย่างดี เน้นความสัมพันธ์เชิงแลกเปลี่ยนมากกว่ามุ่งควบคุม ปฏิสัมพันธ์ของการสนทนา (Benoliel, 1988 cited in Streubert and Carpenter, 1999: 58) การสัมภาษณ์ควรเอื้อให้ผู้ให้ข้อมูลตอบโดยไม่ขึ้นหรืออภิปราย โดยใช้คำถามปลายเปิด คำถามเพื่อความกระจ่าง (clarifying questions) และสังเกตท่าทางของผู้ให้ข้อมูล ควรหยุดสัมภาษณ์หากผู้ให้ข้อมูลเหนื่อยเกินไป ควรอธิบายให้ผู้ให้ข้อมูลเข้าใจกระบวนการสัมภาษณ์ถูกต้องตรงกับผู้วิจัย เพราะจะทำให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องเชื่อถือได้ เป็นผู้ฟังอย่างตั้งใจ (listen attentively) ไม่ถามคำถามในลักษณะชักใช้ แต่ควรเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปฏิบัติต่อผู้ให้ข้อมูลด้วยความเคารพ จริงใจ และสนใจอย่างแท้จริง (Streubert and Carpenter, 1999)

4. วิธีการเก็บข้อมูล มีหลายวิธี เช่น การสัมภาษณ์ การสังเกต การบันทึกภาคสนาม แต่วิธีหลักที่นิยมใช้คือ การสัมภาษณ์ เมื่อได้ข้อมูลต้องอ่านบทสนทนาซ้ำหลาย ๆ ครั้ง เพื่อทำความเข้าใจ วิเคราะห์ห้วงค์ประกอบที่ได้ อาจต้องสัมภาษณ์หลายครั้งเพื่อช่วยขยาย ตรวจสอบ และเพิ่มเติมข้อมูลที่ขาดหายไป โดยก่อนสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยควรฟังเทปซ้ำ ทำความเข้าใจ และเตรียมคำถามประเด็นที่ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม

ผู้วิจัยเป็นผู้บอกได้ว่าเมื่อใดที่ข้อมูลเพียงพอ ข้อมูลอิ่มตัวแล้ว (saturation) คือ ไม่มีองค์ประกอบสำคัญเกิดขึ้น และข้อมูลเริ่มซ้ำ ทั้งนี้จะไม่ใช้ระยะเวลาเวลานานเกินไป เพราะข้อมูลอิ่มตัวได้จากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่งและช่วงเวลาหนึ่งเท่านั้น เนื่องจากเมื่อเวลาผ่านไป มีการเปลี่ยนแปลงภูมิหลัง อายุ สิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล

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

6. การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis) วิธีการศึกษาเชิงปรากฏการณ์มีรูปแบบการวิเคราะห์เพื่อให้ได้ข้อมูลแตกต่างกัน Van Kaam จะกำหนดประสบการณ์กว้าง ๆ ทำการสัมภาษณ์ให้ได้ข้อมูลก่อน แล้วจึงให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ เลือกประเด็นที่สำคัญในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลนั้น ส่วน Giorgi จะให้ความหมายประสบการณ์ที่ต้องการศึกษาง่าย ๆ แล้วเลือกผู้ให้ข้อมูลที่ มีประสบการณ์ที่ต้องการศึกษาจึงสัมภาษณ์ และวิธีของ Colaizzi เน้นที่ทำการเก็บรวบรวม

ข้อมูลร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูล และอาจใช้การสังเกต การบันทึกสนทนาร่วมด้วย วิธีของ Colaizzi อาจยืดหยุ่นได้ เช่น อาจให้ผู้ข้อมูลตรวจสอบก่อนและระหว่างเก็บข้อมูล แทนที่จะรอข้อมูลทั้งหมดก่อนไปให้ตรวจโครงสร้างองค์ประกอบเพื่อให้ข้อมูลให้ความเห็น 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 แยกจากคำอธิบายของผู้ดูแล จนกระทั่งการวิเคราะห์ข้อมูลเสร็จสิ้น (Knaack, 1984) กระทำโดยอ่านบทสนทนาที่ถอดคำต่อคำซ้ำ ๆ ทำการจำแนก และตั้งข้อความหรือประโยค ที่มีความสำคัญ ให้รหัส หรือบันทึกใน index cards แล้วจัดกลุ่มที่สัมพันธ์กับองค์ประกอบ เมื่อเก็บข้อมูลเสร็จ ทบทวนวรรณกรรมเพื่ออธิบายผลการศึกษา และนำเสนอโดยใช้ภาษาของผู้ให้ข้อมูล

7. ความเชื่อถือได้ของข้อมูล (Trustworthiness) ขึ้นอยู่กับคำถามผู้ให้ข้อมูล ความถูกต้องของระเบียบวิจัย และปรับแก้ไขเพิ่มหรือลดตามที่ผู้ให้ข้อมูลบอก (Streubert and Carpenter, 1999) ซึ่งได้มาจาก ความสัมพันธ์ของผู้ให้ข้อมูลกับผู้วิจัย และการยึดถือว่าผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้รู้จริง ในประสบการณ์นั้นมีการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับทีม เพื่อป้องกันการจัดกระทำข้อมูล และเกิดการแปลความที่หลากหลาย ป้องกันการเกิดอคติของผู้วิจัย และอยู่บนข้อตกลงพื้นฐานว่าข้อมูลที่ได้มาจากความเป็นจริงตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลจึงเชื่อถือได้ และการตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (participant validation) (Jasper, 1994)

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

8. ผลการศึกษาเชิงปรากฏการณ์ไม่สามารถอ้างอิงไปยังประชากรได้ แต่อาจสามารถถ่ายโอนหรือปรับใช้บริบทที่ใกล้เคียงกัน ขึ้นกับความต้องการนำผลการวิจัยไปใช้ในกลุ่มอื่น ๆ ของผู้อ่านผลการวิจัย (Jarper, 1994: 313)

8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ปิยะฉัตร สะอาดเอี่ยม (2544) ทำการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชด้านจิตวิญญาณ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ดูแลจำนวน 10 ราย ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการดูแลด้านจิตวิญญาณสรุปได้ 5 ประเด็น คือ 1) การเข้าใจและยอมรับ 2) การดูแลให้รู้สึกว่าเป็นที่รัก 3) การสนับสนุนให้ทำตามความเชื่อหรือสิ่งยึดเหนี่ยว 4) การสนับสนุนให้มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ และ 5) การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการดำเนินชีวิตอยู่ต่อไป โดยการให้กำลังใจและการทำให้สบายใจ

Pai & Kapur (1981) ได้ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การเปลี่ยนแปลงในด้านเศรษฐกิจและงานประจำของครอบครัว โดยทำการศึกษาเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 24 ราย ผลการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลเกิดความตึงเครียดในด้านเศรษฐกิจ การถูกขัดขวางในด้านกิจกรรมต่างๆ ของครอบครัว และพบอาการเครียดเกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแล

Chesia (1988 อ้างใน ยอดสร้อย วิเวกรวรรณ, 2543) ศึกษาการดูแลและการเผชิญปัญหาของผู้ปกครองของผู้ป่วยจิตเภท เน้นการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องครอบครัวมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยอย่างไร มีความเข้าใจอย่างไรและการดูแลและการเผชิญกับปัญหา เมื่อสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคจิตเภท ทั้งหมด 14 ครอบครัว ในประเด็นของการดูแล ผู้วิจัยแบ่งออกเป็น 4 เรื่อง ได้แก่ ใส่ใจต่อการเห็นคุณค่าในตัวเองของผู้ป่วย ส่งเสริมให้มีทักษะตามพัฒนาการภายในขอบเขตของการเจ็บป่วย ใส่ใจต่อการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยโดยเข้าไปมีส่วนร่วม และดูแลโดยใช้หลักของเหตุผล

Linda and LouEllen (1989 : 61) ศึกษาปัญหาจากการดูแลและสาเหตุของความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยศึกษาในมารดาของผู้ป่วย ซึ่งวิธีการดูแลสามารถสรุปได้ 3 วิธี คือ 1) การจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ 2) การดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวัน และ 3) การประสานงานกับผู้รักษาและหน่วยงานอื่น

Eakes (1995) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความทุกข์ยากของบิดามารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคจิตเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นบิดามารดาของเด็กที่ป่วยเป็นโรคจิตเรื้อรัง จำนวน 10 คู่ เครื่องมือที่ใช้ศึกษาเป็นแบบสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่าบิดามารดาเกิดความรู้สึกเสียใจ โกรธ สับสน เศร้าใจ สิ้นหวัง และเกิดความยุ่งยากใจเป็นอย่างมาก นับตั้งแต่ทราบว่าบุตรได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทและความรู้สึกเหล่านี้ยังคงเกิดกับผู้ที่เป็นบิดามารดาตลอดเวลา อาจจะลดน้อยลงไปบ้างแต่ก็ยังมีความรู้สึกอยู่ และสาเหตุที่ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นทุกข์ของบิดามารดาที่ดูแลผู้ป่วย คือ ขาดการพักผ่อนเพราะจะต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างไม่มีวันสิ้นสุด ขาดเวลา และพลังงาน การดำเนินชีวิตของครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป

Tuck et al. (1997) ได้ทำการศึกษาประสบการณ์การดูแลบุตรชายที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท ศึกษาในผู้ปกครอง จำนวน 9 ราย ในส่วนของการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยสรุปว่า ต้องประกอบด้วย การเฝ้าดู (watching) การป้องกัน (protecting) พยายามช่วยเหลือ (seeking help) และการเสียสละความต้องการส่วนตัว (sacrifice of personal need)

Ip and Mackenzie (1998) ศึกษาถึงประสบการณ์ในการดูแลญาติที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตอย่างรุนแรงที่บ้านของผู้ดูแล โดยทำการศึกษากับผู้ดูแลในครอบครัวในประเทศฮ่องกง จำนวน 8 ราย ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบชาติพันธุ์วรรณา ผลการศึกษาพบว่าประสบการณ์ของผู้ดูแล ประกอบไปด้วย 5 ประเด็นหลัก คือ ผลกระทบของอารมณ์ การเผชิญปัญหาและการปรับตัว ผลการทางด้านจิตสังคม การต้องการสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตและการได้รับบริการทางด้านสุขภาพจิต โดยผลกระทบทางด้านอารมณ์ประกอบด้วย ความรู้สึกทุกข์ใจ ความสูญเสีย โดยเฉพาะผู้ดูแลที่เป็นมารดาจะรู้สึกเศร้าใจเป็นอย่างมาก เมื่อบุตรที่จะต้องเป็นผู้นำของครอบครัวอย่างบุตรชายต้องมีการเจ็บป่วยขึ้น ทำให้ครอบครัวขาดผู้นำ ความรู้สึกหมดหวังกับความพยายามที่จะรักษาและเพื่อที่จะต้องอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่สามารถจัดการอะไรได้เพียงลำพัง ความรู้สึกสุดท้ายที่พบคือความรู้สึกว่าขาดการช่วยเหลือ ซึ่งผู้ดูแลรับรู้ว่ามีใครที่คอยช่วยเหลือเมื่อต้องอยู่ในสถานการณ์ของการดูแลที่เป็นทุกข์อันยาวนาน ไม่มีใครที่จะช่วยให้หลุดพ้นกับสถานการณ์นั้นได้เลย ประสบการณ์ด้านการเผชิญปัญหาและการปรับตัว ผู้ดูแลใช้กลยุทธ์ที่จะเผชิญกับการดูแลในระยะยาว โดยวิธีการยอมรับและให้การกระทำที่มีผลดีกับผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตสังคม และความต้องการด้านอารมณ์ ความหวังเป็นอีกหนึ่งสิ่งที่สำคัญที่จะช่วยให้ผู้ดูแลมีแรงจูงใจในการให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง ผลกระทบทางด้านจิตสังคม ประกอบด้วย การขัดขวางการดำเนินชีวิตทางสังคม การขัดขวางการทำงานที่ของครอบครัว ปัญหาด้านการเงิน ผลกระทบต่อสุขภาพและความรู้สึกเป็นตราบาป ความต้องการการสนับสนุนทางสังคม พบว่าผู้ดูแลรับรู้ว่าการช่วยเหลือทางสังคมน้อย และความต้องการทางจิตสังคมที่ผู้ดูแลต้องการประกอบด้วย ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร ซึ่งได้แก่ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของญาติ ความรู้เรื่องยาและการรักษา รูปแบบบริการที่จะได้รับ รวมทั้งวิธีจัดการกับอาการของผู้ป่วย ความต้องการการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ประกอบด้วยความต้องการพูดคุยกับเพื่อนบ้านหรือญาติคนอื่น ๆ ที่จะช่วยลดความกดดันต่างๆที่เกิดขึ้นจากการให้การดูแลผู้ป่วย ส่วนประสบการณ์ด้านสุดท้ายที่พบคือการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตและบริการสุขภาพจิต โดยพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังไม่แน่ใจกับอาการเจ็บป่วยของญาติว่าป่วยด้วยโรคอะไร และยังไม่แน่ใจว่าบริการทางด้านสุขภาพจิตที่ได้รับเรียกว่าอย่างไร

Rungreangkulkij and Chesla (2001) ศึกษามารดาที่ดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทในจังหวัดขอนแก่น พบว่าประสบการณ์การดูแลประกอบด้วย 1) มารดาจะนำผู้ป่วยไปรักษาด้วยวิธีพื้นบ้านหลายแห่ง เมื่อไม่หายจึงนำไปโรงพยาบาล 2) การตอบสนองต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยด้วยการทำใจ หมายถึง ยอมรับเข้าใจ ความสมเหตุสมผล และรู้สึกว่าเป็นหน้าที่ และ 3) ดูแลด้วยความเป็นมารดา โดย อ่อนหวาน ไม่เผชิญหน้าเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมและอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม

Butcher et al. (2001). ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมของผู้ดูแลในครอบครัว จำนวน 103 ราย ใช้รูปแบบการศึกษาด้วยวิธีการเชิงปรากฏการณ์วิทยา ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวอธิบายว่าการที่ต้องให้การดูแลสมาชิกที่ป่วยเป็นโรคสมองเสื่อมเป็นประสบการณ์ที่ต้องหมกมุ่นอยู่กับการดูแล ซึ่งประกอบด้วย ความเครียด ความสับสนวุ่นวาย ความทุกข์ทรมานอยู่กับการสูญเสีย ความรู้สึกที่ว่าโรคสมองเสื่อมเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตการรักษาไว้ซึ่งความมั่นคง การให้การสนับสนุน มีการเคลื่อนไหวและเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา การค้นพบความหมายต่างๆและความปิติยินดี

สรุปจากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลแล้ว พบว่าถึงแม้จะมีการศึกษาที่เป็นประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แต่ส่วนใหญ่ยังไม่ครอบคลุมถึงการรับรู้ ความรู้สึก นึกคิด ที่เกี่ยวข้องกับการให้ความหมายและความสำคัญของการดูแลเท่าใดนัก โดยเฉพาะการดูแลที่มีมารดาทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัว ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความต้องการที่จะศึกษาถึงประสบการณ์ของมารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท ทั้งนี้เนื่องจากมารดาเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดทั้งทางสายเลือดและความผูกพัน และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลในครอบครัวแล้วพบว่า มารดาจะเป็นบุคคลที่คอยให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชมากที่สุด ในบรรดาของผู้ดูแลในครอบครัวทั้งหมด ดังนั้นเมื่อมีความต้องการที่จะสร้างแนวร่วมของครอบครัว ให้มีส่วนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้เกิดการดูแลที่มีประสิทธิภาพ จึงควรที่จะต้องทำความเข้าใจถึงประสบการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของครอบครัว โดยเฉพาะผู้ดูแลหลัก ซึ่งในการศึกษาในครั้งนี้คือมารดา เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลุ่มลึกและครอบคลุมในส่วนที่เป็นการให้ความหมายและความสำคัญของการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท รวมถึงเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นและเกี่ยวข้องกับบริบทของการมีบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทและต้องให้การดูแล

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาด้วยระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้แนวคิดในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา เพื่อศึกษาประสบการณ์ของมารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) แบบมีแนวทางในการสัมภาษณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลุ่มลึกและครอบคลุมเกี่ยวกับประสบการณ์ในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทของมารดาซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลในครอบครัว โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

1. ผู้ให้ข้อมูล (Key informant)

ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ เป็นมารดาที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัว โดยทำหน้าที่ในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท ทั้งนี้เพื่อให้ได้ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริง จึงต้องมีการสัมภาษณ์จากผู้ที่มีประสบการณ์นั้นโดยตรง สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วนตามปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริงที่อยู่ในความสนใจ ดังนั้นการเก็บรวบรวมข้อมูลจึงจำเป็นต้องใช้วิธีการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง ที่มีประสบการณ์ มีความรู้ในประสบการณ์ที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนด

วิธีการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตรงตามประเด็นที่ต้องการศึกษา ผู้วิจัยจึงได้กำหนดคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

- 1) เป็นมารดา ผู้ซึ่งทำหน้าที่ในการดูแลบุตรที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทผู้ใหญ่
- 2) สามารถพูดคุย สื่อสาร และเข้าใจภาษาเดียวกับผู้วิจัย
- 3) มีความยินดีและให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล ตามแบบการขอความร่วมมือและคุ้มครองสิทธิการเป็นผู้ให้ข้อมูลในการวิจัย

สนามวิจัยที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ เป็นแผนกจิตเวชที่ให้บริการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่อยู่ในพื้นที่ของกรุงเทพมหานคร หรืออีกนัยหนึ่งคือ เป็นสนามการวิจัยที่มีบริบทเป็นสังคมเมือง และเป็นการให้การดูแลผู้ป่วยอยู่ในชุมชนที่เป็นชุมชนเมือง โดยในการสัมภาษณ์ได้ใช้พื้นที่ในส่วนที่เป็นห้องว่างของแผนกซึ่งได้ใช้ในการ

สัมภาษณ์เพียง 3 รายเท่านั้น คือผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1, 3 และรายที่ 4 เนื่องจากมีการเดินเข้าออกของเจ้าหน้าที่ตลอด ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการติดตามไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลที่บ้านแทน ประกอบกับผู้ดูแลเองก็มีความสะดวกที่จะให้ข้อมูลที่บ้านมากกว่าที่โรงพยาบาล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ที่มุ่งศึกษาปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ผู้วิจัยจึงเป็นเครื่องมือและกุญแจที่สำคัญ ในการที่จะได้มาซึ่งข้อมูลที่ต้องการ เพราะในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยจะต้องเข้าไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลอย่างใกล้ชิด ในสถานการณ์ที่เป็นจริง นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเป็นเครื่องมือที่สำคัญแล้ว ยังมีเครื่องมือประกอบอื่นๆที่ต้องใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 เครื่องบันทึกเสียง

2.2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

2.3 แนวคำถามในการสัมภาษณ์ เกี่ยวกับประสบการณ์ในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทของมารดา มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด ที่จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถบอกเล่าเรื่องราวหรือประสบการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทได้อย่างครอบคลุมและลึกซึ้ง โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน (รายละเอียดในภาคผนวก)

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) แบบมีแนวทางการสัมภาษณ์เป็นวิธีการหลัก โดยทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นรายบุคคล ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนต่อไปนี้

3.1 การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย

เพื่อให้สามารถดำเนินการวิจัยได้อย่างถูกต้องตามกระบวนการวิจัย และได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยได้มีการพัฒนาความพร้อมในการดำเนินการวิจัย โดยได้เตรียมตนเองทั้งระยะก่อนและระหว่างดำเนินการวิจัย ดังนี้

3.1.1 การเตรียมความรู้เรื่องระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้ศึกษาหลักการเชิงทฤษฎีของการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาด้วยตนเองจากการอ่านเอกสาร ตำรา ผลงานการวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ผลงานวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา การลงทะเบียนเข้าเรียนนิสิตวิจัยเชิงคุณภาพ 3 หน่วยกิต ของคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยร่วมกับการขอคำปรึกษาจากอาจารย์ที่ปรึกษาและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

3.1.2 การเตรียมความรู้ด้านความไวเชิงทฤษฎี ผู้วิจัยศึกษาเนื้อหาที่เกี่ยวข้องของ ได้แก่ แนวคิดเกี่ยวกับโรคจิตเภท แนวคิดเกี่ยวกับการดูแล แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลและครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งแนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา เพื่อให้มีความพร้อมในการตรวจสอบตนเองเกี่ยวกับความรู้ ความรู้สึก ความคิด ที่ต้องจัดกรอบแยกไว้ ก่อนการรับฟังและการแปลความ การให้ความหมายข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล เพื่อระมัดระวังความคลาดเคลื่อนที่อาจจะเกิดขึ้นในการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

3.1.3 การวางแผนการวิจัย ผู้วิจัยทำการวางแผนการวิจัยเป็นขั้นตอนตั้งแต่ก่อนเข้าสนาม ระหว่างการเก็บข้อมูล และหลังออกจากสนาม

3.1.4 ผู้วิจัยมีความตระหนักว่าตนเองเป็นผู้วิจัย เป็นเครื่องมือที่สำคัญ ต้องเข้าสนามเพื่อรับข้อมูลที่เป็นจริงจากผู้ให้สัมภาษณ์ โดยคำนึงถึงการป้องกันและลดอคติจากการคาดเดาหรือมีแนวคิดล่วงหน้า มีความพร้อมในด้านเทคนิคการสัมภาษณ์ โดยการฝึกฝนเทคนิคการสัมภาษณ์ การเตรียมขั้นตอนการสัมภาษณ์ในแต่ละช่วง ได้แก่ การเตรียมความพร้อมผู้ให้ข้อมูล การให้ผู้ให้ข้อมูลระลึกถึงเหตุการณ์ขณะนั้น และการปล่อยให้ผู้ให้ข้อมูลเล่าเรื่องด้วยตนเอง (Drew, 1993) และฝึกฝนเป็นผู้กระตือรือร้นในการฟัง (Active listening) การใช้คำถามเพื่อค้นหาข้อมูล (Exploring questions) ทักษะการบันทึกข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลและการให้ความหมาย โดยคำนึงถึงสิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูลและจริยธรรมของผู้วิจัยตลอดการดำเนินการวิจัย (Steubert and Carpenter, 1999) ผู้วิจัยให้ความสำคัญและพยายามให้ผู้ให้ข้อมูลมีส่วนร่วมในการศึกษาวิจัย เคารพในความเป็นผู้มีประสบการณ์ ให้เกียรติและยอมรับข้อมูลที่คิดว่าเกิดจากประสบการณ์ที่ผู้ให้ข้อมูลได้ประสบจริงๆ

3.1.5 ผู้วิจัยตรวจสอบตนเองร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ตลอดการดำเนินการวิจัย ได้แก่ การคุ้มครองสิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล เทคนิคและวิธีการสัมภาษณ์ การให้ความหมายและรหัสข้อมูล การจัดกลุ่มประเด็นของความหมายและรหัสข้อมูล รวมทั้งการเขียนอธิบายประเด็นอย่างละเอียด

3.1.6 ผู้วิจัยตระหนักอยู่เสมอว่าผู้ให้ข้อมูลถือเป็นผู้ร่วมวิจัย เนื่องจากต้องการศึกษาประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจึงให้ความสำคัญและพยายามให้ผู้ให้ข้อมูลมีส่วนร่วมใน

การศึกษา โดยเคารพในความเป็นผู้มีประสบการณ์ ให้เกียรติและยอมรับข้อมูลทุกอย่างที่ได้มา และใช้ทักษะต่างๆ เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายประสบการณ์ที่ต้องการศึกษาอย่างเต็มที่ (Knaack, 1984)

3.2 การเตรียมแนวคำถามในการสัมภาษณ์ (Semi-structure interview) แบ่งแนวทางการสัมภาษณ์ออกเป็น 2 ส่วน คือ

3.2.1 ผู้วิจัยสร้างแนวคำถามตามแนวคิดการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เป็นจิตเภทของผู้ดูแลในครอบครัว และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกำหนดวัตถุประสงค์ของข้อคำถามตามปัญหาการวิจัย แล้วเขียนแนวคำถามเป็นลักษณะคำถามปลายเปิดเป็นประเด็นกว้างๆ มีความยืดหยุ่นตามการสนทนา ไม่กำหนดจำนวนคำถามและลำดับคำถาม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นข้อมูลเชิงลึกและครอบคลุม ตรงประเด็นที่ต้องการศึกษา หลังจากนั้นนำแนวคำถามปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมเพื่อตรวจสอบแนวคำถาม จากนั้นนำไปทดลองสัมภาษณ์กับผู้ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับผู้ให้ข้อมูลที่กำหนดไว้ 2 ราย

3.2.2 หลังจากสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายแรกแล้ว ผู้วิจัยทำการถอดเทปแบบคำต่อคำ (Verbatim) ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลซ้ำอีกครั้ง ด้วยการฟังจากเทปบันทึกเสียง เมื่อพบว่าข้อมูลที่ได้ยังไม่ชัดเจนหรือมีบางคำถามที่ไม่สามารถสื่อไปยังสิ่งที่ต้องการศึกษาได้ จึงได้ทำการปรับแนวคำถามใหม่ให้เหมาะสมมากขึ้น เพิ่มเติมข้อคำถามที่ยังไม่ครอบคลุม ครอบคลุม รวมทั้งเพิ่มข้อคำถามแบบเจาะลึก ในกรณีที่ต้องการรับทราบข้อมูลเรื่องนั้นมากขึ้นหรือไม่แน่ใจในคำตอบบางคำของผู้ให้ข้อมูล นอกจากนี้เมื่อพบว่ามีความบางคำไม่ชัดเจน ผู้วิจัยทำการจดคำถามหรือบันทึกคำพูดที่ยังไม่เข้าใจไว้เพื่อนำกลับไปถามผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง เพื่อให้เกิดความกระจ่าง หลังจากตรวจสอบความสมบูรณ์กับผู้ให้ข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยนำข้อคำถามที่ได้รับการปรับจากผู้ให้ข้อมูลรายแรก ไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายที่สอง และนำมาทำการถอดข้อความเป็นคำต่อคำ และทำการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นเช่นเดียวกับผู้ให้ข้อมูลรายแรก จากนั้นนำไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม เพื่อทำการปรับแนวคำถามให้เหมาะสมอีกครั้ง จากนั้นนำข้อคำถามที่ได้จากการปรับ ไปรับการตรวจสอบคุณภาพความตรงเชิงเนื้อหาอีกครั้งจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และผู้เชี่ยวชาญทางด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ จากนั้นทำการปรับแก้ข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำข้อคำถามที่ได้ไปทำการเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลจริงตามขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.3 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.3.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลถึง โรงพยาบาลที่เป็นสนามวิจัยเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เข้าพบเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับผู้วิจัยคือแผนกผู้ป่วยนอก เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์และการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือในการประชาสัมพันธ์โครงการวิจัย

3.3.2 ผู้วิจัยค้นหาผู้ให้ข้อมูล คือมารดาซึ่งทำหน้าที่ในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทผู้ใหญ่ ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โดยทำการสอบถามกับเจ้าหน้าที่พยาบาล ที่อยู่ประจำแผนกผู้ป่วยนอกว่า มีผู้ป่วยจิตเภทรายใดบ้าง ที่มีมารดาเป็นผู้ดูแลหรือพามารับการตรวจรักษา จากนั้นจึงติดต่อเข้าพบกับมารดาที่เป็นผู้พาผู้ป่วยมารับการตรวจรักษา ในรายที่มีมารดาเป็นผู้ดูแลแต่ไม่ได้พาผู้ป่วยมา ผู้วิจัยได้ทำการพูดคุยเบื้องต้นกับผู้ป่วย และสอบถามผู้ป่วยว่าใครเป็นผู้ที่ให้การดูแลหลัก เมื่อพบว่าเป็นมารดาจึงทำการขออนุญาตผู้ป่วยติดตามไปที่บ้านเพื่อพบกับมารดา โดยได้ทำการโทรศัพท์ติดต่อกับมารดาของผู้ป่วยเพื่อขออนุญาตเข้าพบด้วยทุกราย

3.3.3 ผู้วิจัยเข้าพบ แนะนำตัว และสร้างสัมพันธภาพกับมารดาของผู้ป่วย หลังจากพบว่ามีคุณสมบัติตามเกณฑ์ของการเป็นผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจึงได้ขอความร่วมมือในการเป็นผู้ร่วมวิจัย พร้อมทั้งได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยและวิธีดำเนินการวิจัย รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลให้ได้รับทราบ เมื่อมารดาผู้ป่วยมีความสนใจและยินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยอธิบายให้ทราบถึงรายละเอียดของการวิจัยให้ทราบอีกครั้ง ซึ่งได้แก่ วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย รวมถึงขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างละเอียด หัวข้อที่ต้องการสัมภาษณ์ การขออนุญาตบันทึกเสียงการสนทนา การจดบันทึกภาคสนามขณะทำการสัมภาษณ์ จำนวนการนัดหมาย ระยะเวลา และสถานที่ในการสัมภาษณ์ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้เลือกวัน เวลา และสถานที่ในการให้สัมภาษณ์ โดยคำนึงถึงความสงบเป็นส่วนตัว ความพอใจของผู้ให้สัมภาษณ์ ความสะดวกในการเดินทาง และความปลอดภัยของผู้วิจัย การรักษาความลับโดยการทำลายเทปบันทึกเสียงเมื่อสิ้นสุดการวิจัย จากนั้นจึงให้เซ็นยินยอมเป็นผู้เข้าร่วมวิจัย และเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นขั้นต่อไป

3.3.4 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) แบบมีแนวทางในการสัมภาษณ์ (Interview guideline) เมื่อประเมินได้ว่าผู้ให้ข้อมูลเกิดความไว้วางใจและพร้อมที่จะให้ข้อมูลเชิงลึก ผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกเทปอีกครั้ง และเริ่มทำการสัมภาษณ์ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีโอกาสทำการสัมภาษณ์ที่บ้านของผู้ให้ข้อมูลทุกราย

ส่วนใหญ่ทำการสัมภาษณ์ภายในบ้าน มีผู้ให้ข้อมูล 2 รายคือ ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5 และรายที่ 15 ที่ต้องทำการสัมภาษณ์ได้ต้นไม้หลังบ้าน เนื่องจากบ้านที่อยู่ปัจจุบัน เป็นห้องเช่าเล็กๆเพียงห้องเดียว และมีผู้ป่วยนอนอยู่ในห้องตลอด บรรยากาศในการสัมภาษณ์จึงไม่ส่วนตัวและอาจจะไม่ได้มาซึ่งข้อมูลที่เป็นประสบการณ์จริง นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1 รายที่ 3 และรายที่ 4 ยังสะดวกให้ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ได้ที่แผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลโดยทำการสัมภาษณ์ในห้องว่างของแผนก โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ครั้งละ 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง ซึ่งขณะสัมภาษณ์ผู้วิจัยปฏิบัติดังนี้

1) ทำการเก็บข้อมูลส่วนที่ 1 คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลและผู้ป่วยจิตเภท

2) ทำการเก็บข้อมูลในส่วนที่ 2 คือการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) ถึงประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลในครอบครัว แบบมีแนวทางในการสัมภาษณ์ พร้อมกับบันทึกการสัมภาษณ์ด้วยเทปบันทึกเสียง ซึ่งในขณะที่ทำการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยใช้ทักษะของการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก โดยคำนึงถึงสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้ให้ข้อมูล มีการปรับคำถามในขณะที่สัมภาษณ์เพื่อความชัดเจนของข้อมูลตามบริบท และสิ่งที่สังเกตได้จากการสัมภาษณ์ เช่น สีหน้า แววตา ท่าทาง อารมณ์และการแสดงออกที่ไม่ใช้คำพูดของผู้ให้ข้อมูล

3) สังเกตท่าทางของผู้ให้ข้อมูล เมื่อผู้ให้ข้อมูลแสดงอารมณ์ร่วมขณะตอบคำถาม หรือบอกเล่าประสบการณ์ เช่น ร้องไห้ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูล ได้ระบายหรือแสดงออกถึงความรู้สึกอย่างเต็มที่ โดยรับฟังอย่างตั้งใจแสดงความเห็นใจ และนั่งเป็นเพื่อนผู้ให้ข้อมูล เมื่อผู้ให้ข้อมูลได้ระบายความรู้สึกแล้ว ผู้วิจัยจึงเริ่มทำการสัมภาษณ์ในประเด็นต่อไป ซึ่งในการสัมภาษณ์ครั้งนี้มีผู้ให้ข้อมูล 4 ราย (คือ ID 2, ID 5, ID 6 และ ID 14) ที่แสดงอารมณ์โศกเศร้าออกมาโดยการร้องไห้ เมื่อพูดถึงการดูแลบุตรที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท ซึ่งผู้วิจัยได้พยายามให้ผู้ให้ข้อมูลได้ระบาย บอกเล่าความรู้สึกต่างๆออกมาให้มากที่สุด และดำเนินการสัมภาษณ์ต่อไปจนเสร็จสิ้นตามระยะเวลาที่ได้ชี้แจงกับผู้ให้ข้อมูลได้รับทราบ มีผู้ให้ข้อมูลรายที่ 14 (ID 14) ที่ไม่สามารถให้ข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ต่อไปได้ โดยให้เหตุผลว่าไม่อยากพูดถึงเรื่องต่างๆที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุตรตอนนี้ เพราะถ้าพูดแล้วจะร้องไห้ทุกครั้ง ผู้วิจัยพิจารณาแล้วเห็นว่าผู้ให้ข้อมูลต้องการความช่วยเหลือทางด้านจิตใจ จึงทำบทบาทของการเป็นผู้ให้คำปรึกษา รับฟังความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลแทนการสัมภาษณ์เชิงลึก และเมื่อพิจารณาแล้วพบว่าผู้ให้ข้อมูลไม่สะดวกที่จะให้ข้อมูลจริงๆ จึงได้ทำการนัดหมายการสัมภาษณ์ในครั้งต่อไป ตามความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล

4) ผู้วิจัยทำการจดบันทึกภาคสนามในประเด็นที่สำคัญไว้เป็นบางส่วน ซึ่งได้ขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลก่อนที่จะทำการจดบันทึกทุกครั้ง และได้พยายามกระทำน้อยที่สุด โดย

ทำการบันทึกย่อเฉพาะหัวข้อหรือประเด็นที่สำคัญ ประเด็นที่ต้องการเพิ่มเติม พฤติกรรมการแสดงออกของผู้ให้ข้อมูล และบันทึกเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นขณะทำการศึกษา ความคิดเห็น ความรู้สึกของผู้วิจัยที่มีต่อปัญหา การแก้ไข และผลที่เกิดขึ้นจากการแก้ไข ขณะเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อประกอบการวิเคราะห์ข้อมูล

5) การสิ้นสุดการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยพิจารณาระยะเวลาในการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้งตามความเหมาะสมและความสะดวกของผู้ให้ข้อมูลหรือเมื่อสังเกตเห็นพฤติกรรม ที่แสดงถึงความไม่พร้อมในการให้สัมภาษณ์ต่อไปของผู้ให้ข้อมูล รวมทั้งการได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ที่เพียงพอ ก่อนจบการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยกล่าวสรุปถึงสิ่งที่ได้จากการสนทนาให้ผู้ให้ข้อมูลได้รับทราบอย่างคร่าวๆ และทำการนัดหมายสำหรับการสัมภาษณ์ครั้งต่อไปในกรณีที่ยังได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน จากนั้นผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ให้ข้อมูลที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

6) ภายหลังจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น โดยการถอดข้อความ (transcribe) จากเทปบันทึกเสียงเป็นคำต่อคำ (verbatim) ออกเป็นบทสนทนาที่เป็นตัวอักษร (transcript) ด้วยตนเอง ตรวจสอบความถูกต้อง ชัดเจน ครบถ้วนของข้อมูลโดยเปรียบเทียบกับบทบันทึกเสียงซ้ำ สรุปเป็นประเด็นปัญหาที่พบหรือข้อมูลที่ยังไม่ชัดเจน ไม่ครอบคลุมหรือประเด็นที่ต้องค้นหาเพิ่ม จากนั้นผู้วิจัยทำการปรับข้อความให้เหมาะสม และกลับไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายเดิมเพิ่มเติม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนขึ้นสำหรับการวิเคราะห์และสรุปเป็นประเด็น จากนั้นทำการปรับข้อความให้เหมาะสมสำหรับการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายต่อไป

หลังจากที่ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และวิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีการวิจัยจนได้ข้อมูลที่มีความอิมตัว คือ มีแบบแผนข้อมูลซ้ำกัน ไม่มีประเด็นใหม่เกิดขึ้น ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลกับอาจารย์ที่ปรึกษา และยุติการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมแล้วมีผู้ให้ข้อมูลที่ทำให้เกิดการอิมตัวของข้อมูลจำนวน 15 ราย ระยะเวลาที่ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลหรืออยู่ในสนามการวิจัย คือตั้งแต่ช่วงเดือนเมษายน พ.ศ. 2548 ถึง ต้นเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2548

4. การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยให้การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลตลอดกระบวนการวิจัย โดยรายละเอียดดังต่อไปนี้

4.1 คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยตามความสมัครใจ

4.2 ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดบอกให้ทราบเกี่ยวกับหัวข้อเรื่องที่จะสัมภาษณ์ กระบวนการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การขออนุญาตบันทึกเสียงการสนทนา จำนวนครั้งที่ขอ

สัมภาษณ์ ระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง การขอให้ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล สถานที่ที่ใช้ในการสัมภาษณ์ การรักษาความลับด้วยการทำลายเทปบันทึกเสียงเมื่อสิ้นสุดการวิจัย การไม่เปิดเผยข้อมูลใดๆที่จะสามารถเชื่อมโยงถึงผู้เข้าร่วมวิจัย การนำข้อมูลเอกสารจากการสัมภาษณ์ไปอภิปรายเผยแพร่ในลักษณะข้อมูลโดยรวม และเฉพาะการนำเสนอทางวิชาการเท่านั้น

4.3 ขณะทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสามารถไม่ตอบคำถามใดๆที่รู้สึกไม่สะดวกใจ หรือบอกยุติการให้ความร่วมมือในขั้นตอนต่างๆของการวิจัย และขอข้อมูลกลับได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องบอกเหตุผล และจะไม่มีผลกระทบใดๆทั้งสิ้นต่อผู้ให้ข้อมูล

4.4 ผู้วิจัยอธิบายข้อมูลและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และให้เวลาในการคิดทบทวนก่อนตัดสินใจให้คำตอบด้วยความสมัครใจ

4.5 ให้ผู้ให้ข้อมูลเซ็นยินยอมหรือบันทึกคำยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย และมีการเก็บใบเซ็นยินยอม บันทึกคำยินยอมหรือข้อมูลต่างๆไว้ในที่ปลอดภัย

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยเลือกใช้การวิเคราะห์ข้อมูลตามแบบของ Colaizzi (1978 cite in Streubert and Carpenter, 2002) เนื่องจาก Colaizzi มีความเชื่อในปรัชญาการวิจัยตามแบบของ Husserl ซึ่งเป็นแบบแผนการวิจัยที่ผู้วิจัยเลือกเป็นแนวทางในการศึกษา โดยมีความสำคัญอยู่ที่ ผู้วิจัยต้องทำใจให้ว่าง หรือการจัดกรอบความคิด (bracketing) ความรู้ที่มีอยู่เดิม ก่อนการดำเนินการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

5.1 ถอดข้อความจากเทปบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายแบบคำต่อคำ (Verbatim) ออกมาเป็นบทสนทนา (Transcribe) จากนั้นอ่านบทสนทนาเพื่อทำความเข้าใจ

5.2 อ่านบทสนทณาร่วมกับฟังเทปซ้ำ เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง จากนั้นอ่านบทสนทนาซ้ำหลายๆครั้ง เพื่อทำความเข้าใจ (Make sense) ร่วมกับบันทึกในภาคสนามเพื่อทบทวนเหตุการณ์และเติมเต็ม (Supply) ข้อมูลที่อาจขาดหายไป

5.3 อ่านบทสนทนาบรรทัดต่อบรรทัด (Line by line) แล้วให้รหัสข้อมูล (Code units of data)

5.4 ดึงข้อความที่สำคัญ (Extracting significant statement) ที่กล่าวซ้ำๆกัน ออกมา พยายามให้ความหมายที่เป็นไปได้ของแต่ละข้อความสำคัญหรือประโยคนั้นให้ชัดเจนขึ้น (Try to spell out the meaning)

5.5 จัดระบบความหมายของข้อความเป็นกลุ่มประเด็น (Formulated means into cluster of themes) โดยเขียนอธิบายประเด็นเป็นความเรียงอย่างละเอียด

5.6 เขียนบรรยายประเด็นที่ได้เป็นความเรียงให้มีความต่อเนื่อง กลมกลืน เพื่อให้เห็นถึงประสบการณ์ในการให้การดูแลบุตรที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทของมารดา ซึ่งมาจากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์

5.7 กลับไปหาผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและตรวจสอบการแปลความหมายของผู้วิจัย แล้วกลับมาแก้ไขตามที่ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบ เขียนประเด็นข้อมูลและการแปลความหมายของผู้วิจัยเป็นความเรียงจนมั่นใจว่าได้ข้อมูลที่อิมตัว

5.8 เขียนสรุปรายงานวิจัย อธิบาย เชื่อมโยงระหว่างข้อมูลที่ได้กับวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

6. การตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล (Trustworthiness)

การวิจัยครั้งนี้สามารถตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล โดยดูจากรายละเอียดต่อไปนี้

6.1 ความเชื่อถือได้ของข้อมูล (Credibility)

6.1.1 ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูล สร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจกับผู้ให้ข้อมูล โดยการแนะนำตัวและอธิบายถึงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลเข้าใจ

6.1.2 วางแผนและดำเนินงานตามแผนการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างระมัดระวัง และมีขั้นตอน

6.1.3 ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลโดยผู้วิจัยตระหนักถึงการป้องกันและลดอคติจากผู้วิจัยตลอดเวลา โดยระหว่างเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้พยายามจัดกรอบแนวคิด (Bracketing) เก็บความรู้ที่มีอยู่เดิมเกี่ยวกับการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท

6.1.4 นำข้อมูลกลับไปตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูลทุกราย เปิดโอกาสให้อธิบายเพิ่มเติมในกรณีข้อมูลที่คลุมเครือ และเก็บข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่เก็บไม่ครบ

6.1.5 มีการตรวจสอบการดำเนินการวิจัยจากผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งได้แก่อาจารย์ที่ปรึกษา โดยผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม เริ่มตั้งแต่ นำข้อมูลที่บันทึกในแบบบันทึกการถอดความ ซึ่งได้มาจากการถอดความคำต่อคำ รวมทั้งการให้รหัสเบื้องต้นไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบการสัมภาษณ์และการให้รหัส แล้วนำมาปรับปรุงตามคำแนะนำสำหรับการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายต่อไป และระหว่างเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ พร้อมทั้งทำการวิเคราะห์ข้อมูลไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมตรวจสอบเป็นระยะ หลังจากที่มีข้อมูลอิมิตัวนำข้อมูลทั้งหมด รวมทั้งผลการวิเคราะห์ไปให้อาจารย์ตรวจสอบและปรับปรุงตามคำแนะนำ

6.2 การใช้เกณฑ์พึ่งพา (Dependability) ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยและอธิบายให้เห็นถึงการทำวิจัยอย่างมีขั้นตอน นำเสนอข้อมูลที่ละเอียดครบถ้วนและครอบคลุมทำให้ผู้อ่านสามารถติดตามกระบวนการในการทำวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลได้ โดยเฉพาะการให้รหัส การสร้างประเด็นซึ่งได้รับการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

6.3 การยืนยันผลการวิจัย (Confirmability) ประกอบไปด้วย

6.3.1 ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลและบันทึกไว้อย่างเป็นระบบสามารถตรวจสอบได้ (Audit trail) ทั้งการบันทึกข้อมูลการสัมภาษณ์ด้วยเทปบันทึกเสียง การถอดเทปการสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ (Verbatim) ข้อมูลการสัมภาษณ์ได้รับการตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนโดยการอ่านบันทึกการถอดความพร้อมกับการฟังเทปซ้ำ

6.3.2 มีการทำ Field note ในแบบบันทึกภาคสนาม โดยจดบันทึกความคิด ความรู้สึก เหตุการณ์ รวมทั้งปัญหาที่เกิดขึ้นในสนามเป็นรายวัน เพื่อนำมาเตือนความทรงจำเกี่ยวกับเหตุการณ์ อารมณ์ ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์ ใช้ในการตีความและวิเคราะห์ข้อมูลตามความเป็นจริงที่ได้จากผู้ให้ข้อมูล

6.3.3 ผู้วิจัยใช้วิธีการอ้างคำพูด (Direct quotes) ของผู้ให้ข้อมูลในการนำเสนอข้อมูล โดยการใช้ถ้อยคำของผู้ให้ข้อมูลมากที่สุด เมื่อมีความจำเป็นต้องตัดคำพูดบางคำของผู้ให้ข้อมูลไป ผู้วิจัยมีวัตถุประสงค์ในการกระทำเพื่อให้มีการสื่อความหมายที่กระชับชัดเจนขึ้น โดยที่ความหมายเดิมไม่เปลี่ยนแปลง

6.3.4 การสรุปข้อมูลในขั้นตอนต่างๆ ได้แก่ การให้รหัสข้อมูล (coding) การจัดกลุ่มข้อมูล (Category) การสรุปประเด็น (Theme) ได้รับการทบทวนจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

6.4 การถ่ายโอนข้อมูล (Transferability) งานวิจัยนี้ไม่สามารถอ้างอิงไปยังประชากรได้ แต่อาจนำผลการวิจัยไปปรับใช้กับกลุ่มที่มีบริบทใกล้เคียงกับผู้ให้ข้อมูล ซึ่งขึ้นอยู่กับความต้องการนำผลการวิจัยไปใช้ของผู้อ่านผลการวิจัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของ Husserl (Husselian phenomenology) เพื่อศึกษาถึงการให้ความหมายการดูแลและประสบการณ์ในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทของมารดา ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลในครอบครัว ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในมารดา จำนวน 15 ราย โดยทำการคัดเลือกแบบเจาะจง จากนั้นทำการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) จนได้ข้อมูลที่มีความอิมตัว และนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ตามแบบของ Colaizzi (1978 cited in Streubert & Carpenter, 2002) ซึ่งจากการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งผลการวิเคราะห์ออกเป็น 3 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคล การให้ความหมายการดูแล และประสบการณ์ในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทของมารดา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอตามลำดับขั้น ดังนี้

ส่วนที่ 1

- 1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลโดยรวม
- 1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลและผู้ป่วยจิตเภทแต่ละรายโดยสรุป

ส่วนที่ 2 การให้ความหมายการดูแลบุตรที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทของมารดา แบ่งเป็น 2 ประเด็นหลัก ดังนี้

- ประเด็นที่ 1 การกระทำที่อยากให้ออกจากการเจ็บป่วย
- ประเด็นที่ 2 การแสดงความรัก ผูกพัน ห่วงใย ของความเป็นแม่

ส่วนที่ 3 ประสบการณ์ในการดูแลบุตรที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทของมารดา ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นที่ 1 ประสบการณ์ด้านการรับรู้การเจ็บป่วย จำแนกออกเป็น 2 ประเด็นย่อย ได้แก่

- ประเด็นย่อยที่ 1 เครียด คิดมากทำให้ประสาทไม่ดี

ประเด็นย่อยที่ 2 ถูกผีเข้า / โดนของ

ประเด็นที่ 2 ประสบการณ์ด้านพฤติกรรมกรมการดูแล จำแนกออกเป็น 2 ประเด็นย่อย ได้แก่
ประเด็นย่อยที่ 1 พฤติกรรมกรมการดูแลในระยะแรกที่มีการเจ็บป่วย/มีอาการทางจิต
จำแนกออกเป็นประเด็นย่อยต่างๆ ได้ดังนี้

1.1 การแสวงหาการรักษา

- พึ่งพาพระ/ร่างทรง
- พบแพทย์แผนปัจจุบัน

1.2 ดูแลให้ได้รับยาตามแพทย์สั่ง

- จัดยาให้ทาน

1.3 ดูแลกิจวัตรประจำวันและสุขวิทยาส่วนบุคคล

1.4 หยุดพฤติกรรมรุนแรงด้วยความรุนแรง

ประเด็นย่อยที่ 2 พฤติกรรมกรมการดูแลในระยะอาการสงบ / ไม่ให้อาการทางจิต
กำเริบ

2.1 ดูแลให้ได้รับยาตามแพทย์สั่ง

- เตือนให้ทานยา

2.2 ปลอดภัย ปลอดภัยไม่ให้เครียด

2.3 สนับสนุนให้มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ

2.4 ให้หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นให้อาการ

- หลีกเลี่ยงสาเหตุของการเจ็บป่วย
- หลีกเลี่ยงบุหรื/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

ประเด็นที่ 3 ประสบการณ์ด้านอารมณ์และความรู้สึกจากการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิต
เภท จำแนกออกเป็น 4 ประเด็นย่อย ได้แก่

ประเด็นย่อยที่ 1 ไม่มีความสุขช่วงที่มีอาการ

- กลุ้มใจในพฤติกรรมที่เกิดจากการเจ็บป่วย
- เบื่อในพฤติกรรมที่เกิดจากการเจ็บป่วย
- เป็นห่วงเป็นใย

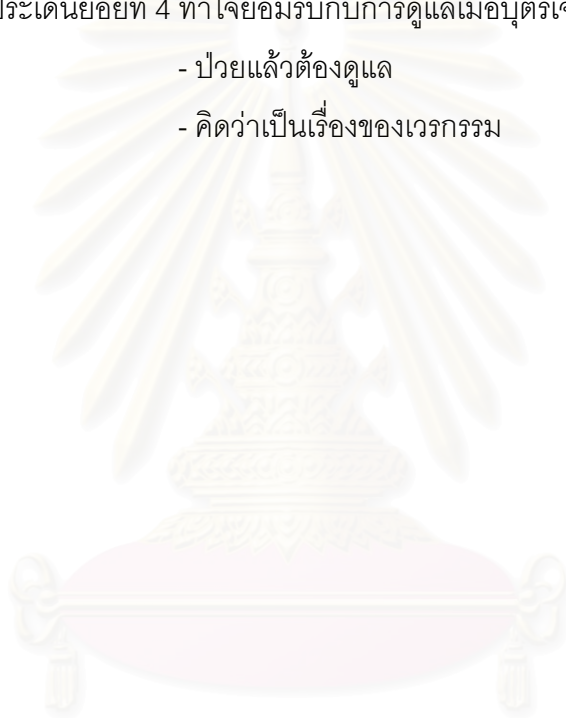
- กลัวได้รับอันตราย
- กลัวลำบากเมื่อตัวเองไม่อยู่
- ลำบากที่ต้องพาเข้า-ออกโรงพยาบาลบ่อยๆ
- อับอายในพฤติกรรมที่เกิดจากการเจ็บป่วย
- เจ็บตัวและเจ็บใจ

ประเด็นย่อยที่ 2 มีความหวังว่าจะหาย

ประเด็นย่อยที่ 3 สบายใจเมื่ออาการดีขึ้น

ประเด็นย่อยที่ 4 ทำใจยอมรับกับการดูแลเมื่อนุตรเจ็บป่วย

- ป่วยแล้วต้องดูแล
- คิดว่าเป็นเรื่องของเวรกรรม



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลโดยรวม

ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ เป็นมารดาที่ทำหน้าที่ในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท ผู้ใหญ่จำนวน 15 ราย โดยมีอายุระหว่าง 48-73 ปี ซึ่งอายุโดยส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วง 57-65 ปี จำนวน 7 ราย รองลงมา 48-56 ปี 4 ราย และ 66-73 ปีอีก 4 ราย สถานภาพของผู้ให้ข้อมูล พบว่า ส่วนใหญ่เป็นหม้ายจากการหย่าร้างและสามีเสียชีวิต จำนวน 10 ราย ส่วนอีก 5 ราย มีสถานภาพ สมรสคู่ ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา โดยระดับการศึกษาที่พบสูงสุดคือ ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 7 ราย ชั้นประถมศึกษาปีที่ 2 จำนวน 5 ราย และไม่ได้รับการศึกษา จำนวน 3 ราย การประกอบอาชีพ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่คือ 8 ราย ไม่ได้ประกอบอาชีพ โดย ทำหน้าที่เป็นแม่บ้าน ดูแลบุตรที่ป่วยและสมาชิกคนอื่นๆภายในบ้าน ผู้ให้ข้อมูล 4 ราย มีอาชีพ ค้าขาย โดย 2 ใน 4 ราย เปิดร้านค้าขายอยู่ที่บ้าน ซึ่งเป็นอาชีพหลักของครอบครัว อีก 2 รายขาย ผลากินแบ่งรัฐบาลและขายหนังสือเก่า ผู้ให้ข้อมูลอีก 3 ราย มีอาชีพรับจ้าง โดย 1 ใน 3 ราย รับจ้างทั่วไป ร่วมกับการเก็บขยะและหาของเก่าขาย อีก 2 ราย รับจ้างทั่วไป รายได้เฉลี่ยของ ครอบครัวสูงสุดอยู่ที่ 30,000 – 40,000 บาท / เดือน และต่ำสุดอยู่ที่ 1,000 บาท / เดือน โดยพบว่า รายได้ของครอบครัวส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วง 5,000 – 10,000 บาท / เดือน ซึ่งลักษณะของครอบครัว ส่วนใหญ่ เป็นครอบครัวเดี่ยว มีเพียง 2 ครอบครัวเท่านั้นที่เป็นครอบครัวขยาย ระยะเวลาที่ผู้ให้ ข้อมูลให้การดูแลบุตรที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทจะอยู่ในช่วง 2 –20 ปี โดยระยะเวลาที่ให้การดูแลส่วน ใหญ่คือ 8-10 ปี และพบว่าส่วนใหญ่แล้ว ผู้ให้ข้อมูลจะเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักเพียงคนเดียว ไม่มีผู้ช่วย ดูแล มีเพียง 5 รายเท่านั้นที่มีสามีและบุตรสาว (ID 3, ID 5, ID 11, ID 13 และ ID 14) เป็นผู้ให้ ข้อมูลรองที่คอยช่วยเหลือผู้ให้ข้อมูลในการดูแลบุตรที่ป่วย (รายละเอียดของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลและผู้ป่วยจิตเภท นำเสนอในตารางในภาคผนวก ข)

1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลและผู้ป่วยจิตเภทแต่ละรายโดยสรุป

เพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงการให้ความหมายการดูแลและประสบการณ์ของมารดาในการ ดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท จึงขอนำเสนอบทสรุปเกี่ยวกับลักษณะของผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย บริบทของการมีบุตรป่วยด้วยโรคจิตเภทที่ต้องให้การดูแล รวมถึงลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลและ ลักษณะอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายต้องให้การดูแล

ในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นรายบุคคล ได้ใช้รหัสแทนตัวผู้ให้ข้อมูลหลักแต่ละราย จำนวน 15 ราย เป็น ID1 - ID15 ซึ่งสามารถสรุปลักษณะผู้ให้ข้อมูลหลักและผู้ป่วยจิตเภทแต่ละรายได้ดังนี้

ID 1 ผู้ให้ข้อมูลหญิงไทยเชื้อสายจีน อายุ 73 ปี สถานภาพสมรสหม้าย สามีเสียชีวิตมาประมาณ 10 ปี นับถือศาสนาพุทธ ไม่ได้รับการศึกษา อาชีพขายสลากกินแบ่งรัฐบาล ให้การดูแลบุตรซึ่งป่วยเป็นโรคจิตเภท ตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยมาจนถึงปัจจุบัน รวมเป็นเวลา 20 ปี ลักษณะเป็นครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย มีสมาชิกในครอบครัวทั้งหมด 7 คน มีบุตร 3 คน คนโต แต่งงานมีครอบครัว มีบุตร 3 คน อยู่อาศัยในบ้านเดียวกับผู้ให้ข้อมูล บุตรคนกลางป่วยเป็นโรคจิตเภท และบุตรคนเล็ก แต่งงานแยกครอบครัวไป ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ให้การดูแลบุตรที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท เพียงลำพัง ช่วงแรกที่บุตรเกิดการเจ็บป่วย ต้องพาส่งโรงพยาบาลบ่อยๆ รู้สึกถึงการเป็นภาระ ไม่ว่าจะ เป็นเรื่องค่ารักษาพยาบาล ซึ่งเมื่อก่อนยังไม่มีบัตรประกันสุขภาพ ดังนั้น ผู้ให้ข้อมูลต้องทำงานเพื่อ นำเงินมาใช้จ่ายในครอบครัวด้วย ปัจจุบันมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาช่วย ความรู้สึกเป็นภาระ เรื่องค่ารักษาจึงหมดไป แต่ก็ยังต้องช่วยสมาชิกคนอื่นในบ้านทำงานเพื่อหารายได้สำหรับการใช้จ่ายภายในครอบครัว

ข้อมูลส่วนบุคคลและลักษณะอาการของผู้ป่วย ผู้ป่วยชายไทยอายุ 46 ปี จบการศึกษาชั้น ป.4 ไม่ได้ประกอบอาชีพ สถานภาพสมรสโสด นับถือศาสนาพุทธ เริ่มมีอาการเจ็บป่วยครั้งแรก ตั้งแต่ อายุ 25 ปี ด้วยอาการ หงุดหงิด โมโหง่าย เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด 4-5 ครั้ง ครั้งล่าสุดปี พ.ศ. 2545 ปัจจุบัน สามารถดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวันได้บางส่วน แต่บางส่วน ยังต้องอาศัยการดูแลช่วยเหลือจากมารดา เช่น การจัดยารับประทาน การซักเสื้อผ้า

ID 2 ผู้ให้ข้อมูลหญิงไทย อายุ 66 ปี สถานภาพสมรส เป็นหม้าย นับถือศาสนาพุทธ จบ การศึกษาชั้น ป. 4 ในอดีตเคยเปิดร้านตัดผมที่บ้านปัจจุบันทำไม่ไหวเนื่องจากอายุมากขึ้น และมี ปัญหาทางด้านสุขภาพคือข้อเข่าเสื่อม รวมทั้งมีบุตรที่ต้องให้การดูแล จึงเลิกทำอาชีพตัดผม ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพอะไร ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย มีสมาชิกทั้งหมด 5 คน คือ ผู้ให้ข้อมูล บุตรชายคนโต ลูกสะใภ้ หลานชาย และบุตรชายที่สองซึ่งป่วยเป็นโรคจิตเภท ปัจจุบันผู้ให้ข้อมูลจึงมีหน้าที่ดูแลบุตรที่ป่วย โดยให้การดูแลตั้งแต่เริ่มมีอาการเจ็บป่วยจนถึง ปัจจุบัน รวมเป็นเวลา 19 ปี ประสบการณ์ในการดูแลบุตรสำหรับผู้ให้ข้อมูลรายนี้ได้จากการ พุดคุยและการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่าเป็นประสบการณ์ที่ค่อนข้างแสดงออกไปทางด้านลบมากกว่า

ด้านบวก ผู้ให้ข้อมูลจะระบายและบอกเล่าเรื่องราว รวมถึงข้อมูลต่างๆด้วยความคับข้องใจ และจะร้องไห้ทุกครั้งที่มีการพูดคุยและสัมภาษณ์เชิงลึก

ข้อมูลส่วนบุคคลและลักษณะอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ผู้ป่วยชายไทย อายุ 35 ปี จบการศึกษาระดับ ม. 2 นั้บถือศาสนาพุทธ เริ่มมีอาการเจ็บป่วยครั้งแรก อายุ 16 ปี โดยก่อนหน้านี้จะมีการเจ็บป่วย มีประวัติการใช้สารเสพติดจำพวกกาวตั้งแต่อายุ 13 ปี หลังจากนั้น 3 ปี จึงมีอาการเจ็บป่วยทางจิตขึ้น โดยอาการที่พบกับผู้ป่วยรายนี้จากคำบอกเล่าตามประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลคือ เหม่อลอย พูดเพ้อเจ้อ พูดและยิ้มคนเดียว รวมถึงอาการที่รุนแรงขึ้น เช่น การอาละวาด ทำลายข้าวของ ทำร้ายร่างกายมารดา ตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยจนถึงปัจจุบัน ต้องอาศัยการช่วยเหลือจากมารดาตลอด เช่น การดูแลเรื่องอาหารการกิน เรื่องยาการซักเสื้อผ้าให้ เกือบกวาด ทำความสะอาดในสิ่งที่ผู้ป่วยทำ พาไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล การไปรับยาแทน และปัจจุบันผู้ป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพได้ และยังคงไม่ให้ความสนใจในการดูแลตัวเองเท่าที่ควร แม้กระทั่งการอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย หรือไม่ว่าจะเป็นการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ยังคงอาศัยให้มารดาเป็นผู้ทำให้ รวมถึงการรับประทานยา การไปรับยา ยังคงเป็นสิ่งที่ยังคงเป็นสิ่งที่มารดาเป็นผู้ทำให้ตลอด

ID 3 ผู้ให้ข้อมูลหญิงไทย อายุ 50 ปี สถานภาพสมรสคู่ นั้บถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับ ป. 4 ประกอบอาชีพค้าขาย ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวมีสมาชิกทั้งหมด 5 คน คือ ผู้ให้ข้อมูล สามี และบุตรอีก 3 คน ให้การดูแลบุตรที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทตั้งแต่เริ่มมีอาการเจ็บป่วย โดยมีสามีเป็นผู้คอยให้การช่วยเหลือมาเป็นเวลา 2 ปี บุคลิกลักษณะเป็นคนอึดยาศยดี ยิ้มแย้มพูดคุยเก่ง ประสบการณ์ในภาพรวมในการดูแลบุตรของผู้ให้ข้อมูลรายนี้ เป็นลักษณะของการยอมรับการเจ็บป่วยของบุตร ไม่รู้สึกว่าการเจ็บป่วยของบุตรเป็นปัญหา เนื่องจากตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยบุตรไม่ได้สร้างความยุ่งยากหรือความลำบากให้กับผู้ให้ข้อมูลมากนัก ถึงแม้จะมีการทะเลาะวิวาทกับคนอื่นบ้าง และทำร้ายร่างกายตนเอง (ผู้ให้ข้อมูล) บ้าง แต่ก็ไม่ได้เกิดขึ้นบ่อยครั้ง และตลอดเวลาที่บุตรมีอาการเจ็บป่วยขึ้น ก็จะมีสามีคอยให้การช่วยเหลืออยู่ตลอด รวมทั้งอาการผิดปกติที่บุตรเป็นส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องของการพูดคนเดียว ยิ้มหัวเราะคนเดียว พบเห็นเหตุการณ์ไม่สมเหตุสมผลก็จะหัวเราะส่วนการอาละวาดไม่พบเกิดขึ้นในครอบครัว ส่วนอาการที่รุนแรงที่ผู้ป่วยมีสำหรับการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลคือการทะเลาะและมีเรื่องชกต่อยกับเพื่อนบ้านและเพื่อนที่ทำงานเพียงไม่กี่ครั้งเท่านั้น

ข้อมูลส่วนบุคคลและลักษณะอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ผู้ป่วยชายไทย อายุ 21 ปี จบการศึกษาระดับ ม. 3 ปัจจุบันประกอบอาชีพรับจ้าง เริ่มมีอาการเจ็บป่วยครั้งแรกตอนอายุ 19 ปี โดยก่อนหน้านี้จะมีการเจ็บป่วยมีประวัติใช้สารเสพติดประเภทกัญชามาก่อน อาการเจ็บป่วยที่เป็น คือ

ยิ้ม พุดคนเดียว เหม่อลอย ตาลอย หัวเราะไม่สมเหตุสมผล ทะเลาะวิวาทกับเพื่อนร่วมงานและเพื่อนบ้าน เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด 2 ครั้ง ครั้งล่าสุด ประมาณเดือนมกราคม 2547 ปัจจุบันรับประทานยาตลอดสามารถรับมือกับโรคของตนเองได้ค่อนข้างดี ประกอบอาชีพได้ แต่ยังคงมีอาการทางจิตอยู่เป็นบางครั้ง เช่น ยิ้มคนเดียว พุดคนเดียว หัวเราะไม่สมเหตุสมผล

ID 4 ผู้ให้ข้อมูลหญิงไทยเชื้อสายจีน อายุ 60 ปี สถานภาพสมรส หม้าย สามีเสียชีวิตมาประมาณ 6 ปี จบการศึกษาระดับ ป. 2 ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว มีสมาชิกทั้งหมด 2 คน คือผู้ให้ข้อมูล กับบุตรชายซึ่งป่วยเป็นโรคจิตเภท อาศัยอยู่ด้วยกันเพียง 2 คน ให้การดูแลบุตรซึ่งป่วยเป็นโรคจิตเภทตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยมาจนถึงปัจจุบัน รวมเป็นเวลา 18 ปี บุคลิกเป็นคนไม่ค่อยพูดคุย ถามคำตอบคำ ประสบการณ์ในภาพรวมในการให้การดูแลบุตรของผู้ให้ข้อมูลรายนี้ เป็นลักษณะของการเบี่ยงหนีกับสิ่งที่ผู้ป่วยเป็น สิ่งที่ผู้ป่วยกระทำ เพราะจากการพูดคุยผู้ให้ข้อมูลจะแสดงออกถึงความรู้สึกดังกล่าวเป็นส่วนมาก

ข้อมูลส่วนบุคคลและลักษณะอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ผู้ป่วยชายไทย อายุ 38 ปี จบการศึกษาระดับ ป. 6 นับถือศาสนาพุทธ ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ เริ่มมีอาการเจ็บป่วยครั้งแรกตอนอายุ 20 ปี ไม่มีประวัติใช้สารเสพติด อาการเจ็บป่วยที่พบจากคำบอกเล่าตามประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลมีตั้งแต่ การไม่ยอมทำงาน ด่าคนโน้น คนนี้เสียงดัง คิดว่าคนที่เดินผ่านไปผ่านมาจะทำร้าย ทำลายข้าวของภายในบ้าน เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลประมาณ 6-7 ครั้ง ครั้งล่าสุด ประมาณ ปีพ.ศ. 2545 ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ ไม่สนใจในการดูแลรับผิดชอบตนเองในเรื่องกิจวัตรประจำวัน เช่นการอาบน้ำ ซักเสื้อผ้า หรือแม้แต่ การรับประทานยา การไปรับยาตามนัด ยังคงอาศัยการช่วยเหลือจากมารดาทั้งหมด

ID 5 ผู้ให้ข้อมูลหญิงไทยเชื้อสายจีน อายุ 72 ปี สถานภาพสมรสเป็นหม้าย สามีเสียชีวิตมาประมาณ 7 ปี นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับ ป. 4 ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว มีสมาชิกทั้งหมด 3 คน คือผู้ให้ข้อมูล บุตรสาวคนโต และบุตรชายคนเล็กซึ่งป่วยเป็นโรคจิตเภท บุคลิกเป็นคนพูดคุยเก่ง ยิ้มแย้มให้การดูแลบุตรคนเล็กที่เป็นโรคจิตเภทโดยมีบุตรสาวคนโตเป็นผู้ช่วยเหลือ ตั้งแต่เริ่มมีอาการเจ็บป่วยจนถึงปัจจุบัน รวมเป็นเวลา 10 ปี นอกจากนี้ยังมีบุตรชายคนกลางอีกหนึ่งคนที่มีการเจ็บป่วยเป็นโรคทางจิตเช่นเดียวกับบุตรชายคนเล็ก แต่ปัจจุบันไม่ได้อยู่บ้านเดียวกับผู้ให้ข้อมูลมาประมาณ 2 ปีแล้ว ประสบการณ์ในการดูแลบุตรในภาพรวมของผู้ให้ข้อมูลรายนี้จึง เป็นประสบการณ์ที่จะต้องให้การดูแลบุตรที่มี

อาการเจ็บป่วยทางจิตถึงสองคน เป็นความรู้สึกที่ยุ่งยาก จนนำไปสู่ความรู้สึกที่ไม่อยากมีชีวิตอยู่กับภาวะที่เป็นอยู่

ข้อมูลส่วนบุคคลและลักษณะอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ผู้ป่วยชายไทย อายุ 41 ปี จบการศึกษาระดับ ป. 5 สถานภาพ โสด นับถือศาสนาพุทธ เคยทำงานเป็นช่างทำรองเท้า แต่ปัจจุบันไม่สามารถทำได้ เนื่องจากมีอาการเจ็บป่วยทางจิต เริ่มมีอาการเจ็บป่วยครั้งแรกตั้งแต่อายุ 31 ปี อาการที่เป็นจากคำบอกเล่าตามประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล คือ หนูแว่ว พูดคนเดียว หลงผิดคิดว่ามีคนคอยทำร้ายตัวเองอยู่ตลอด คิดว่าสมองของตัวเองถูกดึงออกไป ต่อมารดาและคนรอบข้างทำลายข้าวของภายในบ้าน จนถึงขั้นไม่สนใจตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวัน เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด 4 ครั้ง ครั้งล่าสุด ประมาณเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2545 ลักษณะอาการในปัจจุบัน ผู้ป่วยยังมีอาการหลงผิดอยู่ตลอด คิดว่ามีคนมาดึงสมองออกไป เอะอะ โวยวายร้องไห้ ทุกวันคิดว่ามีคนคอยมาทำร้าย ไม่สนใจตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันและการปฏิบัติตามแผนการรักษา เช่น การอาบน้ำ การรับประทานยามารดาต้องคอยบอกให้ปฏิบัติทุกวัน และเป็นคนคอยจัดการดูแลให้เป็นประจำ เช่น คอยจัดยาให้ทาน หาข้าวให้ทาน ไปรับยาที่โรงพยาบาลแทน

ID 6 ผู้ให้ข้อมูลหญิงไทย อายุ 68 ปี สถานภาพสมรส เป็นหม้าย สามีเสียชีวิตมาประมาณ 15 ปี นับถือศาสนาพุทธ ไม่ได้รับการศึกษาแต่อ่านออกเขียนได้เล็กน้อย เคยทำงานเป็นยามตีระฆังรอบหมู่บ้านเมื่อ 10 ปีก่อน แต่เนื่องจากอายุมากจึงเลิกทำไป ปัจจุบันมีอาชีพ ขายหนังสือเก่า โดยตั้งแผงขายหน้าบ้านเช้า ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว มีสมาชิกทั้งหมด 3 คน คือ ผู้ให้ข้อมูล และบุตรชายอีก 2 คน ให้การดูแลบุตรชายคนเล็กซึ่งป่วยเป็นโรคจิตเภทเพียงลำพัง มาตั้งแต่เริ่มมีอาการเจ็บป่วยจนถึงปัจจุบัน รวมเป็นเวลา 12 ปี ประสบการณ์ในการดูแลบุตรในภาพรวมของผู้ให้ข้อมูลรายนี้ จึงมีลักษณะที่แสดงออกทางด้านลบมากกว่าด้านบวก เนื่องจากต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยของบุตรเพียงลำพัง ไม่ว่าจะเป็นการพาไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลการพาไปรักษาตามที่ต่างๆที่คิดว่าจะสามารถทำให้บุตรหายได้ และยังคงต้องเผชิญกับพฤติกรรมที่เกิดจากการเจ็บป่วยของบุตรอยู่เพียงลำพัง

ข้อมูลส่วนบุคคลและลักษณะอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ผู้ป่วยชายไทย อายุ 38 ปี จบการศึกษาระดับ ม. 2 นับถือศาสนาพุทธ เริ่มมีอาการเจ็บป่วยครั้งแรกตอน อายุ 26 ปี อาการที่เป็นจากคำบอกเล่า ตามประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลคือ เหม่อลอย เหงนดูฟ้า ดูเพดาน เดินออกนอกบ้านทุกคืนไม่หลับไม่นอน หงุดหงิด และโมโหง่าย เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลประมาณ 10 ครั้ง ครั้งล่าสุด เดือนพฤษภาคม 2546 ลักษณะอาการในปัจจุบัน ผู้ป่วยสามารถรับผิดชอบตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆได้ค่อนข้างดี ดูแลตัวเองในการรับประทานยาได้ รวมถึงไป

รับยาตามนัดได้ด้วยตนเอง ทำงานโดยรับจ้างทั่วไปได้ คือ ใครจ้างทำอะไร ที่สามารถทำได้ก็จะทำ แต่ถ้าขาดยาหรือรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ก็จะเกิดอาการหงุดหงิด และโมโหได้ง่าย

ID 7 ผู้ให้ข้อมูลหญิงไทยเชื้อสายจีน อายุ 62 ปี สถานภาพสมรส คู่ นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับ ป. 2 ปัจจุบันเป็นแม่บ้าน ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว มีสมาชิกทั้งหมด 5 คน คือ ผู้ให้ข้อมูล สามี บุตรสาว บุตรชาย และหลานชาย ให้การดูแลบุตรชายคนเล็กซึ่งป่วยเป็นโรคจิตเภทเพียงลำพัง มาตั้งแต่เริ่มมีอาการเจ็บป่วยจนถึงปัจจุบัน เป็นเวลา 8 ปี โดยสามีกໍไม่ได้ช่วยในการดูแลเพราะมีปัญหาทางด้านสุขภาพมาตลอด บุคลิกเป็นคนอหฺยาศัยดี พูดคุยเก่ง ยิ้มแย้ม ประสพการณ์ในการดูแลบุตรในภาพรวมของผู้ให้ข้อมูลรายนี้ ค่อนข้างยอมรับกับการที่จะต้องให้การดูแลบุตรที่มีการเจ็บป่วยทางจิต แต่ถึงแม้จะมีการยอมรับก็ยังคงมีความเบื่อหน่ายและความยุ่งยากกับการที่จะต้องให้การดูแลบุตร เพราะต้องเป็นผู้รับผิดชอบดูแลเพียงคนเดียว

ข้อมูลส่วนบุคคลและลักษณะอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ผู้ป่วยชายไทย อายุ 37 ปี จบการศึกษาระดับ ม.3 เริ่มมีอาการเจ็บป่วยครั้งแรก อายุ 29 ปี อาการที่เป็นจากคำบอกเล่าตามประสพการณ์ของผู้ให้ข้อมูล คือ เดินขึ้นๆลงๆบันไดบ้านบ่อยๆ ถือมิดไ้แกงบิดามารดา อาละวาด เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด 3 ครั้ง ครั้งล่าสุดปี พ.ศ. 2546 ทุกครั้งที่มีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้นมารดาจะเป็นผู้นำส่งโรงพยาบาล และนอกจากนี้ยังต้องไปเยี่ยมเป็นประจำ ลักษณะอาการในปัจจุบัน ผู้ป่วยสามารถดูแลรับผิดชอบตัวเองได้ดี ทั้งในเรื่องของการทำกิจวัตรประจำวัน การรับประทานยา การไปรับยาตามนัด รวมไปถึงสามารถทำงานประกอบอาชีพได้ คือ การขายเงือกว้ย ซึ่งมารดาจะเป็นคนจัดเตรียมทำเงือกว้ยเอง จากนั้นก็ให้ผู้ป่วยเอาใส่รถเข็นขายในช่วงบ่ายของทุกวัน

ID 8 ผู้ให้ข้อมูลหญิงไทย อายุ 57 ปี สถานภาพสมรส หม้าย หย่าร้างกับสามีมาระมาณ 7 ปี นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับ ป. 2 ปัจจุบันมีอาชีพรับจ้างทั่วไป คือ มีคนจ้างไปทำงานอะไร ช่างไหน ก็จะไปทำ เพื่อให้ได้เงินมาใช้จ่ายในครอบครัว ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวมีสมาชิกทั้งหมด 5 คน ที่อยู่อาศัยเป็นห้องเช่า ค่อนข้างคับแคบ ให้การดูแลบุตรที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทเพียงลำพัง ตั้งแต่เริ่มมีอาการเจ็บป่วยจนถึงปัจจุบัน รวมเป็นเวลา 10 ปี ในครั้งแรกที่ผู้วิจัยเข้าพบ เพื่อสร้างสัมพันธภาพ และขอความร่วมมือเพื่อเป็นผู้ร่วมวิจัย ผู้ให้ข้อมูลจะค่อนข้างพูดน้อย ถามคำตอบคำ สีหน้าไม่ค่อยสดชื่น แต่เมื่อมีความคุ้นเคยในครั้งต่อไป ก็ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลเป็นอย่างดี

ข้อมูลส่วนบุคคลและลักษณะอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ผู้ป่วยชายไทย อายุ 36 ปี จบการศึกษาชั้น ป. 6 เริ่มมีอาการเจ็บป่วยครั้งแรก อายุ 26 ปี อาการที่เป็นมีตั้งแต่นั่งซึ่มเฉย พุดและยี้มคนเดียว จนถึงโมโหง่าย อาละวาด ทำลายข้าวของ และมีเรื่องชกต่อยกับพี่น้อง รวมทั้งเพื่อนบ้าน ทุกครั้งที่มีอาการดังกล่าว ผู้ให้ข้อมูลต้องขอความร่วมมือจากตำรวจให้นำส่งโรงพยาบาล เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด 4 ครั้ง ครั้งล่าสุด คือ ปี พ.ศ. 2546 ปัจจุบันดูแลรับผิดชอบตัวเองในการทำจวัตรประจำวันได้ แต่ไม่สามารถทำงานได้ ยังคงต้องอาศัยการดูแลจากมารดาทั้งในเรื่องค่าใช้จ่ายส่วนตัว รวมทั้งการไปรับยาแทน

ID 9 ผู้ให้ข้อมูลหญิงไทย อายุ 56 ปี สถานภาพสมรสเป็นหม้าย หย่าร้างกับสามีมาประมาณ 9 ปี จบการศึกษาชั้น ป. 4 อาชีพค้าขาย คือ เปิดร้านเกม สนุกเกอร์ และขายเครื่องดื่ม นับถือศาสนาพุทธ ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว มีสมาชิกทั้งหมด 3 คน คือ ผู้ให้ข้อมูล บุตรสาวที่ป่วย และหลานชาย (บุตรของผู้ป่วย) ให้การดูแลบุตรสาวที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท โดยเป็นผู้ให้ข้อมูลเพียงลำพังคนเดียว รวมเป็นเวลา 6 ปี บุคลิกลักษณะเป็นคนพูดคุยกัง ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลเป็นอย่างดี นอกจากดูแลผู้ป่วยแล้ว ผู้ให้ข้อมูลยังต้องเลี้ยงดูบุตรชายของผู้ป่วย ซึ่งเป็นหลานด้วยอีก 1 คน

ข้อมูลส่วนบุคคลและลักษณะอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 31 ปี จบการศึกษาชั้น ป. 6 สถานภาพสมรส เป็นหม้าย สามีเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางรถยนต์มาประมาณ 8 ปี มีบุตรชาย 1 คน อายุ 10 ปี เริ่มมีอาการเจ็บป่วยครั้งแรกตอนอายุ 25 ปี โดยก่อนหน้าที่จะมีการเจ็บป่วย มีผู้ป่วยมีประวัติใช้สารเสพติดจำพวกยาบ้ามาก่อน อาการที่พบมีตั้งแต่ พุดคนเดียว เดินขึ้นเดินลงบ้านบ่อยๆ จนถึงหลงผิดอาละวาด ต่ำมารดา และน้องสาว เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด 2 ครั้ง ครั้งล่าสุด เดือนมีนาคม พ.ศ. 2547 ปัจจุบันผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองในการทำจวัตรประจำวันและไปรับยาที่โรงพยาบาลได้เอง รวมทั้งสามารถช่วยมารดาในการขายเครื่องดื่มได้

ID 10 ผู้ให้ข้อมูลหญิงไทย อายุ 48 ปี สถานภาพสมรส คู่ จบการศึกษาชั้น ป. 4 นับถือศาสนาพุทธ ไม่ได้ประกอบอาชีพลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว มีสมาชิกทั้งหมด 4 คน คือ ผู้ให้ข้อมูล สามี บุตรชายที่ป่วย และหลาน ให้การดูแลบุตรที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทตั้งแต่เริ่มมีอาการเจ็บป่วย จนถึงปัจจุบัน รวมเป็นเวลา 14 ปี โดยเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักเพียงคนเดียว เนื่องจากสามีเป็นเพียงบิดาเลี้ยงของผู้ป่วย และต้องทำงานจึงไม่ค่อยสนใจผู้ป่วย นอกจากนี้ยังต้องให้การดูแลหลานสาว อายุ 9 ขวบ อีก 1 คน บุคลิกลักษณะเป็นคนพูดคุยกัง และให้ความร่วมมือในการให้

ข้อมูลเป็นอย่างดี ประสบการณ์โดยรวมในการดูแลบุตรที่ป่วยของผู้ให้ข้อมูลรายนี้ จึงเป็นลักษณะของการเป็นผู้ให้ข้อมูลที่ต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยของบุตรเพียงลำพัง ไม่ว่าจะเป็นการพาไปรักษา และการดูแลด้านต่างๆ

ข้อมูลส่วนบุคคลและลักษณะอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ผู้ป่วยชายไทย อายุ 31 ปี โสัด จบการศึกษาชั้น ป. 6 เริ่มมีอาการเจ็บป่วยครั้งแรกตอน อายุ 17 ปี โดยก่อนที่จะมีอาการเจ็บป่วยเป็นโรคจิตเภท ผู้ป่วยมีประวัติใช้สารเสพติด คืออดมกาวและแล็กเกอร์ มาก่อน อาการเจ็บป่วยทางจิตที่เป็นประสบการณ์ที่ผู้ให้ข้อมูลประสบและต้องให้การดูแลมีตั้งแต่อาการซึมเฉย หูแว่ว พูดคนเดียว หลงผิดคิดว่าตนเป็นผู้วิเศษ เป็นอมตะ จนถึงขั้นอาการประสาทหลอนคิดว่าคนจะมาทำร้ายจนถึงขั้นเคยทำความผิดเพราะฆ่าคนตาย จนต้องถูกจับขังคุก และเข้ารับการรักษาอาการทางจิตกับโรงพยาบาลที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดี นอกจากนี้ ยังเคยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวช อีกประมาณ 6 ครั้ง ครั้งล่าสุด คือปี พ.ศ. 2544 ปัจจุบันดูแลรับผิดชอบตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ จัดยาทานเอง ไปตรวจตามนัดและรับยาได้เอง

ID 11 ผู้ให้ข้อมูลหญิงไทย อายุ 56 ปี สถานภาพสมรส คู่ จบการศึกษาชั้น ป.4 ประกอบอาชีพค้าขาย คือ เปิดร้านขายอาหารตามสั่ง ซึ่งเป็นอาชีพหลักของครอบครัว นับถือศาสนาพุทธ ลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว มีสมาชิกทั้งหมด 6 คน คือ ผู้ให้ข้อมูล สามี และบุตรอีก 4 คน บุคลิกลักษณะเป็นคนไม่ค่อยพูดคุย ถามคำตอบคำ ให้การดูแลบุตรที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทโดยมีสามีเป็นผู้ให้การช่วยเหลือ มาตั้งแต่เริ่มมีอาการเจ็บป่วยจนถึงปัจจุบัน รวมเป็นเวลา 8 ปี ประสบการณ์ในการให้การดูแลบุตรของผู้ให้ข้อมูลรายนี้ จึงเป็นลักษณะของความรู้สึกที่ไม่เป็นภาระมากนัก เพราะถึงแม้ว่าจะต้องดูแลบุตรที่มีอาการเจ็บป่วยและต้องเผชิญกับอาการที่บุตรเป็น แต่ยังมีสามีก็คือ บิดาของผู้ป่วยคอยให้การช่วยเหลืออยู่อีกคน

ข้อมูลส่วนบุคคลและลักษณะอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ผู้ป่วยชายไทย อายุ 24 ปี เริ่มมีอาการเจ็บป่วยทางจิตครั้งแรก ตอนอายุ 16 ปี โดยก่อนหน้าที่จะมีอาการเจ็บป่วยทางจิตผู้ป่วยมีประวัติใช้สารเสพติดจำพวกกาวมาก่อน คือใช้อยู่ประมาณ 3 ปี จากนั้นจึงมีอาการเจ็บป่วยทางจิตขึ้น โดยอาการที่พบจากคำบอกเล่าตามประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล คือ เหม่อลอย เพ้อ คึดมคั่ง ทำลายข้าวของ เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด 5 ครั้ง ครั้งล่าสุด เดือน พฤศจิกายน 2546 ลักษณะอาการในปัจจุบัน ผู้ป่วยสามารถดูแลรับผิดชอบตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ค่อนข้างดี ดูแลตนเองในการไปพบแพทย์และรับยาตามนัด การจัดยารับประทานยาได้เอง ช่วย

ครอบครัวทำงานได้ เช่นการช่วยเหลือจัดหาอาหารให้ลูกค้า มีเหตุหนักบ้างเป็นบางครั้งโดยเฉพาะเวลาที่รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง

ID 12 ผู้ให้ข้อมูลหญิงไทย อายุ 65 ปี สถานภาพสมรส หม้าย สามีเสียชีวิตมาประมาณ 10 ปี นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับ ป.2 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว มีสมาชิกทั้งหมด 4 คน บุคลิกลักษณะเป็นคนอึดยาศัยดี พุดคุยเก่ง ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลเป็นอย่างดี ให้การดูแลบุตรที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทเพียงลำพัง ตั้งแต่เริ่มมีอาการเจ็บป่วยจนถึงปัจจุบัน รวมเป็นเวลา 15 ปี นอกจากนี้ยังมีบุตรสาวคนเล็กอีก 1 คน ที่ต้องดูแล เนื่องจากมีอาการเจ็บป่วยทางจิตเช่นกัน แต่ไม่ทราบข้อมูลว่ามีการเจ็บป่วยทางจิตชนิดใด เพราะไม่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลที่ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ประสพการณ์ในการดูแลบุตรของผู้ให้ข้อมูลรายนี้ จึงเป็นลักษณะของการรับภาระการดูแลบุตรที่ป่วยเป็นโรคทางจิตถึง 2 คน

ข้อมูลส่วนบุคคลและลักษณะอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 38 ปี เริ่มมีอาการเจ็บป่วยทางจิตครั้งแรก ตอนอายุ 23 ปี แต่ก่อนที่จะมีอาการเจ็บป่วยทางจิต จนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ผู้ป่วยเคยมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคลมชักมาก่อน คือตั้งแต่อายุ 15 ปี จากนั้นในอีก 8 ปีต่อมาจึงเริ่มมีอาการเจ็บป่วยทางจิต อาการทางจิตที่พบเกิดขึ้นกับผู้ป่วยรายนี้คือ เอะอะวอยวาย อาละวาด คลุ้มคลั่ง ทำลายข้าวของ และทำร้ายมารดา ทุกครั้งที่มีการทางจิต ดังกล่าว มารดาจะเป็นผู้นำส่งโรงพยาบาล โดยขอความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้าน รวมทั้งความร่วมมือจากตำรวจให้ช่วยนำส่ง ลักษณะและอาการในปัจจุบัน ผู้ป่วยไม่ได้ประกอบอาชีพใดๆ แต่สามารถดูแลตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ จัดยารับประทานได้เอง ไปตรวจตามนัดและรับยาเองได้เป็นบางครั้ง แต่ส่วนใหญ่มารดาจะเป็นผู้ไปรับแทน

ID 13 ผู้ให้ข้อมูลหญิงไทย อายุ 63 ปี สถานภาพสมรสคู่ นับถือศาสนาพุทธ ไม่ได้เรียนหนังสือปัจจุบันมีอาชีพ รับจ้างทั่วไป เก็บขยะและของเก่าขาย ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว มีสมาชิกทั้งหมด 3 คน คือ ผู้ให้ข้อมูล สามี และบุตร ให้การดูแลบุตรที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท โดยมีสามีเป็นผู้คอยให้การช่วยเหลือ ตั้งแต่เริ่มมีอาการเจ็บป่วยจนถึงปัจจุบัน มาเป็นเวลา 14 ปี บุคลิกลักษณะ เป็นคนอึดยาศัยดี ยิ้มแย้ม ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลเป็นอย่างดี ประสพการณ์ในภาพรวมในการดูแลบุตรของผู้ให้ข้อมูลรายนี้ ค่อนข้างเป็นความยุ่งยากและลำบาก ตั้งแต่บุตรเริ่มใช้สารเสพติด และมีอาการเจ็บป่วยทางจิต จนต้องพาไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลต่างๆที่ไม่ค่อยมีเงิน เพราะฐานะค่อนข้างยากจน นอกจากนี้ยังมีประสพการณ์กับการ

พบเจอกับพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยของบุตร ไม่ว่าจะเป็นการอาละวาด คลุ้มคลั่ง ไปจนถึงการถูกทำร้ายร่างกายของตนเองต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ข้อมูลส่วนบุคคลและลักษณะอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ผู้ป่วยชายไทย อายุ 31 ปี จบการศึกษาระดับ ป.3 เริ่มมีอาการเจ็บป่วยทางจิตครั้งแรกตอนอายุ 17 ปี ก่อนที่จะมีการเจ็บป่วยทางจิตผู้ป่วยมีประวัติใช้สารเสพติดมาก่อน คือ ดมกาว หลังจากนั้น 2 ปี จึงเริ่มมีอาการทางจิต ซึ่งอาการที่พบมีตั้งแต่ ซึมเฉย เหม่อลอย เพื่อ หงุดหงิด โมโหง่าย ตาขวาง ไปจนถึงคลุ้มคลั่ง อาละวาด ทำร้ายมารดา และคนที่อยู่ใกล้ ได้รับการรักษาทั้งทางด้านบำบัดยาเสพติด และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยทางจิต ทั้งหมด 9 ครั้ง ครั้งล่าสุด คือ เมื่อปี พ.ศ. 2546 ลักษณะและอาการในปัจจุบัน ผู้ป่วยไม่ได้ประกอบอาชีพ จากคำบอกเล่าของมารดา ผู้ป่วยจะดูแลรับผิดชอบตัวเองได้ ถ้าได้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง คือถ้าได้รับประทานยาม้าเสมอจะสามารถดูแลรับผิดชอบตัวเอง มีความกระตือรือร้นในการทำกิจวัตรประจำวันได้ค่อนข้างดี แต่ถ้าช่วงไหนขาดยาซึ่งมักจะเป็นบ่อยๆ จะมีอาการตาขวาง คลุ้มคลั่ง อาละวาด ไม่สนใจดูแลตนเอง

ID 14 ผู้ให้ข้อมูลหญิงไทย อายุ 62 ปี สถานภาพสมรส คู่ นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับ ป.4 ไม่ได้ประกอบอาชีพใดๆ ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว มีสมาชิกทั้งหมด 3 คน คือ ผู้ให้ข้อมูล สามี และบุตรชายที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท บุคลิกลักษณะเป็นคนอึดยาศัยดี ยิ้มแย้ม ช่วงแรกที่ผู้วิจัยเข้าพบไม่ค่อยสะดวกในการให้ข้อมูล เพราะต้องดูแลบุตรชาย ซึ่งมีอาการคลื่นไส้อาเจียน ผู้วิจัยจึงได้ทำการเข้าพบเพื่อสร้างสัมพันธภาพ และขอความร่วมมือเป็นผู้ร่วมวิจัยใหม่อีกครั้ง ซึ่งก็ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี ให้การดูแลบุตรที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทตั้งแต่เริ่มมีอาการเจ็บป่วยจนถึงปัจจุบัน มาเป็นเวลา 20 ปี โดยมีสามีเป็นผู้คอยให้การช่วยเหลือดูแลบุตรร่วมด้วย

ข้อมูลส่วนบุคคลและลักษณะอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ผู้ป่วยชายไทย อายุ 41 ปี โสด จบการศึกษาระดับ ป.6 นับถือศาสนาพุทธ เริ่มมีอาการเจ็บป่วยทางจิตครั้งแรกตอนอายุ 18 ปี อาการเจ็บป่วยที่เป็นจากคำบอกเล่าตามประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล คือ อาการหูแว่ว พุดคนเดียว ออกนอกร้านทุกคืน ไม่ยอมหลับยอมนอน เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลประมาณ 10 ครั้ง ครั้งล่าสุด ปี พ.ศ. 2544 ลักษณะและอาการในปัจจุบัน ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองค่อนข้างดี ไปพบแพทย์และรับยาตามนัดได้ด้วยตนเอง จัดยารับประทานได้เอง แต่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ และยังมีอาการทางจิต เช่น หูแว่ว พุดคนเดียวเป็นบางครั้ง

ID 15 ผู้ให้ข้อมูลหญิงไทยเชื้อสายจีน อายุ 61 ปี สถานภาพสมรส เป็นหม้าย สามีเสียชีวิต มาประมาณ 9 ปี นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับ ป.2 ปัจจุบันมีอาชีพรับจ้างทั่วไป ลักษณะ

ครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว คืออาศัยอยู่กับบุตรชายที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทเพียงสองคน ให้การดูแลบุตรที่ป่วยเพียงลำพังคนเดียวมาตั้งแต่เริ่มมีอาการเจ็บป่วยจนถึงปัจจุบัน รวมเป็นเวลา 5 ปี บุคลิกลักษณะเป็นคนพูดคุยเก่ง ประสบการณ์ในการดูแลบุตรในภาพรวมของผู้ให้ข้อมูลรายนี้ แสดงออกทางด้านลบมากกว่าด้านบวก จากการที่ต้องให้การดูแลบุตรและเผชิญกับอาการเจ็บป่วยที่บุตรเป็นอยู่เพียงลำพัง ตั้งแต่การพาไปรับการรักษาตามสถานที่ต่างๆ จนกระทั่งการที่จะต้องมาใช้ชีวิตร่วมกับบุตรที่มีอาการทางจิตและต้องให้การดูแลทุกอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคลและลักษณะอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ผู้ป่วยชายไทย อายุ 21 ปี โสัด จบการศึกษาชั้น ม.2 นับถือศาสนาพุทธ เริ่มมีอาการเจ็บป่วยทางจิตครั้งแรกตอนอายุ 15 ปี อาการเจ็บป่วยที่เป็นจากคำบอกเล่าตามประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล มีตั้งแต่ อาการหงุดหงิด โมโหง่าย หลงผิดคิดว่าคนรอบข้างคิดไม่ดีกับตัวเอง ไม่ยอมหลบภัยนอน จนถึงขั้น ทำร้ายร่างกายมารดา อยู่บ่อยๆ เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด 4 ครั้ง ครั้งล่าสุด ประมาณเดือน ธันวาคม 2546 ลักษณะและอาการในปัจจุบัน ผู้ป่วยยังคงมีอาการตาขวางและไม่ไว้ใจบุคคลรอบข้าง เก็บตัวอยู่แต่ในบ้าน เอะอะไว้วายเป็นบางครั้งโดยเฉพาะเวลาขาดยา หรือรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ดุด่ามารดาเป็นประจำ ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ไม่สนใจตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวัน รวมถึงการรับประทานยา การไปพบแพทย์และรับยาตามนัด มารดาต้องเป็นผู้ให้ข้อมูล และกระทำแทนทั้งหมด

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 การให้ความหมายการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทของมารดา

จากแนวคิดเกี่ยวกับการดูแล ซึ่งให้เห็นว่าการดูแลเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นจากปฏิสัมพันธ์ของบุคคลที่มีร่วมกัน ที่แสดงออกถึงความห่วงใย เอื้ออาทร เป็นกระบวนการที่บุคคลให้การช่วยเหลืออีกบุคคลหนึ่ง โดยผ่านการให้ความหมาย และการไตร่ตรองพิจารณาว่าเป็นสิ่งที่มีค่า มีความหมายที่จะช่วยให้อีกบุคคลมีสุขภาพดี ดังนั้นการที่ผู้ดูแลซึ่งเป็นมารดาจะให้การดูแลบุตรที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท ต้องผ่านการให้ความหมายของการดูแลเช่นกันจึงจะนำไปสู่การปฏิบัติการดูแลบุตรตามความหมายที่ได้ให้ไว้

การศึกษานี้พบว่าผู้ให้ข้อมูล ซึ่งเป็นมารดา ได้ให้ความหมายของการดูแลบุตรที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทจากการรับรู้เกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยของบุตรที่เกิดขึ้น การที่ต้องให้การดูแลบุตรที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท ซึ่งถือว่าเป็นอาการเจ็บป่วยที่ค่อนข้างเรื้อรัง ผู้ป่วยจะมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง มีความผิดปกติของความคิด การรับรู้และพฤติกรรม ซึ่งผู้ดูแลคือมารดาทุกรายจะต้องคอยดูแลช่วยเหลือบุตรที่มีลักษณะอาการดังกล่าว ตั้งแต่เริ่มมีอาการเจ็บป่วยครั้งแรกจนถึงปัจจุบัน ผู้ดูแลบางรายมีสมาชิกคนอื่นในครอบครัวคอยให้การช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยร่วมด้วย แต่ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ดูแลหลักเพียงคนเดียว ประสบการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการมีบุตรป่วยเป็นโรคจิตเภทและต้องให้การดูแล ทำให้มารดาให้ความหมายของการดูแลบุตรที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทออกมาในลักษณะที่ค่อนข้างคล้ายคลึงกัน คือ เป็นการกระทำที่เกิดจากความรู้สึกและความต้องการอยากให้บุตรหายจากการเจ็บป่วย สามารถดูแลตนเองได้ เหมือนคนปกติทั่วไป ไม่มีอาการแสดงให้เห็นว่ามีการเจ็บป่วยทางจิตเมื่อที่ผ่านมา นอกจากอยากให้หายจากการเจ็บป่วยแล้ว ผู้ดูแลยังให้การดูแลบุตรผ่านการให้ความหมายว่าเป็นการกระทำที่เกิดจากความรู้สึกรับผิดชอบว่าเป็นหน้าที่ของตน หน้าที่ของความเป็นแม่ที่ต้องดูแลเลี้ยงดูลูก จะทอดทิ้งลูกไม่ได้ เป็นการให้ความหมายของการกระทำที่อยู่บนพื้นฐานของความรัก ความผูกพัน ความห่วงใย และความสงสารต่างๆที่มารดามีต่อบุตร นอกจากนั้นยังเป็นสิ่งที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ จากบทบาทที่สังคมกำหนดว่ามารดามีหน้าที่ที่จะต้องเลี้ยงดูบุตร ประกอบกับการที่ไม่มีใครที่จะมาดูแลผู้ป่วยนอกจากตัวของมารดาเองเท่านั้น โดยมีรายละเอียดในแต่ละประเด็น ดังนี้

1. การกระทำที่อยากให้หายจากการเจ็บป่วย

ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดให้ความหมายของการดูแลบุตรที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทว่า เป็นสิ่งที่ตนกระทำ เพราะอยากให้บุตรหายจากการเจ็บป่วย สามารถดูแลรับผิดชอบตัวเองได้เช่นเดียวกับ

บุคคลทั่วไป ทำงานหรือประกอบอาชีพได้ ไม่มีอาการหงุดหงิด คลุ้มคลั่ง ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“อยากให้มีชีวิตที่ดีกว่านี้ อยากทำทุกอย่าง อยากให้เขาดี ๆ เหมือนคนอื่นเขา บอกอะไรก็ให้เชื่อ ก็ฟัง ไม่ได้เป็นอย่างนี้ นี่ไม่เชื่อเลย บอกไม่ฟังเลย บอกให้ทิ้งขยะดี ๆ ทิ้งขี้ยา ก็ไม่ทำ ให้อาบน้ำก็ไม่อาบน้ำคือจึ้งเนี่ย แม่ต้องมากวาดขี้ยาให้ทุกวัน ไม่ทำเลยอะ” (ID2 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L:46-50)

“ก็...ก็แบบว่าในใจเราก็คือหวังเขานะนะ คือ อยากให้เขาหาย... คืออยากให้เขาเป็นปกติดีเหมือนคนอื่น ทำงานได้ อะไรได้ คือว่าต่อไปเขาจะได้ไม่ลำบากเราก็คิดด้วยความเป็นแม่ะเป็นห่วงเขา บางทีเขาก็เรื่อยเปื่อยไปแล้วถ้าอีกหน่อยเราไม่อยู่กับเขา เขาเป็นอย่างไร แล้วใครจะดูแล” (ID3 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L:97-103)

“อ้อ...ก็เขาถูกอะ...ถูกอะ...ก็ต้องดูแลสิถูกอะ ก็อยากให้เขาหาย อยากให้เขาพักผ่อนไม่ อยากให้เป็นเหมือนเดิมอีก ออกไปข้างนอก เราก็ก้าว บางทีดี ๆ ดี ๆ นะ มันอยากจะไปซื้อ ก๋วยเตี๋ยว เรายังหลอกล่อมมันเลย ไม่อยากให้ไป บอกร้านปิดหมดแล้ว โททว่าร้านปิดแล้ว ก็เราก็ก้าวใจ พวกวัยรุ่นมันเยอะ พวกจี้ปล้นกัน ช่มชืด อย่างนี้เราก็ก้าว มันจับลากไป มันยังเซ่อ ๆ ซ่า ๆ บ้า ๆ อย่างนี้ เราก็ก้าวนะสิ เดี่ยวไปเรียงคิว พวกจี้ก๊ง จี้โก่ ปากซอยอะ... เออ...มันเป็น อย่างนี้เราก็ก้าว คนแถวนี้ น่ากลัวจะตาย ปากซอยอะ กลางคืนมันจับกลุ่มกันนะ” (ID9 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L : 240-248)

“ก็ดูแล...ก็ดูแล ก็เพื่อให้เขาหาย อะไรอย่างเงี้ย ก็รู้แล้วว่าไม่หาย ต้องกินยาตลอด ก็ ต้องดูแล ยังไงก็ต้องดูแล ก็ถ้าไม่ดูแลจะปล่อยเขาไปไหนละ ก็ต้องดูแล จะไม่ไปไหนก็ไม่กล้า ต้องดูแลอยู่อย่างนี้ ดูแลให้เขาหาย เหมือนคนทั่วไปอะ ไม่มีหงุดหงิด ไม่คลุ้มคลั่ง อะไรอย่างนี้ เขาก็ดี ๆ แล้วนี่ เขาก็ดีดีกว่า คนดี ๆ ที่ขี้เมานะ คนดีที่บางคนทีนี้เสียไม่คืนะ เขาดีกว่านะ” (ID10 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 136-141)

“เออ...เราอยากเลี้ยงมันให้ดี ๆ ให้มันหายดีจะได้ทำมาค้าขายได้ อะไรเราก็แนะนำ อันนี้ ก็ให้ทำ อันนี้ก็ให้ทำ ถ้าเกิดต่อไปเขาคิดกังวล หว่า เออ ถ้าเกิด แม่เป็นอะไรไป เขาจะทำอะไร

เป็น เข้า นี้ความหมายนี้ อยากให้ชายของได้ คำขายนะ ทำต่อไป ก็ดูแลเขา อยากให้เขาหาย
อยากให้เขาดีขึ้น” (ID11 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L : 109-112,L : 222-223)

“ก็ดูแลเขาว่าอยากให้เขาหายเหมือนคนปกติเขา ธรรมดาอย่างนี้ ไม่อยากให้เขาหงุดหงิด
ไม่อยากให้เขาคิดมาก เราก็ดูแลเขาไป อยากให้เขาหายนะนะหนู” (ID12 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L :
109-120)

“ก็...อยากให้เขาหาย พ้นตัวเร็ว ๆ ดีดีเลย อยากให้เขาเป็นให้ดีเลย เหมือนอื่น ๆ ทั่วไป
เลย เราก็พาไปหาหมอนะ ยังถามหมอละ หายขาดไหมคะคุณหมอ เขาก็บอกว่า กิน..ขาดยาไป
ตั้ง 7 เดือน โรคนี้ขาดยาไม่ได้ เขาบอกเป็นโรคนี้ขาดยาไม่ได้” (ID13 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L:109-
114)

2. การแสดงความรัก ผูกพัน ห่วงใยของความเป็นแม่

นอกจากการกระทำที่อยากให้นุตรหายจากการเจ็บป่วยแล้ว ผู้ให้ข้อมูล ซึ่งเป็นมารดา
ยังให้ความหมายของการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท ในลักษณะของการ กระทำที่เกิดขึ้นจาก
ความรัก ความผูกพัน ความสงสาร ความห่วงใย ของการเป็นมารดาที่มีต่อบุตร และเป็นการแสดง
ให้บุตรรับรู้ ว่า มารดายังรัก ยังห่วงใย ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“เขาเกิดมาเป็นลูกเรานะ เราทิ้งเขาไม่ได้หรอก ไข่เปล่า ทิ้งไม่ได้ เขาเกิดมาเป็นลูกเรา ไม่
ดูแลเขาได้ไง หน้าที่อยู่แล้ว รักเขาห่วงเขา ก็ต้องดูแล เขาไม่มีใคร เขาเกิดมาเป็นลูกเราแล้วนะ เรา
จะไปทิ้งได้ไง ทิ้งไม่ได้” (ID 2 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 46-50)

“เราดูแลเขา เขาก็จะได้รู้ว่า แม่เนี่ยยังห่วงเขาอยู่ เขาก็จะได้คิดว่า แม่ยังห่วง รักเขา
จะต้องตั้งใจกินยา ตั้งใจรักษาตัวเอง” (ID3 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 364-365)

“เขาเป็นลูกเรา แล้วเราก็สงสารเขา แล้วถ้าเราเป็นแม่เราไม่ดูแลเขา ใครจะดูแลเขา นะคะ
คือว่าพี่น้องเขาก็ไม่ได้มาสนใจอะไรนักหนา ไข่ใหม่คะ ก็มีแต่แม่คนเดียวเท่านั้น” (ID 6 สัมภาษณ์
ครั้งที่ 1 L: 354-356)

“เอ่อ...มีความจำเป็นที่เราต้องรับ...รับรู้ รับภาระจากลูก แล้วหนึ่งเราก็ส่งสารเขาด้วยจะเป็นอะไรอย่างนี้ละ หนึ่งก็ต้อง...เราเป็นแม่ ไม่มีใครนี่ พี่น้องเขาก็ไม่มีใครสนใจ เราเป็นแม่เราก็ต้องดูแลเขา พี่น้องก็ไม่มีใคร พี่น้องก็ไม่ดูแลเขา พ่อเขาก็ไม่มี เราเป็นแม่เราต้องดูแลเขา แต่บางคนส่วนอื่นที่เขาเห็นนี่ บอกปล่อยเขาทิ้งเขาโตแล้ว วางมือซะมั่ง แต่แม่ทำไม่ได้ แม่จะต้องดูแลหน้าทีนะคุณ เราไม่อยากให้ลูกมีปัญหา ไม่อยากให้ลูกเป็นมากกว่านี้ ให้ลูกอะไรทุกสิ่งทุกอย่างอย่างอะคุณ” (ID6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 574-583)

“เรารักเขาไง ไม่รักเขาจะพาเขาไปหาหมอยังไง ไปรักษาโน่นนี่ทำไม ไข้ไหม เรารักเขาไง เราถึงดูแลเขา ไม่รักเขาจะดูแลเขาทำไม แล้วพี่น้องทุกคนนะรังเกียจเขา ไม่รู้เป็นอะไร แต่เราไม่เกลียดเขาจะจะไปเกลียดเขาได้ไง เขาเป็นลูกเรา เราก็อยากดูแลให้เขาหายเร็วๆไง แค่นี้เองไม่มีอะไร แล้วมีลูก 4 คนนะ ใ้ 3 คน เขาก็หาว่าฉันรักลูกชายคนนี้ เขาว่าแม่ลำเอียงรักแต่คนนี้แหละที่สุดเลย เราบอกมึงบ้าหรือเปล่า แม่รักทุกคน ถ้าคนไหนเป็นอะไร เราก็ต้องรักษา ดูแลให้เขาดีๆ ไข้ไหม จะไข้จะเย็บก็ต้องดูแล บางที่เขาบ้าขึ้นมา ไข้ๆเย็บๆก็ไข้ๆเย็บๆเหมือนกัน ก็ต้องเซ็ดต้องทำให้เขา...เรารักเขา เราถึงต้องดูแลเขา ไม่รักใครจะดูแลละหนู ไม่มีใครจะดูแลเขาหรอก มีแต่แม่ดูแลเขาคนเดียว เรารักเขาเราถึงต้องดูแลเขา คนอื่นไม่มีใครรักมันหรอก มีแต่รังเกียจอย่างเดียว คนอื่นรังเกียจนะ ฉันยังไม่ยอมให้เขารังเกียจเลย ก็บอกว่าพวกมึงรังเกียจมันทำไม แล้วอีกหน่อยมึงไม่เป็นหรอก เราอย่ามาคิดดูถูกคนนะ ผลเห็นชาตินี้เลยนะทันที ไม่ต้องรอชาติหน้านะเดี๋ยวนี้” (ID7 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 57-66,L: 99-105)

“ก็เขาเป็นลูกเนอะ เขาเป็นลูก ก็ดูแล ถ้าเป็นคนอื่นก็คงไม่ดูแลแล้วปานนี้เปื้อแล้ว ยังไงก็ลูกอะ ก็ต้องดูแล” (ID10 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 243-244)... มันเป็นหน้าที่ความจำเป็นนะ ว่าจะต้องดูแลเขา ก็เขาก็เป็นลูกเรา ยังไงก็ลูก ยังไงก็ต้องเลี้ยง ยังไงก็ต้องดู” (ID10 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 279-280)

“เราดูแลเขา เขาก็จะรู้ว่า แม่เนี่ยยังห่วงเขาอยู่ เขาก็จะได้คิดว่า แม่ยังห่วง รักเขา จะต้องตั้งใจกินยา ตั้งใจรักษาตัวเอง” (ID11 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 113-120)

“คิดว่าเป็นลูกเรานี้เนาะ เราก็ต้องดูแลเขาไปอะ ก็คิดอยู่อย่างนี้แค่นั้น ไม่มีอย่างอื่นหรอก ต้องดูแลเขา เขาเป็นลูกเราอย่างนี้ คิดไปอย่างนี้ เขาเป็นลูกเรานะ เราต้องดูแลเขา” (ID 12 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 105-107)

“เป็นแม่เราต้องดูแล ต้องรักลูก รักษาลูก ต้องทำให้ลูกให้หาย ก็เหมือนเราดูแลเขามา ตั้งแต่เล็กๆ พอลูกตัวร้อน เราก็ต้องพยายามหายมาให้เขา อยากให้เขาหาย...เขาเป็นลูกคนเล็ก แล้วเราก็รักเขา ไม่อยากให้จิตใจเขาเป็นอะไรไป อยากให้เขามีความสุข ไม่อยากให้ไปโดนตีตาย ไม่อยากให้เอะอะอาละวาด อยากให้เขาสบายใจ” (ID13 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 116-124, L: 216-217)

“ก็เป็นแม่ มันไม่มีใคร ก็ต้องดูแลเขาทั้งกันไม่ได้ ก็ต้องดูแลกันนะนะ ถ้าไม่ทำใครจะหาข้าวให้เขา เขาก็ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ถ้าเราแก่จนไม่ไหว ก็เป็นอีกเรื่องหนึ่ง ตอนนี้อายุยังไหวก็ดูแลไป...เป็นแม่ต้องดูแลลูก มันจำเป็น เป็นแม่ลูกต้องดูแล มันจำเป็นนะต้องดูแลเขา จะทิ้งเขาก็ทิ้งไม่ได้ สงสารเขา รักลูกอะไรแบบนี้ เป็นห่วงเขา เราเป็นแม่ เขาเป็นลูกเราก็ต้องดูแลเขา ทำให้เขา” (ID14 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 120-123, L: 176-180)

“เป็นแม่รับผิดชอบเขา เป็นแม่ต้องดูแลเขา มีชีวิตอยู่ก็ต้องรับผิดชอบเขา คล้ายๆว่าทำยังไงได้แม่ลูกกันอะ แล้วคนอื่นใครจะมาดูแลเขา คนอื่นใครจะมาให้มันกิน” (ID15 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 283-284)

ส่วนที่ 3 ประสพการณ์การดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทของมารดา

จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่าประสพการณ์ในการการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทของผู้ให้ข้อมูล มีองค์ประกอบที่สำคัญ แบ่งออกเป็น 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) ประสพการณ์ด้านการรับรู้การเจ็บป่วย 2) ประสพการณ์ด้านพฤติกรรมกรรมการดูแล และ 3) ประสพการณ์ด้านอารมณ์และความรู้สึกจากการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท โดยผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายเกี่ยวกับประสพการณ์ต่างๆที่เป็นประเด็นหลัก ออกมาเป็นประเด็นย่อยให้เกิดความเข้าใจในประสพการณ์ที่ลึกซึ้งมากขึ้น โดยผู้วิจัยได้นำเสนอไว้ในตารางที่ 3 ดังนี้

ตารางที่ 3 ประสพการณ์ของมารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท ประกอบด้วยประเด็นหลัก และประเด็นย่อยดังนี้

ประเด็นที่ 1 ประสพการณ์ด้านการรับรู้การเจ็บป่วย

- 1.1 เครียด คิดมากทำให้ประสาทไม่ดี
- 1.2 ถูกผีเข้า / โดนของ

ประเด็นที่ 2 ประสพการณ์ด้านพฤติกรรมมารดาดูแล

2.1 พฤติกรรมมารดาดูแลในระยะแรกที่มีการเจ็บป่วย / มีอาการทางจิต

- 2.1.1 แสวงหาการรักษา
 - พึ่งพาพระ/ช่างทรง
 - พบแพทย์แผนปัจจุบัน
- 2.1.2 ดูแลให้ได้รับยาตามแพทย์สั่ง
 - จัดยาให้ทาน
- 2.1.3 ดูแลกิจวัตรประจำวันและสุขวิทยาส่วนบุคคล
- 2.1.4 หยุดพฤติกรรมรุนแรงด้วยความรุนแรง

2.2 พฤติกรรมมารดาดูแลในระยะอาการสงบ / ไม่ให้อาการทางจิตกำเริบ

- 2.2.1 ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา
 - เตือนให้ทานยา
- 2.2.2 ปลอดภัย ปลอดภัยไม่ให้เครียด
- 2.2.3 สนับสนุนให้มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ
- 2.2.4 ให้หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นให้อาการ
 - หลีกเลี่ยงสาเหตุของการเจ็บป่วย
 - หลีกเลี่ยงบุหรี่ / เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

ประเด็นที่ 3 ประสพการณ์ด้านอารมณ์และความรู้สึก

3.1 ไม่มีความสุขช่วงที่มีอาการ

- กลุ้มใจในพฤติกรรมที่เกิดจากการเจ็บป่วย
- เบื่อในพฤติกรรมที่เกิดจากการเจ็บป่วย
- เป็นห่วงเป็นใย
- ลำบากที่ต้องเข้า-ออกโรงพยาบาลบ่อยๆ
- อับอายในพฤติกรรมที่เกิดจากการเจ็บป่วย
- เจ็บตัวและเจ็บใจ

3.2 มีความหวังว่าจะหาย

3.3 สบายใจเมื่ออาการดีขึ้น

3.4 ทำใจยอมรับกับการดูแลเมื่อบุตรเจ็บป่วย

- ป่วยแล้วต้องดูแล
- คิดว่าเป็นเรื่องของเวรกรรม

ประเด็นที่ 1 ประสบการณ์ด้านการรับรู้การเจ็บป่วย

การรับรู้การเจ็บป่วย หมายถึง การที่ผู้ให้ข้อมูลคือมารดาทราบว่าบุตรมีอาการผิดปกติหรือกำลังมีอาการเจ็บป่วยทางจิตอยู่ในลักษณะของสาเหตุที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วย โดยรับรู้ได้จากลักษณะบุคลิกที่ผิดปกติไปจากเดิมของผู้ป่วยหรือ แม้แต่ลักษณะพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก โดยคิดว่าเป็นลักษณะของการเจ็บป่วยที่มีสาเหตุมาจากความเครียด การคิดมากจนทำให้ประสาทไม่ดี และยังมีเชื่อในทางไสยศาสตร์ว่าผู้ป่วยถูกผีเข้าหรือโดนของ จึงทำให้เกิดอาการผิดปกติหรือการเจ็บป่วยนั้นขึ้น และจากการรับรู้ที่นำไปสู่รูปแบบของการดูแล ที่ผู้ให้ข้อมูลได้กระทำให้กับผู้ป่วย ตามการรับรู้ที่จำแนกออกเป็น 2 ประเด็นย่อย ได้แก่

ประเด็นย่อยที่ 1 เครียด คิดมากทำให้ประสาทไม่ดี

ผู้ให้ข้อมูลรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ว่าเป็นอาการแสดงออกเนื่องจากมีความเครียด คิดมาก จึงทำให้ประสาทไม่ดี ซึ่งคำว่าประสาทไม่ดีในความหมายของผู้ให้ข้อมูลคือการที่ผู้ป่วยทำอะไรหรือมีพฤติกรรมที่ไม่เหมือนคนปกติ โดยให้ความเห็นว่าสาเหตุของอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเกิดจากการที่ผู้ป่วย มีความเครียด คิดมาก จนทำให้เกิดการเจ็บป่วยที่ผู้ให้ข้อมูลเรียกว่า ประสาทไม่ดี ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“ที่แรกเขาทำงานได้ ทำรองเท้าได้ ทำไปทำมาเขาบอก เขาไม่สบายแล้ว ทำไม่ได้แล้ว ตอนหลังเลยไม่ไปเลย ไม่สบายเขาก็..รู้เขาคิดโน่นคิดนี่ ดั่งค์ไม่มีอย่างนี้ คิดมาก เขาไม่มีดังค์เขาก็คิด ตอนหลังเขาก็บอกว่า อยากรับเข้าแก้ตกรองเท้า แล้วเขาก็ประสาทขึ้นมา ฉันก็ว่าเขาเป็นประสาทนะ เขาพูดอะไรต่ออะไร พูดโวยวายเหมือนกับฉัน ว่าอะไรต่ออะไร บางทีเขาก็ชอบด่าฉัน ก็ว่าเขาเป็นประสาทนะ บางทีเขาทำอะไรเสียงดังลั่น (ID5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 13-27) ก่อนนี้เขาทำงานมีดังค์ แล้วตอนหลังไม่ได้ทำงาน แล้วก็คิดมาก ก็เลยเครียด เลยเป็นแบบนี้ เขาก็เป็นนี้ เดี่ยวกระดูกตรงนั้นมันหายไปหมด เป็นประสาทนะ ประสาทไม่ดี” (ID5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 252-253)

“อ้าวคิดในใจนะ อีประสาทอะ คิดมาก อีพูดออกมาแต่ละคำ คล้ายๆว่าอียอยากจะเอาชนะคน อีคิดแต่ละอย่างนะ มันอิจฉาคนอะ อีพูดออกมาแล้วว่า แม่ทุกวันนี้อิวอิจฉาคน คนเขาได้ดี

อย่างนั้นอย่างนี้ คล้ายๆว่า โรคคิดมากเลย อิจฉาคนหรือเปล่าไม่รู้ละ โรคอิจฉาทำให้อีเป็นอย่างนี้
ประสาทไม่ดี ชอบอิจฉาคน” (ID15 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 214-216)

นอกจากผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น จากการคิดมาก ความเครียดจน
ทำให้ประสาทไม่ดีแล้ว โดยไม่ทราบสาเหตุแน่ชัดว่าการคิดมากหรือความเครียดที่ว่านั้นเกิดจาก
อะไร แต่ยังมีผู้ให้ข้อมูลอีกส่วนหนึ่งที่มีการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยว่า เป็นลักษณะของ
อาการประสาทไม่ดี จากการที่ผู้ป่วยใช้สารเสพติด และมีปัญหาครอบครัว ดังคำกล่าวของผู้ให้
ข้อมูล

“ก็เขาเครียดนะ แบบล้มตาย เงินไม่มี สองล้มตาย แล้วก็มาเล่นมั่วอะไรอย่างนี้ หนึ่งเงินไม่
มี หนึ่งจะลูก ก็คงคิดมากอะไรอย่างเนี่ย เรายังโรคคิดมาก เขาคงคิดถึงล้มเขา ประสาทเขาเลยไม่
ดี” (ID 9 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 331,340)

“เป็นประสาทนะ...ก็สมัยก่อนเขาดมกาว ติดเพื่อน แล้วก็เนี่ยคลุ้มคลั่ง เออะอะไว้วาย ไม่
รู้จักใครเลย ไม่รู้จักใคร คลุ้มคลั่ง วิ่งหนี ประสาทไม่ดีนี่นะ” (ID 10 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 9-10)

“ตอนก่อนที่จะเป็นนี่นะ แบบว่าเออ...ตอนนั้นที่มีกาวมีอะไรอะ คบเพื่อนไม่ดีไซ้ใหม่ ให้ไป
โรงเรียนก็ไม่ไป แล้วก็ดมกาวด้วย พอพักหลังมีมามีอะไรมาติดยิงไปกันใหญ่ ก็...พอดี มาประสบ
กับตอนเด็กอะ โดนรถชน รถชนแล้วตกต้นไม้มีอะไรมั่ง หลายอย่าง รถชนตอน 5 ขวบก็หัวแตก
มาเสียมากตอนขึ้น ม. 1 อะ พอเข้าม.1 ก็เอาแล้ว เป็นมาจน 15-16 นี่แหละดมกาว มีผู้หญิงมา
ติดก็มีเมีย มันก็ไปดมกาวกับพี่ชายผู้หญิง ก็ไปดมกาวด้วยกัน พอดมเสร็จมันโมโหอะไรก็ไม่รู้ ก็บิบ
คอเมีย ก็เลยไปปรับกลับมารักษา (ID11 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 3-13) ตอนแรกก็นึกว่าเกี่ยวกับรถ
ชนหรือเปล่าหรือจะเพราะมันติดยา ดมกาวอะไรหรือเปล่า มันอาจจะเกี่ยวกับ ก็คงจะเป็นโรคเก่า
มันนี่แหละ ทำให้ประสาทไม่ดี ดมกาวด้วย คงจะกลับไปกลับมา” (ID11 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L:
247-250)

“เขาเริ่มดมกาวนี้ตั้งแต่อายุ 14-15 นี่แหละค่ะ พอดมกาวแล้วไม่นาน สมองเขาก็ฟุ้งซ่าน
ไปเลย เหมือนสติเขาไม่ค่อยดี ฟุ้งซ่านไปเลย เหมือนจะทำร้ายใครให้ได้ เออะอะ ฉันทันดินบ่อๆ
เลย โดนเขาฉก แต่เขาบอกไม่ได้ทำนะ...ดูสิไม่เรียกว่าประสาทแล้วเรียกว่าอะไรอะ แม่มันยังทำ
อะ” (ID13 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 5-8)

ประเด็นย่อยที่ 2 ถูกผีเข้า / โดนของ

นอกจากการรับรู้ที่ผู้ให้ข้อมูลบอกว่า ลักษณะอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเป็นผลมาจากการคิดมาก มีความเครียด จนทำให้ประสาทไม่ดีแล้ว ผู้ให้ข้อมูลยังมีการรับรู้ว่าอาการที่ผู้ป่วยเป็นอยู่นั้น เป็นการเจ็บป่วยที่เกิดจากการกระทำของสิ่งเร้าลับที่อยู่เหนือธรรมชาติ เป็นการรับรู้ที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อทางไสยศาสตร์ ซึ่งส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นในระยะแรกของการเจ็บป่วย โดยในระยะแรกนี้ ผู้ให้ข้อมูลจะสังเกตเห็นถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ไม่ว่าจะ เป็นลักษณะของพฤติกรรมหรือท่าทางที่ผิดปกติไปจากเดิม หรืออารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วย เมื่อหาสาเหตุและคำอธิบายไม่ได้ ผู้ให้ข้อมูลจึงมีความเข้าใจ ทั้งจากที่คิดด้วยตนเองและจากคำบอกเล่า ความคิดเห็นหรือคำแนะนำของเพื่อนบ้าน ว่าสิ่งที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ในขณะนั้น น่าจะมีสาเหตุมาจากการกระทำทางไสยศาสตร์ คือ การถูกผีเข้าหรือโดนของ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“เขาก็...ที่แรกเขาก็ประสาทไม่ดี คล้ายๆว่าบางทีก็ใจร้อนอย่างนี้ แล้วบางทีก็ไม่เป็นอะไร เป็นประสาทคล้ายๆว่าต้องคอย...คอยหาหมอ...บางทีก็อึดขึ้นมานะ ร้องโวยวาย น้ำท่าก็ไม่ชอบอาบ เมื่อก่อนนี้เป็นนะ จะหัวเราะก็หัวเราะ คิดว่าผีเข้าแน่ๆ อะ ก็ปกติไม่เป็น แต่เดี๋ยวนี้ไม่เป็นแล้ว ตอนแรกเป็นนะไม่หาย....รดน้ำมนต์ก็ไม่หาย” (ID1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 87-89)

“เขาเป็นประสาท ประสาทเขาไม่ดี เป็นโรคจิตอะ ภูยน้ำลาย แล้วก็ชอบด่าคนนะ ด่าคนทั้งวันเลยทุกวัน ทุกวัน มีคนขับมอเตอร์ไซด์ผ่านเขาก็ด่า คิดว่าโดนของอะเปลวอะ โดนใครทำเอา หรือเปลวอะ...ด่าคนจิงเลย ก็คนดีๆเขาไม่ภูยน้ำลาย ไม่ด่าคนหรอก สองปีมาเนียด่าจิงเลย เมื่อก่อนนี้ไม่ด่านะ ด่าจนเสียงดัง ทำของเสีย ข้าวของเสียหมดเลย พังหมด กาละมัง โทรทัศน์ก็ทุบทั้งหมด อาละวาด” (ID4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 11-18)

“สมัยก่อนตอนแรกๆนะ ยายคิดว่าโดนผู้หญิงทำ เพราะเขาเป็นนักร้อง หน้าตาดี มีผู้หญิงติดเขา ผู้หญิงเขาก็อายุมากหน่อย อะไรหน่อย ยายก็เข้าใจว่าคงโดนของ โดนอะไรจากผู้หญิง” (ID6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 71-72)

“สงสัยผีเข้าอะ...มันก็อยู่ข้างบนห้อง ที่ไหนมันก็ไม่ไปนะ ขึ้นๆลงๆ ขึ้นๆลงๆ อยู่อย่างนั้น วันหนึ่งขึ้นลงสี่ห้าสิบครั้ง เราเห็นเราก็บื่ออะ ทำไมเขาไม่เบื่อกันไม่รู้ แล้วก็จะพูดว่า จะบ้าแล้ว จะบ้าแล้ว ผีเข้า ผีเข้า มันพูดเอง บ่นเอง เราเลยบอกว่าผีเข้าก็ต้องไปหาเจ้าแม่กวนอิม ต้องลากมัน

ไปหลายๆคน ลากมันไปหาเจ้าแม่กวนอิม ให้รักษาให้หาย ปีกลายที่แล้วก็เป็นนะ ผีเข้านั่นแหละ ตั้งสี่ห้าครั้งไม่รู้เป็นอะไร ทำไมผีชอบเข้าเขาก็ไม่รู้ เตี่ยเขาบอกว่าเป็นผีรอก เกิดมาวันปี ไม่ค่อยดี ผีถึงเข้า พอผีเข้าหัวสมองก็เป็นนะ หัวสมองเขาไม่ค่อยดี” (ID7 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 30-37, L: 47-48)

“ไอ้ผีเข้านี่ก็เหมือนกัน ตั้งแต่ปีกลาย เชื้อใหม่ผีเข้าตั้งสี่ครั้ง ตอน พ.ศ. 42 ก็มีผีเข้าแบบไม่รู้ตัว ไม่รู้เรื่องเราก็ปล่อยเอาไว้ ไม่เชื่อเจ้าเงาะ ปีกลายที่แล้วก็ผีเข้าตั้งสี่ครั้ง เขารู้ตัวเองนะ เขาบอกเรา อี้ๆ เขาเรียกเราว่าอีนะ บอกว่าสงสัยผีดปดอีกแล้ว เราบอกว่าผีดปดดี มึงเล่าให้เราฟังสิ มันบอกตอนเข้าไปขายของเห็นคนตายเขาตั้งไว้ในเรือสูงๆ เราออกไปมองเขาละสิ ทำไมไปมองทุกที่เป็นทุกทีก็ไม่ว่า ไปมองศพเขา เราก็เลยบอกอย่างนี้ต้องไปหาเจ้าแม่กวนอิมอีกแล้วสิ ทั้งปีทั้งชาติต้องไปหาหมด ไปหาเจ้าแม่กวนอิมแล้วก็หาย” (ID7 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 285-293) เขามาจับเราเขย่าๆ แแรงๆเราก็กลัวนะ กลัวเขาจะทำเราตายสิ เพราะว่าตัวเขามีผีอยู่ใช้ใหม่ ผีร้ายนะตัวนี้ เราบอกคุณตำรวจ จับเขาได้นะ แต่ไม่ได้จับไปโรงพักนะ จับไปโรงพยาบาล จับไปขึ้นศาลไม่ได้นะ คนนี้ผีเข้าเรารู้” (ID 7 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 313-316)

“เอ...เขาเป็น เขาก็นี้กันนะ ช่างบ้านเขาก็บอก โดนของอะไรหรือเปล่า เป็นแบบนี้ใช้เลย เราก็อ้วหรือจะจริงอย่างนั้นนะ เขาก็เคยนะ ไปเยี่ยมรอดไอ้...อะไรอะ...จอมปลวกอะ คนที่อยู่ก็เลยมาทำหรือเปล่า ก็คิดนะ...แต่เดี๋ยวนี้อีกก็ไม่ปักใจแล้ว...ก็พาไป รักษาทางนั้นมาแล้ว ก็ยังต้องกลับมารักษาที่หมอนี่เหมือนเดิม ก็เลยคิดว่าไม่น่าใช้หรอก ไปรักษาแล้วก็ไม่เห็นมันหายเลย” (ID 14 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L : 129-133)

ผู้ให้ข้อมูลบางราย เกิดความแน่ใจมากขึ้นว่า อาการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ เป็นการกระทำจากสิ่งเร้นลับตามความเชื่อทางไสยศาสตร์จริง จากการที่รับรู้ว่ามีพฤติกรรมไม่เหมาะสมที่เป็นการลบหลู่ต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งนั้น จนทำให้เกิดการเจ็บป่วยขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อได้รับฟังการบอกเล่าของผู้ที่แสดงตนว่าเป็นผู้ที่ชำนาญทางไสยศาสตร์และอำนาจศักดิ์สิทธิ์ต่างๆ

“มีคนทรงอะ เขามาดู บอกว่าจิตใจเขาหนีไป ไปเที่ยวเล่นตามเขา แล้วไปจี้รดตามเขามั่งอะไรมั่ง แล้วที่นี้ เจ้าที่เจ้าทางเขาไม่พอใจ เขาไม่มีที่อยู่อะ ก็เลยมาอาศัยอยู่กับเขา ก็เลยแบบว่าทำเขาอะ...ก็เหมือนมาสิงเขาอะไรอย่างนี้อะ” (ID 2 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 33-39)

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ มีการรับรู้และความเชื่อว่าอาการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยเป็นอยู่เกิดจากการถูกผีเข้าหรือโดนของแล้วเมื่อได้มีการพาผู้ป่วยไปรับการรักษาตามสถานที่ต่างๆ แล้วพบว่าอาการของผู้ป่วยยังไม่ดีขึ้น จึงเกิดการรับรู้และเปลี่ยนความคิดใหม่ที่ว่าอาการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยเป็นอยู่นั้น ไม่น่าจะเกิดจากการถูกผีเข้าหรือโดนของใดๆ แต่ยังมีผู้ให้ข้อมูลอีก 1 ราย ที่ไม่ว่าจะในอดีตหรือปัจจุบันก็ยังมี การรับรู้และความเชื่อว่าอาการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยเป็นนั้น เกิดจากการกระทำของภูตผีหรือวิญญาณอย่างแน่นอน โดยให้เหตุผลกับตนเองว่า ถึงแม้จะมีการพาไปรับการรักษาที่แพทย์แผนปัจจุบันที่โรงพยาบาลแล้วก็ตาม แต่อาการของผู้ป่วยก็ยังไม่ดีขึ้นหรือหายไป แต่เมื่อพารักษาแบบวิธีพื้นบ้านตามความเชื่อทางด้านไสยศาสตร์กับร่างทรงที่ตนเองนับถือว่าศักดิ์สิทธิ์ ผู้ป่วยกลับมีอาการดีขึ้น ดังนั้นจึงเชื่อว่าการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเกิดจากการถูกผีเข้าหรือการกระทำจากสิ่งเร้นลับจริงๆ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“ไอ้ผีเข้าผีออกนี่ก็เหมือนกัน ตั้งแต่ปีกลาย เชื่อใหม่ผีเข้าตั้งสี่ครั้ง ตอน พ.ศ. 42 ก็มีเข้าแบบไม่รู้ตัว ไม่รู้เรื่องเราก็ตลอดเอาไว้ ไม่เชื่อเจ้าเงาะ ปีกลายที่แล้วผีเข้าตั้ง 4 ครั้ง เขารู้ตัวเองนะ เขาบอกเรา อี้ ๆ เขาเรียกเราว่าอึ้งนะ บอกว่าสงสัยผิดปกติแล้ว เราบอกว่าผิดปกติอะไร มึงเล่าให้เราฟังสิ มันบอกตอนเข้าไปขายของเห็นคนตายตั้งไว้ในเรือสูง เขาบอกไปมองเขาละสิ ทำไมไปมองทุกที เป็นทุกทีก็ 모르 ไปมองศพเขา เราก็บอกอย่างนี้ต้องพาไปหาเจ้าแม่กวนอิมอีกแล้วสิ ทั้งปีทั้งชาติต้องไปหาหมด ไปหาเจ้าแม่กวนอิมแล้วก็หาย แปลกนะกินยาโรงพยาบาลไม่ยกจะหาย ไปหาเจ้าแม่กวนอิมแล้วหายเลย ” (ID 7 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 285-293)

ประเด็นที่ 2. ประสบการณ์ด้านพฤติกรรมการดูแล

จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ผู้ให้ข้อมูลได้พูดถึงประสบการณ์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับ การดูแลบุตรที่ป่วย ทำให้ทราบถึงการดูแลที่ผู้ให้ข้อมูลได้กระทำให้กับบุตร ซึ่งพบว่ามีอยู่ 2 ลักษณะ คือ การดูแลในระยะแรกที่มีการเจ็บป่วยและ/หรือระยะที่มีอาการทางจิต และการดูแลในระยะที่อาการสงบและ/หรือดูแลไม่ให้อาการทางจิตกำเริบ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ประเด็นย่อยที่ 1 ประสบการณ์ด้านพฤติกรรมการดูแลในระยะแรกที่มีการเจ็บป่วย / มีอาการทางจิต

พฤติกรรมการดูแลในระยะแรกที่บุตรมีอาการเจ็บป่วยและ/หรือระยะที่มีอาการทางจิต หมายถึงการที่ผู้ให้ข้อมูลได้ดูแลช่วยเหลือบุตรในด้านต่างๆ ในระยะเริ่มแรกที่บุตรมีอาการเจ็บป่วยและ/หรือเป็นระยะที่บุตรมีอาการทางจิตเกิดขึ้น ที่ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าเป็นบุตรหรือในที่นี่คือผู้ป่วยจิตเภท ไม่สามารถที่จะดูแลช่วยเหลือ หรือจัดการกับการเจ็บป่วย หรือสิ่งต่างที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยของตนได้ ดังนั้นผู้ให้ข้อมูลจึงต้องเป็นผู้ที่คอยดูแลช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ในภาวะที่เกิดการเจ็บป่วยขึ้น ซึ่งประกอบด้วยประเด็นย่อย ต่อไปนี้

1. แสวงหาการรักษา

การแสวงหาการรักษาเป็นอีกประสบการณ์หนึ่งที่พบได้กับผู้ให้ข้อมูล ที่ให้การดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท โดยในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลจะมีการแสวงหาการรักษาตามการรับรู้การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยการรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบันในโรงพยาบาลที่ให้การดูแลรักษาผู้ที่มีการเจ็บป่วยทางจิต และแสวงหาการรักษาที่นอกเหนือเพิ่มเติมตามการรับรู้และความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วยในขณะนั้น ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยหายจากการเจ็บป่วย ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ จะมีประสบการณ์ในการพาผู้ป่วยไปรับการรักษาที่พระหรือร่างทรง ที่ผู้ให้ข้อมูลนับถือและมีชื่อเสียงเกี่ยวกับความศักดิ์สิทธิ์ทางด้านไสยศาสตร์ ภายใต้ความเชื่อที่มั่นใจและไม่แน่ใจของผู้ให้ข้อมูลในขณะนั้น ว่าอาการผิดปกติที่ผู้ป่วยกำลังเป็นอยู่เกิดจากการกระทำทางไสยศาสตร์หรือไม่ ซึ่งมีทั้งพาไปตามคำแนะนำของคนรู้จัก และตามความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลเอง ที่คิดว่าอาการที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ณ ขณะนั้นน่าจะพาไปรักษาด้วยวิธีดังกล่าวจึงจะหาย แต่เมื่อรักษาแล้วอาการของผู้ป่วยยังไม่ดีขึ้น จึงได้นำผู้ป่วยไปรับการรักษาที่แพทย์แผนปัจจุบันในโรงพยาบาลที่ให้การดูแลรักษาผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยทางจิตโดยเฉพาะ ดังนั้นประสบการณ์ด้านการแสวงหาการรักษาจึงประกอบไปด้วย 2 ประเด็นย่อย ดังนี้

พึงพาพระ/ร่างทรง

การพาผู้ป่วยไปรับการรักษาที่พระหรือร่างทรง เป็นหนทางแรกตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลว่า เป็นวิธีการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหรือหายจากการเจ็บป่วย ซึ่งเป็นไปตามความเชื่อและการรับรู้ที่เกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยในขณะนั้น นั่นคือ นอกจากผู้ให้ข้อมูล

จะมีการรับรู้ว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เกิดจากความเครียด คิดมาก หรือเกิดจากการการใช้สารเสพติด แล้วความเชื่ออีกอย่างที่ผู้ให้ข้อมูลเชื่อว่าจะต้องเกิดขึ้นกับผู้ป่วยตามอาการที่แสดงออก หรือคำบอกเล่าของเพื่อนบ้าน คือการเชื่อว่าอาการผิดปกติที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ขณะนั้นเกิดจากการกระทำของสิ่งเร้าลับที่อยู่เหนือธรรมชาติ ซึ่งเป็นความเชื่อทางด้านไสยศาสตร์ ดังนั้น จึงมีการพาผู้ป่วยไปรับการรักษากับบุคคลหรือตามสถานที่ ที่ให้การรักษาทางด้านไสยศาสตร์ ซึ่งมีทั้งรักษาด้วยพระสงฆ์และร่างทรงที่มีชื่อเสียงด้านดังกล่าว เพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหรือหายจากการเจ็บป่วยโดยเร็ว ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“ก็เขาว่า โดนใครทำอะไรอะเปล่านะ ก็พาไปรักษาตั้งหลายแห่ง ที่วัดอะไรอะ หลักสี่ เห็นเขาบอกว่าเก่งๆนะ พาไปรักษา ไปรังสิตที่คนไหนแนะนำพาไปรักษาหมด ไปรดน้ำมนต์ให้หลวงพ่อรอดน้ำมนต์ที่หลักสี่นะไปตั้งหลายหน ตอนนั้นไปหลายครั้ง สามร้อยยอดก็ไปนะ เป็นบ้านคนทรง น้องสาวเขาพาไป อ้อเขาอะ พาไป ที่ไหนดีพาไปหมด ไปอยู่ถ้ำอะไรนะ ศรีวิไล หรืออะไร ไปอยู่นั้นเป็นถ้ำเป็นพระอยู่เขามียาต้ม ยาอะไรให้ทานนะ” (ID 2 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 27-31)

“ก็ เขาเป็น ก็ว่าถูกของอะไรหรือเปล่า ก็ไปหาหมอเจ้าด้วยนะ เป็นคนทรงเจ้านะ เขาไม่ยอมไปโรงพยาบาลนะ เราก็เลยพาไปหาหมอเจ้านะ เขาก็ผูกดวงให้ ผูกอายุให้เขา แล้วก็ถามว่าอายุเท่าไร แล้วก็ผูกอายุให้ แล้วก็อะไรอีกไม่รู้” (ID 4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 19-21)

“อาการเขาก็ เหมือนกับมี...เขาบอกมีอะไรมาบีบคอ มาดูดมอง เขาบอกเนี่ย มันดึงออกไปเลย พระท่านก็บอกว่าไม่มีอะไร แล้วพระท่านก็ให้พระองค์หนึ่งมาห้อยคอ แล้วพอนี่ใส่ลงไปมันรัดคอใหญ่เลย ใช้ไม่ได้อีกแล้ว...พอ...เขาไม่ยอมป้องกันอะไรเลย เนี่ย หลวงพ่อให้อะไรป้องกัน ฉันบอกว่า...อ่า...ถ้าป้องกันไว้จะดี...แล้วเขาบอกไม่ได้เลยเนี่ยมันรัดคอใหญ่เลย เขาบอก พระให้ของมาป้องกันก็ไม่เอา ไปรดน้ำมนต์แล้วเขาก็ยังบอกว่าเหมือนยังมีอะไรมาจับ หัวจับหู แล้วก็ดำ ดำ ดำ แบบหยาบคายอะ” (ID 5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 65-71)

“สมัยก่อน แรกๆเลย ยายคิดว่าโดนผู้หญิงทำ เพราะเขาเป็นนักร้องหน้าตาดี มีผู้หญิงติดเขา อายุมากหน่อย อะไรหน่อย ยายก็เข้าใจว่าเขาคงโดนของโดนอะไร ก็พาไปรดน้ำมนต์กับคนทรง เขาบอกว่าโดนของ เขาบอก ต้องใช้พระเงินพระทอง ร้อยเก้าองค์ ดอกบัวร้อยเก้าดอกแล้ว ยายก็ไปทำให้เขา รดน้ำมนต์ครั้งแรกก็เจ็ดถึง แล้วก็อีกวันละถึง ละถึง อีกสามวัน รดน้ำมนต์เขาก็ไม่หายนะ คือ เขาก็เรียกอะไรนะ ดอกบัวร้อยเก้าดอก พระเงินพระทองร้อยเก้าองค์ ก็ซื้อไปทำ

แล้วก็เอาเสื้อผ้าเขาไปเผา แล้วก็เอาดอกบัวที่หักก้านแล้วเหลือแต่ดอกเนี่ย จดชื่อเขา จดชื่อนามสกุลเขา แล้วเอาไปลอยน้ำแม่พระคงคา ยายก็ไปลอยคลองสาทรนะคุณนะ” (ID 6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 71-77)

“อาการครั้งแรกมันก็แบบบ้า ๆ บอ ๆ ใจ ชื่นห้องชื่น ๆ ลง ๆ กลางคืนนะชื่น ๆ ลง ๆ ตั้ง 45 ครั้ง 46 ครั้ง เขาบอกว่าแม่ ผมจะแย่แล้วนะ ผมจะแย่แล้วนะ จะแย่แล้วนะ มีคนบอกว่าต้องผีเข้า ที่นี้เราก็ก็นึกว่าผีเข้าไม่จริงหรอก ไปสมเด็จก็ยังมีเข้าอยู่นะ ผีเข้าผีออก แต่สมเด็จเขาใจดีไม่ตีเขา...เขามีแต่จิตยาให้เขานอนหลับ นอนหลับเหมือนยังกับตายไปเลย พอตื่นขึ้นมาเนะ เขาก็ยังโง่โง่อยู่ ใคร ๆ ก็บอกเราว่า เขาอยู่อย่างนี้ไม่ไหวแล้ว เขาอยู่โรงพยาบาลแล้วก็ยังไม่ไหว หมอก็จับเขาไม่ไหวอยู่แล้ว ต้องจิตยา อย่างนี้ต้องพาเขาไปหาเจ้าแม่กวนอิมแล้ว เขาเป็นคนจีนแท้นะเขาบอกว่าเป็นคนช่างในโรงบาลนั่นแหละไม่รู้ใครบอกว่า ชิมต้องไปหาเจ้าแม่กวนอิมไปหาพระหาเจ้า แล้วเอาน้ำมันมาพ่นให้เขา เราก็เลยต้องไปหาเจ้าแม่กวนอิมอยู่ในซอยอาทิตย์นะนะ เจ้าแม่กวนอิมก็เสียไป 366 บาท แล้วก็เอาน้ำมัน เอาอะไรให้เขากิน เราไม่กล้าให้หมอเขาเห็น แล้วก็ให้เขากินน้ำมันทันที แล้วก็พ่น ๆ ลงไปที่หัวของเขา แล้วก็รีบเก็บใส่กระเป่า แล้วก็เขาก็ทำเหมือนผีออกไปแล้ว แล้วก็เขาก็หาย แล้วตั้งแต่ตอนนั้นเขาก็ไม่เป็นแล้ว อยู่ดี ๆ หายไปแล้ว ตอนเราไปเอาน้ำมัน เขาก็เข้าทรงให้เรา แล้วก็เอาน้ำมันให้มาให้เขากิน มาพ่นหัวเขา” (ID 7 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 11-27)

“ก็พาไปรดน้ำมันนะ ก็คิดว่า เป็นแบบนี้ จะโดนของโดนอะไรหรือเปล่านะ ก็ลองไปดูเผื่อจะหาย ไปที่วัดก็แค่นั้น พาไปพรมน้ำมัน ก็ไปเอาน้ำมันมาให้เขากิน เขาอาบ ก็ให้เขาสบายใจ” (ID 8 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 27-28)

“ตอนนั้นนะ มันเป็นใหม่ ก็ พาเขาไปวัดนะ ไปรดน้ำมัน อาบน้ำมนต์ พาไปทำสังฆทาน ก็ไป แล้วไปดูหลวงพ่อดาวคะนอง หลวงพ่อบอกไปอยู่ที่ไหนก็ไม่ได้หรอกคนนี่... บางคนเขาบอกโดนของ โดนอะไร ก็พาเขาไปไหว้พระ ไปรดน้ำมัน ไปดูดวง ดูอะไร” (ID 9 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 60-62, L: 77-78)

“แต่ไปหาหลวงพ่อนี้ก็ไปอยู่เที่ยวหนึ่ง หลวงพ่อวัด.....นะ ก็ไป แกก็อาบน้ำมนต์ให้ ก็คิดว่ามันจะเป็นอะไรหรือว่าโดนของโดนอะไรหรือเปล่าก็ไม่รู้เนอะ ที่ไหน พระเจ้าที่ไหนดี เราก็กินอยู่

นั้นแหละ แต่ก็ไม่เห็นมันหายนะ ก็ไป...พระท่านก็มีอะไรดี ๆ ตามแขน ขา ไล่ออกไป ไล้ที่เขาโดน ก็ ไล่ออกไป ” (ID 11 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 49-57)

“ไปขอน้ำมนต์ที่วัดมารดให้เขา ก็คิดว่ารักษาแล้วอะไรแล้ว ทำไมไม่หายซะที เอ้อ...ทำไม มันไม่หายซะทีนะลูก ลองดูเขาว่าพระตรงนี้ดี ตรงโน้นดี เก่ง...เอ้า ลองดู ลองไปเอามาดู ก็คิดว่า รักษาแล้วมันจะหาย แต่รดไปรดมา มันก็ไม่เห็นเขาค่อยยังชั่วอะไรก็เหมือนเดิมของเขา” (ID 12 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 29-33)

“ก็ไปอยู่ที่วัดบ้าง อะไรบ้าง พระรักษาบ้าง รักษาไปเรื่อยๆ ไปอยู่วัดท่านอาจารย์ก็รับ รักษา มียา พวกยาต้มอะไรอย่างนี้ให้เขากิน ก็กินยา รักษา มีรดน้ำมนต์ให้มันอะไรมั่ง ไปอยู่วัดก็ 4-5 เดือนนะ ดีที่มีคนแถวนั้นเขาช่วยดูให้ แถวๆนั้นเขามีคนทรง เขาก็ดูให้นะ เขาบอกจิตใจเขา เหมือนบ้านร้าง บ้านร้างเขาบอกสิ่งที่ไม่ดีตัวตน จะเข้าก็ได้จะออกก็ได้ หลายๆคนเขาก็บอกว่า ตอนนี้อยู่มาเข้านะ ท่านก็เอาสายสิญจน์มาคล้องที่หัวให้ อากาาก็เบาลง เสียงก็ผิดปกติ กว่าเดิม ก็ดีขึ้น” (ID 14 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 6-18, L: 25-29)

พบแพทย์แผนปัจจุบัน

การรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน ในโรงพยาบาลที่ให้การดูแลรักษาผู้ที่มีอาการเจ็บป่วย ทางจิต เป็นความหวังต่อไป ที่ผู้ให้ข้อมูลคิดว่าจะทำให้บุตรหายจากการเจ็บป่วยหรืออาการทางจิต ณ ขณะนั้นดีขึ้น ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าการรักษาตามความเชื่อ ทางด้านไสยศาสตร์แล้ว อาการของผู้ป่วยก็ยังไม่ดีขึ้นหรือหายไป ดังนั้นจึงคิดว่าอาการที่ผู้ป่วยเป็น น่าจะได้รับการรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบันมากกว่า ถึงแม้บางรายอาจยังมีความเชื่ออีกส่วน หนึ่งหลงเหลืออยู่ว่า อาการเจ็บป่วยหรือความผิดปกติที่ผู้ป่วยเป็น มีสาเหตุมาจากการถูกกระทำ ทางไสยศาสตร์ก็ตาม

“อาการไม่ดี หมอเขาให้ไปอยู่...ทางโรงเรียนเขาช่วยจับไปไว้ที่...(ชื่อโรงพยาบาล)...ไป รักษา...เขาเพื่อเจ้าอะ ในหัวสมองมีแต่อะ...มีหลวงพ่อดีอะไรของเขา อยู่ในหัวสมองนั้นนะ วุ่นวาย ไปหมดเลยอะ...เป็นตอนนั้น ทำคนเดียวอะ พาถูกไปรักษา เอาไปไว้โรงพยาบาลหลายเดือนนะ จน รักษาหาย ค่อยยังชั่ว หนีกลับมาเขายังไม่ให้กลับหรอก หนีเข้ามา หนีโรงพยาบาล” (ID 2 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 17-22)

“เขาเป็นตอนนั้นนะ แรกๆ เลยเขาเป็นหนัก เห็นอะไรเป็นโน่นเป็นนี่มั่ง เห็นคนจะทำร้าย เขามั่งอะไรมั่ง ก็ให้เขาอยู่ในโรงพยาบาลเลย ไปรักษาอยู่ในนั้น โรงพยาบาลอะไรนะ...(ชื่อโรงพยาบาล)...” (ID 2 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 22-23)

“เราก็พยายามพาเขาไปหาหมอ แต่ก็ไม่ยอมไป จนกระทั่งเขาไปมีเรื่อง ไปอาละวาด ทะเลาะกับเขา ก็เลยให้ตำรวจพาส่งมาโรงพยาบาล ที่โรงพยาบาล...(ชื่อโรงพยาบาล)... (ID3 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 13-14)

“ตอนแรกๆ อาการของเขาก็บางที ก็นั่งอมยิ้ม เขาก็จะเดินออกไปข้างนอกมั่ง จนอาการเขาออกมามากๆ จนเขาอาละวาด เราถึงได้ส่งเขาไปโรงพยาบาล...(ชื่อโรงพยาบาล)...ตรงนี้ เขาอาละวาด เราก็ให้ตำรวจพาไป ถ้าไม่เอาตำรวจ เขาก็จะไม่ยอมไป พอไปอยู่...(ชื่อโรงพยาบาล)... หมอก็ให้ยาอยู่นั้นประมาณเกือบๆเดือน” (ID 3 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 257-261)

“เขาไม่ทำงาน ไม่อะไรเลย ไม่ขายของ...อาการหนัก ภู่น้ำลายแล้วดำคนอย่างเดี่ยวดำ จนเสียงดัง ทำข้าวของเสียหาย ฟังหมด โทรทัศน์ก็ทุบพังหมด อาละวาด ก็เลยต้องพาไปหาหมอ ต้องให้ตำรวจพาไป ไม่งั้นเขาไม่ไป” (ID 4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 14-18)

“เขามีอาการอาละวาด เตะบ้าน แล้วก็พูดรุนแรงว่าฉันอย่างโน้นอย่างนี้ ด่าฉัน แล้วจะมาตีฉันด้วยนะ ฉันบอกอย่ามาเก่งนะ เดี่ยวโทร 191 พอพูด 191 นะเขาก็กลัวด้วยนะ เนี่ยทุกวันนี้ เขาก็กลัว ตอนนั้นก็ไป...(ชื่อโรงพยาบาล)... พอไปอยู่...(ชื่อโรงพยาบาล)...เขาก็กลัว พอเห็นฉันไปเยี่ยมเขารับวิงมาหา ฉันบอกไม่ต้องกลัวหรอก เราต้องทำใจ หมอเขาก็กลัวจะวิงหนีนะคะ หมอเขาก็คุย เขาบอกคนนี้ออกแรง ออกกำลังแล้วจะวิง หมอถึงไม่ให้ไป หมอเขาก็ถึงที่แรกใหม่ๆ ก็ต้องขังไว้ก่อน หมอเขาก็พูด ฉันเข้าใจ ฉันบอกไม่เป็นไรคุณหมอ เพราะว่าถ้าเขาทำตัวดี คุณหมอก็ปล่อยให้ออกมาเดินได้นะ ถ้าพูดถึง” (ID 5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 228-236)

“เข้าใจว่าครั้งแรกที่เขาเป็นนะ จะเป็นมาก เขาจะเดินทั้งคืน แล้วก็เบลอๆทั้งคืน ยายก็เรียกเขาเข้าบ้าน เข้าบ้านปั๊บ เดี่ยวเขาก็ออกอีกแล้ว ออกแล้ว ไปๆมาๆ เขาก็เบลอ ตัวแข็งมั่ง ตัวเกร็งมั่ง เดินมองโน่นมองนี่ แหงนดูเพดาน ดูฟ้าดูตึก ดูอะไรอย่างนี้ ยายก็ว่าเขาโดนผู้หญิงทำหรือเปล่า โดนทำของหรือเปล่า แต่พอพาไปรักษา (รักษากับร่าทรง) แล้วมันก็ไม่เห็นหายนะคุณ พอเขาชักไม่ไหวไป ยายก็เลยช่วยกันจับ ให้คนข้างบ้าน คนรู้จักกันเนี่ย จับส่งโรงพยาบาล พอไป

โรงพยาบาลเขาก็จับขังเลย เขาก็ร้องโวยวาย จะกลับบ้าน ไปช่วงแรกก็ขัง เสร็จแล้วพอเขาค่อยยังชั่วดี ก็มีจดหมายให้ญาติไปรับกลับ” (ID 6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 10-13)

“โอ้...ตอนเขาป่วยใหม่ๆ พ.ศ. 40 นะ ไม่มีใครช่วยเลยมีแต่เราคนเดียว ลากเขาขึ้นสามล้อ ขึ้นๆลงๆไปหาหมอที่...(ชื่อโรงพยาบาล)... มีคนแนะนำไป เขาบอกว่าสงสัย แบบนี้ต้องไป...(ชื่อโรงพยาบาล)... แล้วก็ไปนอนอยู่ตั้งสิบวันนะ (ID 7 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 86-90) ตอนแรกที่เป็นนะมันขึ้นหลังคานะ มันก็บ๊อง บ๊อง บ๊อง จะตีคนนั้น คนนี้ จะตีเราด้วยนะ มันบ้าขึ้นมา มันผีเข้า ผีทำให้เขาจะตีเราแบบนี้ แล้วชาวบ้านเขาก็เรียกตำรวจมา จับไปโรงพยาบาล เขามาจับ จับเรา เขยาๆ แรงแๆ เราก็กั๊กนะ ...กลัวเขาจะทำเราตายสิ เพราะว่าตัวเขามีผีอยู่ใช่ไหม ผีร้ายนะตัวนี้ เราบอกคุณตำรวจ จับเขาได้นะ แต่ไม่ได้จับไปโรงพักนะ จับไปขึ้นศาลไม่ได้นะ คนนี้เขาผีเข้า เราบรู้นะ” (ID 7 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 306-321)

“เขาตอนเป็นหนุ่มๆ วิทยุรุ่นเขาทำงานโรงพิมพ์ ดมกาว ดมอะไรต่ออะไร ต่อมาไม่กี่มากน้อยหรือดมของเขาเบลอลๆ เรียงตัวหนังสือไม่ได้ ก็ออกไปหาที่ใหม่ทำ มันก็ดมกาวดมอะไรอย่างเนี่ย จนเบลอลๆ ใครพูดผิดหูไม่ได้จะโมโห จะเอาเรื่องเขา ใครพูดอะไรไม่ได้จะระแวง โวยวาย ตะโกน ก็เลยพาไปโรงพยาบาล...(ชื่อโรงพยาบาล)... นั่นนะที่เป็นครั้งแรกนะ กินยามา 7-8 ปีแล้วยังไม่หายเลย แปลกนะโรคนี้” (ID 8 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 2-8)

“ก็ตอนนั้นก็...พอเป็นหนักก็ไปอยู่โรงพยาบาล...(ชื่อโรงพยาบาล)...นะ ครั้งแรกเลย ไปอยู่...อยู่ไฉ่ที่มีลูกทรงข้างในนะ ไม่ใช่ข้างนอกนะ ไปอยู่ประมาณครึ่งเดือน แล้วก็หลังกลับมาเขาไม่กินยา หมอบอกให้กินยาติดต่อเขาก็ไม่กิน เราไปเอายาให้เขา เขาก็ไม่กิน (ID 9 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 56-59) อู๋ย...ไปอยู่โรงพยาบาล...(ชื่อโรงพยาบาล)...รู้สึกว่าจะ2ครั้งหนักๆ อะ เป็นหนักๆ2ครั้งหมอบอกให้กินยาเขาไม่กิน เขามากินเบียร์ สูบบุหรี่ เออ...เขาไม่กินยาแล้วเป็นหนัก” (ID 9 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L:28-30)

“ตอนแรกที่เป็นก็ไปโรงพยาบาล...(ชื่อโรงพยาบาล)...แล้วก็หมอบอกส่งไปที่...(ชื่อโรงพยาบาล)...หมอบอกส่งต่อไปอาการตอนนั้นเป็นหนักมากเลยคลุ้มคลั่งตัวผู้ติดเตียงไว้” (ID 10 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L:284-286)

“ตอนแรกๆที่เขาเป็นก็ไปที่อุบลเขาไปที่เยวอุบลพอเป็นน้องเขยเขาก็พาไปรักษาที่โรงพยาบาลอะไรละ โรงพยาบาล...(ชื่อโรงพยาบาล)... รักษาโรงพยาบาลมั่งสารพัดจะรักษาไปหาหลวงพ่อดีอะไรละ แล้วพระ...เขาบอกพระเอาเท้าตบหัว เขาก็โมโหใหญ่เลย บอกเห็นเป็นพระนะถ้าไม่เป็นพระก็ไม่ไหวนะ และก็มีรดน้ำมนต์ด้วยมั่ง แต่ไปแล้วก็อย่างนั้นแหละแป็บเดียวก็เป็นอีก” (ID 11 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 242-246)

“เขาอาละวาดนะตอนนั้นจะต้องไปส่ง...(ชื่อโรงพยาบาล)...นะเขาพาข้าวปลาของทำลาบข้าวของดำคน...เนี่ย...เอามัดไล่ฟันแมงก็มีเราก็งหวี่อะไรละ หวีหวี่อย่างเดียวชาวบ้านเขาก็ช่วยกันก็ไปเรียกตำรวจเพราะมีป้อมตำรวจอยู่ใกล้ๆก็ไปเรียกเขามา” (ID 12 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 9-12)

“ตอนที่เขานะ ก็ไป...(ชื่อโรงพยาบาล)... ก็ตอนที่เขาไปเลิกยากกลับมาไม่กี่มากน้อยเขาก็ฟุ้งซ่านก็เอาไป...(ชื่อโรงพยาบาล)...เลยเขาจะแบบ...เบลอ...เพื่อ...คลั่ง อาละวาดก็เอาไป...(ชื่อโรงพยาบาล)...เลยไปรักษาจนไม่มีเงินจะรักษาแล้วเขาก็ให้ย้ายกลับที่...(ชื่อโรงพยาบาล)...นี่และก็ได้30บาท” (ID 13 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 2-3, สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L:245-250)

“พูดถึงพระ เจ้าที่ไหนดีเราก็กินไปนะ แต่ก็ไม่เห็นมันหายเลย...หายก็แป็บเดียว ก็เลยว่าแบบนี้พาไปโรงพยาบาลดีกว่าตอนที่เขาเป็นนะนะ เราก็กินไปโรงพยาบาล...(ชื่อโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง)...ก่อนเลยจะอยู่ได้ 5เดือน หมอเขารักษาอยู่5เดือน ก็กลับมา (ID 14 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 115-116) ก็รักษา...พอรักษาแล้วก็ดีขึ้นเขารักษาแล้วก็ดีขึ้นไม่คิดฟุ้งซ่านอีก มียานอนหลับให้เขากิน เขากินแล้วเขาก็หลับ ไม่ฟุ้งซ่านถึงเวลานอนก็นอนถึงเวลากินก็กิน” (ID 14 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 9-11)

2. ดูแลให้ได้รับยาตามคำสั่งแพทย์

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ ทำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมไม่เหมาะสม การรักษาด้วยยารักษาโรคจิต จึงเป็นการรักษาที่สำคัญมาก การที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาได้ถูกต้อง เหมาะสมตามแผนการรักษาจึงเป็นเรื่องที่สำคัญ ดังนั้นบทบาทที่สำคัญอีกประการหนึ่งของผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วย จึงเป็นการที่ต้องคอยดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาถูกต้องตามแผนการรักษา ซึ่งจะโดยวิธีการใดนั้น ก็ขึ้นอยู่กับกลวิธีในการดูแลของผู้ดูแลแต่ละบุคคล จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้ให้ข้อมูล ซึ่งก็คือมารดาที่เป็นผู้ให้การ

ดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท ได้ให้การดูแลบุตรในเรื่องของการรับประทานยาตลอดระยะเวลาที่มีการเจ็บป่วยตั้งแต่เริ่มมีการเจ็บป่วยจนถึงปัจจุบัน หรือตั้งแต่ระยะที่มีอาการเจ็บป่วย คือผู้ป่วยมีอาการทางจิต จนถึงระยะที่ผู้ป่วยไม่มีอาการทางจิตหรือมีอาการทางจิตเพียงเล็กน้อย ผู้ให้ข้อมูลจะมีวิธีการที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้องตามแผนการรักษา โดยการเป็นผู้จัดยาให้ผู้ป่วยรับประทานด้วยตนเอง และคอยกำชับให้ผู้ป่วยทานยาเมื่อถึงเวลา

จัดยาให้ทาน

จากการศึกษาพบว่าผู้ให้ข้อมูลจะเป็นผู้จัดเตรียมยาให้ผู้ป่วยรับประทาน ในระยะแรกที่ผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยหรือมีอาการทางจิตเกิดขึ้น โดยส่วนใหญ่จะเป็นช่วงที่ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลใหม่ๆ ซึ่งตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลแล้วในระยะนี้ ผู้ป่วยยังไม่สามารถดูแลตนเองได้เต็มที่ ดังนั้นผู้ให้ข้อมูลจึงต้องให้การดูแลช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา โดยการเป็นคนคอยจัดเตรียมยาและคอยกำชับให้ผู้ป่วยรับประทานยา ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“คือช่วงที่เขาเป็นนะ เขาไม่สนใจตัวเองหรอก ออกจากโรงพยาบาลมา ก็ยังไม่ค่อยจะดีนะ ยาเยอะก็ไม่ค่อยจะสนใจกินเอง เราก็กินเวลา...ก็...ช่วงเย็นจะอยู่ก็จะจัดให้เขากินยา กินข้าวเสร็จจะให้เขากินเลยทันที แต่ช่วงเช้าบางครั้งก็จะคอยดูว่า ช่วงเช้าเขาจะหยิบกินไหม อะไรวุ่นวายเนี่ย หรือถ้าอยู่เราก็จะหยิบให้เขาเลย ก็คือยาเนี่ยจะไม่เอาออกมาเยอะ คือจะนับ...นับเอาไว้ บางทีหมอบจะให้มาเป็นแผง เขาก็จะเถียงว่ากินแล้วกินแล้วเราก็จะเอากกรรไกรมาตัดส่วนที่เขากินไป แล้วทิ้งไปจะให้เหลือแต่ตัวยาไว้ เขาจะได้เถียงไม่ขึ้น เรื่องยานี้ก็จะคอยดูแลเขาอะ แต่เขาก็จะ...เราก็จะบอกเขาว่ายานะ กินนะ เราอยากทำงานใช้ใหม่ เราอยากทำงาน เราก็ต้องพยายามกินยา คือจะบอกเขาอยู่เรื่อยๆ” (ID 3 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 120-122, 124-130)

“ก็มีเอายาให้กิน ก็อยากให้เขากิน แล้วให้เขาหาย ถ้าเราไม่เอาให้เขากินเขาก็ไม่ได้กิน...ฉันก็พยายามดูแลเขาบอกกินยานะ 3 เวลาต้องให้เขากินนะ ถ้ามือไหนเขาไม่กินนะ ฉันก็กลุ้มแล้ว...นะ...แล้วประเดี๋ยว พอเขาพูดดี ยิ้มหน่อย ฉันบอกกินยานะ อยากกินอะไรเดี๋ยวซื้อมาให้กิน” (ID 5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 47, L: 124-126)

นอกจากการดูแลจัดยาให้ผู้ป่วยรับประทานในระยะที่ยังไม่สามารถดูแลตนเองได้แล้ว ยังมีผู้ให้ข้อมูลบางรายที่ทำหน้าที่ในการดูแลจัดเตรียมยาให้ผู้ป่วยรับประทานตลอดมา ไม่ว่าจะเป็น

ตั้งแต่เริ่มมีอาการเจ็บป่วย หรือในปัจจุบันก็ยังต้องคอยจัดยาให้ผู้ป่วยอยู่เช่นเดิม เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยเรื้อรังจนเกิดความบกพร่องในการดูแลตนเอง ไม่สนใจที่จะให้การดูแลตนเองไม่ว่าจะด้านการรับประทานยาหรือด้านอื่นๆ ดังเช่นคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“ก็ทุกวันนี้ก็...เอายาให้กินนะ ก็เขาไม่เลย ไม่สนใจที่จะกินเอง ยายังต้องไปเอาให้เลย...ก็จัดให้อีเป็นถุงๆ อยากจะกินเยอะ บอกกินเยอะไม่ได้นะ หมอสั่งเท่านี้ต้องกินเท่านี้ จะเอาอีกขออีกเม็ด สองเม็ดอย่างงี้...กิน...เอาคืนก็ให้กลับมา ก็ไม่กิน...ใส่ถุงเป็นถุงๆ วันละถุง...วันละถุง...ซื้อถุงเล็กๆใส่ ถุงละ 2 เม็ด เช้า เย็น เขารู้ เขาใส่...มีอันหนึ่งใส่ยา แล้วเทออกมากิน” (ID 1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 7-9, L: 17-19)

“เอายาจัดให้เขารับ จัดยาปรับต้องจัดทุกวัน ยาต้องให้เขารับทุกวันจัดไว้เนี่ย..เป็นมียาให้เขาทาน...เราก็ดูเลย นิ่งดู...นิ่งดู จัดใส่ถ้วยไว้ พอถึงเวลาห่มหนึ่งให้เขารับ หกโมงครึ่งก็ให้รับแล้วเอาบอกนี่ยากินซะ อย่าลืมกินนะ” (ID 2 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 7-14)

3. คุณลักษณะวัตรประจำวันและสุขวิทยาส่วนบุคคล

การดูแลกิจวัตรประจำวันและสุขวิทยาส่วนบุคคล หมายถึง การที่ผู้ให้ข้อมูลได้ช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการตอบสนองของความจำเป็นพื้นฐานของร่างกาย ไม่ว่าจะเป็นการจัดเตรียมอาหาร น้ำให้ผู้ป่วยรับประทาน ซักเสื้อผ้า ทำความสะอาดของใช้ต่างๆ เช่น ผ้าปูที่นอน ปลอกหมอน หรือแม้แต่ความสะอาดของสิ่งแวดล้อมรอบๆตัวให้กับผู้ป่วย ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“เราก็มีแต่ซักผ้าให้เขาแล้วตาก แห้งเขาเอาไปเก็บเอง พับเอง เก็บของเขาเอง ต้องซักให้บางทีก็...เราไม่อยู่บ้าน เราก็หาอะไรอยู่บ้านให้เขากิน แค่นี้เอง...หาข้าว ซื้อไว้ให้เขากิน...ไม่มีอะไร” (ID 1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 35-38)

“ซักผ้า...ซักผ้าของเขาอะ เนี่ยของเขา เสื้อผ้า ปลอกหมอน ซักให้เขา เก็บซักให้ เพราะเขาไม่เอาเลยอะ คนอื่นเขายังเอา ทำเอง ไม่ให้แม่ทำ พอลูกเขาเห็นแม่ทำ เขาโมโหเลย หาวว่า โอ้โห เลี้ยงมันแบบนี้ แล้วยังมาทำให้อีก...เขาบอก...เขาไม่เหมือนคนอื่นนะ ใจเขาไม่เหมือนคนอื่น นี่เขาเป็นแบบนี้ไม่รู้จะว่ายังไงเขา ตื่นเข้ามาขี้ยา เขาสูบนี่ ก็ต้องกวาด...กวาดขี้ยา บอกเขาก็ไม่ทำ เขาบอกเขาเหนื่อยเขา...เขาไม่ทำ” (ID 2 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 32-38)

“ซักรีดผ้าให้เขา หาข้าว หาน้ำเตรียมให้เขากิน ก็เหมือน เราทำๆ เหมือนกับตอนที่เขา เด็กๆ เนียนะ เป็นแบบนี้แล้ว ไม่ไหว ข้าวปลาก็ต้องหาให้กินนะ ตอนยังไม่เป็น...ทำงานได้ ก็ไม่ ต้องทำอย่างนี้ ตอนที่ไม่ว่าง เสื้อผ้าก็ต้องซักให้ โตแล้วจะกินยังต้องหาให้กินเลย” (ID 5 สัมภาษณ์ ครั้งที่ 1 L: 45-47)

“ทำ....ซักรีดผ้าให้เขา แล้วก็เออ...ทำทุกอย่างให้เขาหมด หาให้กินอยากกินอะไรหาให้ หมด ถ้วยชามกินเสร็จแล้ว กองไว้ เดี่ยวกลางคืน อ้าวกลับมา อ้าวก็ล้างรวดเดียว...อยากได้อะไร อยากกินอะไร อ้าวหาซื้อให้หมดนะ อยากกินอะไร เอาต้มยำ ก็ต้มยำ ผัดเปรี้ยวหวาน 30 บาท 40 บาท ก็ซื้อมาให้ ไม่มีว่าหนักเลียงเลย บางทีนะดึก ๆ ตื่น ๆ ตี 3 อีบอกกว่าหิว เมื่อก่อนตรงนี้มีคารา โอเกะ เรากล้าออก เดี่ยวนี้ไม่กล้าออกแล้ว ตี 3 ยังออกมาเซเว่น มาซื้อมามาให้เขา แล้วมาซงให้ กิน” (ID 15 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 49-50, 268-272)

4. หยุดพฤติกรรมรุนแรงด้วยความรุนแรง

จากการที่ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านความคิดและการรับรู้ จนทำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ทำให้บางครั้งผู้ให้ข้อมูลเกิดความรู้สึก หงุดหงิด โกรธและโมโหกับสิ่งที่ผู้ป่วยทำหรือที่ผู้ป่วยเป็นอยู่จนนำไปสู่การกระทำที่จะเป็นการหยุด พฤติกรรมเหล่านั้น หรือเป็นการกระทำเพื่อบันดาลอารมณ์ของผู้ให้ข้อมูลมีอยู่ ณ ขณะนั้น จาก การศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่า ผู้ให้ข้อมูลใช้วิธีการทุบ ตี ผู้ป่วย เมื่อเกิดความรู้สึกหงุดหงิด โกรธ โมโห กับพฤติกรรมที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ เพื่อให้ผู้ป่วยหยุดกระทำพฤติกรรม หรือ ให้กระทำในสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูล เห็นว่าเหมาะสม นั่นคือ เป็นการหยุดพฤติกรรมรุนแรง หรือที่ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วย ด้วยความ รุนแรงดังเช่น คำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“เวลาโมโหก็เอาเหมือนกันนะ ก็ฟาดเลย เอาไม้ตีแหละฟาดเลย ทนไม่ไหวหรอก ด่าเรามั่ง อะไรมั่ง มันกวนประสาทจริงๆ เกียดๆ ด่าแม่มั่ง เสียงดังอายชาวบ้านเขา บอกอะไรมันก็ไม่ฟัง นะ ก็ฟาดเลย” (ID 2 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 75-85)

“บางทีก็จะด่าเรา ทำไม่ถูกใจเขา...เขาก็ด่า ก็โมโหเขาจะทำอะไรก็ไม่ทำ แล้วยังมาด่า โมโหมากๆนะทุบเลย ทุบมันเลย โมโหที่เขาด่า ด่าเรา ถ้าไม่โมโหก็ไม่ทุบหรือ โมโหเราถึงทุบ” (ID4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 67-70)

“ตอนที่เขาด่าเก่งๆนะ ฉันก็ตีปาก ตีให้เลือดไหลเลยนะ โมโหใจ เขาว่า...ว่าไม่เชื่อ ฉันบอก
ด่าแม่ไม่ได้นะ ฉันก็ตีให้ปากเลือดไหลเลย” (ID5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 195-197)

“แต่บางทีถ้าเราไม่ไหวก็เอาเหมือนกันนะ แบบถ้าเถียงมากๆเราก็โมโห ขวดน้ำขวางเขามั่ง
อะไรมั่งโมโหมากๆก็ตบเข้าไปทีหนึ่ง แบบว่าเขากินเหล้ามากตรงนี้ ยายก็บอกอย่ากินนะมันไม่ดี
เราประสาทไม่ได้นะ เดี๋ยวกินเข้าไปแล้วมันไม่ดี อย่างโน้นอย่างนี้ เขาก็โมโหขึ้นมา ทำไมกินไม่ได้
หรือไง เขาจะรันทมาก เขาเถียง เราโมโหก็เลยตบเข้าไปทีหนึ่ง ก็แค่นั้น เบื่อซะคุณนะ ชีวิตมันเป็น
อย่างนี้ ‘ไม่รู้จะทำยังไง’” (ID 6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 163-169)

“เขาทำเราอึดใจเกินไป เราชักทนไม่ไหวเราถึงทุบเอา ทุบเอา ขึ้นๆลงๆ ขึ้นๆลงๆ เราบอก
มึงทำแบบนี้ละ เราไม่ไหวแล้ว เราเหนื่อยแล้ว จะพาไปหาหมอ พาไปสมเด็จก็ไม้อ่า พาไป
ทหารเรือก็ไม่อ่า พาไปหาเจ้าก็ไม่อ่า พูดไม่รู้เรื่อง เราก็อ้วสิ ก็ทุบให้เลย เราทุบเขาแรงๆ เขาก็ไม่
กล้าสู้กับเรา เขามีแต่พูดว่านี่เห็นเป็นแม่นะ ถ้าไม่เป็นแม่เตะตายไปนานแล้ว เราบอก อ้อ...มาเตะ
สิ แต่เขาก็ไม่กล้าเลย เราโมโหขึ้นมาตีเขายังไง เขาก็ไม่กล้าสู้หรอก เรามีลูก 4 คนนะทุกคนกล้า
เถียง กล้าด่าแต่คนนี่ไม่เถียง” (ID 7 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 138-139, L: 165-168)

“เขาแสบนะ กับเราเขาก็เถียงนะ สู้ๆ เราตบเขา เขาก็สู้ๆ ตอนเขาเป็นใหม่ๆ แล้วเขา
เถียง เขาด่า เราโมโหก็ตบให้ซะ ตบปาก ตบหน้านี่เลย แต่เขาก็ยังสู้ๆ แต่ก็ไม่ได้ทำอะไรเขา
มากแค่ผลักๆ” (ID 9 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 316-318)

“โมโหมากๆ เราก็ตบหน้าไปทีหนึ่ง เวลาอาละวาดห้ามแล้วมันไม่หยุด แต่ก็ไม่ฟังนะยังตบ
ยิ่งอาละวาด ต้องให้คนข้างนอก เรียกตำรวจให้มาช่วย” (ID12 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 97-99)

“เขาไม่ยอมทำอะไร ใจโน้นก็ไม่ทำ ใจนี้ก็ไม่ทำ เดินที่อ ๆ ตาขวาง ก็เลยโมโห โมโหก็เอา
ให้มั่งแหละ ก็เอาซะที เดินที่มที่ออกมาเหมือนจ้องเรา เหมือนจะฉุนขึ้นมา มองเราตาขวาง ๆ ก็กลัว
เขาจะทำเราอีกก็เอาซะ เพล็ด เข้าใจ คว่าเอาไม้แถวนี้ไม้ใหญ่ ๆ อะ เพล็ด ลงไป” (ID13 สัมภาษณ์
ครั้งที่ 2 L: 291-295)

“อย่างเวลาเราอีวะๆ เขาอะ บอกอะไรก็ไม่เชื่อ ตื้อจัง บอกอะไรก็เถียง ไม่ยอมเชื่อยอมฟัง ไม่ให้อะ บอกไม่ฟัง ก็ดีซ้ำให้เลย....ดีที่หลังมั่ง ที่แขนมั่ง” (ID 14 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 69-71)

“บางทีอีดีเราหนัก ๆ มีอยู่ครั้งหนึ่งนะ อีทำอะไร โขกอีวะนะ อีว์เจ็บใจชิบหายเลย แล้วก็ตบแม่งเลย ตบหน้าอี มั่นความโมโหของเรา ใ้อีโห สุดขีด อีว์ไม่เคยตบอะ ตบแล้วเราก็คิดว่า ใ้อีโหไม่ น่าตบอีเลย...ตบแล้วอีก็ตั้งสติดี ก็ ขอโทษ...ขอโทษ ขอโทษเรา...เราก็คิดว่าไม่น่าตีเขา เพราะว่า อีก็ทำให้เราโมโหเกินสุดขีดแล้ว” (ID 15 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 263-267)

ประเด็นย่อยที่ 2 ประสพการณ์ด้านพฤติกรรมการดูแลในระยะอาการสงบ/ไม่ให้อาการทางจิตกำเริบ

การดูแลในระยะอาการสงบและ/หรือดูแลไม่ให้อาการทางจิตกำเริบ หมายถึง การที่ผู้ให้ข้อมูลได้ให้การดูแลผู้ป่วยในระยะที่ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของการเจ็บป่วยทางจิต ซึ่งพบว่ารูปแบบการดูแลลักษณะนี้ เกิดขึ้นเมื่อผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ เห็นว่าผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ไม่ว่าจะเป็นารรับประทานยา การไปพบแพทย์เพื่อรับยา รวมถึงการประกอบอาชีพ ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยมีลักษณะดังกล่าวอยู่ได้นานหรือตลอดไป ผู้ให้ข้อมูลจึงมีการดูแลผู้ป่วยดังประเด็นต่างๆ ต่อไปนี้

1. ดูแลให้ได้รับยาตามคำสั่งแพทย์

การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาตามแพทย์สั่งในระยะนี้ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่จะใช้วิธีคอยบอก คอยเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง

เตือนให้ทานยา

นอกจากเป็นผู้จัดเตรียมยาให้ผู้ป่วยรับประทานเองแล้ว เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตดีขึ้น ก็สามารถดูแลรับผิดชอบตัวเองในการรับประทานยาได้แล้ว ผู้ให้ข้อมูลจะปล่อยให้ผู้ป่วยดูแลรับผิดชอบในเรื่องการรับประทานยาดด้วยตนเอง โดยผู้ให้ข้อมูลจะทำหน้าที่เป็นเพียงผู้คอยสังเกตการณ์ และคอยเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามเวลาที่แพทย์สั่ง ดังเช่น คำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“ก็คอยเตือนให้เขากินยานะ กินยานะ ตอนเช้ายังต้องบอกกินยาอยู่เลย เดี่ยวนี้กินเอง ได้ก็ให้กินเอง แต่เมื่อสองสามปีก่อน ต้องจัดให้เขากินอยู่เลย” (ID 7 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 74-77)

“คอยเตือนให้กินยาอย่างที่หมอบอก 3 เวลา 3 เวลา ไม่ต้องจัดนะ เขาจัดเองได้ แต่เราจะคอยเตือนว่ากินยานะ กินยานะ ได้เวลาแล้ว กินข้าวแล้วกินยา นอกนั้นเขาก็นอนสบายเปิดแอร์” (ID 9 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 84-87)

“ช่วงเขาเป็นแบบนี้ เราก็จะดูแลให้กินยา ให้กินยา กินยาเป็นเวลาตามหมอบอก ถ้าเขาหาย ไม่ได้เป็นอะไรแล้ว ก็ไม่ได้ไปสนใจ ก็จะมีถามแค่ว่า ตื่นเข้ามากินยาหรือยัง เขาก็จะเดินไปกิน เมื่อก่อนจัดยาให้เดี๋ยวนี้ไม่จัดแล้ว ให้จัดเอง แล้วก็ยาให้ดูแลเองหมดเลย เมื่อก่อนเคยแบ่งไว้ให้ 10 ซุด 10 ซุด เดี่ยวนี้ยกให้หมดเลย...เมื่อก่อนก็เราก็จัดให้ประจำ แยกให้ ทุกวันนี้ ยกให้หมดถุง บางทีเขาก็ลืมกินนะ มือหนึ่ง สองมือ ก็มีมั่ง แต่ก็ไม่เป็นไรนะนะ เราก็คอยดู คอย เตือน ต้องบอกทุกวันตื่นเข้ามาต้องถามกินยาหรือยัง ถ้าเห็นตัวสั้น เขาจะตัวสั้น ถ้าไม่ได้กินยา สั้น กินยา หรือยังเราบอก เขาก็จะเดินกลับไปกิน ถ้าเห็นสั้น เราก็ทักเลย” (ID10 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 82-86, L: 92-97)

“ก็ถ้าเราอยู่ เราก็เออได้คอยเตือนเขา กินข้าวหรือยัง กินยาหรือยัง ก็บอกเขาอยู่แค่นั้นแหละ คอยระวัง คอยที่ว่า...ดูเขากินยาไหมอะไรไหม...และก็คอยปลอบใจเขาว่าอย่าคิดมาก ให้กินยาให้ตรงเวลานะ ไม่ต้องไปวนหน้าวนหลังต้องกินยาตั้งต้นใหม่ มันก็จะไม่หายซะที” (ID11 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 182-184, L: 187-189)

“ก็ให้เขากินตามเวลา ตามปกติที่หมอสั่งมา ก็คอยดูว่าเขาจะกินถูกหรือเปล่า...ก็ดูให้เขากินยา จัดให้เขากิน ทำอาหารให้กิน อะไรอย่างนี้แหละ แรก ๆ แรกต้องจัดยาให้เขากินนะ ไม่จัดให้ก็ไม่กินหรอก มีหลัง ๆ นี้แหละ ที่หัดให้เขากินเอง ใ้ย...จัดให้เขากินเป็นสิบ ๆ ปีนะหนู เพิ่งจะมาไม่นานนี่เองที่ให้เราจัดกินเอง... ดูเขา ว่าเขาจะจัดถูกอะเปล่า เวลาแม่ไม่มีนี่ทำไง ต้องให้จัดกินเอง” (ID12 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 36-37, L: 44-48)

“เขาดู...เขาอ่านหนังสือได้ ฉันอ่านไม่เป็น ก็บอกเขาให้กินตามที่หมอสั่งมาให้ แล้วก็กินเข้าไปนะลูกนะ ยานะกินไม่ตายหรอก กินแล้วก็จะได้หายลูก แค่นี้... เข้า ๆ มากก็กินข้าว แล้วก็กินยานะ แล้วเราก็คอยออกไปหาของ...เรื่องยานี้นะ ตอนแรกก็ทำให้เขาก่อนนะ บอกให้เขาอ่าน

ให้เขารู้ว่าอันไหนกินก่อนอาหาร หลังอาหาร ตามที่เขาบอกมา เราก็บอกว่าอ้าว...ลูกกินซะนะ อันนี้...นี่อย่างที่คุณบอกมาก่อนอาหาร... นี่หลังอาหารแล้วก็กินแล้วก็พอเรื่อย ๆ มารู้สึกรู้ว่าเขากินยาได้แล้ว ฉันทิ้งออกไปหาของ อ้าว ลูกกินซะนะ ยานะอยู่ตรงนี้ เขาก็อ่านหนังสือได้ อ่านเป็น เขาก็กินได้” (ID13 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 85-90, L: 41-43)

“ไอ้...ยากี่ตอนที่เขาเป็นใหม่ๆ ตอนเขาไม่รู้ตัว เราจะต้องจัดให้เขากิน ตอนเขาไม่รู้ตัว แต่ตอนนี้เขารู้เรื่องแล้วก็ให้กินเอง ให้เขาจัดกินเอง เราก็คอยบอกเขา ถามเขา กินยาหรือยัง กินยานะ ตื่นมา กินข้าวแล้วก็กินยานะ พูดถึงตอนนี้เขาก็ดีขึ้นแล้ว เราก็สบายใจ” (ID14 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 40-44)

2. ปลอดภัยไม่ให้เกิด

การที่ผู้ให้ข้อมูลตำหนิ ดุด่า หรือแม้แต่การมีปากเสียงกับผู้ป่วย เป็นการกระทำที่ผู้ให้ข้อมูลเรียนรู้ว่า เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยอารมณ์ไม่ดี หงุดหงิด หรือโมโหได้ง่าย ซึ่งอาจจะทำให้มีอาการทางจิตกำเริบขึ้นอีก ดังนั้นการที่จะดูแลไม่ให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ คือ ต้องพยายามทำให้ผู้ป่วยอารมณ์ดี ไม่หงุดหงิด เครียด หรือโมโห ซึ่งวิธีการนั้นก็คือ การปลอดภัย โดยการพยายามพูดคุยกับผู้ป่วยดีๆ ให้กำลังใจ ใช้คำพูดที่นุ่มนวล ไม่ดุด่า ตามใจในสิ่งที่เห็นว่าจะทำให้ผู้ป่วยสบายใจ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“เขาอยากจะนอนก็ให้เขานอน เขาตื่นลงมาก็คอยถามเขา กินข้าวหรือเปล่า กินเลยปล่าว กินยาด้วยนะ ต้องพูดกับเขาดี ๆ ด้วยนะ จะกินข้าวเปล่า กินอะ เอาดั่งค์ไปซื้อ เขาอยากกินอะไรก็ซื้อ ต้องพูดดี ๆ นะให้กำลังใจเขา... ก็พูดกับเขาดี ๆ จะได้สบายใจ ไม่เครียด เขาอยากกินอะไร ก็ตามใจเขาอะ...เออ...อยากกินอะไรก็ให้เขาซื้อกิน” (ID 9 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 303-308)

“ยายก็...มันยังงั้นละคุณ มีแต่พูดปลอดภัยเขา เอาใจเขา พูดกับเขาดี ๆ ปลอดภัยเขา ว่าเรานี้แหละลูก อะไรทุกสิ่งทุกอย่าง เราอย่าคิดมาก เราอย่าเครียด สิ่งไหนที่ใครเขาพูดอะไร เราก็ไม่ต้องไปสนใจเขา เราก็เดินหนีซะ ใครจะพูดอะไรมาคำสองคำ เขาก็ล้อเล่นกับเรา อย่าไปคิดเป็นจริงจังเลยลูกอะไรอย่างเนี่ย” (ID 6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 347-349, L: 303-309)

“พูดก็พูดนะเท่าที่มันเป็นอะไรมา ถ้าเป็นพ่อแม่คนอื่น เขาจะปล่อยเลยนะ แต่นี่เราทำใจได้ลูกของเรานะนะ เราก็ต้องคอยเอาใจเขา ต้องพูดดี ๆ พูดกับเขาดี ๆ คอยสอน คอยดูแลตลอดนี่

แหละ บอกให้กินข้าวกินยา อยากรินอะไร ก็ทำให้กิน ซื่อให้กิน” (ID11 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 91-98)

“ก็...ปลอบใจเขา พุดจากกับเขาดี...เข้ากินไฉ่โน่น กินไฉ่นี้ก่อน ไปกินข้าวก่อนสิ เขาก็เฉย บางวันไปจนเย็นถึงจะเข้าบ้านมา เข้าบ้านมาก็บอกเขา กินข้าวแล้วก็อาบนํ้านะ เขาก็จ้องฉัน มองขวาง ๆ ฉันก็กลัว ๆ เขานะต้องออกห่างเขาไว้ จิตใจเขาไม่ดี กลัวอยู่ใกล้ ๆ แล้วโดนอี...เราก็อึดอัด ว่าอะไรเขาก็ไม่ได้ ดูไม่ได้ เดี่ยวก็คลั่ง ตาขวางขึ้นมามาก เขาไม่พอใจขึ้นมา ไปดูไปว่าเขา ก็กลัว เขาก็อึดอัดด้วย ก็เลยไม่ไม่ดู ไม่ว่าเขาแล้วปล่อยเขา” (ID13 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 176-178, L: 220-222)

ผู้ให้ข้อมูลบางรายกล่าวถึงการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิด โมโห หรือฉุนเฉียว ขึ้นอีก เพราะเมื่อผู้ป่วยโกรธ หรือ โมโห นอกจากจะทำให้อาการเจ็บป่วยกำเริบแล้ว ยังนำมาซึ่ง ความยุ่งยากที่จะเกิดขึ้นกับตน เช่น การไม่ยอมช่วยทำงาน ดังนั้น เพื่อหลีกเลี่ยงความยุ่งยาก ดังกล่าว ผู้ให้ข้อมูลจึงใช้วิธีการ ที่จะช่วยไม่ให้ผู้ป่วย โมโห หรือโกรธ โดยเวลาที่พุดคุยกับผู้ป่วย ผู้ให้ข้อมูลจะใช้คำพุดดี ๆ จะไม่บ่น หรือด่าว่า และพยายามหลีกเลี่ยงคำพุดที่จะกระทบกระเทือน ความรู้สึกของผู้ป่วย ดังเช่นคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“ปัจจุบันนี้ คิดว่ายังไงเขาก็ต้องทานยาไปตลอดชีวิตคือ ต้องมียาให้เขาทานไปเรื่อย ถ้า ขาดยาเขาจะมีอาการเครียด มีโมโห มีอะไรอย่างนี้ แล้วเขาจะเครียดมาก ถ้ามีอะไรไปสะกิด หัวใจเขาบูบ เขาก็จะเริ่มเครียดแล้ว คือมีอะไรกระทบกระเทือนใจไม่ได้ คือพอเราไปบ่น...ไปด่าเขา ประเดี๋ยวก็เอาแล้ว เริ่มเครียดแล้ว ถ้าคุยกับเขาดี ๆ อะไรดี ๆ พุดกับเขาดี ๆ เขาก็...เออ...ดีด้วย ถ้า บางครั้งเราเครียด เขาเครียด เจอกันเนี่ย มีปาก มีเถียงอะไรกัน เขาก็จะเริ่มเป็นขึ้นมา แบบเครียด มาก ๆ อย่างนี้เขาจะเป็นอย่างนี้คือถ้าเราคุยดี ๆ คุยกันดี อะไรกันดี ถึงเวลา...ออกขายของเถอะลูก เขาก็ขนของไปให้ ๊งๆๆ ขนไปให้” (ID 6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 347-349)

“ต้องพุดดี ๆ ถ้าพุดไม่ดีนะ เขาฟังแล้วไม่ชอบทันทีเลย เขาก็จะมีอาการขึ้นมาทันทีเลย ไซ้ ไซ้... หมอพุดอย่างนี้ ไซ้แล้ว...แล้วอย่าด่าเขาด้วย ถ้าด่าเขาหนัก ๆ นะ เขาจะเป็นขึ้นมา วันนั้น พาไปหาเจ้าแม่กวณอิม แล้วร่างทรงเขามากระซิบเราว่า เขาจิตใจไม่ค่อยดีนะ พอเขาเห็นโมโห ใหญ่เลย...เคยด่าเขาหนัก ๆ เขาก็จะเอะอะว่า วันนี้อย่าขายของแล้วโว้ย เราก็จีบไปเลย เขาก็ไม่ ขาย อย่านไปด่าเลย ด่าซ้ำ ๆ ไปไม่ได้ ด่าซ้ำ ๆ เขาไม่ได้ เดี่ยวเขาเป็นอีก...ปากอย่าไปด่าเขา ถ้า

ค่าเขา เขาจะเป็นขึ้นอีก เราไม่รู้สึยเขาค่าไม่ได้หรอก” (ID 7 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 115-119, L: 123-126)

นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลบางรายรับรู้ว่าเป็นคนเจ้าอารมณ์ โมโหง่าย การที่จะพูดคุยกับผู้ป่วยได้ ต้องใช้วิธีการควบคุมอารมณ์ของตนเองให้เยือกเย็น ไม่ให้โกรธ หรือโมโหผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยคิดมาก จนเกิดความเครียด ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“ก็จะเป็นแบบว่า บางทีตัวเองจะเป็นคนอารมณ์โมโหแต่กับเขาเราก็พยายามทำอารมณ์ให้เย็นๆ กับเขาไม่ยอมให้เขาคิดมาก บางทีเราก็ไม่รู้ว่าเขาจะคิดอะไรอยู่ในใจ เราก็ บางทีเขาโมโหอะไร เราก็จะค่อยๆพูดกับเขา จะค่อยๆพูดแล้วก็จะไม่ใช้อารมณ์กับเขา แบบว่า...ก็เหมือนให้กำลังใจเขาไปด้วยอะ จะไม่ไปบ่นเขา หรือจุกจิกกับเขา คือจะปล่อยเขาไป แบบว่าคุยกับเขาดีๆ อะ” (ID3 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 29-35)

3. สนับสนุนให้มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ

ผู้ป่วยจิตเภทก็เป็นบุคคลที่มีความเชื่อหรือสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจเช่นเดียวกับคนปกติ ดังนั้น ประสพการณ์อีกด้านหนึ่ง ที่ผู้ให้ข้อมูลได้ให้การดูแลผู้ป่วย คือ การสนับสนุนให้มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ซึ่งได้จากการที่ผู้ให้ข้อมูลประเมินตามความเชื่อของผู้ให้ข้อมูลเอง จากคำบอกเล่า คำร้องขอ และการแสดงออกของผู้ป่วย ว่าถ้าผู้ป่วยปฏิบัติในสิ่งเหล่านี้แล้ว จะทำให้จิตใจสบาย อารมณ์แจ่มใสมากขึ้น โดยความเชื่อที่ก่อให้เกิดสิ่งที่จะยึดเหนี่ยวจิตใจของผู้ป่วยตามประสพการณ์ของผู้ให้ข้อมูล และผู้ป่วยเองจะเกี่ยวข้องกับการสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เช่น การทำบุญ ไส้บาตร การเข้าวัด ฟังธรรม การไหว้พระ สวดมนต์ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลจะให้การสนับสนุนในลักษณะของการบอกให้ผู้ป่วยปฏิบัติ การปฏิบัติให้ผู้ป่วยด้วยตนเองตามคำร้องขอและความเชื่อของผู้ป่วย รวมถึงสนับสนุนด้านการเงินให้ผู้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อของผู้ป่วยเอง ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“บอกให้เขาไปนั่งอยู่ในวัด ไปหาพระหาเจ้า ให้พระสอนมนั่ง อะไรมั่ง ในทางที่ดึนะ...เข้าไปหาพระ แล้วก็พาไปใส่บาตรทุกวัน ให้เขาซื้อของมั่ง อะไรมั่ง ซื้อขนมปัง ใส่ขนมปังทุกวัน ซื้อใส่บาตรนะ...แล้วก็ให้เข้าวัดไป หลวงพี่เขาบอกว่า พอเห็นนั่น ก็เรียกเข้าไปแล้ว...เห็นเขาประสาทไม่ดี พอใส่บาตรบูบ เห็นไม่ดี หลวงพี่ก็ให้ถือของ ถืออะไรที่ใส่บาตรพระที่มีนะนะ ก็ให้เขาเอาเข้าไป

...เข้าไปในวัด ให้เขาเข้าไป จิตใจจะได้ดีๆ มั่ง จะได้ไม่ชี้โมโห จะได้ใจเย็นๆ อย่าไปทะเลาะกับใคร อย่าไปมีอะไรกับใคร ไม่เอา แม่ไม่ชอบแบบนี้...ให้เขานั่งรถไปวัด ไปหาหลวงพี่ คุยมั่งอะไรมั่งให้ เขาเพลินไปวันๆ จะได้ไม่ต้องมานั่งเครียดที่บ้าน” (ID 2 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 64-73, L: 110-111)

“ทุกวันนี้ฉันต้องเอาน้ำมนต์นะใส่ผ้า แล้วก็มาทำ มานวดที่หูที่หน้า แล้วทอคาถา ถ้าฉันทำให้เขาจะบอกดีขึ้น เขาทำเองบอกไม่หายซะที ร้องทั้งวันก็ไม่หาย เขาก็จะให้ฉันทำให้อย่างเดียว บอกทำเองแล้วไม่หาย ฉันก็ต้องทำให้นะ ก็เอาน้ำมนต์ใส่ผ้าชุบให้เปียกๆ แล้วก็บอกหลวงพี่ ช่วยลูกด้วยนะ หลวงพี่องค์ไหนที่เราขอมา ท่านคุ้มครองรักษา บอกช่วยลูกให้หายนะ บางที หลวงพี่โต วัดกัลยาเราก็บอกว่าหลวงพี่โตวัดกัลยา ช่วยคุ้มครองรักษาลูกให้หายนะ ลมออกหู ให้หายนะ คอเคล็ดให้หายหมด เขาเป็นเรื่องนี้ คอเคล็ด อะไรก็ไม่รู้ เดี่ยวกระดูกหายไป เดี่ยวก็บอก นี่สมอมนี่ติดฉันบอกว่า...อ้อ..อย่างนั้นก็เอาน้ำร้อนใส่กระเป่า ฉันซื้อมาใส่ ให้เขาทำ พอทำ กระเป่าจะกิดขึ้นหน่อยถ้าไม่ทำกระเป่านะ เขาร้องทั้งวันเลย ถ้าฉันทำน้ำมนต์ให้เขาหน่อยนะ รู้สึกว่าเขาดีขึ้น ถ้าไม่ทำนะ เขาร้องอยู่นั่นละ ร้องให้ บางทีร้องเสียงดังลั่น โวยวาย ว่าอะไรต่ออะไรนะ หยาบๆ คายๆ ฉันบอก อย่าว่านะ ถ้าว่าฉันไม่ทำนะ” (ID5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 79-90)

“เราปกติ เราก็อำบุญอยู่แล้ว เขาเป็นแบบนี้ เราก็อยากให้เขาดี ๆ ยากให้เขาหาย ก็ให้เขาใส่บาตรทำบุญนะ เขาก็ทำมั่ง ไม่ทำมั่ง ตอนก่อนนอน เราก็บอกเขา นะ ก่อนนอนเนียให้สวดมนต์ ตั้งนะโม 3 จบ แล้วสวดมนต์ 3 จบ กราบหมอน 3 จบก่อนนอน จะได้ดี จะได้หายอะไรอย่างนี้” (ID9 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 233-236)

“ให้ไปวัดนะ ไป ใส่บาตรยังให้เขาไปใส่เลย ตอนเช้าพรรษา เขายังไปเลย ตั้งบาตรรอบโบสถ์เขายังไปเลย เราก็อชวนเขาไป ไปใส่บาตรกับแม่ไหม จะได้จิตใจดี ๆ ขึ้นมา มั่ง บางวันเขาตื่นเช้าเขาก็ไปหาพระนะ ไปหาหลวงพี่อะไรนี่แหละ ที่วัดนอกนะ ไปแล้วหน้าตาเขาดีขึ้นนะ สดชื่นขึ้น เราก็อคิดว่าเขาคงสบายใจขึ้นแล้วมั่ง หลัง ๆ นี้ไม่ได้ไปแล้วก็เป็นอย่างเนี้ย ตื่นสาย ชี้เกียจ บางวันบ่นนะ ยากใส่บาตร แต่ไม่ได้ทำหรอก ตื่นสาย” (ID 13 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 332-338)

“อยากให้เขาเห็นภายนอกบ้างอะไรอย่างนี้ บางทีก็บอกให้เขาไปไหว้พระบ้าง อะไรบ้าง เขาก็มาขอตั้งค้ไปไหว้พระที่วัด....(ระบุชื่อวัด).....แล้วเขาก็ไปไหว้พระ..(ระบุชื่อวัด)... บ่อยนะ

เดี๋ยวนี้ เขาตามไปไหว้พระ พอไปไหว้เสร็จเขาก็กลับเลย นั่งรถไปเดี๋ยวไปไหว้เสร็จก็กลับมาแล้ว ...ทำไมมาไว้อะ...ไปไหว้เสร็จแล้วก็กลับมา” (ID10 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 176-179)

4. ให้หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นให้มีอาการ

สิ่งกระตุ้นให้มีอาการตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล หมายถึงการดูแลให้ผู้ป่วยห่างไกลจาก ปัจจัยหรือสาเหตุที่ก่อให้เกิดอาการเจ็บป่วยทางจิตตามความเข้าใจและความเชื่อที่มีอยู่ในปัจจุบัน ขณะนั้น ซึ่งภายหลังจากที่ผู้ข้อมูลมีการรับรู้และมีความเชื่อว่าบุตรเจ็บป่วย เพราะถูกกระทำจาก สิ่งเร้าลับตามความเชื่อทางไสยศาสตร์ แต่เมื่อมีการแสวงหาการรักษาตามความเชื่อนั้นแล้ว ผู้ป่วยยังไม่หายจากการเจ็บป่วยที่เป็น ดังนั้นจึงคิดว่าการเจ็บป่วยของบุตร ไม่น่าจะมีสาเหตุมาจากความเชื่อดังกล่าว ประกอบกับการรักษาในปัจจุบัน ข้อมูลข่าวสารที่ผู้ให้ข้อมูลได้รับทั้งจาก แพทย์ผู้รักษา รวมทั้งประสบการณ์ต่างๆ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลเข้าใจว่าบุตรน่าจะมีการเจ็บป่วยจาก สาเหตุต่างๆ เช่น จากความเครียด คิดมาก จากการใช้สารเสพติด ดังนั้น การดูแลให้ผู้ป่วย หลีกเลี่ยงจากสิ่งกระตุ้นให้มีการเจ็บป่วยจึงประกอบด้วยประเด็นย่อย ดังนี้

หลีกเลี่ยงสาเหตุของการเจ็บป่วย

สาเหตุของการเจ็บป่วยจากความเชื่อ การรับรู้และความเข้าใจของผู้ให้ข้อมูล หมายถึง ปัจจัยหลักที่ผู้ให้ข้อมูลเชื่อว่าเป็นสาเหตุทำให้บุตรเกิดการเจ็บป่วยทางจิตขึ้น ซึ่งหมายถึงการใช้ สารเสพติด จำพวกกาว แลคเกอร์ ดังนั้นการที่จะป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิตขึ้นอีก ตามความเชื่อและความเข้าใจของผู้ให้ข้อมูล คือ การดูแลให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติดเหล่านี้ ดัง คำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“ตอนมาอยู่ที่นี่ใหม่ ๆ เขาก็เคยแอบดมแลคคะ เราก็บอกว่าอย่าทำนะ เเท่าที่รักษาอยู่ก็แยะ อยู่แล้ว เขาก็ไม่เอา เขาเชื่อ ทุกวันนี้ก็คอยดูอยู่ ก็ไม่เห็นเขาทำอีกนะ” (ID 10 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 326-327)

“เราจะคอยสังเกตเขา นะ คอยดูว่าเขายังดูดกัญชาอยู่อีกไหม แต่ที่เราไม่เห็นเราก็ไม่รู้ นะ ว่าเขาไปดูดอีกหรือเปล่า ตอนเห็นนี่ก็ดีเลยนะ ตบเลย แล้วก็บอกเขาไปเลยว่าให้เลิกดม” (ID 3 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 324-325)

“คนแถวนี้ถึงจะมีขายยาบางยาบ้า เรายังสั่งได้เลยว่ามึงห้ามขายให้ลูกกูนะ ถ้ามึงขายมึงตายนะมึง เราต้องไปเฝ้ามัน บางทีคนมาเล่นสนุกในนี้ กลิ่นมันมากลบเลย เรายังบอกไปเล่นที่อื่นนะไม่ให้เล่นที่นี้นะ ลูกกูเป็นยังงี้ กูก็กลัว ลูกกู เป็นอีกอะไรอย่างนี้ เดี่ยวมันได้กลิ่นเดี๋ยวมันก็อยากอีกอะ เดี่ยวอาการมันขึ้นมาอีก... แบบไม่ยากให้เขาเห็นไม่ยากให้เขารู้” (ID 9 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 254-258)

นอกจากการดมกาว แลกเกอร์ แล้วยังมีผู้ให้ข้อมูลอีกรายที่ไม่ว่าจะอดีตหรือปัจจุบันยังมีความเชื่อและการรับรู้ว่าบุตรมีอาการเจ็บป่วยเนื่องจากการกระทำทางไสยศาสตร์จากภูตผี ปีศาจ และให้การดูแลบุตรโดยให้หลีกเลี่ยงสาเหตุของการเจ็บป่วยดังกล่าวโดยพยายามบอกให้ผู้ป่วยงดการกระทำที่จะเป็นโอกาสให้ผู้ป่วยถูกกระทำจากความเชื่อนั้น ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“เจ้าแม่กวนอิมเขาก็สั่งไว้วันนะ เวลาไปวัด วัดบางสะพานนอก จะมีคนตายใช้ไหม ใส่อยู่โรงศพ อย่าไปมองเขา ถ้ามองก็จะผีเข้าอีก เขาก็เชื่อนะ เชื่อหมดแหละ เราบอกดวงไม่ดีนะ อย่าไปชี้ชีวมองคนตายนะ เดี่ยวผีจะเข้าลื้ออีก มันก็เหมือนคนเจอกันอย่างนั้นนะ ผู้ชายต่อผู้ชายเจอกันมองกัน มึงมองอะไรกวนะ ก็ด่ากัน เดี่ยวก็มีเรื่องกันแล้ว มันก็เหมือนกันกับคนตาย ก็ผีคนนี้ก็คงบอก มึงมองกูทำไมวะ กูย้วยขึ้นมากูจะไปแก้มึง เข้ามึงเลย เราจะไปมองเขาทำไมคนตายแล้ว เรายังไม่มองเลย ” (ID 7 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 395-402)

หลีกเลี่ยงบุหรี่/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ข้อมูลรับรู้และเชื่อว่าเป็นปัจจัยทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ โดยรับรู้จากอาการแสดงของผู้ป่วยภายหลังจากใช้เครื่องดื่มหรือสารเหล่านี้ รวมทั้งการได้รับคำแนะนำจากแพทย์ผู้ทำการรักษาผู้ป่วย ดังนั้นผู้ให้ข้อมูลจึงพยายามให้การดูแล ให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยง ลด และงดเว้นการดื่มเครื่องดื่มเหล่านี้ เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยกำเริบ หรือไม่ให้อาการผู้ป่วยแย่ไปกว่าเดิม

“ถ้าเป็นเหล่า เบียร์ เราจะรู้เลย ถ้าเขาแอบไปขโมยกิน เราจะรู้เลยว่าการพูดการจา มันจะไม่เหมือนกับทุกที มันจะมีอาการออก เราก็จะถามเขา ถามเขาว่าเนี่ย ไปกินเบียร์ เหล้ามาใช่ไหม เขาก็จะบอกว่า เปล่า บอก มึงอย่ามาโกหก อาการแบบนี้ดูออก แล้วเขาก็รับว่าเขาไปกิน เราก็จะบอกเขาว่าที่หลังห้ามนะ อย่าไปกิน แล้วก็จะบอกกับคนที่มากับเขาด้วยว่า อย่าให้เขากิน เขา

ไม่ค่อยดีอยู่ อย่าให้เขากิน เรากลัวว่ามันจะมีอาการกลับอีก” (ID 3 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 324-331)

“คือมีแต่ห้ามปรามเขา หนึ่งดูบุญหรือให้น้อยลง เหล้าไม่ให้ทาน แล้วเบียร์ชื้อยากินมาก ให้น้อยลง เขาก็มาทานไวตามิลค์ใส่น้ำแข็งแทน เขาก็ไม่ทานเบียร์ชื้อ คือหมอบห้ามไว้ว่าคือเหล้าบุญหรือ มันจะทำให้ประสาทไม่ดีขึ้น แต่เหล้านี้เขาไม่ทาน แต่บุญหรือมีดูวันหนึ่งสองซอง เราก็มักรู้จะห้าม ปรามเขายังไงเพราะเขาโตแล้ว พุดอะไรเขาก็ไม่เชื่อพุดอะไรเขาก็ไม่ฟัง แต่ก็ห้ามนะ บอกเขาให้ น้อยลง ให้ลดลง แต่เขาบอกอดไม่ได้ เนี่ยวันหนึ่งก็สองซอง” (ID 6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 647-652)

“ตอนนี้เหล้าไม่กินแล้ว เกือบ 2 เดือนแล้ว ถ้าจะกินเบียร์ เราก็มั่งเขาเอาไว้ทุกวันทุกคืน มั่งอย่าไปกินเบียร์นะ มั่งอย่าทำให้กูเสียใจนะ ถ้ากินเบียร์ กูจะไปตายเลย เราก็มั่งไว้ ถ้ามันกินนะ มันเกินเยอะ มันก็จะเป็นขึ้นมาอีก โมหะขึ้นมาอีก” (ID 7 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 385-388)

“เราก็มั่งบอกมันไม่ให้มันไปใกล้ คนที่กินเบียร์ กินเหล้า เดี่ยวมันไปกินกับเขาอีก... โอ้ย เมื่อก่อนมันเป็น มันเปิดเบียร์กิน วันละ 2 ขวด 3 ขวดเลยอะ ตอนเป็นหนัก ๆ นะ เราก็มั่งคอย ฝึ้มมันไว้” (ID 9 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 300-302)

“สูบบุหรี่เขาก็สูบนะ เราก็มั่งบอกให้เบา ๆ หนอยบุญหรือนะ เดี่ยวผสมกันจะเป็นกันใหญ่ เรายัง ไม่ค่อยดีอยู่ ก็ไม่รู้จะทำยังไง แล้วแต่เวรแต่กรรมแล้วกัน” (ID 13 สัมภาษณ์ครั้งที่ 3 L: 300-301)

ประเด็นที่ 3 ประสบการณ์ด้านอารมณ์และความรู้สึกจากการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท

การที่จะต้องให้การดูแลและอยู่ร่วมกับผู้ที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท ได้ก่อให้เกิดความรู้สึกขึ้นกับผู้ดูแลหลายอย่าง บางรายอาจจะรู้สึกว่าเป็นโอกาสที่ดีที่ได้ดูแลผู้ป่วย ได้ตอบแทนบุญคุณ ซึ่งเป็นความรู้สึกที่แสดงออกมาในทางด้านบวก และก็มีผู้ให้ข้อมูลอีกไม่น้อยที่มีความรู้สึกที่เกิดขึ้นเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจากการให้การดูแลผู้ที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท ที่แสดงออกมาในทางด้านลบ เช่นเดียวกับการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งพบว่าประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในการให้การดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทของผู้ให้ข้อมูล ก็มีทั้งความรู้สึกที่เป็นด้านบวกและด้านลบผสมคละเคล้ากันไป โดย

ประกอบด้วย ความรู้สึกไม่มีความสุขกับการเจ็บป่วย ได้แก่ ความรู้สึกกลัวและเบื่อในพฤติกรรมที่เกิดจากการเจ็บป่วยของบุตร ความรู้สึกเป็นห่วงเป็นใย กลัวได้รับอันตรายต่างๆ กลัวจะลำบากเมื่อไม่มีตัวเองอยู่ หรือเสียชีวิตไปแล้ว มีความรู้สึกยากลำบากที่ต้องพาเข้า-ออกโรงพยาบาลบ่อยๆ อับอายในพฤติกรรมที่เกิดจากการเจ็บป่วย และความรู้สึกเจ็บใจจากการเจ็บตัวเพราะถูกทำร้ายร่างกาย ความรู้สึกมีความหวังว่าบุตรจะหายจากการเจ็บป่วย ความรู้สึกสบายใจเมื่ออาการดีขึ้น และ การทำใจยอมรับกับการดูแลเมื่อบุตรเจ็บป่วย ซึ่งประกอบด้วย การทำใจยอมรับว่าเมื่อป่วยแล้วก็ต้องดูแล และการทำใจยอมรับว่าเป็นเรื่องของเวรกรรมที่ได้ทำมา ดังรายละเอียดที่นำเสนอเป็นประเด็นย่อย ดังนี้

ประเด็นย่อยที่ 1 ไม่มีความสุขช่วงที่มีอาการ

การไม่มีความสุขกับการเจ็บป่วยโดยเฉพาะช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิต เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการที่ต้องให้การดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งเป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง และต้องให้การดูแลรักษาที่ยาวนาน การใช้ชีวิตอยู่กับบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท รวมถึงการที่ต้องคอยให้การดูแลบุตร ซึ่งมีความผิดปกติทางด้านความคิดและการรับรู้ มีการแสดงออกของอารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมนี้ ส่งผลต่ออารมณ์ ความรู้สึกนึกคิดของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งเป็นมารดา โดยมีประสบการณ์ของความรู้สึกทั้งด้านดีและด้านที่ไม่ดีที่เกิดขึ้น ดังประเด็นย่อยต่อไปนี้

1. กลุ้มใจในพฤติกรรมที่เกิดจากการเจ็บป่วย

กลุ้มใจในพฤติกรรมที่เกิดจากการเจ็บป่วย หมายถึง การที่ผู้ให้ข้อมูลเกิดความรู้สึกคับข้องใจ ไม่สบายใจกับพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วย โดยมองว่าเป็นพฤติกรรมที่ยากที่จะจัดการ และไม่รู้ว่าจะจัดการกับสิ่งๆ ที่ผู้ป่วยเป็นหรือพฤติกรรมที่ผู้ป่วยกระทำอย่างไร ผู้ให้ข้อมูลบางรายเกิดความรู้สึกกลัวกับพฤติกรรมของผู้ป่วยถึงขั้นที่เรียกว่า ไม่อยากมีชีวิตอยู่

“เห็นเขาเป็นอย่างนั้นก็กลัว แล้วบางทีเขาก็ชอบออกไปข้างนอก ก็คือ เขาจะไปนั่งดูโน่นดูนี่ อะไรของเขา เราก็กลัวเขาแบบว่า กลัวใครพูดไม่ถูกหูเขา จะไปมีเรื่องกับเขา บางทีเราไปเรียกเขาเขาไม่ฟังเขาเฉยๆ พอเรียกมากหน่อย ก็จะมีอารมณ์ใส่” (ID3 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 154-156)

“เมื่อก่อนเขาขายของได้นะ แต่เดี๋ยวนี้ไม่ทำ ไม่ขายของเลย ขายพวกยาจีน เซ็นขายไป แต่เดี๋ยวนี้ไม่ทำแล้ว ทุกวันนี้ นั่ง ๆ นอน ๆ แล้วก็ด่าคน กินเสร็จแล้วก็ด่า ไม่ได้ทำอะไรเลย... กลุ่มใจ...กลุ่มใจอะ เรื่องคนนี่อะ... เขาประสาธน์ไม่ดี ลูกไม่ดีเลย อยากร้องไห้ เป็นอย่างนี้แล้วกลุ่มใจมาก เขาดีอะ ดีอมาก ๆ บอกอะไรก็ไม่ฟัง ไม่เชื่อเรา บอกว่าอย่าทำ อย่าถุยน้ำลาย เขาก็ไม่ฟัง เขาก็จะทำ พุดอะไรก็ไม่ฟัง... ไปอยู่โรงพยาบาลนะ เจ้าหน้าที่เขายังบอกว่าดีเลย ชอบด่าคน ไม่มีความสุขเลย กลุ่มใจ เขา บ้า ๆ บ๊อง ๆ ไม่ยอมทำงาน ไม่ขายของ แล้วก็ด่าคน... กลุ่มใจ...ไม่ยอมทำงาน นะต้องให้เรานะทำ แล้วบ้านก็ต้องเสียค่าเช่า เขาไม่ช่วยอะไรเลย ทำอะไรไม่ได้เลย อยู่บ้าน ด่าคนอย่างเดียว...เราก็กลุ่มใจใช่ไหม ด่าคนเสียงดัง เราก็ก้าวเขาตีใช่ไหม ก็ตอนนั้นนะเขาไปกดน้ำข้างบ้าน กดน้ำล้างขา ล้างมือ ข้างบ้านเขาไล่ดีเลย เราก็บอกไม่ต้องไปล้างน้ำของเขา บ้านเรามี ก็คือเขาไปฉี่ข้างนอก แล้วก็ไปล้างมือ ล้างขา...ไม่มีความสุขอะ...กลุ่มใจ...พี่สาวเขาก็กลุ่มใจ ไปขอตั้งค้คนนั้น ของตั้งค้คนนี่ มีมือ มีเท้า ก็ไม่ขายของ เมื่อก่อนขายของนะ เดี่ยวนี้ไม่ขาย หลายปีแล้ว” (ID 4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 23-25, L: 37-51, L: 59-61)

“ดูแลเขาแล้ว เราก็กลุ่มใจ จะไปไหนก็ไม่ได้ กลัวเขาจะทำอะไรไม่ดี กลัวจะไปทะเลาะกับคนอื่น กลัวปิ่นขึ้นบันไดแล้วตกลงมา... ฉันทักบางที่นี้ น้ำตาตกนอกตกใน บางที่ฉันทักโมโหอย่างนี้ฉันทไปตายดีกว่านะ โมโห...พุดไม่เชื่อ กลุ่มใจ มันรู้สึกวกินข้าวไม่ได้นะ ฉันทักผมผมผมผมผม คิดมาก เรื่องลูกนี่แหละ ถ้าฉันทายไป ก็คงจะสบายใจ” (ID 5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 49-51, L: 118-120)

“มันไม่มีอะไรอีกแล้วคุณ ไม่มีอะไรนอกเหนือจากที่เราจะกลุ่ม...แค่นั้นเอง... ทุกข์....กลุ่มใจ เรื่องที่มันเป็น ส่วนที่เรา...ที่เขาช่วยเหลืออะไรเราไม่ได้ ทั้งที่เราก็อายุมากแล้ว เรามีลูกแต่ลูกช่วยเรา ไม่ได้เลย ค่าเช่าบ้านเราก็คงเป็นคนหา ลูกก็ช่วยอะไรไม่ได้เลย” (ID 6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 292-294)

“กลุ่มมากเลย กลุ่มขนาดว่าจะทำยังไงดีนะลูกจะเอายังไงดีนะ ชวนเขาไปหาหมอเขาก็ไม่ไป เขาไม่เป็นอะไร เขาบอกอย่างนี้...โอ้โฮ กลุ่มมากเลยตอนนั้น มันอึดอัดใจ กลัวเขาจะทำเรา ตีเราอีก...กลัว กลัวเขา คลั่งอีก...ก็เขาดีใจ ไม่ได้ตั้งใจ มาดมกาวอย่างนี้ ชีวิตฉันมันลำบากนะ กลุ่ม อย่างที่บอกหม่ออะ มันไม่สบายใจ อยากให้เขาหาย ถ้าเขาหายคงสบาย ถ้าเขาค่อยยังชั่ว เราคงเบาใจ อย่างวันนั้นหมอบอกเนี่ยขาดยาโรคนี่ไม่หายนะต้องกินยาตลอด เรากลับมานอนยังคิดว่า โอ๊ย สงสัยต้องรักษาตลอดชีวิต” (ID 13 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 169-175, L: 184-188)

2. เปื่อในพฤติกรรมที่เกิดจากการเจ็บป่วย

ความรู้สึกเบื่อ เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการให้การดูแลบุตรที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทของ ผู้ให้ข้อมูล ซึ่งเกิดจากการที่ต้องประสบพบเจอกับพฤติกรรมที่เกิดจากการเจ็บป่วยทางจิตของ ผู้ป่วยอยู่เป็นประจำ โดยผู้ให้ข้อมูลเองที่ได้พยายามที่จะจัดการหรือแก้ไขกับพฤติกรรมนั้นอยู่ ตลอดการดูแลรักษา แต่ผู้ป่วยก็ยังไม่ดีขึ้น เคยมีพฤติกรรมอย่างไรก็เป็นอยู่อย่างนั้นเช่นเดิมหรือ เป็นมากกว่าเดิม นอกจากนี้การมีบุตรนำมาซึ่งความคาดหวังกับผู้ให้ข้อมูลว่า เมื่อบุตรโตขึ้นจะ สามารถพึ่งพาอาศัยได้ แต่เมื่อไม่ได้เป็นดังที่คิด มีหน้าที่ยังต้องมาคอยให้การดูแลอีก จึงนำมาซึ่ง ความรู้สึกเบื่อหน่ายกับการดูแลที่ต้องทำ ไม่ว่าจะเป็นการพาไปรับการรักษา การดูแลด้านต่างๆ รวมทั้งต้องประสบกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและแก้ไขไม่ได้ของบุตร ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“เบื่อ...พูดจริงๆ ไม่อยากอยู่เลย (ร้องไห้)เบื่อ...เบื่อคนเนี่ย ทำจำเจอยู่ทุกวันๆไม่มีอะไรดี ขึ้นมาเลย สอนก็ไม่เอา อะไรก็ไม่เอา เบื่อ ต้องทำอยู่อย่างเนี่ย เข้าขึ้นมากก็กวาดขยะ กวาดชื้อ... กวาด...นี่เยี่ยวทุกคืนนะ เยี่ยวทุกคืน เยี่ยวรดทางเกงทุกคืน แล้วให้อาบน้ำ ซักผ้าก็ไม่ทำ ไม่ยอม ทำ เยี่ยวทุกคืนเลย หมอเลยลดยาให้เหลือ 4 เม็ด เยี่ยวทุกคืนเลยเหม็น เขาเหม็น เขาก็ทนไม่ไหวหมักๆไว้ในกระป๋อง ไม่เคยซักเอง... เบื่อเบื่อ...พูดๆ นะเบื่อ ไม่รู้จะทำไง เลี้ยงคนอื่นก็ไม่เป็น แบบนี้นะ คนอื่นเขามีแต่ ไม่ให้แม่ทำหรรอก อะไรๆ เขาทำของเขาเอง เสื้อผ้า เมื่อก่อนเป็นนักเรียน เขาก็ ให้เราทำได้ แต่เดี๋ยวนี้เขาโตแล้ว ก็ไม่เคยให้ทำหรรอก มีทำอยู่คนนี้ คนเดียว เขาเห็นเขาก็ว่า ลูกๆ เขาไม่ให้ทำ เราก็คอดไม่ได้นะ เขาไม่ใช่คนดีๆเหมือนเรา ถ้าคนดี ไปอย่างนะ แม่ไม่ยอมทำ หรรอก แต่จำเป็นต้องทำ ลูกคนอื่นเขาว่า แม่มานั่งทำ ทำไม่ โตๆ แล้วไม่ใช่เด็กแล้ว ถ้าเหมือนคน อื่นแม่ก็ไม่ว่าหรรอก และแม่ก็ไม่ต้องทำด้วย ที่นี้เขาไม่เหมือนคนอื่นเราก็ต้องทำ เหม็นๆ แล้วจะอยู่ ได้ไงล่ะ...ทรมาณ” (ID 2 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 48-56, 100-107)

“เบื่อ...ลูกก็ช่วยอะไรไม่ได้ ยิ่งมาเป็นแบบนี้เนี่ย เดี่ยวดีเดี๋ยวไม่ดี อาศัยพึ่งพาอะไรไม่ได้เลย ต้องมาคอยห่วง คอยดูอยู่เนี่ยแหละ บางทีเราก็บื่อเนี่ย พูดดีแล้วก็แล้ว พูดไม่ดีแล้วก็แล้ว นึก อยากจะโมโหเรา พูดนิดพูดหน่อยไม่ทำนะ ของนี้ไม่สนใจหายนะ โอยเราก็อ้วเบื้อทั้งกลุ่มสารพัด... แทนที่โตแล้วจะช่วยแบ่งเบาเราได้นี้เราต้องมาคอยดูเขาเนี่ย ข้าวปลาจะได้กินไหม ใ้อ้ายอดไม่ เป็นไรนะ ขออย่าให้ลูกอด แต่มันก็ไม่รู้หรือว่าแม่ลำบากแค่ไหน” (ID 6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 171-175)

“ใ้อัย...เบื่อมาก ตั้งแต่มันเป็นแบบนี้มานะ มันซีซ้ากะหล่ำปลีนะ ต้องคอยพาเขาไปหา หมอนะ พาไปรักษานะ คนอื่นไม่เป็นแบบนี้ อย่างลูกชายคนเล็กเขาไม่สบาย เขาก็ไปหาหมองเอง

ลูกสาวคนเล็กเขาไม่สบาย เขาก็ไปหาหมอเอง สามคนมีครอบครัว เขาก็ไปหาหมอเอง มีแต่คน
นี้ไม่มีครอบครัว ก็ต้องไปกับเขาบ่อย ๆ อย่างไม่ทราบหรือ ไปเอายาให้เขา ไปยื่นตรงนั้น ตรงนี้ เรา
มองมิ่งยื่นเป็นหรือเปล่า มันบอกไม่ค่อยรู้เรื่อง ก็ต้องพามันไป นี่ ถ้าฉันตายไปเขาจะทำยังไง ...
สงสัยต้องไปอยู่นอนที่วัด” (ID 7 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 242-250)

“บางที...ก็เบื่อเหมือนกันนะ ต้องมานั่งดูแลอยู่ได้คนบ้าเนี่ย...นั่งด่า...เบื่อ นึกอีกที เอ้า..นี่
มันลูกเราเนี่ยหว่าบอกให้กินยาก็ไม่กิน...มันเบื่อ บอกให้ทำไฉนก็ไม่ทำ ดื้อด้น สารพัดอย่างเลยอะ
เบื่อ ๆ บางทีก็นึกต้องมานั่งดูแลคนบ้า เวิร์กอะไรของเรวะเนี่ย อย่างเนี่ย แต่ก็นึกอีกที โธ้ย...
ช่างมันวะ นึกว่าเป็นกรรมของเราแล้วกัน ที่ต้องมาดูแลเขาก็คิดอย่างนี้ แค่นี้เอง” (ID 12
สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 110-115)

“เบื่อ...ไม่รู้ว่าทำยังไง ถ้าไม่ใช่ลูก ฉันก็ไม่เอาแล้ว...ต้องมาดูแล มานั่นมานี่เขา มาเลี้ยง
เขาจนบัดนี้ อายุตั้งเยอะแล้วไม่ใช่อายุน้อย ๆ แล้ว เลี้ยงก็ไม่ใช่ดี ๆ นะ เดี่ยวเป็นโน่นเป็นนี่ ฟุ้งซ่าน
ขึ้นมา คลุ้มคลั่งขึ้นมาลำบากเราอีก ลำบากคนอื่นอีก” (ID 13 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 197-199)

3. เป็นห่วงเป็นใย

ความรู้สึกเป็นห่วงเป็นใย หมายถึง การที่ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ถึงสภาพการเจ็บป่วยของบุตรว่า
ไม่สามารถที่จะดูแล รับผิดชอบตนเองได้ จากการเจ็บป่วยที่เป็น ซึ่งความรู้สึกเป็นห่วงเป็นใย
ประกอบไปด้วย ความรู้สึกเป็นห่วงกลัวบุตรจะได้รับอันตรายต่างๆ และความรู้สึกเป็นห่วงจากการ
รับรู้บุตรยังไม่สามารถดูแลรับผิดชอบตนเองได้ กลัวบุตรลำบากเมื่อตัวเองไม่ได้อยู่ด้วยหรือ
เสียชีวิตไปแล้ว ดังประเด็นย่อยต่อไปนี้

เป็นห่วงกลัวได้รับอันตราย

ความรู้สึกกลัวผู้ป่วยเกิดอันตรายจากการที่เป็นบุคคลที่ไม่สามารถดูแลรับผิดชอบตนเอง
ได้ เป็นอีกความรู้สึกหนึ่งที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลเป็นห่วงเมื่อบุตรมีพฤติกรรมที่ส่อไปในทางที่อาจจะเกิด
อันตรายต่างๆได้ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“เราก็คเรียด เราก็อ่าเขา บอกว่า เนี่ยแม่บอกให้อยู่ในบ้านอย่าออกข้างนอก แล้วไม่ฟัง ก็
คือว่าถ้าเขาออกไปประเดี๋ยวอะไรอย่างเนี่ย แล้วไม่มีดี เราก็อจะไม่ห่วง ถ้ามีดีก็จะห่วง ก็จะคอย

ตามไปอยู่เรื่อย... ก็คือเราไม่ยอมให้ออกไปมีปัญหาย่างเงี้ย ไม่ยอมให้ออกไปมีปัญหากับใคร
อะไรกับใคร ก็คือว่าหวังไปทั่ว ก็คือกลัวจะไปมีปัญหามั่ง กลัวจะไปตามเพื่อนที่ไม่ดีมั่ง อะไรมั่ง
อย่างเงี้ย ก็คือเราก็คิดของเราไปทั่ว” (ID 3 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 176-178, 180-182)

“จะไปไหน มาไหน ก็ไปไม่ได้...กลัวเขาจะไปทะเลาะกับใคร กลัวจะมีเรื่องกับใครจะไป
ไหน ก็เป็นห่วงเป็นกังวลอะไรอย่างนี้ จะไปนอนค้างบ้านพี่สาวเขา ก็เป็นห่วง กลัวเขาจะไปมีเรื่อง
...มีราวกับใคร ใครจะทำร้ายเขามั่ง อะไรมั่ง คิดไปจะไปไหนมาไหนก็เป็นห่วง ห่วงทางนี้” (ID 6
สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 343-345)

“ก็เป็นห่วงเขาเนาะ เขาเป็นคนเล็ก กลัวเขาไปมีเรื่องมีราวกับใคร กลัวคนเล่นงานเขาตาย
เราเดือดร้อนอีก ต้องคิดถึงเขาก็ก บางทีนะ ก็ตามไปดูเขาเนาะ ไปดูเขามั่ง จะไปไหนก็ไม่ได้ ไปทำ
มาหากินก็ไม่ได้ ต้องคอยดูเขา ออกไปหาของ หากินก็ไม่ได้ ต้องมาดูยา หายาให้กิน จัดน้ำให้กิน
อีก นอนอยู่นั้นแหละ ไม่ลุกขึ้นมาหากินหรอก ต้องมานั่งห่วง นั่งพูดอยู่นี้แหละวันไหนที่เราไปหา
ของนะกลับมาบางทีไม่เจอเขาเนาะ เขาไม่อยู่ ก็ต้องห่วงเขาว่าไปติดกาวอีกหรือเปล่า ไปโดนใครเขา
ตีหรือเปล่า ห่วงไปหมด จิตใจมันกลัวไปหมด แล้ว...เครียด กินแต่พารา พารา กินได้ซักพักก็
ปวดอีกแล้ว ตอนอยู่ศรีรัษฎายังหนักนะต้องวิ่งหาเงินไปให้เขา ไปรักษาเขา วิ่งส่งเคราะห์ตอนนั้น
ก็ไม่ค่อยได้” (ID 13 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 205-215)

เป็นห่วงกลัวลำบากเมื่อไม่มีตัวเองอยู่

ความรู้สึกเป็นห่วงกลัวผู้ป่วยลำบาก เป็นประสบการณ์ด้านอารมณ์และความรู้สึกอีก
ประสบการณ์หนึ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ให้ข้อมูล จากการที่มองว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลต้องการการดูแล
ช่วยเหลืออยู่ตลอดเวลา ไม่สามารถดูแลรับผิดชอบตัวเองได้โดยลำพัง ดังนั้นเมื่อผู้ให้ข้อมูลมองไป
ข้างหน้าว่าในอนาคต เมื่อตัวเองเสียชีวิตไปแล้ว ไม่ได้อยู่คอยดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเหมือนดังเช่นที่
เป็นอยู่ในอดีตและปัจจุบัน ตราบใดที่ผู้ป่วยยังไม่หายจากการเจ็บป่วย หรือยังไม่สามารถ
รับผิดชอบดูแลตัวเองได้ ผู้ป่วยจะเป็นอย่างไร จะลำบากมากน้อยแค่ไหน ดังคำกล่าวของผู้ให้
ข้อมูล

“ในใจเราก็คือ มีความเป็นห่วงเขาอย่างเดียว คือว่าเราก็คิดว่า ถ้าเราเกิดเป็นอะไรไปเนี่ย
ถ้าตัวเขาไม่หายเนี่ย เขาก็จะลำบากก็ยิ่งพูดกับเขาว่า เนี่ยถ้าแม่เป็นอะไรนะ เราก็คือลำบากนะ

เพราะฉะนั้น เราก็ต้องกินยา เพื่อให้หายก็จะบอกเขาอยู่อย่างเนี่ย คอยกินยาให้หาย ก็เป็นห่วงเขาก็พูดกับเขาไปเรื่อยๆ” (ID 3 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 137-140, 216-218)

“บางทีเราก็รู้สึกเหนื่อยใจ ท้อแท้ ก็ไม่รู้จะทำไง เออ...ยังไง ยังไงก็ดูแลมัน แล้วก็ก็ต้องเป็นห่วง กลัวมันจะไม่รู้ จะอยู่จะเป็นยังไงยังงั้น ใครจะช่วยดู ถ้ามันยังเป็นอย่างนี้อยู่เนะ จะเลี้ยงตัวเองได้ไหม นี่เราก็บอกเรื่อยๆนะ บอกให้ช่วยตัวเอง เกิดพ่อแม่เป็นอะไรไปซะใหม่ เออ..ก็ว่าอย่างนี้” (ID 11 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 104-106)

“เราแก่แล้ว ถ้าเราตายจากเขาแล้วใครจะดูแลเขา เขาก็ทำอะไรกินไม่เป็น ทำอะไรไม่ได้ไปทำก่อสร้างตงนี่หน่อยนะ ใ้โหดกลับมาหน้าดำคร่ำเครียด บ่น ปวดหัว แม่ปวดหัว เดินมาเอาหัวทิ่มเลย ก็หยิบยามาให้เขากินนะ คิดว่า...โอ้โห...ตลอดชีวิตนี้ถ้าเราตายไป น่าเป็นห่วง เขาจะทำยังไงนะ ถ้ายังเป็นอยู่อย่างนี้ เขาจะไปหาขายกินเองได้หรือเปล่า มานึกมาคิดอย่างนี้ ไม่รู้จะทำยังไง” (ID 13 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 132-135, 189-190)

“เราก็คือเป็นห่วงเขาเนะ ก็คิด...ถ้าเกิดแม่ไม่อยู่แล้ว จะเป็นยังไงจะอยู่จะกินยังไง ใครจะมาดูเขา ทุกวันนี้ญาติพี่น้องก็ไม่เอาเขาเนะ เราก็คือได้แต่ห่วง” (ID 14 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 206-208)

“แล้วอ้าวก็คิดนะ ถ้าอียังคิดอีกจากคนอื่นอย่างนั้นนะ วันหลังไม่มีที่พึ่ง... อีทุกวันนี้เนะ มีแต่อ้วคนเดียว... แล้ววันไหน วันที่อ้วตายไป อีจะทำยังไงว่า...ก็ได้แต่บอก ลืออย่าอีกจากคนนักละ” (ID 15 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 235-236)

4. ลำบากที่ต้องพาเข้า-ออกโรงพยาบาลบ่อย ๆ

การที่ต้องพาผู้ป่วยไปปรับการรักษาที่โรงพยาบาลบ่อยๆ เป็นประสบการณ์ที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความรู้สึกทุกข์ใจ มีความยุ่งยากลำบาก ไปว่าจะเป็นการที่ต้องพานุตรไปโรงพยาบาลเมื่อมีอาการทางจิตกำเริบโดยส่วนใหญ่ผู้ให้ข้อมูลจะจัดการโดยลำพัง ซึ่งต้องเผชิญกับอาการแสดงของบุตรที่ยากต่อการจัดการและควบคุม บางรายต้องใช้วิธีการหลอกกล่อ โทกเพื่อให้นุตรยอมที่จะขึ้นรถไปโรงพยาบาล หรือการที่ต้องคอยไปเยี่ยมที่โรงพยาบาลบ่อยๆหรือบางรายต้องไปเยี่ยมทุกวันตามความต้องการของบุตร รวมถึงความลำบากในเรื่องค่าใช้จ่ายที่ต้องเกิดขึ้นจากการ

บุตรที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล โดยเฉพาะผู้ให้ข้อมูลที่มีฐานะยากจนและต้องดูแลบุตรโดยลำพังจะรู้สึกถึงความยุ่งยากและลำบากนี้มาก ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“ตอนแรกก็ ใจ...เสียใจน่าดูเลย (ร้องไห้)... เข้าออกโรงบาล หมอเขาก็ดี ๆ บอกรักษาสุดความสามารถอะ ช่วยเต็มที่ แต่ไม่รู้จะทำไง นี่ดีขึ้นเยอะแล้ว เมื่อก่อนเป็นหนักกว่านี้ เห็นแล้วกลุ้มใจ เป็นแบบนี้ พาเข้าออกโรงบาลบ่อยๆนะ ก็เที่ยวต่อกี่เที่ยว ลำบากอะ ทำคนเดียว ใครเขาก็ไม่เอา ตอนแรกยังมีน้องสาว (หน้าของผู้ป่วย) ช่วย ตอนนี้น้องสาวตายแล้ว ไม่มีใครช่วย ลำบากเป็นที่ที่ก็ต้องเรียกตำรวจ ให้ตำรวจพาไป เอาคนเดียวไม่ไหว” (ID2 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 153-155)

“ช่วงที่เราพาลูกไปโรงพยาบาล ต้องให้คนหลอกกเยอะเลยนะ คือพอเขามีอาการบิ๊บ มันเที่ยงคืนแล้ว ลีหุ่ม ห่าหุ่ม เที่ยงคืน เขาก็จะหาชุดนักเรียน จะแต่งตัวไปร้องเพลง แบบเบลอๆอย่างเนี่ย เราก็ว่า เอาแล้ว เป็นอีกแล้ว เราก็ต้องขอให้คนที่สนิทชิดเชื้อกันเนี่ย เอาขวดน้ำปาลามาหนีบจ๊กแร้ บอกปะพี่ไปกัน ไปห้องอาหารกัน ไปร้องเพลงนะ ไปกัน แล้วก็เรียกเขาขึ้นสามลื้อไปพอขึ้นสามลื้อบิ๊บ ก็วางขวดน้ำปลา เขาก็ไม่ยอม จะลงจากสามลื้อให้ได้เลย แต่ไอ้ช่วงที่จะเอาขึ้นสามลื้อนี้ต้องหลอกเขา เอาขวดน้ำปลาหนีบจ๊กแร้ บอกมีเหล้าแล้วไปกันนะ ไปห้องอาหาร คือเราก็หลอกขึ้นสามลื้อได้ แล้วไปทีไรต้องเป็นเที่ยงคืนทุกครั้งไป” (ID 6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 90-95)

“ตอนนั้นรู้สึกทุกข์มากคะ หนึ่งในเราไม่มีเงิน เราสู้เรายืมเขาต้องเป็นหนี้ ดอกเขาร้อยละ 20 ก็เอา อะไรก็ต้องเอา ต้องเป็นหนี้เพราะลูกเนี่ย เพราะไม่รู้จะทำยังไง พี่น้องเขาก็จนเพราะมีพี่อีก 3 คน 4 คนนี่จน ๆ เท่านั้น เราก็ต้องยืมต้องกู้เขา ขวนขวายให้ลูกไปหาหมอย่างนี้คะ แล้วเราต้องไปเยี่ยมเรื่อย เป็นห่วงลูก ไปเยี่ยมเขาเรื่อย ๆ เวลาไปเยี่ยมเขาบิ๊บนี้ เขาจะไม่ให้แม่กลับ ให้เราอยู่ยามสมัยก่อนตีระฆัง นะคะ อดนอนถือหนังสือพิมพ์ด้วยเล่มหนึ่ง พอไปถึงลูกไม่ให้กลับแล้วเราไปปูหนังสือพิมพ์นอนโคนต้นไม้ พอ 5 โมงเย็นเขาจะเรียกขึ้นตึกนี้เราถึงจะกลับบ้าน พยับหมอก รสสุคนธ์ เฟื่องฟ้านี้ มันเป็นตึกนี้ เขาจะขึ้นแล้วเราก็กลับ เราจะไปเยี่ยมลูกนั่นนะ เราก็ขอเจ้าพระคุณ ขอให้หมอบอกให้ลูกอยู่นาน ๆ เอะอะ คือไม่อยากเอาเขากลับไป พอกลับมาเป็นอีกแล้วอย่างเงี้ย หมอก็มีจดหมายมาให้ที่บ้าน บอกให้ผู้ปกครองไปรับนาย...กลับมา เอ้า อีกแล้ว เอ้า ก็ไปรับลูกกลับมา พอมาถึงแล้วก็ไม่กี่มากน้อย...เป็นอีกแล้วคุณ... ลำบากมาก ยายทำคนเดียว 10 ครั้งแล้วนะนะ ที่ไปอยู่โรงพยาบาล” (ID 6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 407-420)

“มันทรมานนะ ต้องพาไปโรงพยาบาลบ่อย ๆ ฉันก็รำคาญเหมือนกันนะ...บางทีทำคนเดียวเลย เงินทองตอนนั้นก็ไม่ค่อยมีนะ ไปที่ก็ค่ายา ค่ารถ...ลำบาก แล้วทุกวันนี้ก็เชื่อว่าฉันจะดีขึ้น ฉันยังต้องพาเขาไปอยู่เลย ไปรับยาอะ ไม่รู้ทำไมไม่ไปเองซะที ลูกคนอื่นเขาไม่สบาย เขาก็ไปโรงพยาบาลเป็น ไม่ต้องพาไปเหมือนคนนี่” (ID 7 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 393-394)

“ลำบาก...ลำบาก... ก็พยายามหาเงินไปรักษาเขา อยากให้เขาหาย เราก็ไปนะ ศรีธัญญา 9 เทียว เงินก็ไม่มี ไปนอนโรงพยาบาลเงินก็ไม่มี เขาบอกให้อยู่ 21 วัน 21 วันเขาก็จะให้ออก ฉันก็รอถึง 21 วันก็ไปรับเขา กลับมาตอนแรกก็อาการดีขึ้นหน่อย พอต่อ ๆ ไปเขาก็ชักจะเอาอีกแล้ว เอาอีกแล้ว ไม่รู้ยังไง เราบอก ไปทำอะไรมาหรือเปล่าลูก เขาบอกเปล่า...เปล่า ปวดแต่หัว เขาบอกเขาปวดแต่ ฉันก็บอก เอ้า ปวดแต่หัว ก็ชื้อยากินนะลูก ชื้อยาชุดกินมั่ง เดี่ยวมีตั้งค้ค่อยไปหาหมออีก” (ID 13 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 19-26)

“อ้าย...ลำบากนะ อีไปอยู่โรงพยาบาลอ้าว ก็ต้องโกหกอีไปนะ จะขึ้นรถอะ บอกจะพาไปเล่นเกม นะ ไม่งั้นไม่ไป แล้วไปก็ต้องไปเยี่ยมอีทุกวันเลยนะ ไปอยู่ตั้งหลายครั้งอะ ลำบากตายห้า เสียเวลาทำงาน อ้าวต้องคุมคนเดียวอะ งานก็ต้องทำนะ เราไม่ใช่คนมีตั้งค์ ต้องทำ...ต้องหาเลี้ยงมัน” (ID 15 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 307-309)

5. อับอายในพฤติกรรมที่เกิดจากการเจ็บป่วย

การแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสมเป็นอีกลักษณะอาการหนึ่งของผู้ป่วยจิตเภท ที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความรู้สึกอับอายกับสิ่งที่ผู้ป่วยได้กระทำลงไป จากการศึกษาพบว่าผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่ามีพฤติกรรมบางอย่างที่ผู้ป่วยได้กระทำ เป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยกระทำต่อผู้ให้ข้อมูล การไม่สนใจที่จะดูแลตนเอง รวมทั้งทำความยุ่งยากเดือดร้อนให้กับผู้อื่น ได้ก่อให้เกิดความรู้สึกอับอายต่อบุคคลรอบข้าง เพื่อนบ้าน และผู้ที่พบเห็น ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“เขาก็เป็นกำลังใจแม่นะ มาเกร...เกร จนเป็นแบบนี้ เสียหมด อายชาวบ้านเขาด้วย เมื่อก่อนดี มีคนชม ลูกดีทุกคนนะ 3 คน เลี้ยงลูกเก่งนะ อย่างโน้น อย่างนี้ เลี้ยงลูก 3 คนดีนะ ลูกดี ๆ ทั้งนั้น ใครๆก็ชมนะ แยกมาตัดผมก็ชม มาตอนนี้ ใ้อโฮ ไม่ไหว เสียหมดเลย ดื้อ เกียงจิง บอกอะไรก็ไม่ฟัง ให้ทำอะไรก็ไม่ทำอะ น้ำก็ไม่อาบ สกปรกจ้งเลย ชี้เกียจ ไม่รู้จะบอกยังไงแล้ว... ใช้เขา เขาก็ไม่ทำ ใครมาเห็นก็อายเขา ลูกสาว ลูกชาย เขาเห็นขี้ยา เห็นอะไรเขาบ่นนะนะ ลูกชาย

ลูกสาวนะ ไม่เหมือนนั่น...ต้องทำให้เขา เข้าแม่ทำเสร็จเรียบร้อย บัดควาดเรียบร้อยหมด เดียวลูก เขามาบ่น” (ID 2 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 27-31, L: 39-41)

“ตอนแรก ๆ เราก็อายนะ ลูกบ้านนี้เป็นอะไรนะ เดี่ยวนี้อาละวาด เดียวก็อาละวาด บางที พาไปโรงพยาบาล เขากาม เอาอีกแล้วหรือ ไปโรงพยาบาลอีกแล้วหรือ จนเดี๋ยวนี้ก็ทำเฉย ๆ ไปเลย เราก็อาย ๆ บางทีก็คิดว่า วันนี้เขาไม่รู้ เดี่ยวพุงนี้ก็รู้ ก็เลยบอกไปเลย ว่าเขาเป็นอย่างนี้ อย่างนี้ นะ” (ID 12 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 100-104)

“แต่บ้านหลังนี้นะ หน 1 เขาไม่เอาเรื่อง หน 2 ก็ไม่เอาเรื่อง หนัก ๆ เข้า หน 3 กระจกบน ห้องเขาแตกกระจาย เขาเลยเอาเรื่องเลย เราก็อายเขาอะ ลูกเราเป็นแบบนี้ นี่บ้านหลังนั้น ที่เขา เขียวยัง ยังเอาขนม เอาอะไรมาให้ฉันกินด้วยนะ บางทีก็เรียกให้ไปเอาของ เราก็อายเขาอะ ลูกเรา ทำกับเขาอย่างนั้น เขายังมาดีกับเรา ฉันก็ได้แต่ขอโทษขอโพยเขา บอกว่าลูกฉันมันเป็นอย่างนี้ ฉัน ก็ไม่อยากให้เป็น ก็รักษามันอยู่” (ID 13 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 224-232)

พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย นอกจากจะนำมาซึ่งความรู้สึกอับอายของผู้ให้ข้อมูล แล้ว จากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยนั้นยังส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลต้องคอยติดตามดูแลไม่ให้ ผู้ป่วยออกไปกระทำหรือแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในที่สาธารณะ ดังเช่นผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่ง ได้กล่าวว่า

“บางทีก็พูดคนเดียว บางทีเราก็กลัวคนเห็น บางทีคนเขามา มาคุยกับเรามันก็นั่งพูดอยู่ คนเดียว พูดไม่มีเสียง พูดไม่รู้เรื่อง เราก็กลัวว่าเขา ให้เขารู้ตัว... พูดอะไรอะ มันก็เจี๊ยะ คือ เรา อายไง อายคนอื่นเขา แต่คนแถวนี้เขารู้กันว่ามันเป็นแบบนี้ เขาเข้าใจ เออ.. นี่มันเป็นแบบนี้ เขา รู้ว่าผ้ามันตายแล้วมันก็เครียด...แล้วบางทีนะมันนุ่งผ้าถุงตัวเดียวเดินรอบเลย ใ้อเราก็อายนะ... อายเขาก็อาย เครียดก็เครียด ต้องปิดบ้านตอนมันเป็นนะ ไม่กล้าเปิดบ้านเลยอะ มันตะโกนด่า เขา มันพูดไม่ดี มันว่าแม่ไปมีอะไรกับเขา แม่ไม่รับความจริง อูย... แล้วเราก็อายสิ เราก็อายสิ อายด้วย ต้องคอยดูมันนะ ต้องเฝ้าออกไปไหนก็ได้ ต้องตามมันไปอะ คอยสะกดรอยตามมัน ไป ต้องออกไปดูมัน มันระแวงไปหมดอะ มันเป็นอย่างนี้อะ กลัว แล้วบางทีเขาบอกมันไปด่าข้าง นอก คนอื่นมาพูด เราก็อายได้ยินนะ เราก็อายเขาอะ อายเขากลัวว่ามันจะไปพูดไม่ดีกับเขา บางทีคนมาเล่นสนุก มันก็ไปว่าเขาเป็นคนไม่ดี เราก็กลัวเขาได้ยิน เราก็อาย น้องสาวมันมันยัง ไปว่าเลย มันว่าน้องสาวมันมาเอาผ้ามัน ทั้ง ๆ ที่ผ้ามันตายไปแล้วนะ เมื่อก่อนนะตอนมันเป็นนะ

สองคนที่นั่งตบกันกลางถนน เรานะอายุ อาย น่องก็ไม่ยอม พี่ก็ไม่ยอม แต่ไอ้ห้องมันไม่รู้ว่าจะพีมันเป็นแบบนี้ มันก็อายคนสิ จิกผมตบกันเลย เราช้องให้เลย ลูกก็เลยเล็ก” (ID 9 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 114-120,276-285)

6. เจ็บตัวและเจ็บใจ

ความรู้สึกเจ็บใจ เสียใจ จากการถูกทำร้ายร่างกาย ไม่ว่าจะเป็นการทุบ การผลัก หรือการชก จากผู้ป่วยที่เป็นบุตรที่ตัวเองเลี้ยงดูมา เป็นอีกประสบการณ์หนึ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ให้ข้อมูลเกือบทุกราย เป็นประสบการณ์ที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความทุกข์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ที่เกิดจากการให้การดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท มีบางรายเท่านั้นที่รับรู้และเข้าใจว่าบุตรไม่ได้ตั้งใจทำร้ายตน แต่เป็นเพราะการเจ็บป่วย จึงไม่ถือโทษหรือโกรธ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“ตอนที่เขาทะเลาะจะชกกับคนอื่น แล้วเราเข้าไปห้าม เขาก็แบบว่าคงจะจำเราไม่ได้ เขาก็ชกเข้าที่หน้าอกนี่เลย พอเขาสงบนะ เขาก็บอกว่า เนี่ยมีคนปลอมตัวมาเป็นแม่ เขาก็เลยชก เขาไม่รู้ตัว เราก็มารู้จะทำยังไงนะ เขาเป็นแบบนี้ จะโมโหเขาก็ไม่ได้อะ รู้ว่าเขาเป็นแบบนี้” (ID 3 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 320-323)

“บางทีก็มี ตะเราเลย ตะที่หลัง ตอนเขาเป็น เขาโมโห เราบอกอย่าไปด่าคน ด่าคนอื่นมันไม่ดี ด่าทำไม เสียงดัง เดี่ยวคนอื่นมาตีเอา เขาไม่ฟังเรานะ ด่าเรา เขาก็จะตีเข้าให้ ยังไม่ทันได้ตีเลย ตะเข้าให้ก่อน เนี่ยที่หลังเนี่ย” (ID 4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 74-75)

“บางทีฉันกำลังคุยเรื่องเขาอย่างงี้ เขาโมโห เคยมาชก ขัดยอก แล้วก็ตะขานี่เขี้ยว แล้วฉันก็บอกกับหมอบอกบอกว่า เขาอารมณ์เป็นแบบนี้ เพราะว่าเรากำลังพูดถึงเขา เขาเลยโมโห พูดให้ข้างบ้านเขาฟัง พอเขาตีปุ๊บ ฉันก็เรียกตำรวจแล้วพาไปเลย พาไปโรงพยาบาลสมเด็จ แต่เวลาเราไม่สบายเขาก็รู้แหละ เอน้ำเอายามาให้กิน” (ID 5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 190-192)

“บางครั้งเขาขัดใจ เขายกเก้าอี้ขึ้น แล้วก็บอกยายนั่นๆ ยายก็จะตีเขา เขาก็ผลักยายนั่นลง แขนยายก็ไปโดนเสา แขนนี้เขี้ยวเลย เขาก็เขย่าแขนยาย ผลักยายลงปอนั่งเก้าอี้ พอใครถามว่าเป็นอะไร ก็ได้แต่บอกว่าไปล้มใส่เสา ไม่ได้บอกว่าลูกทำ” (ID 6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 147-149)

“ตอนเขาอาละวาด เออะอะ ลืมตัว จำเราไม่ได้ เวลาห้ามเขา บางทีเราไปห้าม เขาจำไม่ได้ ก็ตีเราเลย เวลาอาละวาดแล้วเราก็กินห้ามเขานี้แหละ เอาเลย โธ...นี่ตามแขนขานี้เขียวเลย ต้องห้ามส่งโรงพยาบาลกัน ห้ามฉันทะ” (ID 12 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 92-93)

“ไม่รู้จะทำยังไง เราว่า เขาก็ตีเรา ดูเรา ผลักโครมมาเขียว บางทีกระทืบมาเลย ที่หน้าอก ฉันทักเลย ฉันทไปรักษาที่บางคอแหลม ค่อยยังชั่วก็กลับมา พ่อเขาบอกเขาตาขวางอีกแล้ว เราก็ก้าวเขาจะทำพอนะ โอ้โห...ตอนนั้นนะเราแทบจะกราบเขาเลย อย่าทำแม่เลย แทบจะกราบไหว้เขาเลย กลัวไปทุกอย่าง กลัวมาทำเรา กลัวไปทำคนอื่น” (ID 13 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 49-54)

“เวลาเขาขาดยา บางทีเขาก็ตีเรานะ เพราะเขาจำไม่ได้ จำเราไม่ได้ มาจับเขาส่งโรงพยาบาลเขาไม่พอใจ แบบตีเราอะ ตามตัวอย่างเนี่ย เวลาเราจะจับเขาส่งโรงพยาบาล เขาจำเราไม่ได้ไง จำใครไม่ได้ ช่วงนั้นเขาก็ขาดยา ขาดยาแล้วก็จำใครไม่ได้” (ID 14 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 197-200)

“อีจะนึกถึงว่า เมื่อก่อนแรก ๆ ทำไม...อีค่อย ๆ คิดนะ...เอ...ฉันททำไมไปสมเด็จมาหลายเที่ยว แม่หลอกเราไปนี่หว่า หลอกเราขึ้นรถไป บางทีไม่ยอมนะ บางทีเราเห็นอีตาขวาง ๆ ก็มองอีบอกจะทำอะไรนะ อีวุกขึ้นมานั่ง แล้วอีก็...อ้อ...อ้อ...อ้อ...อ้อ...(ยกมือใช้กำปั้นทุบ) อย่างเงี้ย...ทุบเราอะ แล้วบางที ก็อ้วนอนอย่างเนี่ย หันหลัง อีก็ตีปลงมา...ไฉ้ย แล้วก็มีอยู่ครั้งหนึ่งอีพาอีไปรักษาที่แป๊ะกง ไปคนเรียงคิวเยอะมาก อีรรออยู่ ลูกชายอยู่ข้างหลัง รู้แบบนี้ ต้องให้อีอยู่ข้างหน้า ลูกชายอยู่ข้างหลังอีวะนะ อีหนึ่ง ๆๆๆ อีก็ไมทันระวังเขานะ อีอยู่ข้างหลัง อีรรอคิวนะ มันมีคิวนะ รอไปรอมา อี อีเอากำปั้นมาทุบข้างหลัง...บึ้งที่หนึ่ง...อีหวาว่า อีจะอะไรวะ ซาไปหมดเลย โอ้โห...ทุบหลังเรา อีบอกว่าโมโหแม่...โมโหแม่พาอีไป...(เอ่ยชื่อโรงพยาบาล)...ให้เขารังแก” (ID 15 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 26-31, 191-196)

การที่ผู้ให้ข้อมูลถูกผู้ป่วยทำร้ายบ่อยๆ ได้นำมาซึ่งความหวาดกลัวกับการที่จะต้องอยู่กับผู้ป่วยตามลำพัง เนื่องจากกลัวที่จะถูกผู้ป่วยทำร้ายอีก ดังเช่นคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“พี่ๆน้องๆ เขาไม่ชอบนะ เขาทำให้เขา เขาเคยอยู่ของเขาสงบๆ พอมมีแบบนี้ได้ยวก็ทะเลาะกันอะไรกัน เขาก็เปื้อนของเขาอะ ชอบหาเรื่องเขา เมื่อก่อนที่ไม่เป็นก็ดีนะ พอเป็นแล้วเอาไม่อยู่ เมื่อก่อนตอนเป็นขึ้นมา แม่เม่อ เขายังทำเลย ดีเข้านี้ที่หน้าเลย ทำนะ...ลูกสาวต้องไปซื้อยาให้

แม่กิน แก้วน้ำในนะ (ID 2 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 58-60)...เราก็ก้าวเหมือนกันนะ เมื่อก่อนเขาเคยทำร้ายเรา เคยตีเรา ตอนเขาเป็นขึ้นมาอะอะขึ้นมาอะ ลูกๆบอกแม่นอนๆก็ระวังนะ เดี่ยวมันเกิดฤทธิ์ขึ้นมา แม่เอาไม่อยู่ ลำบากนะ ลูกๆกลัวเขาทำร้ายแม่” (ID 2 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 106-107)

“ดูอยู่นี้แหละ อยู่กันนี้ ก็อยู่แบบกลัว ๆ นี่แหละ กลางคืนกลัวบางที่ไม่อยากจะนอนกับ เขาก็ต้องนอนนะ กลัวเขาทำอะไรเรา...กลัวลูกฆ่า” (ID 13 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 60-62)

“เราก็ก้าวนะ สักวันอีจะฆ่าอีหรือเปล่านั้น แบบเวลาเราไม่รู้ตัวอะ อียังทำเราเลย อีคิดว่าเราทำร้ายอี คิดว่าแม่ทำร้าย เอาไปไว้ที่...(เอ่ยชื่อโรงพยาบาล)...ตั้งหลายเที่ยวให้คนนั้นคนนี่ที่โรงพยาบาลแก๊งอี ทำร้ายอี นี่อียังทำเราบ่อยเลยนะ” (ID 15 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 301-303)

ประเด็นย่อยที่ 2 มีความหวังว่าจะหาย

ถึงแม้จะรับรู้เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยว่า เป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง ยากที่จะรักษาให้หาย และอาจจะต้องรับประทุกันยาไปตลอดชีวิต แต่ผู้ให้ข้อมูลก็ยังคงมีความหวังว่าสิ่งที่ได้พยายามดูแลผู้ป่วยจะส่งผลให้ผู้ป่วยหายจากการเจ็บป่วยได้

“ถ้าเขาไม่คิดอะไร พยายามรักษาตัว แล้วเดิน แล้วไปให้หมอรักษา เราก็ยังมีหวังนะ หวังว่าเขาจะหาย แต่คิดอีกที ถ้าเขาไม่ไปหาหมอก็แปลว่าไม่มีหวัง แต่เราก็ไม่คิดอะไร เราก็ปลงแล้วค่ะ แล้วเขабอกเขาทำงานไม่ได้ เขาคิดมาก ฉันบอกไม่ต้องคิด บอกอยู่เฉย ๆ อย่าอาละวาดใช้ได้แล้วก็ถึงเวลากินยา ถึงเวลาไปหาหมอก็ไป เท่านั้นเป็นใช้ได้” (ID 5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 268-271)

“ป้าก็อายุถอยหลังลงไปแล้วนะคะ ยังไม่ทราบอาการข้างหน้าจะเป็นยังไงอะ เพราะถ้าอาการข้างหน้าดีขึ้นมานี้ อะไรขึ้นมานี้ แบบว่าเขาเรียกว่ามีคนอุปการะอุปถัมภ์เขา แบบว่าเขาได้อยู่สบายหน่อย นอนพักทุกวัน นี้นอนตากยุง ถ้าเขามีที่พักนอนเย็นสบายหน่อย มีคนเอาใจเขา พูดี พูดี พูดีกับเขาหน่อย อาจจะหาย ก็ยังคงพอมีความหวังว่าเขาจะหายนะ” (ID 6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 531-536)

“ฉันก็ยังอยากให้หมอช่วยให้หายอยู่นะ อยากให้หมอช่วยให้หาย อยากมีความหวังจริง ๆ ฉันก็แก่แล้ว ฉันจะได้ฟังเขาได้มั่ง...ฉันแก่แล้วไง ไม่มีใครดูแลเขา แล้วเขาก็ฟังตัวเองไม่ได้ ดูลิ

ตั้งแต่เช้า ตั้งแต่เมื่อคืน ยังไม่ตื่นเลย ลูกมากินข้าว กินยา แล้วก็นอนต่อจนถึงเนี่ย” (ID 13 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 262-265)

การมีความหวังว่าบุตรจะหายจากการเจ็บป่วย นอกจากจะเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากตัวของผู้ให้ข้อมูลเองแล้ว คำพูดที่เป็นความหวังจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ ยังเป็นสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการที่จะได้รับฟังและให้ผู้ป่วยได้รับฟังเช่นกัน เพราะตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลแล้ว บุคลากรทางด้านสุขภาพเป็นอีกบุคคล ที่จะช่วยให้ทั้งผู้ให้ข้อมูลและผู้ป่วยมีความหวังที่จะหายจากการเจ็บป่วยได้

“เราก็อยากให้เขาหายนะ สักวันหนึ่ง เราก็ยังคิดยังหวังว่าเขาจะหาย แต่ก็ไม่รู้ว่าหายไม่หายนะ ก็ไม่รู้จะทำยังไงแล้ว ได้แต่หวังนี้แหละ เราก็ไม่ได้ปล่อยทิ้งเลอะเทอะอะไร ก็รักษาอยู่ตลอด ก็อยากให้เขาหาย...หมอมาก็บอกไม่หาย มันเป็นเพราะอะไร แต่เราก็ยังอยากให้เขาหายอยู่นะ เราก็ยังคิด ยังหวังนะ ว่าต้องหาย ทำไมจะไม่หาย ทำไมเวลาไปหาหมอ หมอไม่ให้ความหวังว่าจะหายซะที หมอน่าจะบอกว่ากินยาไปก่อน หมอมีแต่บอกว่าไม่หาย มันก็มีแต่คิดใจมันก็มีแต่คิดอยู่นั้น หรือจะเกี่ยวกับอย่างนี้หรือเปล่าไม่รู้ มันไม่ได้กำลังใจจากหมอเลย ที่จริงหมอน่าจะบอกว่ามันมีเปอร์เซ็นต์หาย พยายามกินโน่นกินนี่นะ จะได้ช่วยคนไข้เนาะ บางทีเขาบอกไม่มีเปอร์เซ็นต์หาย ต้องกินยาตลอดชีวิตใจ ใจเราก็ใจออก (ท้อแท้) เหมือนกันนะบางทีนะ แล้วตัวมันเองมันจะไม่คิดเหวอ...บางทีคนไข้มันก็คิดว่าทำไมต้องเป็นแบบนี้ ใจมันก็อก มันคงคิดอย่างนี้ละมัง มันถึงเครียด ไม่หายซะที” (ID 11 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 251-254, L: 281-289)

ประเด็นย่อยที่ 3 สบายใจเมื่ออาการดีขึ้น

โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยที่มีอาการทางจิตเรื้อรัง ผู้ที่เป็นโรคนี้แล้วมักไม่หายเป็นปกติเหมือนเดิม โดยอาการแสดงที่ทำให้รู้ว่าผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยทางจิตตามประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล คือ อาการเหม่อลอย ยิ้ม พูดคนเดียว เอะอะ โวยวาย คลุ้มคลั่ง อาละวาด ทำลายข้าวของ ต้องพาเข้าออกโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาบ่อยๆ การขาดยา การที่ไม่สามารถประกอบอาชีพหรือทำงานได้ เป็นต้น ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความทุกข์ มีความยากลำบากในการจัดการ เกิดความเครียด ความวิตกกังวลต่างๆ เมื่อผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่ามีพฤติกรรมต่างๆ เหล่านี้หายไป หรือลดน้อยลง ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง ทำกิจวัตรประจำวันได้ ทำงานได้ ตามการรับรู้

ของผู้ให้ข้อมูลแล้วนั้น คืออาการของผู้ป่วยดีขึ้น ดังนั้นจึงเกิดความรู้สึกสบายใจ ห่วงและกังวล น้อยลง ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“ตอนนี้ไม่เป็นไรแล้ว ถึงเวลาไปเอายา ก็คอยยังช่วยหน่อยสบายใจหน่อย ไม่ต้องมานั่ง เหมือนเมื่อก่อน เทียวไปเทียวมา เข้าโรงพยาบาล เทียวไปเทียวมาอยู่อย่างนี้ เดียวนี้ ก็ไม่ต้องไปนอน โรงพยาบาลคอยยังช่วยหน่อย ก็ไม่ต้องห่วงอะไรมาก” (ID 2 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 140-142)

“ก็พอมาช่วงหลัง เราก็ พอเขาทำงานเสร็จเขาก็จะกลับบ้านในโซ่ใหม่คะไม่ออกไปไหน เราก็จะมีความสบายใจ ก็คือว่าเขาจะไม่ออกไปไหนเลยพอเขากลับบ้านมาปุ๊บเขาก็จะกินยา กิน ยาแล้วก็จะนั่งสูบบุหรี่แล้วเขาก็ซักพักหนึ่งเขาก็ไปอยู่ในบ้าน จะนอนดูโทรทัศน์ อะไรอย่างนี้ บางครั้งเรานั่งอยู่ข้างล่างนานๆ เขาก็จะไล่ บอกเขาจะนอนแล้ว ให้ขึ้นข้างบน แล้วก็ถ้าเป็น สมัยก่อนนี่ก็จะเครียดเหมือนกันคือ คือเราก็จะคิดไปทั่วว่า กลัวเขาจะไม่หายมั่ง อะไรมั่ง พอเห็น อาการ มองเขาดูดีขึ้นมาบ้าง อะไรบ้าง เราก็สบายใจและก็คือยิ่งสบายใจคือว่าเขาไม่ออกไปไหน” (ID 3 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 187-194)

“แต่ถ้าเขาไม่เป็นอะไร มันก็ไม่มีอะไรแล้ว ขออย่าให้มันกลุ้มใจอย่างเดียว ถ้ากลุ้มใจ เขาก็เป็น ไม่กลุ้มใจแล้ว ทุกอย่างก็ไม่มี แค่นี้เอง เราก็ไม่คิดมาก ก็สบายใจ ถ้าเขาดี ๆ อย่างนี้ ก็ไม่ต้องดูแลอะไรมาก แต่ต้องกินยาทุกวัน แค่นี้เอง ทุกวัน ทุกวันนะ ขาดยาไม่ได้” (ID 7 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 258-261)

“แล้วตอนนี้เขาก็ดีเยอะแล้ว เขาก็ช่วยตั้งลูก เดียวนี้ไม่เถียง ไม่อะไรนะ แต่ก็ยังเฉย ๆ ไม่ ค่อยพูด ช่วยหยิบเบียร์ให้ลูกค้า บางทีเราหยิบไม่ทันอะไรอย่างเนี่ย ช่วยเก็บตังค์ใส่ตะกร้า ถ้าม ว่าเก็บตังค์ยังเขาก็บอกเก็บแล้ว เออ... มันดีขึ้นเราก็นสบายใจนะ...ก็ดีใจแล้ว ลูกหายแล้วอะ เดียวนี้เขาดีเยอะแล้ว เราก็นดีใจแล้ว เราเห็นเขาหายเราก็นไม่เครียดแล้ว เขาเปิดองเปิดแอร์นอน ก็ เย็นสบายดีเราก็นไม่ว่า ก็ยอมลำบากหน่อยก็ลูกอะ...ทำไงอะ” (ID9 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 228-232)

“ก็คิดว่าเขาก็หาย เขาก็ดีนะ บางที...ก็หายดี เหมือนคนทั่วไปอะ ไม่มีอาการหงุดหงิด ไม่ คลุ้มคลั่ง อะไรอย่างนี้... เขาก็ดูดี ๆ แล้วนี่ เขาก็ดูดีกว่า คนดี ๆ ที่ชี้เมานะ คนดีที่บางคนทีนี้สลับ ไม่ดีนะ เขาก็ดีกว่านะ เขารู้จักคิดอะ...เขารู้จักว่าอันนี้ถูกอันนี้ไม่ถูก สมควรพูดอย่างนี้ไม่สมควรพูด อย่างนี้ เขารู้หมดนะ เขาก็ดีกว่าคนธรรมดาบางคนนะ เนี่ยตามที่อยู่...บางคนชี้มาไม่รู้เรื่อง นี่

ถือว่าเขาไม่ปกติแล้วเขาดีได้ขนาดนี้ เราก็ดีใจ...เขาเป็นอย่างนี้ได้เราก็บายใจ” (ID 10 สัมภาษณ์ครั้งที่ 10 L: 140-146)

“ทุกวันนี้เขาค่อยยังชั่ว เราก็บายใจ สบายจริง ๆ เลย ยิ่งได้ยาฉีดนี้ดีเหลือเกิน เนี่ยเราก็บอกไปหาหมอไม่ตายง่ายหรือลูก ดีขึ้นเราก็ต้องพยายามไปหาหมอนะ รู้สึกว่ากินยาแล้วค่อยยังชั่วขึ้นมาหน่อย แล้วเราก็บายใจขึ้น ไม่อะอะไว้วาย” (ID 13 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 161-164)

“ตอนนี้เขารู้เรื่องแล้วให้กินเอง ให้เขาจัดกินเอง เขาดีขึ้นแล้วเราก็บายใจขึ้น ก็บางทีเขารู้เรื่องแล้ว เราก็บายใจให้เขาซักเสื้อผ้าเอง จัดยากินของเขาเอง ทำอะไรเอง เขาช่วยตัวเองได้ ตอนนี้เขาก็บายใจขึ้นแล้ว เราก็บายใจยังชั่วขึ้น สบายใจขึ้นนะ” (ID 14 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 40-41, L: 57-59)

ประเด็นย่อยที่ 4 ทำใจยอมรับกับการดูแลเมื่อบุตรเจ็บป่วย

การทำใจยอมรับ หมายถึง การที่ผู้ให้ข้อมูลยอมรับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและยอมรับกับการที่จะต้องให้การดูแล โดยยอมรับว่าเมื่อผู้ป่วยเกิดการเจ็บป่วยแล้ว ไม่สามารถแก้ไขอะไรได้หรือไม่สามารถห้ามไม่ให้ผู้ป่วยเจ็บป่วยได้ ดังนั้นก็ต้องให้การดูแล และการพยายามคิดว่าเป็นเวอร์กรรมที่ตนได้กระทำมาสามารถทำให้ผู้ให้ข้อมูลทำใจยอมรับกับการที่จะต้องให้การดูแลผู้ป่วยได้ ดังประเด็นย่อยที่ได้ ดังนี้

4.1 ป่วยแล้วต้องดูแล

ป่วยแล้วต้องดูแล คือ การที่ผู้ให้ข้อมูลทำใจยอมรับกับการที่จะต้องให้การดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท ไม่คิดมากกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น โดยยอมรับว่าเมื่อผู้ป่วยเกิดการเจ็บป่วยแล้ว ไม่สามารถแก้ไขอะไรได้ หรือจะห้ามไม่ให้เกิดขึ้นก็คงไม่ได้ นอกจากการพยายามให้การดูแลรักษา มาตลอด แต่ก็ยังไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยหายจากการเจ็บป่วย เมื่อเป็นเช่นนี้จึงนำไปสู่การทำใจว่าเมื่อป่วยแล้วยังไงก็ต้องดูแลต่อไป ต้องยอมรับกับสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้น ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“บางทีเราคิดมาก อะไรมาก เราก็บายใจพยายามทำใจอย่าไปคิดมาก ทำใจให้เป็นแบบว่าเขาเป็นแบบนี้แล้วก็ไม่รู้จะทำไม ก็ต้องคอยดู คอยให้เขาหาย อะไรอย่างนี้ ก็ต้องยอมรับมันไป คน

มันจะเป็นแบบนี้ เราก็ห้ามเขาไม่ได้ใช่ไหม ที่เขาจะเป็นแบบนี้” (ID 3 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 344-348)

“รู้สึกบางครั้งยายก็เครียดกับเขา บางครั้งยายก็ข้างเขาเถอะ ปล่อยเขา เขาเป็นอย่างนี้แล้ว คิดว่ายังไงเขาก็คงไม่หายแล้ว เขาต้องทานยาไปจนตลอดอายุของเขา คิดไปคิดมาก็ทำได้ แต่บางครั้งก็โมโหเขา ที่เขาเข้มงวดกับยาย บางครั้งเขามีอารมณ์เครียดขึ้นมา เขาจะแบบหุตาเหลือก ใส่อารมณ์กับยายมาก ยายก็ร้องไห้บ่อยๆ (ID 6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 188-191) บางครั้งก็ยอมคือแบบว่าทำใจนี้ยอมแล้วนะ คือว่า...เออ...ข้างเขาเถอะ เขาเป็นประสาท ปล่อยเขา บางครั้งมัน ๆ ะรานแม่มากไป มันก็ยอมไม่ได้อะ บางครั้งก็ยอมไม่ได้ บางครั้งมันก็ต้องว่าเขาค่าเขา พอค่าเขาเขาก็ได้ตอบมา เขาไม่ยอม ไม่ยอมฟังอะไรทั้งสิ้น...เราก็ต้องทำใจแบบว่า ยังไงก็ต้องดูเขา คิดอย่างนี้ ยอมรับ ยังไงก็ต้องดูเขา ถึงเขาจะเป็นยังไงก็ห่วงเขา ถึงเขาจะดูเราค่าเรา ว่าเรา เราแค่นเขาเหมือนกัน ต่อไปนี้จะไม่ยุ่งจะไม่เกี่ยว จะเป็นไรก็ช่าง จะตายจะเป็นไรก็ช่าง แต่พอถึงเวลาจริง ๆ เราก็ทำไม่ได้ เพราะเราเป็นห่วงเขา” (ID 6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 611-626)

“มันก็ต้องทำใจ มันเป็นไปแล้วเราก็ต้องเฉย ๆ จะไปทำยังไงกับมัน จะตกใจก็ไม่มีอะไรเกิดขึ้นมา ก็ต้องยอมรับมัน ก็ต้องดูเขาต่อไป ลูกเรา จะไปห้ามอะไรไม่ให้เขาเป็นก็ไม่ได้หรอก มันเป็นไปแล้ว” (ID 8 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L:73-76)

“บางทีเราก็เครียด น้อยใจ บางทีเราก็เหนื่อยเป็นอะไรนะ บางทีก็น้อยใจ คิดไปและก็ทำยังไงได้น้อ ก็ต้องทำใจนะนะ เราก็ว่าเออ... ไหน ๆ ก็ลูกเราเนอะ ก็ต้องเลี้ยงดูเขา ก็ต้องดูให้ถึงที่สุดนั่นแหละ (ID 11 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 185-189) บางทีก็ต้องปลง มันเครียดไป บางทีเราก็อยากจะทำใจนะเนาะ เออ...มาถึงวันนี้แล้ว ก็ต้องปลงก็ต้องดูแล เลี้ยงมันต่อไป ทำยังไงได้ ก็เป็นลูกเราแล้วอะ ทำใจยอมรับให้ได้ เขาป่วย เราก็ต้องดูแลเขาให้กำลังใจตลอด อยากให้เขาดีขึ้น อยากให้เขาหายเป็นปกติ เวลาว่าง เราก็จะคุยให้กำลังใจโน่นนี่ไป บอกให้กินยา ดูแลตัวเอง ไม่ให้คิดอะไรมาก เขาก็เป็นพัก ๆ นะ” (ID 11 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 272-277)

“ก็ต้องทำใจนะนะ... ทำใจ...ทุกอย่างอะ...ก็มันเป็นแล้วรักษาไม่หายไม่รู้จะทำยังไง ก็ต้องปล่อยตามเลยใช่ไหม ไม่คิดอะไร ก็ต้องดูแลกันไปเท่านั้นเอง ก็ต้องยอมรับมันนะนะ ก็...โอ้

โห เป็นมาตั้งแต่ที่ปีแล้วละ ถึงทุกวันนี้ยังไม่หายเลย ก็ทำใจแล้ว หายก็ได้ ไม่หายก็ได้ แล้วแต่ ทำใจแล้ว” (ID 12 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 148-151, 204)

“เขาเป็นแบบนี้มานะ เรา ก็...ต้องทำใจนะคะ....ก็...ไม่รู้สิก็ยังงี้ ทำใจแล้วก็เฉยๆ ทำหน้าที่ของเราไปวันๆหนึ่ง ให้หมดไปวันๆหนึ่งทำอะไรให้ดีที่สุดเท่าที่จะดีได้ ก็คิดว่าคนอื่นก็มีเหมือนเราก็อ่าใจ ตอนนี่เขาก็ดีขึ้นแล้ว ก็สบายใจขึ้น ไม่ต้องเป็นเหมือนแต่ก่อน ตอนที่ป็นหนักๆ” (ID 14 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 74-76) เราก็อ่าแบบยังง้อะ แบบว่า ปกติอะ ถ้าเราไปคิดมากมันก็ไม่มีประโยชน์อะไรหรอก ทำใจ... คิดว่ายังงี้เขาก็เป็นไปแล้ว เราก็อ่าต้องดู” (ID 14 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 138-139)

4.2 คิดว่าเป็นเรื่องของเวรกรรม

การที่ผู้ให้ข้อมูลคิดว่าการที่ต้องให้การดูแลบุตรที่ป่วย เป็นเพราะมีความเชื่อในเรื่องของเวรกรรม โดยเชื่อว่าการที่ต้องให้การดูแลบุตรที่ป่วยเป็นเพราะเวรกรรมที่ได้กระทำไว้ โดยในความเชื่อนั้นผู้ให้ข้อมูลยังไม่แน่ใจว่าเป็นเวรกรรมที่กระทำกับผู้ป่วยหรือกระทำกับสิ่งใดไว้ จึงทำให้ต้องมาให้การดูแลผู้ป่วยในปัจจุบัน การคิดว่าเป็นเรื่องของเวรกรรมจึงเป็นอีกเหตุผลหนึ่งที่สามารถทำให้ผู้ให้ข้อมูลทำใจยอมรับกับการที่จะต้องให้การดูแลบุตรที่ป่วยได้ ดังเช่นคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“เราก็อ่าไม่ได้คิดอะไร ก็คิดว่า เขาเป็นบ้าๆบอๆ อย่างนี้แล้วจะทำยังงี้ ช่วยไม่ได้ ต้องทำใจอย่างเดียว วาสนามันไม่ดี วาสนามันจะเจออย่างนี้ ไม่คิดอะไรหรอก ก็ทำใจแล้ว เวรกรรมไม่รู้ชาติก่อนไปทำอะไรไว้กับใครนะ เวรกรรมไม่จบไม่สิ้น เราเลยไม่คิดอะไรแล้ว จะเป็นยังงี้ก็ให้มันเป็นไป” (ID 1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 73-75)

“มันจะเป็นแบบนี้ ทำง้อได้ ก็ปล่อยมันไปตามเวรตามกรรม เวรกรรมของใครก็ของมัน ทำใจแล้ว เราทำเวรทำกรรมอะไรมาก็ใช้ไป เขาทำกรรมอะไรมาก็ใช้ไปนะ ไม่รู้สิก็อะไร ป้าเป็นคนไม่ค่อยคิดมาก มานั่งเครียดไม่ได้หรอก ปวดหัวตายห่า” (ID 8 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 33-34)

“บางทีมันก็เหนื่อยใจ บางทีมันก็ท้อแท้ บางทีก็แท้แท้ไม่ไหว เอ้า...ตัดสินใจ เอ้อ... เขาเกิดมาแล้วทำง้อได้ละ เป็นเราก็อ่าต้องดูเขา ต้องเลี้ยงเขา ท้อแท้ใจ มานึกอีกที มันก็ไม่ได้เป็นที่ของเรา มันก็มีทั่วไป มันก็ปกติ ก็เลยตัดสินใจ (หัวเราะ)...บางทีเราก็อ่าถือเป็นเวรเป็นกรรมของเรามา

มั่ง อะไรมั่ง หรือเปล่า ซาติก่อนเป็นอะไรมา อย่างนี้แหละ มันก็ช่วยให้ทำใจได้ ทำใจยอมรับมันได้นะ ก็คิดอย่างนี้แหละ” (ID 11 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 230-235)

“เขาก็เอะอะ อาละวาด เขามีได้แทงเรานะ ก็ไม่รู้จะทำยังไงเหมือนกัน ก็ต้องปล่อย ทำใจนะหนู ทำใจหมดเลย ก็ไม่รู้จะทำไงอะ ก็เขาอาละวาด ก็วิ่งหนี ก็ต้องเรียกตำรวจมาช่วยหน่อย ... ก็ต้องทำใจนะนะ ทำใจด้วย ใจเย็น ๆ ด้วย ก็คิดแต่ว่าคนที่เราดูแลเนี่ยมันไม่ปกติ เหมือนคนธรรมดาเขา...เมื่อไหร่จะหายซะทีก็ไม่รู้ในอะ แม่จะได้สบายซะที แล้วเขาก็จะได้สบายมั่ง ...บางทีเราก็คิดว่ามันเป็นเวรกรรมอะ เวรกรรมอะไรนะ ไปทำอะไรกับใครเขาไว้วะ ทำอะไรกับเขา (ผู้ป่วย) ไว้วะ ถึงเป็นอย่างนี้ เวรกรรมจริงๆ แต่ก่อนนี้ ก็เครียดนะ แต่เดี๋ยวนี้ไม่เครียดแล้ว ปล่อยมันเป็นไปตามเวรตามกรรมนั่นแหละ เวรกรรมของเรา...เราก็เป็นไป เวรกรรมของเขา...เขาก็เป็นไปนะนะ ไม่คิดอะไรหรอก” (ID 12 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 13-14, 116-121, 127-128)

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล

จากการนำเสนอประสบการณ์ของมารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท โดยแบ่งออกเป็นการให้ความหมายของการดูแล และประสบการณ์การในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท ผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นมารดาได้ให้ความหมายของการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท ว่าเป็นการกระทำที่อยากให้นุตรหายจากการเจ็บป่วย เป็นการแสดงความรัก ความผูกพัน และความหวังใยของการเป็นแม่ที่มีต่อลูก การให้ความหมายการดูแลดังกล่าว จึงนำไปสู่รูปแบบการดูแลในด้านต่างๆที่ได้ทำให้กับบุตร

ประสบการณ์ในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทของผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ ประสบการณ์ด้านการรับรู้การเจ็บป่วย จำแนกออกเป็น 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ 1) เครียด คิดมากทำให้ประสาทไม่ดี 2) ถูกผีเข้า/โดนของ ประสบการณ์ด้านพฤติกรรมดูแล จำแนกออกเป็น 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ 1) พฤติกรรมการดูแลในระยะแรกที่มีการเจ็บป่วย/มีอาการทางจิต ซึ่งประกอบด้วย (1) การแสวงหาการรักษา ได้แก่ ฟังพาพระ/ร่างทรง เพื่อให้การรักษาทางด้านไสยศาสตร์ ตามความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วยว่าเกิดจากการกระทำของสิ่งเร้นลับที่อยู่เหนือธรรมชาติ และการพาไปรับการรักษากับแพทย์แผนปัจจุบันในโรงพยาบาลที่ให้การดูแลรักษาผู้ที่เจ็บป่วยทางจิต (2) ดูแลให้ได้รับยาตามแพทย์สั่ง ได้แก่ การจัดยาให้ทาน (3) ดูแลกิจวัตรประจำวันและสุขวิทยาส่วนบุคคล และ(4)หยุดพฤติกรรมรุนแรงด้วยความรุนแรง 2) พฤติกรรมการดูแลในระยะอาการสงบ/ไม่ให้อาการทางจิตกำเริบ ประกอบด้วย (1) ดูแลให้ได้รับยา

ตามแพทย์สั่ง ได้แก่ เตือนให้ทานยา (2) ปลอดภัยไม่ให้เกิด (3) สนับสนุนให้มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ และ(4) ให้หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นให้มีอาการ ซึ่งประกอบด้วย การดูแลให้หลีกเลี่ยงสาเหตุของการเจ็บป่วยตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล และหลีกเลี่ยงบุหรี่/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ประสพการณ์ในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทที่พบเป็นด้านสุดท้ายคือ ประสพการณ์ด้านอารมณ์และความรู้สึกจากการดูแล จำแนกออกเป็น 4 ประเด็นย่อย ได้แก่ 1) ไม่มีความสุขช่วงที่มีอาการ ซึ่งประกอบด้วย ความรู้สึกกลัวใจ เบื่อในพฤติกรรมที่เกิดจากการเจ็บป่วย เป็นห่วงเป็นใย เป็นความรู้สึกเป็นห่วงใน 2 ลักษณะ คือ เป็นห่วงกลัวบุตรได้รับอันตรายจากการที่รู้ว่าบุตรมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง และความรู้สึกเป็นห่วงกลัวบุตรลำบากเมื่อไม่มีตัวเองอยู่หรือเสียชีวิตไปแล้ว ความรู้สึกยุ่งยากลำบากเมื่อต้องพาผู้ป่วยเข้า-ออกโรงพยาบาลบ่อยๆ ความรู้สึกอับอายในพฤติกรรมที่เกิดจากการเจ็บป่วย เจ็บตัวและเจ็บใจเพราะถูกบุตรทำร้ายร่างกาย 2) การมีความหวังว่าบุตรจะหายจากการเจ็บป่วย ถึงแม้จะได้รับทราบข้อมูลจากแพทย์ว่าโอกาสหายขาดมีน้อยหรืออาจต้องรับประทานยาตลอดชีวิต 3) สบายใจเมื่ออาการดีขึ้น และ4) ทำใจยอมรับกับการดูแลเมื่อบุตรเจ็บป่วย ซึ่งประกอบด้วย การยอมรับว่าเมื่อบุตรมีการเจ็บป่วยแล้ว แก้อะไรไม่ได้ นอกจากต้องให้การดูแล และทำใจยอมรับว่าที่ต้องให้การดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท เพราะเป็นเรื่องของเวรกรรมของตนที่ได้ทำมา

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายการให้ความหมายและประสบการณ์ของมารดา ในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท ใช้รูปแบบการศึกษาตามแนวคิดเชิงปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl (Husserlian Phenomenology) ซึ่งเป็นการวิจัยเพื่อค้นหาความจริงเกี่ยวกับการให้ความหมาย ตามการรับรู้ ความรู้สึก ความคิด ของผู้ที่มีประสบการณ์นั้น เก็บรวบรวมข้อมูลจาก มารดาที่ทำหน้าที่ในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทผู้ใหญ่ ซึ่งให้การดูแลอยู่ในชุมชน เนื่องจาก เป็นการวิจัยที่ต้องการได้ข้อมูลที่เป็นประสบการณ์จริง ที่เกิดขึ้นกับผู้ที่อยู่ในสถานการณั้น โดยตรงผู้วิจัยจึงมีการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง เฉพาะเจาะจง เป็นผู้ที่อยู่ในสถานการณของการดูแล บุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทโดยตรง มีความยินดีและสมัครใจเป็นผู้ให้ข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลโดย การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกและการบันทึกภาคสนาม ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 15 ราย ทำการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายละเอียด 2-3 ครั้ง ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ตามแบบการ วิเคราะห์ข้อมูลของ Colaizzi และนำเสนอองค์ประกอบของประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ ในภาพรวม ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ทำให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการให้ความหมายและ ประสบการณ์ในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทของมารดา โดยได้ผลดังนี้

ความหมายการดูแล ผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายของการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท ไว้ ทั้งหมด 2 ประเด็น คือ 1) การกระทำที่อยากให้ออกจากการเจ็บป่วย และ2) การแสดงความรัก ผูกพัน ห่วงใยของความเป็นแม่

ประสบการณ์การดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวถึงประสบการณ์ใน การดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท แบ่งได้เป็น 3 ประเด็นหลัก และประเด็นย่อยต่างๆ ดังต่อไปนี้

ประเด็นที่ 1 ประสบการณ์ด้านการรับรู้การเจ็บป่วย ประเด็นย่อย ได้แก่ 1) เครียด คิดมาก ทำให้ประสาทไม่ดี และ2) ถูกผีเข้า / โดนของ

ประเด็นที่ 2 ประสบการณ์ด้านพฤติกรรมกรรมการดูแล จำแนกออกเป็น 2 ประเด็นย่อย ได้แก่

ประเด็นย่อยที่ 1 พฤติกรรมการดูแลในระยะแรกที่มีการเจ็บป่วย/มีอาการทางจิต ประกอบด้วย 1) การแสวงหาการรักษา ได้แก่ พึ่งพาพระ/ร่างทรง และ พบแพทย์แผนปัจจุบัน 2) ดูแลให้ได้รับยาตามแพทย์สั่ง ได้แก่ จัดยาให้ทาน 3) ดูแลกิจวัตรประจำวันและสุขวิทยาส่วนบุคคล และ4) หยุดพฤติกรรมรุนแรงด้วยความรุนแรง

ประเด็นย่อยที่ 2 พฤติกรรมการดูแลในระยะอาการสงบ/ไม่ให้อาการทางจิต กำเริบ ประกอบด้วย 1) ดูแลให้ได้รับยาตามแพทย์สั่ง ได้แก่ เตือนให้ทานยา 2) ปลอดภัย

ปลอบใจไม่ให้เครียด 3) สนับสนุนให้มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ และ 4) ให้หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นให้มีอาการ ประกอบด้วย ดูแลให้หลีกเลี่ยงสาเหตุของการเจ็บป่วย และหลีกเลี่ยงบุหรื/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

ประเด็นที่ 3 ประสพการณ์ด้านอารมณ์และความรู้สึกจากการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท ประเด็นย่อย ได้แก่ 1) ไม่มีความสุขช่วงที่มีอาการ ประกอบด้วย กลุ่มใจในพฤติกรรมที่เกิดจากการเจ็บป่วย เป็นห่วงเป็นใย ประกอบด้วยความรู้สึกเป็นห่วงกลัวได้รับอันตรายและเป็นห่วงกลัวลำบากเมื่อไม่มีตัวเองอยู่ ลำบากที่ต้องพาเข้า-ออกโรงพยาบาลบ่อยๆ อับอายในพฤติกรรมที่เกิดจากการเจ็บป่วย เจ็บตัวและเจ็บใจ 2) มีความหวังว่าจะหาย 3) สบายใจเมื่ออาการดีขึ้น และ 4) ทำใจยอมรับกับการดูแลเมื่อบุตรเจ็บป่วย ประกอบด้วยป่วยแล้วต้องดูแล และคิดว่าเป็นเรื่องของเวรกรรม

การอภิปรายผล

การให้ความหมายการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทของมารดา

การให้ความหมายการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทของผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ มีความคล้ายคลึงกัน โดยถูกถ่ายทอดออกมาจากความรู้สึกของความเป็นแม่ซึ่งต้องให้การดูแลบุคคลที่มีความผูกพันกับตนในฐานะของบุตร เป็นการกระทำที่อยู่ภายใต้ความรู้สึกที่อยาก**ให้บุตรหายจากการเจ็บป่วย** ซึ่งคำว่าหายจากการเจ็บป่วยตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล คือ การที่ผู้ป่วยไม่มีอาการทางจิตเกิดขึ้น ได้แก่ ไม่เอะอะ อาละวาด เชื้อฟังในสิ่งที่ตนบอก หรือสั่งสอน สามารถดูแลตัวเอง ประกอบอาชีพได้ ดำเนินชีวิตได้เป็นปกติไม่ต้องพึ่งพาการดูแลจากผู้อื่น สอดคล้องกับการให้ความหมายการดูแลจากผลการศึกษาของ ปิญาภรณ์ ชูตั้งกร และคณะ (2538) ที่ทำการศึกษาในพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วย ซึ่งจากการศึกษาพบว่าพยาบาลได้ให้ความหมายการดูแลที่ได้ให้กับผู้ป่วยส่วนหนึ่งว่า เป็นการช่วยให้อาการเจ็บป่วย ไม่สุขสบายลดลง หรือช่วยให้อาการต่างๆ จากโรคทุเลาลง เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่รอดไปได้ ซึ่งสอดคล้องกับที่ยี่สุน ใจดี (2540) ได้กล่าวไว้ว่า การดูแลเป็นพฤติกรรมระหว่างบุคคลเพื่อดำรงไว้ซึ่งความเป็นมนุษย์ และการอยู่รอดของชีวิต และแนวคิดของ Mayeroff (1971) ที่กล่าวถึงองค์ประกอบของการดูแลส่วนหนึ่งว่า ผู้ดูแลต้องมีความหวังว่าการดูแลช่วยเหลือของตนเอง จะมีส่วนช่วยให้ผู้รับการดูแลได้เกิดการพัฒนา เป็นการมองไปในอนาคต ซึ่งการพัฒนาเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาครั้งนี้ ก็คือการที่

ผู้ให้ข้อมูลมีความต้องการให้บุตรหายจากการเจ็บป่วย ดังนั้นความรู้สึกหรือความต้องการเช่นนี้ จึงเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลมีการปฏิบัติการดูแลอย่างมีเป้าหมายและต่อเนื่อง

เป็นการกระทำที่ **แสดงออกถึงความรัก ผูกพัน ห่วงใยของความเป็นแม่** เกิดขึ้นภายใต้บรรทัดฐานของสังคมโดยเฉพาะสังคมไทยที่ถือว่าบิดามารดาเป็นบุคคลที่มีหน้าที่โดยตรงในการอบรมเลี้ยงดูบุตร แต่นอกจากเป็นการกระทำที่อยู่ภายใต้ค่านิยมและบรรทัดฐานทางสังคมดังกล่าวแล้ว สิ่งที่ค้นพบในการศึกษาครั้งนี้ ก็คือเมื่อวิเคราะห์จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกแล้วพบว่าสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นมารดา พยายามที่จะสื่อให้เห็นถึงความหมายในสิ่งที่ได้กระทำให้กับบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทที่เรียกว่า การดูแลนั้น คือการกระทำตามบทบาทหน้าที่ของการเป็นมารดา ที่มีความผูกพันกันทางสายเลือดกับผู้ป่วย และที่อยู่ภายใต้ความรัก ความห่วงใย ความรู้สึกสงสาร เป็นการกระทำที่ไม่ได้หวังผลตอบแทนใดๆ ซึ่งถ้าพิจารณาตามแนวคิดของวัตสัน (Watson, 1985) แล้วถือเป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยการดูแล ที่ผู้ดูแลต้องแสดงออกถึงความห่วงใย ความเอาใจใส่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องต่างๆ โดยไม่หวังสิ่งตอบแทน หรือแม้แต่แนวคิดเกี่ยวกับการรับหน้าที่การเป็นผู้ดูแลในครอบครัว ก็จะได้เห็นว่าสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ ให้ความหมายของการดูแลบุตรที่ป่วยว่าเป็นหน้าที่ของตนนั้น แท้จริงเป็นหน้าที่ ที่อยู่ภายใต้แรงจูงใจในการให้ความช่วยเหลือ (Motive for helping) ที่เกิดขึ้นจากความสงสาร ความเข้าใจและความเห็นใจ ที่ผู้ให้ข้อมูลมุ่งประโยชน์ที่จะให้บุตรที่ป่วยหายจากการเจ็บป่วย (Schulz, et al, 1989) จนนำไปสู่พฤติกรรมที่เป็นการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านต่างๆ ที่เป็นการกระทำเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้เช่นเดียวกับบุคคลอื่น และเป็นการกระทำที่แสดงออกถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเป็นมารดากับบุตร ที่มีความผูกพันทางสายเลือด สอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลที่ พะยอม อยู่สวัสดิ์ (2537) ได้กล่าวไว้ว่า การดูแลเป็นการแสดงออกถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่อบุคคล โดยมีความรู้สึกนึกคิดของความเมตตา อารมณ์ ความสนใจ และความเอาใจใส่เป็นองค์ประกอบ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากระหว่างมารดาและบุตรนั้นจะมีความผูกพันกันทางอารมณ์โดยธรรมชาติอยู่แล้ว (สุนันย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2544) จึงทำให้เกิดความความรับผิดชอบเกิดขึ้นโดยธรรมชาติเช่นกัน

ประสบการณ์ของมารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท

จากการให้ความหมายการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทของมารดา ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ แสดงออกมาในลักษณะที่ทำให้เห็นถึงการรับรู้ที่เป็นเหตุผลสำคัญที่ทำให้ต้องรับหน้าที่ในการเป็นผู้ดูแลบุตรที่ป่วย ซึ่งประกอบไปด้วยการกระทำที่อยู่ภายใต้ความรู้สึกอยากให้

บุตรหายจากการเจ็บป่วย การกระทำที่แสดงออกถึงความรัก ความผูกพัน ความห่วงใย ของแม่ที่มีต่อลูก ซึ่งเหตุผลเหล่านี้เอง ที่เป็นตัวกำหนดบทบาทของมารดา ให้เป็นผู้ดูแลบุตรที่ป่วยไปโดยปริยาย

จากการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทในครั้งนี้พบว่ามารดาซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลในครอบครัว มีการบอกเล่าเรื่องราวที่เป็นประสบการณ์ในการดูแลบุตร จนทำให้ทราบถึงประสบการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นในขณะที่ให้การดูแลบุตรที่ป่วยอยู่ในชุมชน และสามารถสรุปได้เป็น 3 ประเด็นหลัก ดังนี้

ประเด็นที่ 1. ประสบการณ์ด้านการรับรู้การเจ็บป่วย

จากการศึกษา พบว่า ประสบการณ์ด้านการรับรู้การเจ็บป่วย เป็นประสบการณ์ที่สำคัญที่เป็นตัวส่งเสริมหรือกระตุ้นให้มารดาซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ เกิดการดูแลหรือปฏิบัติสิ่งต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยให้กับบุตร ตามการรับรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนั้น จากการศึกษาพบว่ามารดา มีการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุตรใน 2 ลักษณะ คือ เป็นอาการที่เกิดขึ้นจากการมีความเครียด คิดมาก จนทำให้ประสาทไม่ดี ซึ่งอาการประสาทไม่ดีตามการรับรู้และความเข้าใจของผู้ให้ข้อมูล หมายถึง พฤติกรรมต่างๆที่ผิดปกติ แปลกประหลาดไปจากเดิม และต่างจากบุคคลทั่วไปของผู้ป่วย เช่น การพูดคนเดียว เพ้อเจ้อ การตำคนเสียดัง เป็นต้น และการรับรู้ว่าอาการเจ็บป่วยที่บุตรเป็น เกิดจากการกระทำของสิ่งเร้าลับที่อยู่เหนือธรรมชาติ ซึ่งได้แก่การถูกผีเข้าหรือการโดนของ จะเห็นได้ว่าการรับรู้ดังกล่าว เป็นการนำความเชื่อทางด้านไสยศาสตร์เข้ามาเกี่ยวข้องโดยเฉพาะในเรื่องของสาเหตุของการเจ็บป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของทิพย์ภา เศรษฐ์ชาวลิต และคณะ (2542) ที่พบว่าครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวช มีความเชื่อว่าสาเหตุการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเกิดจากการกระทำของสิ่งที่อยู่เหนือธรรมชาติ คือ การถูกผีสิง ถูกเวทมนต์คาถา ถึงร้อยละ 44.71 เช่นเดียวกับการศึกษาของสงวนศรี แต่งบุญงาม (2537) ที่พบว่าครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเชื่อว่าการเจ็บป่วยทางจิตของสมาชิกในครอบครัวส่วนหนึ่งเกิดจากการถูกผีสิง และถูกเวทมนต์ต่างๆ จากการรับรู้ดังกล่าวมองได้ว่า ความเชื่อทางด้านไสยศาสตร์ยังมีอยู่ในสังคมและวัฒนธรรมของไทย ไม่ว่าจะเป็นสังคมชนบทหรือสังคมเมือง สอดคล้องกับ Clement และ River (อ้างใน สุพล รุจิระพิพัฒน์และคณะ, 2533) ที่เชื่อว่าไสยศาสตร์มีคู่กันมานานแล้วกับสังคมมนุษย์ ดังนั้นรูปแบบในการดำเนินชีวิตต่างๆจึงอาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับทางด้านไสยศาสตร์ โดยไม่รู้ตัว โดยเฉพาะเมื่อเกิดการเจ็บป่วยโดยที่หาสาเหตุไม่ได้ชัดเจน ความเชื่อทางด้านไสยศาสตร์จึงถูกนำมาอธิบายได้โดยง่าย

จากผลการศึกษาในด้านนี้ ผู้วิจัยมีความเห็นว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต ยังมีความจำเป็นสำหรับผู้ดูแลในครอบครัว ถึงแม้ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ จะมีการเรียนรู้ว่าอาการเจ็บป่วยที่บุตรเป็น ไม่น่าจะเกิดจากสาเหตุของการกระทำทางไสยศาสตร์แล้วก็ตาม ซึ่งเกิดขึ้นภายหลังจากที่ได้พาผู้ป่วยไปรับการรักษาแล้วยังไม่หาย สุดท้ายก็ต้องกลับมารักษากับแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งตามหลักความเป็นจริงแล้ว เป็นเรื่องที่มีผู้ให้ข้อมูลเข้าใจได้ถูกต้องจากสิ่งที่เป็นประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้มา แต่ก็ยังมีผู้ให้ข้อมูลบางรายที่ยังมีความเชื่อนี้จนอยู่จนถึงปัจจุบัน

ประเด็นที่ 2. ประสบการณ์ด้านพฤติกรรมการดูแล

ประเด็นย่อยที่ 1 พฤติกรรมการดูแลในระยะแรกที่มีการเจ็บป่วย/มีอาการทางจิต

เมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการเจ็บป่วยทางจิตเกิดขึ้น ผู้ดูแลในครอบครัวซึ่งในการศึกษาคั้งนี้คือ มารดา มีการรับรู้ถึงอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และมีการตีความจากอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย เมื่อมีการตีความว่าผู้ป่วยเกิดการเจ็บป่วย ก็จะนำไปสู่รูปแบบของการดูแลด้านต่างๆ ซึ่งเริ่มตั้งแต่การพาผู้ป่วยไปรับการรักษาตามสถานที่ต่างๆ หรือแหล่งที่ผู้ดูแลเองรับรู้อาจจะให้การรักษาผู้ป่วยได้ ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้ พบว่าสถานที่หรือแหล่งที่ผู้ดูแลได้พาผู้ป่วยไปรับการรักษาประกอบด้วย การพาไปรักษาตามแบบวิทยาศาสตร์ คือรักษากับแพทย์แผนปัจจุบันในโรงพยาบาล ที่ให้การดูแลรักษาผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยทางจิต และรักษาแบบพิธีพื้นบ้านตามความเชื่อทางด้านไสยศาสตร์ ซึ่งเป็นรูปแบบของการแสวงหารักษาที่แตกต่างกันออกไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความเชื่อ การตีความและการให้ความหมายต่อสาเหตุของการเกิดโรคและการเจ็บป่วย (มัลลิกา มัติโก, 2533)

โดยในการศึกษาคั้งนี้ พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการแสวงหารักษาครั้งแรก คือการพาผู้ป่วยไปรับการรักษาตามความเชื่อที่ว่า ผู้ป่วยเกิดการเจ็บป่วยจากการกระทำของสิ่งเร้นลับที่อยู่เหนือธรรมชาติ เป็นความเชื่อในเรื่องของไสยศาสตร์ ดังนั้นจึงมีการพาผู้ป่วยไปรักษากับผู้ที่มีความเชี่ยวชาญตามความเชื่อดังกล่าวได้ ซึ่งก็คือพระและ/หรือร่างทรงที่ตนนับถือ และมีชื่อเสียงในการรักษาทางไสยศาสตร์ รูปแบบการรักษามีตั้งแต่การรดน้ำมนต์ การตีมน้ำมนต์ การกินยาหม้อ ยาต้ม รวมถึงการทุบตีตามร่างกาย โดยมีความเชื่อว่าจะขับไล่สิ่งที่ไม่ดีและความชั่วร้ายต่างๆ ออกจากร่างกายผู้ป่วย เป็นรูปแบบการดูแลที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วยที่มีผลต่อการดูแล ซึ่งสอดคล้องกับที่ ชฎาพรพรณ รัตนติกานนท์ และคณะ (2540) ได้กล่าวไว้ว่า ความรู้และความเชื่อเรื่องโรคทางจิตเวชของผู้ดูแลมีผลต่อพฤติกรรมการแสวงหารักษา

และผลการศึกษาของ พินลดา มุลาดี และคณะ (2542) ที่พบว่า ญาติผู้ดูแลเมื่อรู้ว่าสมาชิกในครอบครัวป่วยด้วยโรคจิต ได้มีการนำผู้ป่วยไปรักษาครั้งแรกโดยวิธีการทางไสยศาสตร์มากที่สุดถึงร้อยละ 82.50 แต่เมื่อทำการรักษาตามความเชื่อนั้นแล้วผู้ป่วยยังไม่หายจากอาการเจ็บป่วย ผู้ดูแลจึงพาผู้ป่วยไปรับการรักษาที่แพทย์แผนปัจจุบันในโรงพยาบาลที่ให้การดูแลรักษาผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยทางจิตโดยเฉพาะ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rungreangkulkij and Chesla (2001) ที่พบว่ามารดาซึ่งเป็นผู้ดูแลมีการพาผู้ป่วยไปรับการรักษาด้วยวิธีพื้นบ้านหลายครั้งก่อนที่จะไปโรงพยาบาล เมื่อไม่หายจึงนำผู้ป่วยไปรักษาในโรงพยาบาล จากผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าความแตกต่างของบริบททางสังคมไม่ได้มีผลต่อความเชื่อของมารดาซึ่งผู้ดูแลในครอบครัว เพราะถึงแม้จะเป็นสังคมเมืองที่มีความเจริญก้าวหน้าในด้านต่างๆ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและแหล่งบริการต่างๆมีมากกว่าสังคมชนบท ประกอบกับแหล่งให้การดูแลรักษาสามารถเข้าถึงได้ง่ายแต่ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วย รวมถึงการแสวงหาการรักษาไม่ได้แตกต่างกัน ที่เป็นเช่นนี้อาจจะเป็นเพราะสังคมไทยส่วนใหญ่เป็นสังคมพุทธ และผู้ให้ข้อมูลทุกรายในการศึกษานี้ก็นับถือศาสนาพุทธ สังคมรอบข้างส่วนใหญ่แล้วก็เป็นสังคมพุทธ ดังนั้นจึงมีความเชื่อในเรื่องของพิธีกรรม สิ่งศักดิ์สิทธิ์และไสยศาสตร์ต่างๆสืบทอดกันมาตามแบบแผนของชาวพุทธที่จะต้องมีการปฏิบัติกรรมและไสยศาสตร์เข้ามาเกี่ยวข้อง (สุภาพ พัส่อง, 2537) และไม่เปลี่ยนแปลงเลยที่เมื่อมีการเจ็บป่วยทางจิตเกิดขึ้น จึงมีการดูแลรักษาตามความเชื่อ

หลังจากที่มีการนำผู้ป่วยเข้าไปรับการรักษาตามความเชื่อทางไสยศาสตร์แบบดั้งเดิมแล้วอาการยังไม่ดีขึ้น ผู้ให้ข้อมูลจึงมีการพาผู้ป่วยไปรับการรักษาที่แพทย์แผนปัจจุบัน ในโรงพยาบาลที่ให้การดูแลรักษาผู้เจ็บป่วยทางจิตโดยเฉพาะ และความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่มาจากอาการกระทำของสิ่งเร้นลับที่อยู่เหนือธรรมชาติก็ค่อยๆ จางหายไป แต่ถึงแม้ความเชื่อเกี่ยวกับไสยศาสตร์จะจางหายไป ก็ยังมีผู้ให้ข้อมูลบางรายที่ถึงแม้จะพาผู้ป่วยมารับการรักษาที่แพทย์แผนปัจจุบันแล้ว ก็ยังมีการพาผู้ป่วยไปรับการรักษาทางไสยศาสตร์แบบเดิมเพิ่มเติมอีก โดยส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่าถึงแม้รักษาที่ทางโรงพยาบาลแล้วอาการผู้ป่วยก็ยังไม่ดีขึ้น จึงน่าจะลองพาไปรักษาทางไสยศาสตร์ควบคู่กันไป อาจจะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหรือหายจากการเจ็บป่วยเร็วขึ้นก็ได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทิพย์ภา เชษฐฐ์ไชวลิขิต และคณะ (2542) ที่พบว่าครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชในภาคใต้มีการนำผู้ป่วยไปรักษาด้วยวิธีเชิงพื้นบ้านร่วมกับการรักษาที่แพทย์แผนปัจจุบันด้วย เช่น การใช้น้ำมันต์ หมอเข้าทรง หมอดู บวชชีหรือบวชพระ เมื่อได้ทดลองนำผู้ป่วยไปรับการรักษาแล้ว พบว่าอาการเจ็บป่วยไม่ได้ดีขึ้นหรือหายไป ผู้ดูแลจึงได้กลับมาให้ความสำคัญกับการรักษาทางด้านแผนปัจจุบันหรือรักษาในโรงพยาบาลที่ให้การดูแลรักษาผู้ที่มี

อาการเจ็บป่วยทางจิตโดยเฉพาะ และความเชื่อที่เกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วยที่เป็นลักษณะของความเชื่อทางด้านไสยศาสตร์ก็หมดไปด้วย

ถึงอย่างไรก็ดียังมีผู้ให้ข้อมูลอีกหนึ่งราย ที่ในปัจจุบันยังมีความเชื่อว่าการรักษาทางด้านไสยศาสตร์ทำให้อาการเจ็บป่วยของบุตรดีขึ้น เนื่องจากมีประสบการณ์ว่า ทุกครั้งที่บุตรมีอาการเจ็บป่วยหรืออาการทางจิตเกิดขึ้น เมื่อพาไปรับการรักษาที่ร่ำทรงที่ตนนับถือว่าศักดิ์สิทธิ์ อาการของบุตรก็จะดีขึ้นทุกครั้ง และประสบการณ์นี้เองเป็นเหมือนสิ่งที่เน้นย้ำในความเชื่อของผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้บุตรเกิดการเจ็บป่วยทางจิต ว่าเกิดจากการกระทำทางไสยศาสตร์จริง

หลังจากผ่านการพาผู้ป่วยไปรับการรักษาตามสถานที่ต่างๆ แล้วจนมาหยุดอยู่ที่การรักษา กับแพทย์แผนปัจจุบันในโรงพยาบาล สิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลต้องให้การดูแลที่สำคัญ ภายหลังจากที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเข้าไปอยู่ในชุมชน ที่ผู้ให้ข้อมูลทุกรายได้ปฏิบัติให้กับผู้ป่วย คือ การดูแลเรื่องการรับประทานยา ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ให้มากที่สุด โดยในระยะแรกที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ตามประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลแล้ว เป็นระยะที่ผู้ป่วยยังไม่สามารถดูแลตัวเองในการรับประทานยาได้เต็มที่ บางรายยังมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ ผู้ให้ข้อมูลจึงต้องมียาที่จำเป็นในการคอยจัดยาให้ผู้ป่วยทานตามที่แพทย์สั่ง หรือปรับให้เหมาะสมกับเวลาของผู้ป่วย กลวิธีที่จะให้ผู้ป่วยรับประทานยาของผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายก็พบว่ามี ความแตกต่างกัน บางรายใช้วิธีการจัดยาให้ผู้ป่วยเป็นถุงแทนในแต่ละมื้อ บางรายใช้วิธีการจัดใส่ถ้วยวางไว้กับมืออาหารที่ผู้ป่วยต้องรับประทาน การปรับให้เหมาะสมกับเวลาของผู้ป่วย จะเป็นในลักษณะของการจัดให้ผู้ป่วยรับประทานยา ภายหลังจากตื่นนอน ซึ่งพบว่าบางครั้ง ขนาดยาที่ได้รับไม่เป็นไปตามแผนการรักษา แต่ผู้ให้ข้อมูลก็ต้องยอมให้เป็นเช่นนั้น เพราะไม่สามารถจัดการ บังคับให้ผู้ป่วยตื่นขึ้นมารับประทานยาได้ หรือบางรายมีประสบการณ์ว่าถ้าปลุกผู้ป่วยขึ้นมา รับประทานอาหาร หรือรับประทานยา จะต้องพบเจอกับสภาพอารมณ์ที่ไม่พึงพอใจของผู้ป่วย บางรายเลือกที่จะปรับเวลาในการรับประทานยาของผู้ป่วยไปโดยพลการ เช่นผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่ง พยายามที่จะปรับยาให้ผู้ป่วย โดยยาที่จะทำให้ผู้ป่วยง่วงนอน ผู้ให้ข้อมูลจะปรับให้รับประทาน เฉพาะตอนกลางคืน ถึงแม้คำสั่งแพทย์อาจจะให้รับประทานในมื้ออื่นๆ ด้วย โดยให้เหตุผลว่าถ้า ทานตอนเช้าผู้ป่วยจะนอนกลางวันมาก จนทำให้กลางวันไม่ยอมนอน ก่อความรำคาญให้ทั้งกับ ตนเองและเพื่อนบ้าน จะเห็นได้ว่าการกระทำดังกล่าว เป็นการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาที่เป็น การปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับประสบการณ์ที่เกิดขึ้น

การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในทำกิจวัตรประจำวันและสุขวิทยาส่วนบุคคล เป็นอีก ประสบการณ์หนึ่งที่พบจากการศึกษาในครั้งนี้ ซึ่งพบว่าโดยส่วนใหญ่ผู้ให้ข้อมูลจะให้การช่วยเหลือ ผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ เช่น การจัดหาจัดเตรียมอาหารให้ผู้ป่วย การกระตุ้นให้ผู้ป่วย

รับประทานอาหาร อาบน้ำ แปรงฟัน สระผม รวมไปถึงการซักเสื้อผ้าให้ผู้ป่วย การดูแลรักษาความสะอาดห้องนอน รวมทั้งสิ่งแวดล้อมรอบๆตัวให้ผู้ป่วย ซึ่งพฤติกรรมดูแลเหล่านี้ส่วนใหญ่แล้วจะเกิดขึ้นในช่วงแรกๆที่ผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยหรือช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิต ซึ่งจากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลคือ ผู้ป่วยไม่สามารถกระทำการเหล่านี้ได้ด้วยตนเอง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ รัชนิกร อุปเสน (2541) ที่พบว่าในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิต ญาติผู้ดูแลจะมีการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยให้รับประทานอาหาร โดยการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร น้ำ หรือจัดเตรียมสำหรับอาหารสำหรับผู้ป่วยโดยเฉพาะ รวมทั้งการกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำความสะอาดร่างกายของตนเอง ไม่ว่าจะเป็นการอาบน้ำ สระผม แต่ถึงแม้กิจกรรมเหล่านี้จะเกิดขึ้นในช่วงแรกๆที่ผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยเป็นส่วนใหญ่ แต่ยังมีผู้ดูแลบางรายที่ยังต้องคอยให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรดังกล่าวทั้งในยามที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตและอาการสงบ ดังเช่นผู้ดูแลรายที่ 2 (ID 2) ที่บอกว่าถึงแม้บุตรจะไม่มีอาการอะไรอะไรวายเหมือนเดิม แต่ตนก็ยังต้องคอยดูแลซักเสื้อผ้า ผ้าห่ม ผ้าปูที่นอนให้เช่นเดิม เพราะถึงแม้บอกกล่าวผู้ป่วยอย่างไร ก็ไม่ยอมทำ ที่เป็นเช่นนี้อาจจะเป็นเพราะโดยทั่วไปแล้ว ผู้ป่วยจิตเภทอาจจะพบว่ามีความบกพร่องในการดูแลด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล (ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์, 2539) และสิ่งแวดล้อมใกล้ตัวผู้ป่วยทั้งในช่วงที่กำลังมีอาการทางจิตและช่วงที่อาการสงบได้ เช่น ไม่สนใจในการทำทำความสะอาดร่างกาย เสื้อผ้า ห้องนอน เป็นต้น เนื่องจากมีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้และพฤติกรรมต่างๆ (สมภาพ เรื่องตระกูล, 2542) ประกอบกับการได้รับการได้รับการรักษาอาการทางจิต ซึ่งผู้ป่วยอาจได้รับผลกระทบจากอาการข้างเคียงของยา เช่น ความผิดปกติของการเคลื่อนไหว เช่น ตัวแข็ง มีอาการสั่น เคลื่อนไหวช้า กระสับกระส่าย ไม่สามารถบังคับตัวเองได้ นอกจากนี้อาจมีอาการตาพร่า ง่วงซึม อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ เป็นต้น อาการทางจิตเหล่านี้อาจส่งผลให้ผู้ป่วยไม่มีเรี่ยวแรงในการดูแลตนเองในด้านต่างๆ ได้

การหยุดพฤติกรรมรุนแรงด้วยความรุนแรง เป็นอีกประสบการณ์หนึ่งที่พบจากการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งเกิดขึ้นกับผู้ให้ข้อมูลเป็นส่วนใหญ่ โดยความรุนแรงที่ผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นมารดาใช้ในการหยุดพฤติกรรมที่รุนแรงหรือไม่เหมาะสม คือ การตบหน้า การตีตามส่วนต่างๆของร่างกาย ของผู้ป่วยซึ่งเป็นบุตร การให้ความรุนแรงเหล่านี้ จะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมตามความรู้สึกและการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล เช่น เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว ดื้อรั้น ไม่เชื่อฟัง ไม่ยอมทำตามในสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลบอก เมื่อไม่สามารถจัดการกับพฤติกรรมนั้นด้วยการห้ามปรามหรือบอกกล่าวธรรมดา จึงทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความรู้สึกโกรธ โมโห และใช้วิธีการตีผู้ป่วย แทนการบอกด้วยคำพูด ซึ่งพบได้ทั้ง การตบตีตามร่างกาย การตบหน้า หรือบางรายรู้สึกโกรธเมื่อถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกาย อารมณ์และความรู้สึกในขณะนั้น คือโมโหที่ถูกผู้ป่วยทำร้าย จึงทำให้ผู้ดูแลมีการ

แสดงออกของอารมณ์ค่อนข้างมากถึงขั้นทำโทษผู้ป่วยด้วยการตี ที่เป็นเช่นนี้ อาจจะเป็นเพราะ ผู้ให้ข้อมูลต้องมีชีวิตอยู่กับการดูแลบุตรที่ป่วยมาเป็นเวลานาน เป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง ต้องเผชิญกับความผิดปกติของผู้ป่วยจึงอาจทำให้มารดามีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมหรือแสดงออกทางด้านอารมณ์ค่อนข้างมากเมื่อได้รับการกระตุ้นจากสิ่งที่ไม่พึงประสงค์จะให้เกิดขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ถวิล นภาพงษ์สุริยาและคณะ (2543) ที่พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการแสดงออกทางด้านอารมณ์ค่อนข้างมาก ซึ่งเกิดจากการที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและเป็นระยะเวลาอันยาวนานจนทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความรู้สึกหดหู่ใจ (เวทินี สุขมาก, 2544) เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่อยู่ตกอยู่ในสภาพกดดันจึงอาจทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถควบคุมอารมณ์ของตนได้

ประเด็นย่อยที่ 2 พฤติกรรมการดูแลในระยะอาการสงบ/ไม่ให้อาการทางจิตกำเริบ

การที่ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติ ไม่มีอาการแสดงของอาการทางจิตที่จะต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลทุกรายปรารถนาให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ดังนั้นการดูแลที่จะช่วยให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนได้อย่างสงบ ไม่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีก จึงเป็นการดูแลที่พึงประสงค์ไม่ให้อาการทางจิตของผู้ป่วยกำเริบ ได้แก่ การคอยเตือนให้รับประทานยา โดยในระยะนี้ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของอาการทางจิต สามารถดูแลรับผิดชอบตัวเองในการรับประทานยาหรือดูแลตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆได้ แต่ถึงอย่างไรก็ต้องคอยดูแลผู้ป่วยเพื่อไม่ให้มีอาการทางจิตกำเริบ คือการคอยเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาต่างๆที่ผ่านมาเกี่ยวกับการดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษา (รัชนิกร อุปเสน, 2541; วาสนา ปานดอก, 2545 ; Tungpunkom, 2000)

การปลอบโยน ปลอบใจไม่ให้เครียด ด้วยการพูดคุยกับผู้ป่วยดีๆ ตามใจในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการที่ไม่เป็นอันตรายหรือผลเสียกับตัวผู้ป่วย เป็นอีกประสบการณ์หนึ่งที่เกิดขึ้นในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทของผู้ให้ข้อมูล สอดคล้องกับการศึกษาของยอดสร้อย วิเวกวรรณ (2543) ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้สัมภาษณ์ว่า ทุกครั้งที่พูดคุยกับผู้ป่วยจะพูดจาด้วยดี ใช้น้ำเสียงอ่อนโยน บางครั้งที่มีอาการหงุดหงิดผู้ดูแลจะพยายามควบคุมอารมณ์และพูดจาดูดีกับผู้ป่วย จะเห็นว่าการพูดจาดีกับผู้ป่วยดีถือเป็นการดูแลอีกวิธีหนึ่งที่ช่วยไม่ให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ โดยผู้ให้ข้อมูลรับรู้ได้จากประสบการณ์ที่เคยประสบ เกี่ยวกับสภาพอารมณ์ของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นภายหลังจากที่มีเหตุการณ์ต่างๆที่เป็นความขัดแย้งเกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้ข้อมูลหรือสมาชิกคนอื่นในครอบครัว เช่น การทะเลาะเบาะแว้งระหว่างผู้ให้ข้อมูลกับผู้ป่วย การที่ผู้ดูแลดำ

ทอ หรือตำหนิผู้ป่วย ซึ่งตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลแล้ว สิ่งเหล่านี้ล้วนแล้วแต่เป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอาการตั้งเครียดทั้งสิ้น ดังนั้นผู้ดูแลจึงพยายามที่จะหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดเหตุการณ์ดังกล่าวขึ้น การพยายามปลอบโยน ปลอบใจ โดยการพูดกับผู้ป่วยดีๆ ตามใจ รวมทั้งทำอารมณ์ของตัวเองให้เย็นอยู่ตลอดเวลา เมื่อต้องมีการติดต่อสื่อสารหรือให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านต่างๆ นั้นหมายถึง ผู้ดูแลให้ข้อมูลพยายามที่จะมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ไม่ใช้อารมณ์ โดยที่ผู้ให้ข้อมูลรับรู้เองว่า การแสดงออกของอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม อาจนำมาซึ่งการทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบหรือมีการเจ็บป่วยซ้ำขึ้น การรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาคครั้งนี้ ผู้วิจัยมองว่าเป็นการรับรู้ที่อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง เป็นการเข้าใจถึงปัจจัยที่อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดการเจ็บป่วยซ้ำได้อย่างแท้จริง เนื่องจากมีความสอดคล้องกับผลการศึกษาของเพชรี คันธสายบัว (2544) ที่พบว่าการแสดงออกทางอารมณ์ที่สูงภายในครอบครัวเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเจ็บป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท เช่นเดียวกับการศึกษาของลินส์เซนและคณะ (Linszen., et al, 1997) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง มีความเสี่ยงในการป่วยซ้ำสูงเป็น 5 เท่าของผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ ดังนั้นเมื่อบุคลากรทางด้านสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาล รับรู้ถึงประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลในด้านนี้แล้ว บทบาทที่สำคัญที่จะช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลมีการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพของลักษณะหนึ่งคือการส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ให้ข้อมูล ซึ่งเป็นมารดาที่ต้องทำหน้าที่ในการดูแลบุตรที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทได้มีการแสดงออกทางด้านอารมณ์ให้เหมาะสมต่อไป

การสนับสนุนให้มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ เป็นการดูแลอีกลักษณะหนึ่ง ที่จะช่วยไม่ให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ สามารถอยู่ในสังคมได้เป็นปกติตามการรับรู้และประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล โดยสนับสนุนให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามความเชื่อต่างๆ ที่ผู้ป่วยยึดถือ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นความเชื่อทางด้านศาสนา สอดคล้องกับ Tongprateep (2000) ที่พบว่าคนไทยมีการใช้ความเชื่อและการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาในการดำเนินชีวิตเพื่อให้เกิดความผาสุก และการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่ามีการใช้ความเชื่อทางศาสนาใช้ในการดูแลผู้ป่วยเช่นกัน (Nelms, 2000) แตกต่างกันเพียงเป็นความเชื่อในทางศาสนาคริสต์ ซึ่งการสนับสนุนให้มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจในการศึกษาคครั้งนี้ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลจะเป็นทั้งผู้ที่คอยบอกกล่าวให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามความเชื่อ ความศรัทธาของผู้ป่วย หรือแม้แต่ว่าความเชื่อของผู้ดูแลเองก็ตาม โดยเชื่อว่าถ้าผู้ป่วยปฏิบัติตามคำสอนของศาสนาและพิธีกรรมต่างๆ แล้วจะเกิดผลดีต่อผู้ป่วยเอง จิตใจจะสงบขึ้น ความฟุ้งซ่านต่างๆ จะได้น้อยลง นั่นก็แสดงว่าผู้ดูแลมีการใช้ความเชื่อทางศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจขณะให้การดูแลผู้ป่วย (Rungreangkulkij and Chesla, 2001) เช่นการบอกกล่าวให้ผู้ป่วยสวดมนต์ก่อนนอน การทำบุญตรัสบาตร การเข้าวัดฟังธรรม เป็นต้น รวมทั้งการสนับสนุนด้านการเงินให้ผู้ป่วยมีความสะดวกใน

การเดินทางไปปฏิบัติในสิ่งที่ผู้ป่วยยึดถือ เช่น การไปไหว้พระที่อยู่ห่างไกลจากบ้าน หรือการเป็นผู้ปฏิบัติให้ผู้ป่วยด้วยตนเองโดยที่ไม่ขัดกับความเชื่อและความต้องการของผู้ป่วย ก็เป็นวิธีการหนึ่งที่ผู้ดูแลได้สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ดังเช่นผู้ดูแลรายหนึ่งกล่าวว่า “ทุกวันนี้ฉันต้องเอาน้ำมนต์นะใส่ผ้า แล้วก็มาทำให้เขา มานวดที่หูที่หน้า แล้วทอุงคาถา ถ้าฉันทำให้เขาจะบอกดีขึ้น เขาทำเองบอกไม่หายซะที ร้องทั้งวันก็ไม่หาย เขาก็จะให้ฉันทำให้อย่างเดียว บอกทำเองแล้วไม่หาย ฉันก็ต้องทำให้นะ ก็เอาน้ำมนต์ใส่ผ้าชุบให้เปียกๆ แล้วก็บอกหลวงพ่อบอกช่วยลูกด้วยนะ หลวงพ่อบอกนี่ที่เราขอมา ท่านคุ้มครองรักษา บอกช่วยลูกให้หายนะ” (ID 5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 79-82) สอดคล้องกับ Nelms (2000) ที่พบว่าผู้ดูแลสนับสนุนให้ผู้ป่วยระลึกถึงพระเจ้าหรือสิ่งใดๆ เพื่อเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจให้เผชิญกับความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยและการศึกษาของ ปิยะฉัตร สะอาดเยี่ยม (2543) ที่พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวมีการสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ทำตามความเชื่อหรือสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจต่างๆ เช่น การสนับสนุนให้ผู้ป่วยยึดเหนี่ยวในคำสอนและปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตต่อไป จะเห็นได้ว่าประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยของมารดาในด้านนี้สอดคล้องกับ แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยการดูแลที่วัตสัน (Watson, 1985) ได้กล่าวไว้ว่า การที่บุคคลจะให้การดูแลบุคคลอื่นจะต้องมีปัจจัยส่งเสริมต่างๆเป็นส่วนประกอบ และส่วนหนึ่งในนั้นคือการเสริมสร้างพลังจิตวิญญาณในการมีชีวิตอยู่ ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับความเชื่อ ความศรัทธาในศาสนา เอาใจใส่ต่อความเชื่อ สร้างความศรัทธาและความหวังให้กับผู้ป่วย ความเชื่อและสิ่งที่มีความหมายต่อผู้ป่วยจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความศรัทธาและคงไว้ซึ่งสุขภาพ ดังนั้นผู้ดูแลจึงสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความศรัทธาและความหวังในสิ่งที่ผู้ป่วยยึดมั่นตามความเชื่อ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้การที่ผู้ให้ข้อมูลสนับสนุนให้บุตรที่ป่วยเข้าวัด ฟังธรรม ทำบุญใส่บาตร รวมทั้งการทำตามความต้องการที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อของบุตรที่ป่วย จึงเป็นการส่วนหนึ่งของการเสริมสร้างความหวัง และพลังจิตวิญญาณในการมีชีวิตอยู่

การดูแลให้หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นให้มีอาการ ซึ่งในการศึกษานี้พบว่าสิ่งกระตุ้นให้มีอาการ ตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลประกอบไปด้วย สิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าเป็นสาเหตุสำคัญอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้บุตรเกิดการเจ็บป่วย และสารกระตุ้นต่างๆที่อาจจะส่งผลให้อาการทางจิตกำเริบขึ้นได้ ซึ่งประสบการณ์การดูแลทางด้านนี้ผู้ให้ข้อมูล จะใช้วิธีการพูดเตือน คอยสังเกตพฤติกรรม รวมทั้งการสั่งห้ามไม่ให้ผู้ป่วยเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับสารกระตุ้นดังกล่าว อันได้แก่ บุหรี่ สารเสพติดหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ซึ่งส่วนใหญ่จะรับทราบข้อมูล จากคำบอกเล่าของแพทย์ และจากประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในครั้งก่อนๆมา เมื่อบุตรใช้สารเสพติดหรือสารกระตุ้นดังกล่าวจะทำให้บุตรมีอาการเจ็บป่วยขึ้นมาได้อีก ดังเช่นผู้ดูแลรายหนึ่งกล่าวว่า “ก็คอยบอกมันไม่ให้มัน ไปใกล้ คนที่กินเบียร์ กินเหล้า เดี่ยวมัน ไปกินกับเขาอีก.. โอ๊ย เมื่อก่อนมันเป็น มันเปิดเบียร์กิน วันละ 2 ขวด 3

ขาดเลยอะ ตอนเป็นหนัก ๆ นะ พอกินเข้านะ มันก็เป็นขึ้นอีก อะอะ โอ้ววายนะว่าเมื่อนั้นอย่างนี้ ไปมีอะไรกับคนโน้นคนนี้บ้างละ เราก็ต้องคอยระวัง คอยเฝ้ามันไว้” (ID 9 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 300-303) สอดคล้องกับผลการศึกษาของรัชนีกร อุปเสน (2541) ที่พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวต้องเป็นผู้คอยช่วยเหลือให้ผู้ป่วยงดสิ่งเสพติด โดยวิธีการพูดเตือนและแนะนำให้ผู้ป่วยงดสิ่งเสพติดเสมอ เมื่อมีโอกาส นอกจากการพูดเตือนหรือสั่งห้ามไม่ให้ผู้ป่วยใช้สิ่งเสพติดดังกล่าวแล้ว ผู้ดูแลบางรายยังมีประสบการณ์ในการช่วยให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติดโดยการพยายามจัดสิ่งแวดล้อมหรือควบคุมสิ่งแวดล้อมรอบๆตัวผู้ป่วยให้ปลอดภัยจากสิ่งเสพติด ซึ่งจะเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยกลับไปเสพซ้ำได้ โดยการสั่งห้ามคนรอบข้างไม่ให้ขายสารเสพติดเช่น ยาบ้า ให้ผู้ป่วย ชับไล่คนที่ใช้สิ่งเสพติดหรือดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ให้อยู่ห่างจากผู้ป่วย ดังเช่นที่ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งกล่าวว่า “คนแถวนี้ถึงจะมีขายยาบางยาบ้า เรายังสั่งได้เลยว่ามึงห้ามขายให้ลูกกูนะ ถ้ามึงขายมึงตายนะมึง เราต้องไปเฝ้ามัน บางทีคนมาเล่นสนุกในนี้ กลิ่นมึนๆกลบเลย เรายังบอกไปเล่นที่อื่นนะไม่ให้เล่นที่นั่นนะ ลูกกูเป็นยังงี้ กูก็กลัว ลูกกูเป็นอีกอะไอย่างนี้ เดี่ยวมันได้กลิ่นเดี๋ยวมันก็อยากอีกอะ เดี่ยวอาการมันขึ้นมาอีก.. แบบไม่อยากจะให้เห็นไม่อยากจะให้เขารู้” (ID 9 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 254-258) ซึ่งเป็นวิธีการดูแลไม่ให้ผู้ป่วยมีโอกาสใช้สารเสพติดเหล่านั้น สอดคล้องกับที่ภัทราภรณ์ พุงปันคำ (Tungpunkom,2000) ศึกษาไว้และพบว่ามารดาที่ดูแลบุตรที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท จะให้การดูแลสิ่งแวดล้อมรอบๆตัวผู้ป่วยให้ปลอดภัยจากสารเสพติด ควบคุมไม่ให้ผู้ที่เป็โรคจิตเภทดื่มสุราหรือสารเสพติดทุกชนิด และสอดคล้องกับแนวคิดด้านปัจจัยการดูแลของวัตสัน (Watson,1985) ที่กล่าวถึงผู้ดูแลต้องมีการจัดสิ่งแวดล้อมที่เป็นการประดับประดา สนับสนุนรวมทั้งแก้ไขสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยสำหรับผู้รับการดูแล ดังนั้นการที่ผู้ให้ข้อมูลพยายามที่จะให้ผู้ป่วยอยู่ห่างจากปัจจัยต่างๆที่จะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการเจ็บป่วย เช่น บุหรี่ สารเสพติดต่างๆ หรือ ดูแลไม่ให้ปัจจัยเหล่านั้นเข้าใกล้ผู้ป่วย จึงเป็นวิธีการจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยตามแนวคิดของวัตสันนั่นเอง

นอกจากผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่จะมีการรับรู้ว่าการใช้สารเสพติดเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้บุตรเกิดการเจ็บป่วยแล้ว ยังมีผู้ให้ข้อมูลอีกหนึ่งรายที่มีการรับรู้และมีความเข้าใจว่าสาเหตุที่ทำให้บุตรเกิดการเจ็บป่วยทางจิต มาจากการกระทำของญาติ หรือวิญญาณของผู้ที่เสียชีวิตไปแล้ว เพราะฉะนั้นการดูแลให้หลีกเลี่ยงจากสิ่งกระตุ้นให้เกิดการเจ็บป่วยในลักษณะที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุของการเจ็บป่วยของผู้ดูแลรายนี้ จึงเป็นการคอยเตือนหรือบอกกล่าวให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่จะเป็นการทำให้วิญญาณตามความเชื่อของผู้ให้ข้อมูลนั้น ได้มีโอกาสกระทำกับผู้ป่วยได้ ดังเช่นผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งกล่าวว่า “เราบอกดวงไม่ดีนะ อย่าไปชี้ชีวมองคนตายนะ เดี่ยวผีจะเข้าลื้ออีก มันก็เหมือนคนเจอกันอย่างนี้นะ ผู้ชายต่อผู้ชายเจอกันมองกัน มึงมองอะไรกูวะ ก็ดำ

กัน เดียวก็มีเรื่องกันแล้ว มันก็เหมือนกันกับคนตาย ก็มีคนนี้ก็คงบอก มึงมองกูทำไมวะ กูยี้จะขึ้นมากูจะไปแกล้งมึง เข้ามึงเลย เราจะไปมองเขาทำไมคนตายแล้ว เรายังไม่มองเลย” (ID 7 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 396-402) ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากความเชื่อที่ฝังใจของผู้ให้ข้อมูลว่าเมื่อบุตรมีอาการดังกล่าวเกิดขึ้น เมื่อพาไปรักษากับร่างทรงแล้วทำให้อาการเจ็บป่วยดีขึ้น อีกทั้งร่างทรงเองก็บอกว่าที่ผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วย เป็นเพราะการกระทำของภูตผี จึงยิ่งเป็นการตอกย้ำผู้ให้ข้อมูลมีการรับรู้และความเชื่อมากขึ้นว่า สาเหตุที่ทำให้บุตรเกิดการเจ็บป่วยเป็นเพราะการกระทำของภูตผีวิญญานจริงๆ

ประเด็นที่ 3. ประสบการณ์ด้านอารมณ์และความรู้สึกจากการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท

การที่จะต้องให้การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้ก่อให้เกิดความรู้สึกและอารมณ์ต่างๆเกิดขึ้นมากมายกับผู้ดูแล ดังเช่น ชฎาภา ประเสริฐทรง (2543) ที่ศึกษาถึงความรู้สึกทางอารมณ์และความต้องการคำแนะนำ โดยศึกษาในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผลการศึกษาพบว่า ความรู้สึกทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชประกอบไปด้วย ความเศร้าโศก ความรู้สึกผิด ความโกรธ ความรู้สึกหมดหวัง หมดพลัง ความกลัว ความรู้สึกแยกตัว ซึ่งเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นในทางด้านลบเป็นส่วนใหญ่

สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ ก็มีประสบการณ์ทางด้านอารมณ์และความรู้สึกเกิดขึ้นจากการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเช่นกัน แต่มีความแตกต่างกันตรงที่การศึกษาครั้งนี้มีการเฉพาะเจาะจงกับตัวผู้ดูแลที่เป็นมารดาโดยเฉพาะ และผู้ป่วยทางจิตหรือผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นผู้ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลคือบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท ประสบการณ์ทางด้านอารมณ์และความรู้สึกจากการดูแลบุตรที่ป่วยครั้งนี้ จึงมีทั้งอารมณ์และความรู้สึกที่เป็นด้านบวกและด้านลบเกิดขึ้น ซึ่งมีทั้งความรู้สึกดีใจ เบื่อในพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วย เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการที่ต้องดูแลบุตรที่ป่วยเป็นโรคทางจิตที่เรื้อรัง ซึ่งเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทั้งอารมณ์และพฤติกรรม ผู้ให้ข้อมูลต้องเผชิญกับความผิดปกติต่างๆที่เกิดขึ้น ต้องให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มมีการเจ็บป่วย จนถึงปัจจุบันซึ่งมีหลายรายที่มีระยะเวลาการดูแลที่ยาวนาน จนนำมาซึ่งความรู้สึกดีใจและเบื่อหน่ายกับพฤติกรรมของผู้ป่วยและสิ่งที่จะต้องทำอยู่เป็นประจำ ถึงแม้จะให้การดูแลบุตรที่อยู่ภายใต้ความรู้สึกผูกพัน ความรัก ความสงสารก็ตาม และเป็นที่น่าเป็นห่วงสำหรับผู้ดูแลบางรายที่รับรู้ว่าการดูแลบุตรที่ป่วยมานานโดยที่ไม่มีอะไรเปลี่ยนแปลงหรือดีขึ้น ได้นำมาซึ่งความรู้สึกเบื่อหน่าย จนถึงขั้นไม่ยอมมีชีวิตอยู่ ดังเช่นผู้ดูแลรายหนึ่งกล่าวว่า “ทุกวันนี้เนี่ย เบื่อมาก เบื่อคนเนี่ย

เป็นอยู่อย่างไร ก็อยู่อย่างนั้นมันไม่เหมือนปกติแบบนี้อะ มันไม่เหมือนคนอื่นเขา สกปรก แม่ต้องมานั่งทำกวาดเช้า กวาดเย็น กวาดทุกทุกวัน เปื่อ ก็ได้แต่ทำบุญใส่บาตรทุกวัน ให้หมดเวรหมดกรรมเร็วๆ ไม่อยากอยู่แล้ว...เปื่อ... ก็มันไม่ทำอะไรเลยนะ บอกก็ไม่ฟัง คือทุกอย่าง” (ID 2 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 101-105)

ความรู้สึกเป็นห่วงเป็นใย เกิดขึ้นกับผู้ให้ข้อมูลที่เป็นมารดาและให้การดูแลบุตรที่ป่วยทุกราย สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีสุดา วณาสีสินและคณะ (2546) ที่พบว่าผู้ดูแลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาซึ่งส่วนใหญ่เป็นบิดา มารดามีความรู้สึกเป็นห่วง และสงสารผู้ป่วยมากที่สุด ในบรรดาของปัญหาทางอารมณ์ที่พบจากการศึกษาทั้งหมด และในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ให้ข้อมูล มีความรู้สึกเป็นห่วงเป็นใยบุตรที่ป่วย เมื่อรับรู้ว่าเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องในการดูแลช่วยเหลือตนเองในด้านต่างๆ หรือดูแลตนเองได้ไม่สมบูรณ์เหมือนคนปกติ เมื่อไม่สามารถดูแลตนเองได้ ผู้ดูแลซึ่งเป็นมารดาจึงมีความรู้สึกกลัวว่าผู้ป่วยจะได้รับอันตรายต่างๆ เกิดขึ้นกับชีวิต กลัวการที่ผู้ป่วยอาจจะไปมีเรื่องกับผู้อื่นแล้วถูกทำร้าย เมื่ออยู่นอกเหนือจากการดูแลของตัวเองหรือเมื่อผู้ป่วยออกไปนอกร้าน ด้วยประสบการณ์ที่เกิดขึ้นและรับรู้ว่าคุณป่วยเองก็มีความบกพร่องในการควบคุมตนเอง โดยเฉพาะการควบคุมอารมณ์ สอดคล้องกับ Schene และคณะ (1998) ที่พบว่าผู้ดูแลจะมีความรู้สึกเป็นกังวลอย่างมากต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย นอกจากนี้จะเห็นว่าผู้ดูแลบางรายที่ให้การดูแลบุตรที่เป็นเพศหญิง จะมีความเป็นห่วงบุตรเมื่อออกไปนอกร้านกลัวได้รับอันตรายต่างๆ โดยเฉพาะการถูกข่มขืน ซึ่งสอดคล้องกับ ภัทราภรณ์ พุงปันคำ (Tungpunkom, 2000) ที่พบว่ามารดาของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นผู้ดูแลบางรายต้องจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมและปลอดภัย เพื่อลดความเสี่ยงต่ออันตรายที่จะเกิดจากการถูกทำร้ายร่างกายหรือถูกข่มขืน

นอกจากการกลัวผู้ป่วยจะเป็นอันตรายด้านต่างๆแล้ว การกลัวผู้ป่วยลำบากเมื่อตนเองไม่อยู่หรือเสียชีวิตไปแล้ว ก็เป็นความรู้สึกเป็นห่วงเป็นใยผู้ป่วยอีกลักษณะหนึ่งตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการที่ผู้ให้ข้อมูล รับรู้ว่าผู้ป่วยยังไม่สามารถที่จะดูแลตัวเองในด้านต่างๆได้ ไม่ว่าจะเป็นการดูแลตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวัน การรับประทานยา การไปพบแพทย์เพื่อรับยาตามนัด เป็นต้น จากลักษณะดังกล่าวทำให้ผู้ให้ข้อมูล เกิดความรู้สึกเป็นห่วงว่าถ้าไม่มีตนอยู่คอยช่วยเหลือผู้ป่วยแล้ว ผู้ป่วยจะเป็นอย่างไร จะดำเนินชีวิตและเอาตัวรอดได้หรือไม่ จะเกิดอะไรขึ้นกับตัวผู้ป่วยบ้าง สอดคล้องกับ การศึกษาของ Doornbos (1997) ที่พบว่าปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่คือ ความรู้สึกร้อรุ่ม กลุ้มใจไม่รู้ว่าอะไรจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยใครจะเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยในอนาคต เช่นเดียวกับการศึกษาของ Czuchta and McCay (2001) ที่พบว่าพ่อแม่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชอาการรุนแรง กลุ้มใจเกี่ยวกับการเป็นอยู่ของผู้ป่วยในอนาคต กลัวว่าจะไม่มี

ใครดูแลผู้ป่วยเมื่อตนเสียชีวิตไปแล้ว จนทำให้ผู้ดูแลบางส่วนรู้สึกท้อแท้ อ่อนล้า และเศร้าโศก ไม่มีความสุขในชีวิต

ความรู้สึกลำบากที่ต้องพาผู้ป่วยเข้าออกโรงพยาบาลบ่อยๆ โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตไม่ว่าจะเป็นความลำบากในการที่จะต้องคอยนำส่งโรงพยาบาล ที่ส่วนใหญ่แล้วผู้ให้ข้อมูลต้องกระทำเพียงผู้เดียว หรือความรู้สึกลำบากที่จะต้องมีความใช้จ่ายเกิดขึ้นทั้งค่ายา ค่ารักษาพยาบาลต่างๆ สอดคล้องกับผลการศึกษาของมนตรี อมรพิเชษฐกุลและพรชัย พงษ์สงวนสิน, (2544) ที่พบว่าการมีผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในครอบครัว ทำให้ครอบครัวมีรายจ่ายเพิ่มขึ้นในการรักษาพยาบาล ปัญหาทำให้ผู้ดูแลเกิดความทุกข์ใจ ไม่สบายใจ กับการที่จะต้องจัดหาเงินทองเพื่อที่จะให้ผู้ป่วยได้รับการรักษา ซึ่งผู้ให้ข้อมูลบางรายต้องไปขอยืมจากเพื่อนบ้าน เมื่อต้องพานุตรไปโรงพยาบาลและทุกครั้งที่มีอาการเจ็บป่วยกำเริบ ที่จะต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ให้ข้อมูลก็ต้องกักตักเงิน และทุกข์ใจกับการที่จะต้องเตรียมเงิน เพื่อที่จะเป็นค่ารักษาและใช้จ่ายในการไปเยี่ยมบุตรที่โรงพยาบาลในแต่ละครั้ง โดยเฉพาะผู้ให้ข้อมูลที่อยู่อาศัยกับบุตรที่ป่วยเพียงลำพังสองคน จะเกิดความทุกข์ใจทุกครั้งเมื่อต้องพานุตรไปโรงพยาบาล ซึ่งนอกจากเรื่องค่ารักษา ค่าเดินทางแล้ว การที่ผู้ป่วยต้องนอนรับการรักษาที่โรงพยาบาล ผู้ให้ข้อมูลต้องคอยติดตามไปเยี่ยม ไปดูแล ตามความต้องการของผู้ป่วย ผู้ให้ข้อมูลบางรายบอกว่าต้องเสียเวลาในการทำมาหากิน หรือบางรายบอกว่าต้องลำบากอดนอนเพราะต้องทำงานกลางคืน กลางวันก็ต้องมาอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วยที่โรงพยาบาลอีก สิ่งเหล่านี้นำมาซึ่งความรู้สึกยุ่งยากและลำบากจนทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกไม่มีความสุข

ความรู้สึกอับอายในพฤติกรรมที่เกิดจากการเจ็บป่วย เป็นอีกความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม ไม่ว่าจะเป็พฤติกรรมที่ก่อความรุนแรงหรือแม้เพียงมีอาการทางจิตเกิดขึ้นโดยไม่ได้ทำความเดือดร้อนให้กับใคร เช่น การพูดคนเดียว ยิ้มคนเดียว ก็ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกอับอายเพื่อนบ้านหรือคนรอบข้างได้ บางรายถึงขั้นปิดบ้านเพื่อไม่ให้เพื่อนบ้านได้ยิน ได้เห็นในคำพูดและพฤติกรรมของผู้ป่วย ผู้ป่วยบางรายก่อความเดือดร้อนโดยการขว้างปาข้าวของไปยังบ้านคนอื่น พฤติกรรมเหล่านี้ได้สร้างความยุ่งยาก ลำบากใจให้กับผู้ให้ข้อมูลเป็นอย่างยิ่ง มีทั้งความรู้สึกอับอายเกี่ยวกับคำพูด และอับอายในการกระทำของผู้ป่วยที่ทำให้คนอื่นเดือดร้อน ซึ่งผู้ให้ข้อมูลต้องคอยตามไปขอโทษเพื่อนบ้านในพฤติกรรมที่ผู้ป่วยทำ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ยอดสร้อย วิเวกวรรณ (2543) ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชบางรายมีความรู้สึกอับอายเมื่อผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมที่สังคมไม่ยอมรับ และวรช นิชกุล (2534) ที่พบว่าญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความรู้สึกอับอายที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมแปลกๆต่อหน้าผู้อื่น ขณะที่ญาติอยู่ด้วย และการศึกษาของ

Ip & Mackenzie (1998) ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท รู้สึกอับอายเมื่อผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมที่ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม ซึ่งความรู้สึกดังกล่าวได้ก่อให้เกิดความเครียดให้กับญาติผู้ดูแล

ความรู้สึกเจ็บตัวและเจ็บใจ เกิดขึ้นเพราะถูกผู้ป่วยซึ่งเป็นบุตรทำร้ายร่างกายเป็นอีกประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ให้ข้อมูล สอดคล้องกับผลการศึกษาของ รัชนิกร อุปเสน (2541) ที่พบว่าญาติผู้ดูแลเคยถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกายโดยการตีที่ศีรษะ จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประสบการณ์ที่ถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกายเป็นสิ่งที่นอกจากจะทำให้ผู้ดูแลได้รับบาดเจ็บจากการกระทำของผู้ป่วยแล้ว ยังทำให้ผู้ดูแลไม่มีความสุข กับการที่จะต้องมีชีวิตอยู่กับความหวาดกลัวว่าจะถูกทำร้ายซ้ำเมื่อไหร่ก็ได้ โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ

มีความหวังว่าจะหาย เป็นอีกความรู้สึกที่ค้นพบจากการศึกษาในครั้งนี้ ซึ่งถือว่าเป็นประสบการณ์ทางด้านอารมณ์และความรู้สึกที่เป็นด้านบวก จากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ให้ข้อมูล เป็นประสบการณ์ด้านความรู้สึกที่แตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา เช่น การศึกษาของชฎาภา ประเสริฐทรง (2543) ที่ศึกษาถึงความรู้สึกทางอารมณ์และความต้องการคำแนะนำของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่พบว่า ครอบครัวผู้ดูแลจะรู้สึกหมดหวัง หมดพลังเกี่ยวกับการหายของโรคที่ผู้ป่วยเป็น แต่การศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ให้ข้อมูลยังมีความหวังที่จะช่วยให้บุตรหายจากการเจ็บป่วย ถึงแม้จะรับทราบข้อมูลจากแพทย์ว่าผู้ป่วยมีโอกาสที่จะหายขาดค่อนข้างน้อย หรืออาจต้องรับประทานยาไปตลอดชีวิต แต่ผู้ให้ข้อมูลก็ยังมีความหวังและต้องการให้บุคลากรทางด้านสุขภาพที่มีส่วนในการดูแลรักษา สร้างความหวังให้ผู้ป่วยเช่นเดียวกัน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ เวทีนี้ สุขุมมาก และคณะ (2544) ที่ได้ศึกษาถึงยุทธวิธีในการดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตของญาติ ผลการศึกษาพบว่าญาติยังมีความเห็นว่า ผู้ป่วยอาจหายจากอาการทางจิตได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ปราบธนา บริจันท์และคณะ (2535) ที่พบว่าพฤติกรรมการเผชิญปัญหาทางด้านอารมณ์ของญาติผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้บ่อย ได้แก่ การปลอบใจตนเอง หวังว่าทุกอย่างจะดีขึ้นเอง และการศึกษาของ รวี เตือนดาว (2547) ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ยังมีความหวังว่าผู้ป่วยจะหายจากการเจ็บป่วย ถึงแม้ว่าจะได้รับแจ้งจากแพทย์ว่าผู้ป่วยไม่มีโอกาสหายก็ตาม ทั้งนี้เนื่องจากความหวัง เป็นแรงจูงใจให้บุคคลคิดที่จะต่อสู้หรือกระตุ้นให้เกิดการกระตือรือร้นในชีวิต การสูญเสียความหวังจะทำให้ขาดสิ่งสำหรับยึดเหนี่ยวจิตใจ มีแต่ความท้อแท้เหนื่อยหน่ายในชีวิต ซึ่งจะไม่บังเกิดผลดีต่อทั้งผู้ที่ทำหน้าที่ให้การดูแลและผู้ที่ถูกดูแล (พรจันทร์ สุวรรณชาติ, 2534) ดังนั้นการมีความหวังว่าบุตรจะหายจากการเจ็บป่วย จึงเป็นเสมือนแรงจูงใจที่สำคัญที่ช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นมารดา ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มมีการเจ็บป่วยจนถึงปัจจุบันและยังจะให้การดูแลต่อไปในอนาคต และเมื่อใดที่เห็นผู้ป่วยมีอาการสงบ ไม่เอะอะโวยวาย หรืออาละวาด ดูแลตัวเองในการรับประทานยา การไปรับยา รวมทั้งสามารถทำงานได้

ผู้ให้ข้อมูลก็จะสบายใจ และรับรู้ว่ ณ ขณะนั้นผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับผู้ให้ข้อมูลทุกราย ถึงแม้ในความเป็นจริงอาการเจ็บป่วยจะยังไม่หายไปเลยก็ตาม สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศรีสุดา วณาลีสิน และคณะ (2546) ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชรู้สึกสบายใจเมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหรือเมื่อผู้ป่วยยอมรับ และสามารถปรับตัวกับสถานการณ์ต่างๆที่เผชิญ โดยเฉพาะสถานการณ์ที่เป็นความขัดแย้งทั้งกับผู้ดูแล ครอบครัวและคนรอบข้าง

การทำใจยอมรับกับการที่ต้องดูแลบุตรเมื่อป่วยเป็นโรคจิตเภทของผู้ดูแล เป็นอีกวิธีการหนึ่งให้ผู้ให้ข้อมูลได้กระทำ ซึ่งเกิดจากรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับบุตรว่า เมื่อป่วยแล้วไม่สามารถแก้ไขอะไรได้ นอกจากการรักษาและการดูแลที่ต้องปฏิบัติให้กับบุตรอย่างดีที่สุดที่จะสามารถทำได้ ต้องยอมรับทุกสิ่งทุกอย่างที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยของบุตรและต้องให้การดูแลช่วยเหลืออย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เพราะฉะนั้นจึงต้องทำใจยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้นให้ได้ ผู้วิจัยมองว่าการทำใจยอมรับของผู้ให้ข้อมูลในครั้งนี้ เป็นการพยายามปรับตัวเมื่อให้เผชิญกับสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นจากการที่ต้องดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท สอดคล้องกับการศึกษาของ Rungreangkulkij and Chesla (2001) ที่พบว่ามารดาที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการตอบสนองต่ออารมณ์ที่รุนแรง และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือพฤติกรรมที่เป็นอันตรายของผู้ป่วย หรือสถานการณ์ต่างๆที่ไม่สามารถจัดการเปลี่ยนแปลงได้ด้วยการทำใจ ซึ่งหมายถึง การยอมรับ การเข้าใจ การคิดถึง ความสมเหตุสมผลต่างๆ และความรู้สึกที่ว่าเป็นหน้าที่ของความเป็นแม่ อีกความรู้สึกหนึ่งที่เป็นประสบการณ์ทางด้านอารมณ์และความรู้สึกในการศึกษาครั้งนี้ คือ คิดว่าการที่ต้องดูแลบุตรที่ป่วยเป็นเรื่องของเวรกรรมที่ตนเคยทำมา ซึ่งเป็นอีกเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลทำใจยอมรับการทำหน้าที่ของการเป็นผู้ดูแลบุตรที่ป่วยได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rungreangkulkij and Chesla (2001)เช่นเดียวกัน ที่พบว่ามารดาที่เป็นผู้ดูแลมีการยอมรับและทำใจกับอาการเจ็บป่วยของบุตรได้ ส่วนหนึ่งมาจากความเชื่อเรื่องเวรกรรม โดยคิดว่าเป็นเวรกรรมของตัวเองที่มีบุตรป่วยเป็นโรคทางจิต ดังเช่นที่มารดา รายหนึ่งกล่าวว่า “เราก็ต้องทำใจ เมื่อเขาป่วยขึ้นมา เราจะทำอะไรได้ละ ไม่มีใครอยากให้เป็นแบบนี้ มันเป็นเวรกรรมของเรา” จากประเด็นนี้แสดงให้เห็นว่าคนไทยถึงแม้จะมีบริบททางสังคมแตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นสังคมชนบทหรือสังคมเมือง เมื่อมีการนับถือพุทธศาสนาก็จะมีความเชื่อในเรื่องบาป บุญ คุณ โทษ หรือเรื่องเวรกรรมต่างๆเช่นเดียวกัน ความเชื่อในเรื่องกรรมนี้ช่วยให้มารดายอมรับบุตรและการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับบุตรได้ โดยคิดว่าตัวเองไม่สามารถที่จะทำอะไรที่เป็นการเปลี่ยนแปลงเวรกรรมนั้นได้นอกจากการปล่อยวาง อะไรจะเกิดก็ให้เกิด สิ่งที่ตนสามารถทำได้ก็คือการพยายามดูแลบุตรให้ดีที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้

จะเห็นได้ว่าผลการศึกษาที่พบในครั้งนี้สามารถสร้างความเข้าใจ ให้กับบุคลากรด้านจิตเวช โดยเฉพาะพยาบาลจิตเวชได้เป็นอย่างดี โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ของการเป็น

มารดาที่ต้องให้การดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท ผลการศึกษาบางส่วนสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ทำให้สนับสนุนข้อมูลที่มีอยู่เดิมให้ชัดเจนมากขึ้น ผลการศึกษาบางส่วนยังไม่เคยถูกค้นพบ โดยเฉพาะจากผู้ดูแลในครอบครัวที่เป็นมารดา ซึ่งเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดและเป็นผู้ที่มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด ทำให้ทราบถึงประสบการณ์ต่างๆ ที่สำคัญและไม่ควรมองข้าม จะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่ดี ที่จะช่วยให้บุคลากรทางด้านจิตเวชที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้เห็นมาให้ความสำคัญและความช่วยเหลือผู้ดูแลที่เป็นมารดามากขึ้นอีก

จากการศึกษาถึงการให้ความหมายการดูแลและประสบการณ์ของมารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทในครั้งนี้ ผลการวิจัยสรุปได้ว่า มารดาซึ่งเป็นผู้ดูแลในครอบครัวให้ความหมายของการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท ไว้ 2 ประเด็น ได้แก่ 1) การกระทำที่อยากให้หายจากการเจ็บป่วย คือ มีความปกติของอารมณ์ และพฤติกรรมที่แสดงออกรวมถึงสามารถดูแลตนเองได้เช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป และ 2) การแสดงความรัก ผูกพัน ห่วงใยของความเป็นแม่

ส่วนประสบการณ์ในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท แบ่งเป็น 3 ประเด็นหลัก และประเด็นย่อยต่างๆ ได้แก่ 1. ประสบการณ์ด้านการรับรู้การเจ็บป่วย จำแนกเป็น 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ 1) เครียด คิดมากทำให้ประสาทไม่ดี และ 2) ถูกผีเข้า/โดนของ 2. ประสบการณ์ด้านพฤติกรรมอาการดูแล จำแนกออกเป็น 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ 1) พฤติกรรมการดูแลในระยะแรกที่มีการเจ็บป่วย/มีอาการทางจิต ประกอบด้วย (1) การแสวงหาการรักษา ได้แก่ พึ่งพาพระ/ร่างทรง และพบแพทย์แผนปัจจุบัน (2) ดูแลให้ได้รับยาตามแพทย์สั่ง ได้แก่ จัดยาให้ทาน (3) ดูแลกิจวัตรประจำวันและสุขวิทยาส่วนบุคคล (4) หยุดพฤติกรรมรุนแรงด้วยความรุนแรง 2) พฤติกรรมการดูแลในระยะอาการสงบ/ไม่ให้อาการทางจิตกำเริบ ประกอบด้วย (1) ดูแลให้ได้รับยาตามแพทย์สั่ง ได้แก่ เตือนให้ทานยา (2) ปลอบโยน ปลอบใจไม่ให้เครียด (3) สนับสนุนให้มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ และ (4) ให้หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นให้อาการ ซึ่งประกอบด้วย สาเหตุของการเจ็บป่วยและบุหรื/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ 3. ประสบการณ์ด้านอารมณ์และความรู้สึกจากการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท จำแนกเป็น 4 ประเด็นย่อย ได้แก่ 1) ไม่มีความสุขกับการเจ็บป่วย ประกอบด้วย กลุ่มใจในพฤติกรรมที่เกิดจากการเจ็บป่วย เมื่อในพฤติกรรมที่เกิดจากการเจ็บป่วย เป็นห่วงเป็นใย ใน 2 ลักษณะคือ เป็นห่วงกลัวได้รับอันตรายและเป็นห่วงกลัวลำบากเมื่อไม่มีตัวเองอยู่ ความรู้สึกลำบากที่ต้องพาเข้า-ออกโรงพยาบาลบ่อยๆ อับอายในพฤติกรรมที่เกิดจากการเจ็บป่วย เจ็บตัวและเจ็บใจ เพราะถูกผู้ป่วยซึ่งเป็นบุตรทำร้ายร่างกาย 2) มีความหวังว่าจะหาย 3) สบายใจเมื่ออาการดีขึ้น และ 4) ทำใจยอมรับกับการดูแลเมื่อบุตรเจ็บป่วย ประกอบด้วย ป่วยแล้วต้องดูแล

และการคิดว่าเป็นเรื่องของเวรกรรม ซึ่งเมื่อทราบถึงการให้ความหมายของการดูแลและประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจากการให้การดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทของมารดาแล้ว จะทำให้เกิดแนวทางในการดูแลช่วยเหลือมารดาให้สามารถดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไปพร้อมๆกับมารดาเองก็ได้รับการดูแลช่วยเหลือเช่นกัน

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการวิจัยไปใช้

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทราบถึงการให้ความหมายและประสบการณ์ของมารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท ทำให้เข้าใจถึงการให้ความหมายการดูแลบุตรที่ป่วย ทราบถึงสาเหตุและเหตุการณ์เรื่องราวต่างๆที่เกิดขึ้นกับมารดาจากการให้การดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท ในมุมมองตามการรับรู้ของมารดาซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์จริงที่เกิดขึ้นจากการมีบุตรที่ป่วยและต้องให้การดูแล ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการวิจัยทางการพยาบาล ดังนี้

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

ผลการศึกษาที่ได้ในครั้งนี้อาจนำไปเป็นแนวทางในการจัดรูปแบบการพยาบาล เพื่อที่จะสนับสนุนให้ผู้ดูแลในครอบครัวซึ่งในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือมารดา สามารถให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยที่ผู้ดูแลเองก็ได้รับการสนับสนุน การดูแลช่วยเหลือจากบุคลากรทางด้านสุขภาพเช่นกัน ซึ่งประกอบด้วย

1. จากการศึกษาพบว่า มารดาที่ทำหน้าที่ในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่อยู่ในวัยชรา บางรายมีการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายหรือโรคประจำตัวร่วมด้วย ประกอบกับการที่ต้องดูแลบุตรที่ป่วยตามลำพัง โดยไม่มีผู้คอยช่วยเหลือ เป็นผลให้มารดาเกิดความยุ่งยาก และมีความลำบากในการดูแลผู้ป่วย โดยผู้ดูแลบางรายให้บอกเล่าว่า ต่อไปถ้าสุขภาพตัวเองไม่ดีไปกว่านี้ ก็คงจะดูแลผู้ป่วยไม่ไหว บางทีอาจจะต้องปล่อยให้ผู้ป่วยดูแลช่วยเหลือตัวเอง ไม่สนใจที่จะดูแลอีก การช่วยเหลือจากทีมสุขภาพหรือหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง จึงน่าจะยังมีความจำเป็นสำหรับมารดา และในบทบาทของการเป็นพยาบาล การให้การดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care)

จึงจำเป็นที่จะต้องมุ่งเน้นให้มีการดูแล การช่วยเหลือและส่งเสริมให้มารดามีการพัฒนาสุขภาพของตนเอง เพื่อให้สามารถทำหน้าที่ของการเป็นผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

2. จัดรูปแบบการดูแลช่วยเหลือมารดาให้ได้มีโอกาสระบายความรู้สึกที่เป็นความคับข้องใจต่างๆที่เกิดจากการดูแล เช่น จากการศึกษาพบว่ามารดา เกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายกับการดูแลบุตร จนถึงขั้นมีความรู้สึกไม่อยากมีชีวิตอยู่ อยากตายไปให้พ้นจากการที่ต้องคอยดูแลบุตร จะเห็นว่าความรู้สึกของมารดาดังกล่าว เป็นสิ่งที่น่าเป็นห่วงอย่างยิ่งที่บุคลากรทางด้านสุขภาพต้องให้ความสนใจและให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน

3. จัดรูปแบบการช่วยเหลือมารดา เพื่อให้ผ่อนคลายจากปัญหาที่เกิดขึ้นจากการให้การดูแลบุตร โดยเฉพาะปัญหาด้านการแสดงออกทางอารมณ์ เช่น สนับสนุนให้มีรูปแบบการช่วยเหลือให้มารดามีการระบายอารมณ์ออกอย่างเหมาะสม เพราะจากการศึกษาจะเห็นว่ามารดาส่วนใหญ่มีการแสดงอารมณ์ที่รุนแรงกับบุตรเมื่อรู้สึกโกรธและโมโหมากเกินไป ที่พบจากการศึกษา คือ การตบตีบุตร เมื่อมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม ซึ่งถ้ายังไม่มียุทธศาสตร์ที่จะแก้ไขให้มารดา มีการแสดงอารมณ์ที่เหมาะสม และยังคงปฏิบัติเช่นเดิมนี้อยู่เรื่อยๆ ผลเสียก็จะตกอยู่ที่ผู้ป่วย นอกจากนี้จะได้รับการดูแลที่ไม่มีประสิทธิภาพแล้ว ยังอาจเกิดการเจ็บป่วยซ้ำได้บ่อยๆ

4. จัดกิจกรรมให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ต่างๆที่เกี่ยวกับการดูแลบุตรระหว่างผู้ดูแลที่เป็นมารดาด้วยกัน

5. ให้ความสำคัญกับการเยี่ยมบ้านเพื่อทราบถึงชีวิตความเป็นอยู่และสิ่งแวดล้อมในการดูแลและการดำรงชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อให้สามารถเข้าใจถึงเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นจริงในบริบทของการเป็นผู้ดูแลและครอบครัวที่มีสมาชิกป่วยด้วยโรคจิตเภท

6. ให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในอนาคตข้างหน้าถ้าผู้ป่วยต้องอยู่เพียงลำพัง ไม่มีมารดาเป็นผู้คอยดูแล เพราะจากการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยจะอาศัยอยู่กับมารดาเพียงลำพัง หรือถึงแม้มีสมาชิกคนอื่น ๆ ภายในบ้าน แต่ก็ไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือจากสมาชิกเหล่านั้นเลย นอกจากมารดาที่เป็นผู้ดูแลเพียงคนเดียว และยังเป็น การช่วยตอบสนองความรู้สึกของมารดาด้วย จากการที่มีความรู้สึกเป็นห่วงบุตรภายหลังจากที่ไม่มีตนเองอยู่หรือเสียชีวิตไปแล้ว

7. ผลการศึกษาที่พบ นำไปพัฒนาบทบาทของพยาบาลในการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทโดยเฉพาะมารดา ซึ่งส่วนใหญ่แล้วเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดและมีบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมากที่สุด โดยควรให้ความสำคัญกับการดูแลมารดา ไปพร้อมกับการดูแลรักษาผู้ป่วย

ด้านการวิจัยทางการแพทย์

ผลการวิจัยครั้งนี้อาจนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานหรือเป็นแนวทางในการวิจัย เพื่อพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการให้การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทของผู้ดูแลในครอบครัวที่เป็นมารดา และอาจจะสามารถนำผลการวิจัย ไปใช้กับผู้ดูแลในครอบครัวที่มีบริบทคล้ายคลึงกับบริบทที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ แต่ถ้าจะให้องค์ความรู้มีความสมบูรณ์และครอบคลุมถึงประสบการณ์ในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้น ควรจะมีการศึกษาถึงการให้ความหมายและประสบการณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวกับบุคคลอื่นเพิ่มเติมที่ไม่ใช่มารดา แต่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล ซึ่งจะทำให้ทราบถึงเหตุผลหรือสาเหตุสำคัญที่ทำให้ต้องรับหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย รวมถึงประสบการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น จากการดูแลและปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการให้การดูแลผู้ผู้ป่วยด้วยโรคจิตเภทในครอบครัว เพื่อที่จะสามารถพัฒนารูปแบบของการให้บริการกับครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างเหมาะสมต่อไป



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กรมสุขภาพจิต. (2540). แผนพัฒนางานสุขภาพจิตตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 พ.ศ. 2540-2544. ด้านสาธารณสุข. นนทบุรี : สยามอินสแตร์ท มาเก็ตติ้ง.
- กรมสุขภาพจิต. (2541). สถิติโรงพยาบาลจิตเวช ปี พ.ศ. 2541. กรุงเทพมหานคร : สถาบันสุขภาพจิต.
- เกษม ตันติผลาชีวะ. (2536). โรคจิตเภท. ตำราจิตเวชศาสตร์ สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ไกรวรรณ เจริญกุล. (2539). การจัดกลุ่มบำบัดแบบประคับประคองและให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท. วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา 4 (3) : 167-178.
- จริยา วิทยะศุกร. (2539). แบบจำลองเชิงสาเหตุของภาวะการดูแลในบิดามารดาฐานะผู้รับผิดชอบดูแลบุตรที่ป่วยเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จลี เจริญสรรพ. (2538). ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลสวนสราญรมณ์. วารสารพยาบาลสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย 3 : 220-226.
- จอนณะจ พึ่งจาด. (2546). ระเบียบวิธีวิจัย : การวิจัยปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนา. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 15 (2) : 1-10.
- จอม สุวรรณโน. (2541). ญาติผู้ดูแล : แหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วยเรื้อรัง. วารสารพยาบาลศาสตร์ 7(3) : 147-154.
- จอม สุวรรณโน. (2542). บทบาทพยาบาลในการบำบัดแบบองค์รวม. วารสารพยาบาล. 48(1) : 13-20.
- จินตนา ยูนีพันธ์. (2542). การพยาบาลเพื่อชีวิตที่ปกติสุข. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 13 (ม.ค.- มิ.ย.): 1-13.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม. (2540). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : บริษัทยุทธวิธีการพิมพ์ จำกัด.
- ชะฤทธิ์ พงศ์อนุตรี. (2531). การช่วยเหลือญาติผู้ป่วยจิตเภท. สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย (กรกฎาคม- กันยายน) : 99-105.

- ชฎาพรรณ รัตนติกานนท์, สาวิตรี อัจฉางค์ภรณ์ชัย และ วรัญ ต้นชัยสวัสดิ์. (2540). พฤติกรรมการแสวงหาการรักษาของญาติผู้ป่วยโรคจิต. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 42(4) : 226-233.
- ชาย โพธิ์สิตา. (2536). การวิจัยเชิงคุณภาพ : ข้อพิจารณาเชิงทฤษฎี ใน เบญจา ยอดดำเนินและคณะ. การศึกษาเชิงคุณภาพ:เทคนิคการวิจัยภาคสนาม. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชฎาภา ประเสริฐทรง. (2543). ความรู้สึกร่างกายและความต้องการคำแนะนำ : กรณีศึกษาครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 14 : 30-39.
- ถวิล นภาพงษ์สุริยา, ยาใจ สิทธิมงคล, พวงเพ็ญ เจียมปัญญารัตน์ และเพลิน เสี่ยงโชคอยู่. (2543). พฤติกรรมการเผชิญปัญหาของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง. วารสารพยาบาล 49(1) : 24-33.
- ทิพย์ภา เศรษฐ์ชาวลิต, สุรพันธ์ ปราบกรี, อรวรรณ หนูแก้ว และเยาวนาถ สุวลักษณ์. (2542) พฤติกรรมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเชิงพื้นที่บ้านในเขตภาคใต้ของประเทศไทย. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 19: 23-37.
- ทูลภา บุปผาสังข์. (2545). ภาระและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการกลับเข้ารับการรักษาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิศากร แก้วพิลา. (2545). ความสามารถของญาติในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในโครงการญาติมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลสวนปรุง. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปิยะฉัตร สะอาดเอี่ยม. (2544). ประสบการณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชด้านจิตวิญญาณ. วิทยานิพนธ์ปริญญาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปรีดีหทัย แก้วมณีรัตน์. (2534). การศึกษาบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช : ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ประณีต ส่งวัฒนา, วิภาวี คงอินทร์ และเพลินพิศ สุานิวฒนานนท์. (2543). ความเหมือนและความแตกต่างในการวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล : ปรากฎการณวิทยา, ทฤษฎีพื้นฐาน และชาติพันธุ์วรรณา. วารสารสภาการพยาบาล 15 (2) : 12-23.

- ปาทัน บัญหลง. (2534). สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช. กรุงเทพมหานคร : บริษัทสยามเจริญพานิช.
- ปรารธนา บริจันทร์, วัชณี หัตถนอม, นิमित แก้วอาจ และสุรียา ราชบุตร. (2535). การศึกษาความวิตกกังวลและพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของญาติผู้ป่วยโรคจิต. รายงานการวิจัยโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- พินลดา มุลาดี และคณะ. (2542). การนำผู้ป่วยจิตเภทไปรักษาด้วยวิธีพื้นบ้านก่อนมารักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 44 (2) : 80-88.
- เพลินพิศ จันทศักดิ์ และคณะ. (2539). การศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน. วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา 4 (2) : 136-138.
- เพชรี คันธสายบัว. (2544). การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, อรพรรณ ลือบุญวัชรชัย และชนกพร จิตปัญญา. (2547). ตราบาป : การรับรู้และผลกระทบของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 18(1) : 1-9.
- พวงเพ็ญ เจียมปัญญาวัชร, นภวัลย์ กัมพลาศิริ, ยาใจ สิทิมงคล,และ ถวิล นภาพงษ์สุรียา. (2542). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 13 : 45-54.
- ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์. (2539). ทฤษฎีการพยาบาลและกรณีศึกษาผู้ป่วยจิตเวช. กรุงเทพมหานคร : บริษัทธรรมสาร จำกัด
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมช สุคนิษฐ์. (2548). จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 2 (เรียบเรียงใหม่). กรุงเทพมหานคร : บริษัท ปียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด
- มนตรี อมรพิเชษฐกุล และพรชัย พงศ์สงวนสิน. (2544). สถานการณ์การรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชตามการรับรู้ของครอบครัว. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 9 (3) : 113-127.
- มัลลิกา มัติโก. (2533). ครอบครัวกับการดูแลสุขภาพตนเอง ใน พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคณะ (บรรณาธิการ), การดูแลสุขภาพตนเอง ทักษะทางสังคม วัฒนธรรม : ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยอดสร้อย วิเวกวรรณ. (2543). สุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ยาใจ สิทธิมงคล. (2542). ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวช : แนวคิดและการประยุกต์ในการปฏิบัติการพยาบาล. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 13, 1-9.
- ยี่สุน ใจดี. (2540). ปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นการดูแลในโรงพยาบาลรามาธิบดี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน : แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. รามาธิบดีพยาบาลสาร 2(1), 84-93.
- รวี เดือนดาว. (2547). ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย : การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2541). การพยาบาลครอบครัว : แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : วี. เจ. พรินติ้ง.
- รัชนีกร อุปเสน. (2541). การศึกษาบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วรกช นิธิกุล. (2535). การศึกษาความเครียดของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต คณะจิตวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เวทีนี สุขมาก, อุไรวรรณ โชครัตน์หิรัญ และเอมหทัย ศรีจันทร์หาล้า. (2544). ยุทธวิธีในการดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตของญาติ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 46 (2) : 107-117
- ศรีสุดา วนาลีสิน และคณะ. (2546). ปัญหาทางอารมณ์และการจัดการกับปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 11 (3) : 121-131.
- ศิริรณภา นันทพงษ์. (2542). การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริพร สิงหจินดาวงศ์. (2537). ผลของการสอนโดยให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลบุตรป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลต่อความรู้ เจตคติ และการดูแลบุตร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ศิริอร สีนุ และสมใจ พุทธาพิทักษ์ผล. (2542). การพยาบาลและการดูแล : ความเหมือนที่แตกต่างกัน. วารสารสภาการพยาบาล 14(3) : 10-23.
- สงวนศรี แต่งบุญงาม. (2537). การศึกษาสภาวะทางสังคมของครอบครัวที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิต. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สมพร รัตน์พันธ์. (2541). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2543). กรอบมโนทัศน์ในการพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 23 (2-4) : 68-74.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2542). ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- สุพล รุจิรพิพัฒน์. (2533). รายงานการวิจัยเรื่องอิทธิพลความเชื่อในท้องถิ่นที่มีต่อบริการสุขภาพจิต. กระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลศรีมหาโพธิ์ อุบลราชธานี.
- สุภาพ พัสอ่อน. (2537). ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วยของคนใต้. เอกสารการประชุมวิชาการพฤติกรรมสุขภาพ ครั้งที่ 4 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2544). แนวคิดพื้นฐานทางการพยาบาลจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 3. พิษณุโลก : รัตนสุวรรณ.
- สุวิมล สมัตถะ. (2541). ผลของการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุมพร ตรังคสมบัติ. (2540). จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว. กรุงเทพมหานคร : เฟื่องฟ้าพรินติ้ง.
- เอื้ออารีย์ สาธิตา. (2543). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรรพรณ ลีอนุชวณิชัย. (2543). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรรพรณ ลีอนุชวณิชัย. (2545). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อำเภอวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2541). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต แนวทางการปฏิบัติตาม
พยาธิสภาพ. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี เจ พรินติ้ง.

ภาษาอังกฤษ

Bebbington, P. & Kuipers, L. (1994). The predictive utility of expressed emotion in schizophrenia : an aggregate analysis. Psychological Medicine, 24 : 207-218.

Betgesda, D. (1999). Schizophrenia retrieved. [Online]. Available from :

www.nimh.nih.gov/publicat/schizoph.Cfm. Nation Institute of Mental Health [2001, January 30].

Chen, A. (1991). Noncompliance in community : a review of clinical interventions. Hospital and Community Psychiatry, 42(3) : 282-287.

Czuchta, D. M., and McCay, E. (2001). Help seeking for parent individuals experiencing a first episode of schizophrenia. Archives of Psychiatric Nursing 15(4) : 159-170.

Davis, L.L. (1992). Building a science of caring for caregiver. Family & Community, 15 (2) : 1-9.

Doornbos, M. M. (1997). The problems and Coping methods of caregiver of yung adults with mental illness. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Service 35 (9) : 22-26.

Doornbos, M. M. (2002). Family caregivers and the mental health care system : Reality and dreams. Archives of Psychiatric Nursing 16 (1) : 39-46.

Davis, L. L. (1992). Building a science of caring for caregiver. Family & Community Health 15 (2) : 353-358.

Drew, N. (1993). Reenactment Interviewing : A Methodology for Phenomenological Research Image. Journal of Nursing Scholarship 25 (4) : 345-351.

Eakes, G.G. (1995). The lived experience of patients of chronically mentally ill individuals. Archives of Psychiatric Nursing 9(2) April : 77-84.

Fleischhacker, W.W., et al. (1994). Compliance with antipsychotic drug treatment : Influence of side effects. Acta Psychiatrica Scandinavica 89 (Supplement 382) : 11-15.

- Fox, C., and Kane, F. (1996). Psychiatric-Mental health Nursing : Integrating the behavioral and biological sciences. Philadelphia : W.B. Saunders.
- Frances, A., Pirst, M.S., & Pincus, H.A. (1995). DSM-IV guidebook. 4thed. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Gary, F & Kavanagh, K.C. (1991). Psychiatric Mental Health Nursing. Philadelphia : J.b. Lippicott company.
- Holloway, I. And Wheeler, S. (1996). Qualitative research for nursing. Great Britain : Brackwell Science.
- Ip, G. and Mackenzie, A. (1998). Caring for relatives with serious mental illness at home :The experience of family carers in Hong Kong. Archives of Psychiatric Nursing 12 : 288-294.
- Jasper, M.A. (1994). Issues in phenomenology for researchers of nursing. Journal of Advanced Nursing 19 : 309-314.
- Johnson, J. L., Ratner, P. A., Bottorff, J. L., and Hayduk, L. A. (1993). An Exploration of Pender's Health Promotion Model Using LISREL. Nursing Research. 42(May/June) :132-138.
- Jones, S.L. (1996). The association between objective and subjective caregiver burden. Archives of Psychiatric Nursing, 10 (2) : 77-84.
- Kaplan, H.I., & Sadock, B. (1995). Comprehensive textbook of psychiatry/VI. Baltimore : Williams & Wilkins.
- Kaplan, H.I., & Sadock, B. (1998). Kaplan and Sandock's synopsis of psychiatry : behavioral sciences and clinical psychiatry. 8th ed. Balmore : William & Wilkins.
- Knaack, P. (1984). Phenomenological Research. Westem Journal of Nursing Research 6(1) : 107-114.
- Koch, T. (1995). Interpretive approaches in nursing research : The influence of Huserl and Heidegger. Journal of Advanced Nursing. 21 : 827-836.
- Linda, C. and LouEllen, B. (1989). Issues in Psychiatric Caregiving. Archives of Psychiatric Nursing 3(2) : 61-68.
- Linszen, D.H., et al. (1997). Patient attributes and expressed emotion as risk factors for psychiatric relapse. Schizophrenia Bulletin 23 (1) : 119-130.

- Loukissa, D.A. (1995). Family burden in chronic mental illness : a review of research studies. Journal of Advanced Nursing 21 : 284-255.
- Nelms, T. P. (2000). The practices of Mothering in Caregiving an Adult son with AIDS. Advanced Nursing Science 22 (3) : 46-57.
- Nicoll, L.H. (1997). Perspectives on nursing theory. 3rd ed. Philadelphia : Lippincott-Ravan.
- 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.
- Orem, D .E. (1991). Nursing concepts of nursing practice. 4th ed. St. Louis : Mosby-Year Book.
- Pai, S & Kapur, L. R. (1981). The burden on the family of the family of a Psychiatric Patient : Development of an Interview schedule. British Journal of Psychiatry 138 : 332-335.
- Provencher, H. L. (1996). Objective burden among primary caregiver of person with chronic schizophrenia : Journal of Psychiatric Mental Health Nursing 3 (3) : 181-187.
- Razali, M.S. & Yahya, H. (1995). Compliance with treatment in schizophrenia : a drug intervention program in a developing country. Acta Psychiatric Scandinavia 91 : 331-335
- Rungreangkulkij, S. and Chesla, C. (2001). Smooth a heart with water : Thai mothers care for a child with schizophrenia. Archives of Psychiatric Nursing 2 : 13-20.
- Sadock, B. J. & Sadock, V. A. (2001). Kaplan & Sadock's pocket handbook of clinical psychiatry. 3rd ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Schene, H. A., Wijngarden, B., and Koeter, W.J. (1998). Family caregiving in schizophrenia : Domains and distress. Schizophrenia Bulletin 24 : 609-618.
- Streubert, H.J., and Carpenter, D.R. (2002). Qualitative research in nursing : Advancing the humanistic imperative. 3rd ed. Philadelphia : Lippincott Williams and Wilkins.

- Sullivan, G., Well, K.B., Morgenstern, H., & Leake, B. (1995). Identifying modifiable risk factors for rehospitalization : a case-control study of seriously mentally ill persons in Mississippi. American Journal of Psychiatry, 152 (12) : 1749-1756.
- Taylor, M.C. (1994). Essentials of Psychiatric Nursing. 4th ed. St. Louis : Mosby.
- Trotzer, J.P. (1977). The Counselor and the Group : Integrating theory, Training and Practice. California : Brook Cole : Publishing.
- Tungpunkom, P. (2000). Staying in balance : skill and role development in psychiatric caregiving. Dissertation the University of California San Francisco, SF.CA.
- Walters, A.J. (1995). The phenomenological movement : implications for nursing research. Journal of Advanced Nursing 22 : 791-799.
- Watson, J. (1985). Nursing the philosophy and science of caring. Cororado : Cororado Associated University Press.
- World Health Organization. (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders : clinical descriptions and diagnosis guidelines. Geneva : WHO.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

ใบยินยอมของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยหรือผู้ให้ข้อมูลหลัก
ข้อมูลสำหรับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยหรือผู้ให้ข้อมูลหลัก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ประสพการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลในครอบครัว

เลขที่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้า..... ได้รับทราบจากผู้วิจัย ชื่อ เรือโทหญิงจිරนนท์
ชั้นแข็ง ที่อยู่ 504 โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ถนน สมเด็จพระเจ้าตากสิน แขวงบुकคโธ เขต
ธนบุรี กรุงเทพมหานคร 10600

ซึ่งได้ลงนามด้านท้ายของหนังสือนี้ ถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะ แนวทางการศึกษาวิจัย
และกิจกรรมที่ต้องเข้าร่วมในการวิจัย ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ตลอดจนประโยชน์ของ
การวิจัยที่คาดว่าจะได้รับ รวมทั้งทราบถึงผลดีและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นข้าพเจ้าได้ซักถาม
และมีความเข้าใจเกี่ยวกับการเข้าร่วมการศึกษาคั้งนี้เป็นอย่างดี

ข้าพเจ้ายินดีเป็นผู้ดูแลในการศึกษาวิจัยคั้งนี้โดยสมัครใจ และอาจถอนตัวจากการเข้า
ร่วมศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และทราบว่า การถอนตัวจากการศึกษาคั้งนี้
จะไม่ส่งผลใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่จะได้รับในหน่วยงานแห่งนี้

ข้าพเจ้ายินดีเป็นผู้ดูแลในการศึกษาวิจัยคั้งนี้โดยสมัครใจ เพื่อเป็นประโยชน์ในการ
ศึกษาวิจัยคั้งนี้

สุดท้ายนี้ ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษานี้ภายใต้เงื่อนไขที่ได้ระบุไว้แล้วในข้างต้นโดย
แสดงการยินยอมด้วยการบันทึกลายมือชื่อไว้เป็นลายลักษณ์อักษร

.....

สถานที่/ วันที่ / เดือน / ปี

.....
ผู้ให้ข้อมูล

.....

สถานที่/ วันที่ / เดือน / ปี

(.....)

ผู้วิจัยหลัก

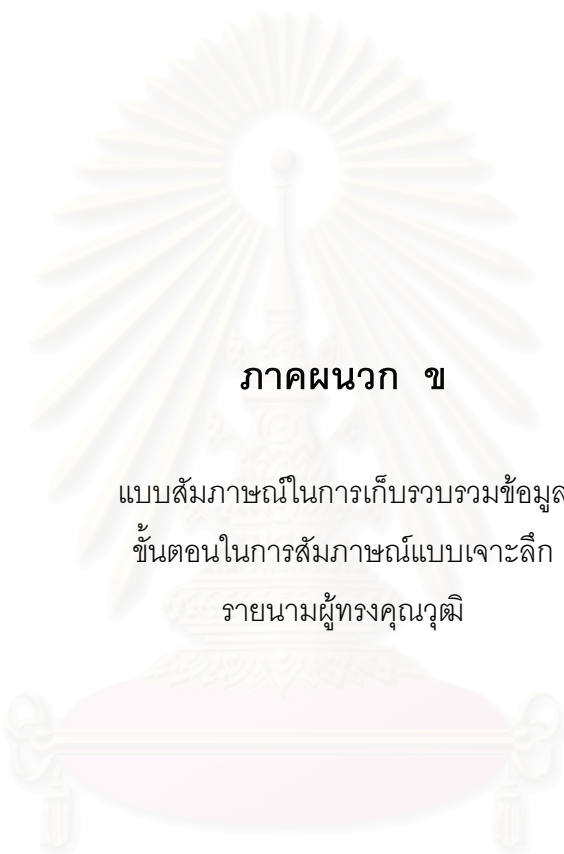
.....

สถานที่/ วันที่ / เดือน / ปี

(.....)

พยาน

- 5.4 ผู้วิจัยติดต่อขอสัมภาษณ์เพิ่มเติมในครั้งต่อไปหากข้อมูลที่ได้ไม่ครบถ้วนหรือ เพื่อตรวจสอบความตรง ความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล
6. การติดต่อกับผู้วิจัยในกรณีมีปัญหา (ตลอด 24 ชั่วโมง) สามารถติดต่อกับผู้วิจัย คือ เรือโทหญิงจิรนนท์ ชันแข็ง ได้ตลอดเวลา ที่เบอร์โทรศัพท์เคลื่อนที่ 06-3846240
 7. หากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบอย่างรวดเร็วโดยไม่ขัดข้อง
 8. ผู้เข้าร่วมการวิจัย ได้ทราบข้อมูลของโครงการขั้นต้น ตลอดจนข้อดี ข้อเสีย ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโครงการในครั้งนี้ และยินยอมจะเข้าร่วมในโครงการดังกล่าว
 9. ผู้เข้าร่วมในการวิจัย มีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือสามารถถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ทุกขณะ โดยการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลต่อการเข้ารับการรักษาในหน่วยบริการในโรงพยาบาลแต่ประการใด
 10. ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนแก่ผู้ดูแล หรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยที่เข้าร่วมในการวิจัย
 11. ข้อมูลส่วนบุคคล จะถูกแยกออกจากข้อมูลที่เป็นประสบการณ์การดูแล เพื่อป้องกันการระบุถึงบุคคลผู้ให้สัมภาษณ์ และจะถูกเก็บไว้กับผู้วิจัยเพียงคนเดียว ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ส่วนชื่อ และที่อยู่ของผู้เข้าร่วมในการวิจัยจะได้รับการปกปิดอยู่เสมอ ยกเว้นว่าได้รับคำยินยอมไว้ โดยกฎระเบียบและกฎหมายที่เกี่ยวข้องเท่านั้น จึงจะเปิดเผยข้อมูลแก่สาธารณชนได้
 12. จำนวนของผู้เข้าร่วมในการวิจัยโดยประมาณที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 8-15 คน การเก็บรวบรวมข้อมูลจะหยุดเมื่อข้อมูลอิ่มตัว (Saturation) คือ ข้อมูลที่ได้เป็นประเด็นซ้ำๆ และไม่เกิดประเด็นใหม่ขึ้น



ภาคผนวก ข

แบบสัมภาษณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
ขั้นตอนในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสัมภาษณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลในครอบครัว

ชื่อผู้ดูแล.....นามสกุล.....บ้านเลขที่หมู่.....

แขวง.....เขต.....จังหวัด.....

วันที่ทำการสัมภาษณ์ ครั้งที่

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

อายุ.....ปี

สถานภาพสมรส.....ศาสนา.....

ระดับการศึกษา.....

อาชีพ.....

รายได้เฉลี่ยของครอบครัว.....

ลักษณะของครอบครัว

() ครอบครัวเดี่ยว จำนวนสมาชิก.....คน

() ครอบครัวขยาย จำนวนสมาชิก.....คน

ระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....

ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา.....

.....

.....

.....

สัมพันธภาพในครอบครัว.....

.....

.....

.....

บทบาทหน้าที่ในครอบครัว(นอกเหนือจากการเป็นบุตรที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท).....

.....

.....

.....

.....

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

เพศ () ชาย () หญิง

ระดับการศึกษา.....

อาชีพ.....

สถานภาพสมรส.....ศาสนา.....

การวินิจฉัยโรค.....

ระยะเวลาที่เริ่มเจ็บป่วยจนถึงปัจจุบัน.....

จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.....ครั้งล่าสุด.....

การรักษา.....

.....

.....

.....

.....

อาการปัจจุบัน.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ส่วนที่ 2 แนวคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลในครอบครัว คำถามหลัก

- 1) บุตรของท่านป่วยเป็นอะไร และท่านเรียกการเจ็บป่วยที่บุตรของท่านเป็นว่าอย่างไร
- 2) ท่านเริ่มรับรู้ว่าบุตรของท่านผิดปกติตั้งแต่เมื่อไหร่
- 3) ท่านรู้ได้อย่างไรว่าบุตรของท่านผิดปกติ
- 4) เมื่อพบว่าบุตรมีอาการผิดปกติแล้วท่านและครอบครัวได้ทำอะไรบ้าง เพราะอะไร และผลเป็นอย่างไร
- 5) ท่านรู้สึกอย่างไรที่ลูกของท่านมีอาการผิดปกติ/ป่วยตามที่ท่านเข้าใจ

6) ท่านได้รับความช่วยเหลือหรือการรักษาจากที่ใดอีกบ้าง เพราะอะไร และผลเป็นอย่างไร

7) กรุณาเล่าถึงกิจกรรมที่บุตรของท่านทำเวลาอยู่บ้าน (เวลาอยู่บ้านเขาทำอะไรบ้าง)

8) กรุณาเล่าถึงการดูแลที่ท่านได้ปฏิบัติให้กับบุตรของท่านในแต่ละวัน

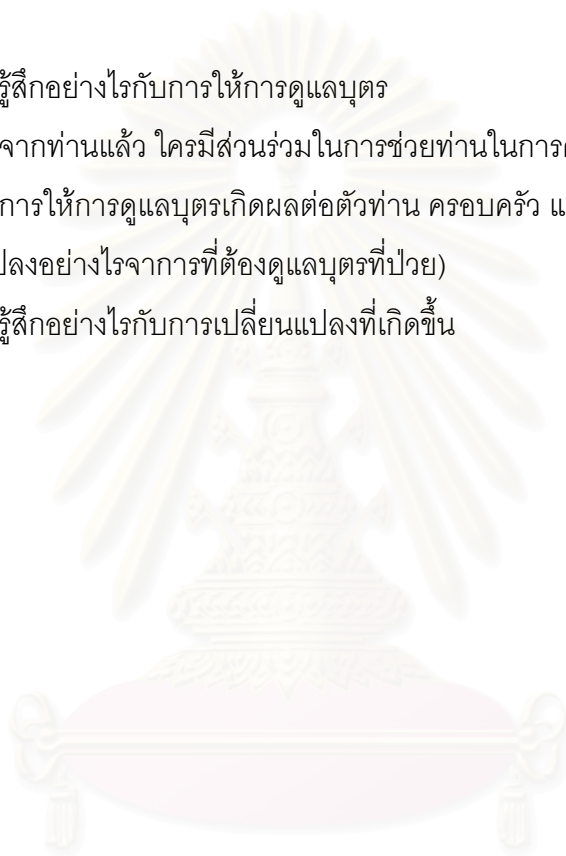
9) เพราะเหตุใดท่านจึงให้การดูแลบุตร และเหตุใดจึงต้องเป็นท่านที่ทำหน้าที่ในการดูแลบุตร

10) ท่านรู้สึกอย่างไรกับการให้การดูแลบุตร

11) นอกจากท่านแล้ว ใครมีส่วนร่วมในการช่วยท่านในการดูแลบุตรบ้าง

12) จากการให้การดูแลบุตรเกิดผลต่อตัวท่าน ครอบครัว และบุตรของท่านอย่างไร (ชีวิตของท่านเปลี่ยนแปลงอย่างไรจากการที่ต้องดูแลบุตรที่ป่วย)

13) ท่านรู้สึกอย่างไรกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขั้นตอนการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (ปรับระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล)

แนวคำถามในการเก็บข้อมูลสร้างจากวัตถุประสงค์และแนวคิดในการวิจัย เป็นแนวคำถามกว้าง สามารถปรับได้ตามสถานการณ์ และข้อมูลที่ได้จากผู้ดูแล มีแนวคำถามกว้างๆ ดังนี้

1. ชั้นเริ่มสนทนา

ผู้วิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ดูแลเข้าใจและมุ่งประเด็นในการศึกษาครั้งนี้ มีแนวคำถาม ดังนี้

- พุดคุยซักถามเรื่องทั่วไปเกี่ยวกับครอบครัว ความเป็นอยู่ต่างๆ
- กรุณาเล่าถึงการเจ็บป่วยของบุตรตั้งแต่เริ่มมีอาการเจ็บป่วยจนถึงปัจจุบัน

2. เข้าสู่ประเด็นที่ต้องการศึกษา

ผู้วิจัยใช้แนวคำถามกว้างๆ มีลักษณะปลายเปิด ในการสัมภาษณ์ผู้ดูแล โดยมีแนวคำถามดังนี้

แนวคำถามหลัก

1. การรับรู้และความรู้สึกของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว

- 1) บุตรของท่านป่วยเป็นอะไร และท่านเรียกการเจ็บป่วยที่บุตรของท่านเป็นว่าอย่างไร
- 2) ท่านเริ่มรู้ว่าบุตรของท่านมีอาการผิดปกติตั้งแต่เมื่อไหร่
- 3) ท่านรู้ได้อย่างไรว่าบุตรของท่านมีอาการผิดปกติ
- 4) ท่านรู้สึกอย่างไรที่ลูกของท่านมีอาการผิดปกติ/ป่วยตามที่ท่านเข้าใจ

2. ประสบการณ์การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทของผู้ดูแลในครอบครัว

- 1) เมื่อพบว่าบุตรมีอาการผิดปกติแล้วท่านและครอบครัวได้ทำอย่างไรบ้าง เพราะอะไร และผลเป็นอย่างไร
- 2) ท่านได้รับความช่วยเหลือหรือการรักษาจากที่ใดอีกบ้าง เพราะอะไร และผลเป็นอย่างไร
- 3) กรุณาเล่าถึงกิจกรรมที่บุตรของท่านทำเวลาอยู่บ้าน (เวลาอยู่บ้านเขาทำอะไรบ้าง)
- 4) กรุณาเล่าถึงการดูแลที่ท่านได้ปฏิบัติให้กับบุตรของท่านในแต่ละวัน
- 5) เพราะเหตุใดท่านจึงให้การดูแลบุตร และเหตุใดจึงต้องเป็นท่านที่ทำหน้าที่ในการดูแลบุตร

- 6) ท่านรู้สึกอย่างไรกับการให้การดูแลบุตร
- 7) นอกจากท่านแล้ว ใครมีส่วนร่วมในการช่วยท่านในการดูแลบุตรบ้าง
- 8) จากการให้การดูแลบุตรเกิดผลต่อตัวท่าน ครอบครัว และบุตรของท่านอย่างไร (ชีวิตของท่านเปลี่ยนแปลงอย่างไรจากการที่ต้องดูแลบุตรที่ป่วย)
- 9) ท่านรู้สึกอย่างไรกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

3. การให้ความหมายการดูแลบุตรที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทของมารดา

- 1) การดูแลบุตรที่ป่วยมีความหมายต่อท่านอย่างไร
- 2) การดูแลบุตรที่ป่วยในความรู้สึกของท่านมีความหมายว่าอย่างไร

ในทางปฏิบัติแล้ว ในการเข้าไปสัมภาษณ์เพื่อให้ได้ความหมายและประสบการณ์ที่เป็นจริงการใช้คำถามหลักเพียงอย่างเดียว จึงอาจไม่สามารถได้ประสบการณ์ที่ต้องการศึกษาดังนั้นจึงต้องมีการใช้คำถามรองเพื่อเจาะลึกถึงการให้ความหมายและประสบการณ์ของผู้ดูแลมากขึ้นอย่างแท้จริง ซึ่งได้มีการปรับแนวคำถามเพื่อให้เหมาะสมอยู่ตลอดช่วงของการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้เทคนิคการทวนความ การทำความเข้าใจ การสะท้อนความคิด การสรุปความ และการบอกเล่าเรื่องราวเพิ่มเติม เพื่อให้สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้อย่างครบถ้วน และตรงตามความเป็นจริง โดยมีแนวคำถามรองเพื่อเจาะลึกในประเด็นที่ยังไม่ชัดเจน ดังนี้

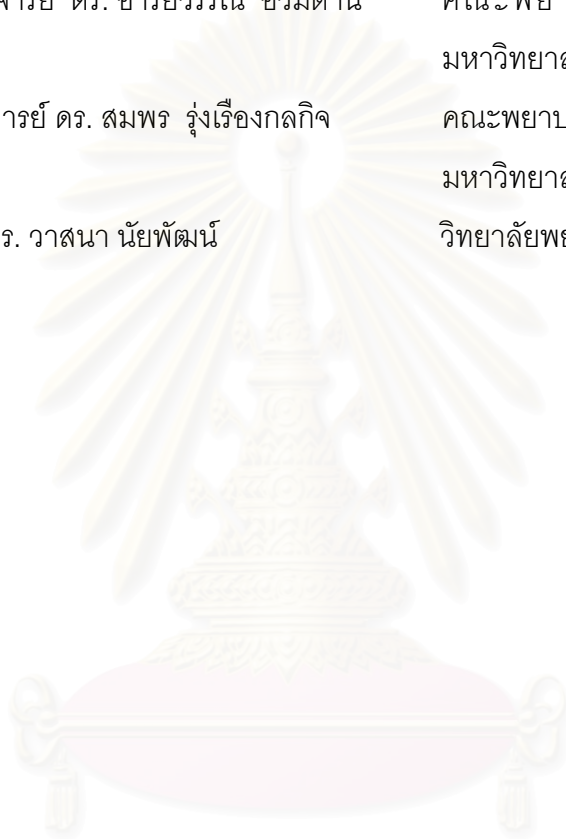
- 1) คุณ.....ช่วยเล่าเพิ่มเติมเกี่ยวกับ..... (ประเด็นที่ต้องการ / ยังไม่ชัดเจน)
- 2) ช่วยอธิบายเพิ่มเติมในเรื่อง..... (ประเด็นที่สนใจ)
- 3) จากที่เราคุยกันครั้งที่แล้วในเรื่อง.....ช่วยเล่าต่ออีกทีสิคะ
- 4) ที่คุณ....บอกว่าดูแลลูกที่ป่วยแล้ว.....หมายความว่าอย่างไรคะ
- 5) ทุกอย่างที่คุณ...ทำให้กับลูกที่ป่วยตามความรู้สึกแล้วของคุณ...แล้วคืออะไรคะ
- 6) ช่วยยกตัวอย่างเหตุการณ์.....ให้ฟังหน่อยสิคะ
- 7) ช่วยอธิบายคำว่า.....ตามความรู้สึกของคุณ...แล้วหมายความว่าอย่างไรคะ
- 8) สิ่งที่คุณ....บอกว่า.....เมื่อเป็นเช่นนั้นแล้ว คุณ...รู้สึกอย่างไร

3. ขั้นตอนการสนทนา

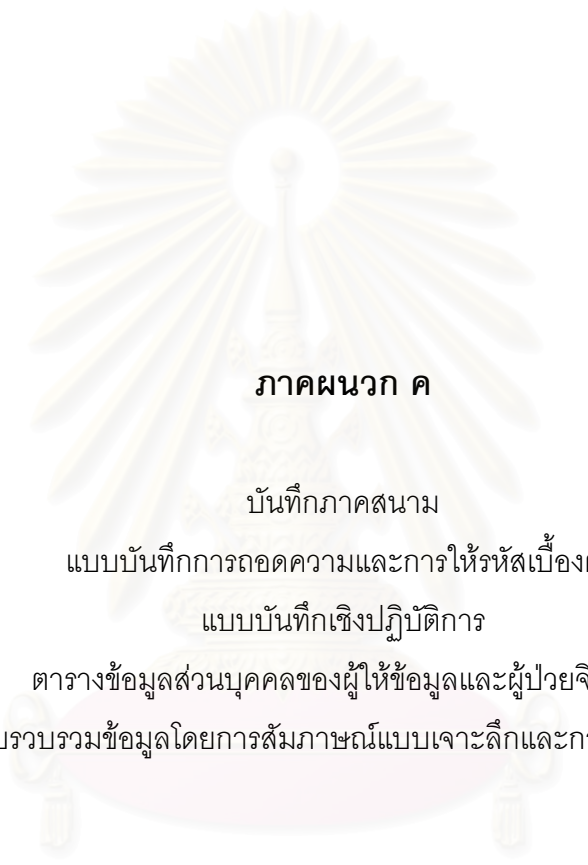
- 1) ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามหรือกล่าวในสิ่งที่ต้องการพูดเพิ่มเติม
- 2) ผู้วิจัยกล่าวสรุปประเด็นที่สนทนา
- 3) นัดหมายการสัมภาษณ์ในครั้งต่อไป

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

- | | |
|---|--|
| 1. รองศาสตราจารย์ ดร. จอนณะจง เพ็งจาด | วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชาดา รัชชกุล | คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย |
| 3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารีย์วรรณ อ่วมตานี | คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย |
| 4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สมพร รุ่งเรืองกลกิจ | คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 5. พันตรีหญิง ดร. วาสนา นัยพัฒน์ | วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก |



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ค

บันทึกภาคสนาม

แบบบันทึกการถอดความและการให้รหัสเบื้องต้น

แบบบันทึกเชิงปฏิบัติการ

ตารางข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลและผู้วิจัยตีพิมพ์

ตารางการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกและการจดบันทึกภาคสนาม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบบันทึกการถอดความและการให้รหัสเบื้องต้น

หมายเลขผู้ดูแล.....

การสัมภาษณ์ครั้งที่..... วันที่.....

บรรทัดที่	ข้อความ	การให้รหัส
	 <p data-bbox="343 1444 1252 1702">สถาบันวิทยบริการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	

แบบบันทึกเชิงปฏิบัติการ

หมายเลขผู้ดูแล.....

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

การวางแผนเก็บข้อมูลครั้งต่อไป

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

สถานที่ในการสัมภาษณ์.....

1. สิ่งที่ต้องการค้นหาเพิ่ม.....

.....

2. ประเด็นที่ต้องการคำอธิบายเพิ่ม.....

.....

3. อื่นๆ.....

.....

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

สถานภาพส่วนบุคคล	จำนวน (คน)
อายุ	
48 – 56	4
57 – 65	7
66 – 73	4
ศาสนา	
พุทธ	15
การศึกษา	
ป. 2	5
ป. 4	7
ไม่ได้เรียนหนังสือ	3
อาชีพ	
รับจ้าง/ ขายสลากกินแบ่งรัฐบาล	4
ค้าขาย	3
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	8
รายได้ของครอบครัว/ เดือน	
1,000 – 5,000	8
5,001 – 10,000	2
10,001 – 15,000	1
15,001 – 20,000	2
25,001 – 30,000	1
35,001 – 40,000	1
สถานภาพสมรส	
คู่	6
หม้าย	9
ลักษณะครอบครัว	
ครอบครัวเดี่ยว	13
ครอบครัวขยาย	2
ระยะเวลาในการดูแลจนถึงปัจจุบัน	
2 - 5 ปี	2
6 - 10 ปี	5
11 - 15 ปี	4
16 - 20 ปี	4

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล จำแนกตามรายได้

ผู้ดูแลรายที่	อายุ	สถานภาพ	ศาสนา	การศึกษา	อาชีพ	รายได้ครอบครัว /เดือน	ลักษณะครอบครัว	ระยะเวลาที่ดูแล (ปี)
1	73	หม้าย	พุทธ	ไม่ได้เรียน	ขายสลากรัฐบาล	5,000	ขยาย	20
2	66	หม้าย	พุทธ	ป.4	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	10,000	ขยาย	19
3	50	คู่	พุทธ	ป.4	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	15,000	เดี่ยว	2
4	60	หม้าย	พุทธ	ป.2	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	3,000	เดี่ยว	18
5	72	หม้าย	พุทธ	ป.4	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	3,000	เดี่ยว	10
6	68	หม้าย	พุทธ	ไม่ได้เรียน	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1,000	เดี่ยว	12
7	62	คู่	พุทธ	ป.2	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	20,000	เดี่ยว	8
8	57	หม้าย	พุทธ	ป.2	รับจ้าง	3,000	เดี่ยว	10
9	56	หม้าย	พุทธ	ป.4	ค้าขาย	30,000	เดี่ยว	6
10	48	คู่	พุทธ	ป.4	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	10,000	เดี่ยว	14
11	56	คู่	พุทธ	ป.4	ค้าขาย	40,000	เดี่ยว	8
12	65	หม้าย	พุทธ	ป.2	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	20,000	เดี่ยว	15
13	63	คู่	พุทธ	ไม่ได้เรียน	รับจ้าง	1,500	เดี่ยว	14
14	62	คู่	พุทธ	ป.4	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	5,000	เดี่ยว	20
15	61	หม้าย	พุทธ	ป.2	รับจ้าง	3,000	เดี่ยว	5

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 3 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตามรายได้

ผู้ป่วยรายที่	เพศ	อายุ	ศาสนา	อาชีพ
1	ชาย	46	พุทธ	ไม่ได้ประกอบอาชีพ
2	ชาย	35	พุทธ	ไม่ได้ประกอบอาชีพ
3	ชาย	21	พุทธ	รับจ้าง
4	ชาย	38	พุทธ	ไม่ได้ประกอบอาชีพ
5	ชาย	41	พุทธ	ไม่ได้ประกอบอาชีพ
6	ชาย	38	พุทธ	รับจ้าง
7	ชาย	37	พุทธ	ขายแก๊ว
8	ชาย	36	พุทธ	ไม่ได้ประกอบอาชีพ
9	หญิง	31	พุทธ	ไม่ได้ประกอบอาชีพ
10	ชาย	31	พุทธ	ไม่ได้ประกอบอาชีพ
11	ชาย	24	พุทธ	ไม่ได้ประกอบอาชีพ
12	หญิง	38	พุทธ	ไม่ได้ประกอบอาชีพ
13	ชาย	31	พุทธ	ไม่ได้ประกอบอาชีพ
14	ชาย	41	พุทธ	ไม่ได้ประกอบอาชีพ
15	ชาย	21	พุทธ	ไม่ได้ประกอบอาชีพ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4 การรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์และการจดบันทึกข้อมูล (field notes)

รายชื่อ	ครั้งที่	วันที่	เวลาสัมภาษณ์	รวมระยะเวลา	สถานที่
1	1	30 มี.ค. 48	10.20-11.00 น.	40 นาที	- แผนกผู้ป่วยนอก
	2	3 เม.ย. 48	14.30-15.00 น.	30 นาที	- บ้านผู้ดูแล
2	1	30 มี.ค. 48	09.10-09.40 น.	30 นาที	- แผนกผู้ป่วยนอก
	2	7 เม.ย. 48	13.00-14.30 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที	- บ้านผู้ดูแล
3	1	31 มี.ค. 48	09.30-10.15 น.	45 นาที	- แผนกผู้ป่วยนอก
	2	8 เม.ย. 48	15.00-16.00 น.	1 ชั่วโมง	- บ้านผู้ดูแล
	3	25 มิ.ย. 48	16.00-16.30 น.	30 นาที	- บ้านผู้ดูแล
4	1	7 เม.ย. 48	10.00-10.15 น.	15 นาที	- แผนกผู้ป่วยนอก
	2	18 เม.ย. 48	10.00-10.50 น.	50 นาที	- บ้านผู้ดูแล
5	1	22 เม.ย. 48	13.15 -13.40 น.	25 นาที	- บ้านผู้ดูแล
	2	10 พ.ค. 48	15.00-15.50 น.	50 นาที	- บ้านผู้ดูแล
	3	22 มิ.ย. 48	13.00-13.30 น.	30 นาที	- บ้านผู้ดูแล
6	1	27 เม.ย. 48	10.10- 10.55 น.	45 นาที	- บ้านผู้ดูแล
	2	3 พ.ค. 48	13.50-14.45 น.	55 นาที	- บ้านผู้ดูแล
	3	23 มิ.ย. 48	14.00-14.30 น.	30 นาที	- บ้านผู้ดูแล
7	1	26 เม.ย. 48	14.30-14.50 น.	20 นาที	- บ้านผู้ดูแล
	2	28 เม.ย. 48	13.30- 14.30 น.	1 ชั่วโมง	- บ้านผู้ดูแล
	3	22 มิ.ย. 48	14.45- 15.15 น.	30 นาที	- บ้านผู้ดูแล
8	1	28 เม.ย. 48	09.30-10.00 น.	30 นาที	- แผนกผู้ป่วยนอก
	2	2 พ.ค. 48	12.45-13.20 น.	35 นาที	- บ้านผู้ดูแล
	3	27 มิ.ย. 48	14.20-15.00 น.	40 นาที	- บ้านผู้ดูแล
9	1	3 พ.ค. 48	09.00-09.15 น.	15 นาที	- แผนกผู้ป่วยนอก
	2	20 มิ.ย. 48	14.00-15.10 น.	1 ชั่วโมง 10 นาที	- บ้านผู้ดูแล
	3	28 มิ.ย. 48	16.00-16.20 น.	20 นาที	- บ้านผู้ดูแล
10	1	2 พ.ค. 48	11.00-11.30 น.	30 นาที	- บ้านผู้ดูแล
	2	6 พ.ค. 48	11.00-12.10 น.	1 ชั่วโมง 10 นาที	- บ้านผู้ดูแล
	3	1 ก.ค. 48	15.00- 15.30 น.	30 นาที	- บ้านผู้ดูแล

รายชื่อ	ครั้งที่	วันที่	เวลาสัมมนา	รวมระยะเวลา	สถานที่
11	1	8 พ.ค. 48	10.20-10.35 น.	15 นาที	- แผนกผู้ป่วยนอก
	2	11 พ.ค. 48	15.00-15.45 น.	45 นาที	- บ้านผู้ดูแล
	3	22 มิ.ย. 48	16.00-16.30 น.	30 นาที	- บ้านผู้ดูแล
12	1	12 พ.ค. 48	09.00-09.20 น.	20 นาที	- แผนกผู้ป่วยนอก
	2	15 พ.ค. 48	14.00-15.00 น.	1 ชั่วโมง	- บ้านผู้ดูแล
	3	3 ก.ค. 48	16.15-16.45 น.	30 นาที	- บ้านผู้ดูแล
13	1	19 พ.ค. 48	10.30-10.45 น.	15 นาที	- แผนกผู้ป่วยนอก
	2	21 พ.ค. 48	16.00-17.00 น.	1 ชั่วโมง	- บ้านผู้ดูแล
	3	27 มิ.ย. 48	16.00-17.00 น.	1 ชั่วโมง	- บ้านผู้ดูแล
14	1	23 พ.ค. 48	13.50-15.20 น.	20 นาที	- บ้านผู้ดูแล
	2	27 พ.ค. 48	13.30-14.15 น.	45 นาที	- บ้านผู้ดูแล
	3	1 ก.ค. 48	13.30-14.10 น.	40 นาที	- บ้านผู้ดูแล
15	1	23 มิ.ย.48	10.15-10.40 น.	25 นาที	- แผนกผู้ป่วยนอก
	2	3 ก.ค. 48	14.30-15.15 น.	45 นาที	- บ้านผู้ดูแล

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**การตรวจยืนยันความถูกต้องตามกระบวนการวิจัย
โดยอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์**

8 เมษายน 2548	พบอาจารย์ที่ปรึกษาส่งบทสนทนาผู้ให้ข้อมูลหลักรายชื่อที่ 1, 2 เพื่อปรับแก้ไขแนวคำถาม อาจารย์เสนอแนะให้ฝึกทำการถอดรหัส (coding)
19 เมษายน 2548	พบอาจารย์ที่ปรึกษาส่งบทสนทนา (transcript) ผู้ให้ข้อมูลหลักรายชื่อที่ 1,2 อีกครั้ง พร้อมกับการถอดรหัส (coding)
26 เมษายน 2548	พบอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อปรับแก้แนวคำถาม เพื่อให้สามารถเจาะลึกถึงการรับรู้ ความคิด ความรู้สึก และเหตุผลต่างๆ ของคำตอบหรือคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลัก เพื่อกลับไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเพิ่มเติม และนำไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายต่อไป
15 มิถุนายน 2548	ส่งบทสนทนา(transcript) พร้อมกับการถอดรหัส (coding) และการจัดประเภทข้อมูล (category) ของผู้ให้ข้อมูลถึงรายชื่อที่ 10
24 มิถุนายน 2548	พบอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อรับฟังอาจารย์เสนอแนะแนวทางการตั้งประเด็น (theme)
26 กรกฎาคม 2548	ส่งบทสนทนา(transcript) พร้อมกับการถอดรหัส (coding) การจัดประเภทข้อมูล (category) และการตั้งประเด็นของผู้ให้ข้อมูลทั้ง 15 ราย
10 สิงหาคม 2548	ส่งบทที่ 1,2 และ 3
22 สิงหาคม 2548	ส่งรายงานผลการวิเคราะห์ข้อมูล และอาจารย์แนะนำให้แก้ไขการเขียนรายงานบทที่ 1,2 และ3
25 สิงหาคม 2548	พบอาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์แนะนำให้จัดกลุ่มประเด็นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันเข้าเป็นกลุ่มเดียวกัน แล้วเขียนออกมาเป็นประเด็นหลัก ที่ประกอบไปด้วยประเด็นย่อยๆ และแนะนำการเขียนรายงานผลการวิเคราะห์ข้อมูล และการอภิปรายผล
6 กันยายน 2548	ส่งบทที่ 1-5 ให้อาจารย์ที่ปรึกษา
13 กันยายน 2548	รับรายงานทุกบทคืน และดำเนินการแก้ไขการเขียนรายงานบทที่ 4 และ 5 เพิ่มเติมตามคำแนะนำของอาจารย์
17 กันยายน 2548	ส่งทุกบทให้อาจารย์ที่ปรึกษาดูอีกครั้ง
20 กันยายน 2548	ส่งเล่มวิทยานิพนธ์

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

เรื่อโทหญิงจิรนนท์ ชันแข็ง เกิดเมื่อวันที่ 7 สิงหาคม พ.ศ. 2520 ที่จังหวัดมหาสารคาม จบการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ สถาบันสมทบมหาวิทยาลัยมหิดล ปี พ.ศ. 2543 เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยในปี พ.ศ. 2546 ปัจจุบันดำรงตำแหน่งนายทหารพยาบาลประจำกรมแพทย์ทหารเรือ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย